

Hørings svar Helsefelleskap i Telemark

Vedlegg til anbefaling om valg av modell

Helsefelleskap i Telemark

Innhold

1. Innspill fra Fylkesmannen om etablering av Helsefelleskap i Telemark.....	3
2. Innspill fra kommunene	4
2.1 Hjartdal kommune:.....	4
2.2 Vinje kommune:	4
2.3 Seljord kommune	5
2.4 Tokke kommune.....	6
2.5 Tinn kommune.....	6
2.6 Nome kommune:.....	8
2.7 Notodden kommune:	9
2.8 Midt Telemark kommune.....	11
2.9 Grenlands kommunene.....	12
3. Innspill fra STHF.....	13
3.1 Klinikk for Psykisk helse og rus	13
3.2 Akutt og beredskapsklinikken	13
3.3 Direktørens ledergruppe	13
3.4 Høringsinnspill fra fra PKO –gruppen ved STHF.	14
3.5 Høringsinnspill fra Brukerutvalget Sykehuset Telemark HF	15
3.6 Høringsinnspill fra Avdeling B – lunge, geriatri, mage-tarm, infeksjon og Kragerø	15
4. Innspill fra kommuneoverleger	15
4.1 Kommuneoverlegen i Seljord:	15
4.2 Kommuneoverlegen i Tokke:.....	16
4.3 Kommuneoverlegen i Skien:.....	17
5. Innspill fra andre.....	17
5.1 Telemark legeförening	17
5.2 Hørings svar fagforbundet Vestfold og Telemark	18

Helsefelleskap i Telemark

1. Innspill fra Fylkesmannen om etablering av Helsefelleskap i Telemark

Vi har mottatt høringsutkast på organisering av Helsefelleskap i Telemark, og ønsker med dette å gi vår tilbakemelding.

Ett av våre oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 er å bistå kommunene i etablering av helsefelleskap, samt bistå i deres arbeid for å nå målene for helsefelleskapene, og legge til rette for utveksling av erfaringer på tvers av kommuner. Vi er i tillegg høringsinstans for forslag om lovendring i helse- og omsorgstjenesteloven – om innføring av krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester. Vi ser derfor positivt på at overordnet samarbeidsutvalg i Telemark nå har utarbeidet forslag til modell for etablering av Helsefelleskap i Telemark.

I føringene som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023 gis det mulighet for å bygge videre på allerede etablerte samarbeidsstrukturer. Fylkesmannen ser det ikke naturlig at vi skal ha noen formening om hvilke av de foreslåtte modellene som er mest hensiktsmessig i videre samarbeid. Det er viktig at kommunene tenker nøye igjennom hvilken modell som sikrer best mulighet både for god samhandling og for videre tjenesteutvikling i samarbeidet mellom sykehuset i Telemark HF og kommunene.

Vi synes det er positivt at det i høringsutkastet også er tatt opp spørsmålet om organisasjonenes plass, samt samarbeidet med Fylkesmannen. Vi mener det er viktig å ivareta tre part samarbeidet i så sentrale prosesser i samhandling og utvikling av helse- og omsorgsfeltet som det her legges opp til.

Fylkesmannen har hatt god erfaring med det tette samarbeidet med kommunene og sykehuset i forbindelse med Covid -19 pandemien.

Vi ønsker i størst mulig grad å benytte eksisterende arenaer for samhandling og tjenesteutvikling når vi skal utføre oppdrag vi har fra statlig myndighet. I Helsefelleskapsmodellen ser vi for oss at vi vil ha noe ulikt behov for deltakelse i de ulike møter og utvalg. Vårt ønske er at strukturen tydeliggjøres, og at vi er informert om hvem som deltar i de ulike møter og utvalg både når det gjelder strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg. Videre ønsker vi å ha mulighet for å delta i noen av disse fora der våre embetsoppdrag tilsier at det er aktuelt. Vi ser derfor frem til videre arbeid med utvikling av helsefelleskapsmodell for Telemark, og ber om å holdes orientert om hva overordnet samarbeidsutvalg beslutter.

Om dere har spørsmål i forhold til samarbeidet, ta gjerne kontakt med undertegnede.

Med hilsen

Jan-Arne Hunnestad (e.f.)
direktør i Helse- og omsorgsavdelingen

Randi Askjer
fagsjef

Helsefelleskap i Telemark

2. Innspill fra kommunene

2.1 Hjartdal kommune:

I Hjartdal kommune mener vi det er viktig å se at de ulike regionene/kommunene har forskjellige utfordringer, i forhold til bosetting, kultur og samarbeidsmåter.

Vi mener planen er en formalisering av god organisering av samarbeidet som ble gjennomført i vår, og at *modell 3* ivaretar kommunens behov for samarbeid og representasjon i helsefelleskapet.

Unni Lunde
Kommunalsjef
Hjartdal kommune
tlf: 35 02 80 00/99 59 85 07
e-post: unni.lunde@hjartdal.kommune.no



2.2 Vinje kommune:

Under følger merknad frå Vinje:

Dagens modell med kvartalsvise møter har vore svært velkome for Vest-Telemark, som er den einaste regionen som ikkje har eige sjukehus. Møta med representantar for brukarane, dei tilsette og adm direktør har hatt høg prioritet blant øvste administrative leiarar. Det er ein arena som har vore svært nyttig for oss, og talet på deltakarar har sørja for godt engasjement og gode drøftingar.

Modellane legg opp til **eitt** partnerskap med 17 kommunar, der politisk og adm nivå er representert frå kommunane. Modellen sikrar brei representasjon, men storleik vil venteleg påverke form og innhald. Me misser ein del av den verdien det er å møtast i mindre fora. Det krevst av møtepunkta, slik Vinje ser det, at styringssignal og forventningar til kommunesektoren og oppdragsokumentet til sjukehusa blir godt balanserte. Elles kan møtepunkta lett ta form av informasjonsmøte – og ikkje ivareta intensjonen om eit reelt partnerskap.

Strategisk samarbeidsutval:3

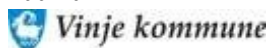
Det er skilnader på by og land, ikkje minst i pasientmengde. Sjukehuset sitt mandat er å tilby likeverdige helsetilbod til heile opptaksområdet. Korleis dette blir ivaretatt kan skje på ulikt vis. Me meiner tilhøve knytt til ma lange avstandar til sjukehus best blir ivaretatt i modell med tre strategiske utval. Blir det færre, vil me tru at tyngdepunktet hamnar der pasientgrunnlaget er størst – dvs i midt/øst).

I modell 3 er det foreslått 10 arbeidsgrupper for å dekke 5 satsingsområde, fire pasientgrupper + ei i tillegg. Dette synast mykje, og vil krevje uføresett mykje ressursar. Ein kan ikkje sjå at det er naudsynt å etablere grupper kring det enkelte sjukehus. Dei fire gruppene som skal ivareta interessene til dei prioriterte pasientgruppene + den femte der me forstår at akuttkjedeprosjektet skal forankrast, bør kunne dekke heile sjukehusområdet på ein grei måte, uavhengig av øvrig struktur. Argumentet for dette er nettopp likeverdige tilbod. Me er også opptekne av at område som beredskap (avtale om omforente beredskapsplanar), sentrale avtaler som inn og utskrivingsavtalen mv får si tydelege plassering i ei av arbeidsgruppene. Dette er avtaler som er heilt sentrale for det daglege samarbeidet mellom sjukehuset og kommunane.

Beste helsing,

Jan Myrekrok

Rådmann



Helsefellesskap i Telemark

2.3 Seljord kommune

Den 13. august 2020 fekk Seljord kommune førespurnaden frå STHF, via samhandlingskoordinatoren, om høyringsinnspel til etablering av helsefellesskap i Telemark. Det var sett høyringsfrist til 1. september.

Helsefellesskap skal i tråd med nasjonale føringar vere på plass innan utgangen av 2020. Føremålet med å lage helsefellesskap er for å gje tydeleg samarbeidskultur, betre felles planlegging, auka samordning, betre prosessar knytt til avgjersler, tydelege prioriteringar og felles verkelegheitsforståing.

Helsefellesskapet skal ha følgande struktur/arbeidsdeling:

- Partnerskapsmøte
 - Politisk og administrativ toppleing i kommunar og helsefellesskap
 - Årleg møte for å forankre retning
- Strategisk samarbeidsutval
 - Administrativt og fagleg leing i kommunar og helsefellesskap
 - Utvikle strategiar og handlingsplaner
 - Handtering av saker og løypande avgjersler
- Fagleg samarbeidsutval
 - Utvikle prosedyrar og tenestemodeller

STHF har skissert 3 modellar for helsefellesskap innafor desse rammene. Seljord kommune meiner det bør vere mogleg å ikkje berre vele blant desse modellane. Det må og vere mogleg å sjå på kva måte den mest aktuelle modellen kan forbetras for å sikre direkte involvering og godt samarbeid.

I val av modell er naudsynt å vurdere både grad av involvering og arbeidsmengde. For å sikre at føremålet vert ivaretatt er det viktig å sikre god og brei involvering av kommunane, samtidig er det naudsynt å sikre ein berekraftig modell. Det vil seie at arbeidsmengda knytt til modellen er overkommeleg både for kommunar og helseføretak. I tillegg kan behova vere ulike i kommunane, særleg knytt til innbyggjartal og geografi. Til siste er det viktig å få samarbeide med dei som sitt med hovudansvaret for å sette retning og ta avgjersler på vegne av sjukehuset. Det vil vere lita hensikt for kommunane i aust og vest å vere i dialog med Notodden sjukehus om strategi og behandling, om dei som legg premissane for dette er i Skien.

Ut frå desse perspektiv kan det sjå ut til at modell 1 er det beste alternativet, sjølv om heller ikkje den er god nok med tanke på involvering. Når det gjeld partnerskapsmøte er det lagt opp til eit møte per år, med regionalvis representasjon. Det er ikkje godt nok for å sikre godt samarbeid, felles retning og brei involvering. Seljord kommune meiner at alle kommunane må sikrast direkte representasjon i det årlege partnerskapsmøte. Sjukehuset MÅ forholde seg til den enkelte kommune i samhandlinga. Indirekte representasjon vil undergrave samhandlinga.

Dei ulike alternativa gjev ulik grad av involvering på fagleg og strategisk nivå. Seljord kommune meiner det er viktig at alle kommunane vert sikra direkte involvert i helsenettverket, og at det difor vil vere lite hensiktsmessig med berre regionale representantar. Sett i lys av erfaringar frå våren 2020 med møter på Skype knytt til koronasituasjonen, bør det ikkje vere særleg ressurskrevjande å få til. Seljord kommune meiner difor at modell 1 er det beste alternativet, men berre om alle kommunane vert sikra direkte deltaking i noko grad, då gjerne på Skype/Teams. Både modell 2 og 3 vil gjere ting fragmentert, noko som er svært uheldig når vi har som mål å sikre god samhandling, felles planlegging, betre prosessar knytt til avgjersler, tydelege prioriteringar og felles verkelegheitsforståing.

Med venleg helsing
Lillian Olsen Opedal
Kommunalsjef Helse og omsorg

Helsefelleskap i Telemark

2.4 Tokke kommune

Litt kort frist på høyringa. I Tokke kommune har enn ikkje hatt anledning til ei politisk høyring, så svaret er avgrensa og nok så uformelt sendt per epost.

Etablering av helsefelleskap er viktig for å skape ein form av samstyring mellom kommunar og helseforetak.

Kommunane i Vest Telemark har i mange år hatt samarbeidsfora på rådmanns og sjukehusnivå, samt kommunalsjef og kliniksjeff nivå. Begge har vert leia av samhandlingskoordinator i Vest Telemark. Det har vert goda fora som har fungert bra, så det blir viktig å fortsette med systematisk samhandling.

Det nye forslaget som ligg føre tar utgangspunkt i dei mest sårbare pasientgruppene, og det er tydeleg at oppfølging og omsorg knytt til denne typen av brukarar krev god og tett samhandling.

Forslaget til ny modell, foreslår ei modell med politisk representasjon og det er svært viktig med tanke på at fordeling av midlar og prioritering av grupper er politikk som krev politiske prosessar. Den forendringa er viktig og nødvendig i framtida, då vi skal styra kommunane med ennå tettere samarbeid mellom politikarar og administrasjon.

Eit helsefelleskap i Telemark må bere preg av dei forskjellige utfordringene kommunane har. Det er stor forskjell på drift og utfordringar i ei lita, versus ei stor kommune. Det bør også eit helsefelleskap ta omsyn til. Det er viktig at det blir eit likverdig samarbeid, men ikkje nødvendigvis likt for alle kommunar i Telemark.

Gode innspill vedrørende nivå, som er eit utvida samarbeid enn det vi har i dag i Vest Telemark.

Under Pandemien har det vert prøvd strategisk samarbeidsutval og fageleg samarbeidsutval mellom kommunar og STHF. Det har vert ei interessant øvelse, der enn har etablert ei type av samarbeid. Det må arbeidast ytterlegare med strukturen for at utvala skal fungere optimalt. Nå blir det mykje styring av STHF og det er naturleg i den situasjonen enn er i per i dag, men det er viktig å ha eit likverdig samarbeid, der problemstillingar frå begge partar blir fylgt opp på ei systematisk måte.

Når det gjeld modeller så er det både for og bakdelar med geografiske inndelinger. Uansett kva for modellane en velg, så har samhandlingskoordinator ei viktig rolle for å koordinere og støtte kommunane. Det er også svært viktig med informasjonsflyt mellom samarbeidsutvalga.

Med helsing,

Ann Wraa

Kommunalsjef helse og omsorg



Tokke kommune

2.5 Tinn kommune

Høring - utkast til Helsefelleskap i Telemark, svar fra Tinn kommune

Tinn kommune ønsker innledningsvis og understreke at valgt modell må ta hensyn til at kommuner er ulike blant annet når det gjelder befolkning og befolkningssammensetning, geografisk størrelse og dermed har tildels ulike behov. I tillegg er kommunene politisk styrt. Dette gjør at representasjon vanskeliggjør at man kan oppfylle grunnleggende demokratiske prosesser og ikke sikrer liveverdig deltakelse og påvirkningsmulighet i et partnerskap.

Det er et overordnet mål at befolkningen skal sikres likeverdige helsetjenester og lik tilgang på helsehjelp, og dermed må kommunene med sine ulikheter ha en selvstendig rolle i et samarbeid.

Vi mener at antagelsen i høringsnotatet om at det kan vanskeliggjøre dialog og flyt i arbeidet om en skal ha regionvis eller annen ikke-direkte representasjon, er reell.

Helsefelleskap i Telemark

Det følger av dette at Tinn kommune ønsker en modell som sikrer alle kommuner lik mulighet for deltakelse, påvirkningsmulighet og avgjøreselsmyndighet.

Vår foretrukne modell vil være en justert modell 1, hvor alle kommuner sikres direkte deltakelse i alle ledd.

I høringsnotatet bes det om innspill på en rekke punkter, de gis fortløpende her.

Det bes om innspill på de skisserte modellene, valg av modell og/eller forslag på alternative modell.

Tinn kommune foreslår en justert modell 1, der alle kommuner (som ønsker direkte deltakelse) sikres likeverdig deltakelse i alle ledd.

I tillegg ønskes det i høringsnotatet tilbakemelding på følgende punkter

Partnerskapsmøte

Skal det være et eller flere partnerskap

Tinn kommune mener det skal være et partnerskap, med deltakelse fra alle kommuner.

Det er ikke hensiktsmessig at det skal være regionvis representasjon. Skal da både ordfører og kommunedirektør fra en kommune møte i strategisk samarbeidsutvalg? For hvor lang periode skal andre kommuner være representert av andre kommuner?

Forslag til mandat for partnerskapsmøte

Mandatet som er foreslått støttes

Møtehyppighet

1-2 ganger pr år

Representasjon/sammensetning

Alle kommuner må sikres likeverdig representasjon, dette sikres kun ved direkte deltakelse

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Antall SSU

Erfaringen som er gjort med dagens modell er at mye fungerer godt. Men det er en manglende link mellom Sykehuset i Skien og kommunen i øvre del av Telemark. Et SSU med representasjon fra alle kommuner mener vi bidra til å styrke målet om å gå fra parter til partnere. Et slikt stormøte har vi erfaring med gjennom siste halvårs koronasituasjon at fint lar seg løse via digital plattform.

Forslag til mandat for strategisk samarbeidsutvalg

Forslag til mandat støttes

Møtehyppighet

Avhengig av saker så vil 2-4 ganger pr år være antatt behov

Representasjon/sammensetning

Det er kun gjennom direkte deltakelse at hver kommune sikres likeverdighet

Faglig samarbeidsutvalg (FSU)

Antall FSU

Forslag om 5 og mulighet for å øke ved oppståtte behov støttes

Forslag til mandat for faglig samarbeidsutvalg

Forslaget støttes

Møtehyppighet (etter behov)

Faglige utvalg må møtes ved behov

Helsefelleskap i Telemark

Representasjon/sammensetning

Her vil kommunen måtte velge representasjon etter kapasitet og kompetanse. Alle kommuner kan ikke være representert i alle 5 faglige utvalg, men det bør tilstrebes at alle kommuner har representanter i minst et utvalg. Geografis representasjon er en farbar vei for faglige utvalg.

Hvem skal representere/ utpeke representanter fra brukerne og fastlegene

Når det gjelder fastlegene, så er det kun kommunen som kan utpeke etter dialog internt i kommunen.

Sekretariat

Representasjon/sammensetning

Langt på vei ønsker vi å videreføre modellen fra vår region hvor samhandlingskoordinator er sekretariat

Det ønskes også innspill på om andre skal være representert, for eksempel med tale- og/eller forslagsrett:

Representant fra ansattes organisasjoner (representerer alle forbund/ begge forvaltningsnivåer)

Ansattes organisasjoner må være representert, men her vil en med fordel kunne tenke enten regionvis eller fylkesnivå (gamle Telemark)

Andre representanter ser vi ikke pt at har noen særlig rolle i dette samarbeidet.

Med hilsen Svein Aannestad

Kommunedirektør

Gry Anja Gundersborg

kommunalsjef levekår

2.6 Nome kommune:

Nome kommune går for modell 2.

- Partnerskapsmøte
 - Skal det være et eller flere partnerskap
Ville det være hensiktsmessig å organisere disse også i to, en for øvre Telemark og et for nedre Telemark?
 - Møtehyppighet –
Virker som en god løsning å knyttet partnerskapsmøtene til årlig helsekonferanse. Vi støtter at det er behov 2 partnerskapsmøter årlig
 - Representasjon/sammensetning
Ønskelig med representasjon fra både store og små kommuner inn i region nedre Telemark grunnet at små kommuner ofte har andre behov, og at de organiserer i flere tilfeller tjenester sammen
Hva tenker man at fastlegerepresentasjonen skal ivareta? Hvordan frigjøre tid til dette? Hvordan rekruttere fastleger til denne representasjonen?
- Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
 - Møtehyppighet
Forslag på 4 møter pr år
 - Representasjon/sammensetning
Så få som mulig og så mange som nødvendig. Viktig å sikre tilstrekkelig representasjon fra kommunene (likeverdighet STHF og kommunene). Sørge for at beslutninger er forankret både faglig og på kommunenivå.
- Faglig samarbeidsutvalg (FSU)
 - Antall FSU
Modell 2 foreslår 5, det virker fornuftig at disse er felles for øvre og nedre Telemark
 - Forslag til mandat for faglig samarbeidsutvalg
Lage samarbeidsrutiner/prosedyrer for å sikre gode overganger mellom STHF og kommunene – helhetlige pasientforløp – lokale forankringer på de sentrale føringene. Mange av dagens

Helsefelleskap i Telemark

- delavtaler går på tvers av pasientgruppene i disse foreslåtte faglige samarbeidsutvalgene. Hvordan vil dette ivaretas i denne strukturen?
 - Møtehyppighet (etter behov)
Bør avholde minimum to møter pr år i forkant av SSU for å ha mulighet til å komme med innspill her
 - Representasjon/sammensetning
Sikre representasjon fra både små og store kommuner
- Hvem skal representere/ utpeke representanter fra brukerne og fastlegene
Hvordan gjøres dette i dag?
- Sekretariat
 - Representasjon/sammensetning
Utgår samhandlingskoordinatorfunksjonen?

Det ønskes også innspill på om andre skal være representert, for eksempel med tale- og/eller forslagsrett:

- Representant fra ansattes organisasjoner (representerer alle forbund/ begge forvaltningsnivåer): Ja
- Representant fra KS: Ja, på partnerskapsmøtet for å styrke kommunenes rolle
- Fylkesmannen: Ja, på partnerskapsmøte med tanke på forsvarlige helsetjenester, som tilsynsmyndighet og ansvaret for veiledning
- Universitetet i Sørøst- Norge: Ja, for å sikre at utdanningene følger opp behovene i tjenestene, på SSU
- NAV: ?
- Tillitsvalgte bør være representert

Ellen Moen

helse og omsorgssjef

Telefon: 35946290/95281404

E-post: elmo@nome.kommune.no



Tenk på miljøet før du skriver ut denne e-posten

2.7 Notodden kommune:

Kommunene i Telemark er bedt om å gi innspill til utsendt forslag med ulike modeller for etablering av Helsefelleskap i Telemark. Samtidig fikk kommunene til høring et lovendringsforslag fra Helse- og omsorgsdepartementet om innføring av krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenestene. Dette vil, ifølge høringsnotatet, være et sentralt tema for samarbeidet i helsefelleskapene.

Notodden kommune har derfor satt seg inn i høringsnotatet fra departementet og lagt elementer derfra til grunn i sitt innspill til forslaget om organiseringen av Helsefelleskap i Telemark.

Fra Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat 25. august 2020.

Evalueringer av samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene viser at avtalene har bidratt til å tydeliggjøre ansvar og oppfølging, men ikke nødvendigvis til bedre opplevd samhandling. Departementets inntrykk er at prosessene ofte har vært mer preget av et ønske om å dele opp ansvar enn av behovet for å ta et felles ansvar for pasientforløp som i sin natur går på tvers av helseforetak og kommuner.

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Både pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet. Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers

Helsefellesskap i Telemark

av sykehus og kommuner. Sårbare pasienter skal i større grad møtes med ambulante, tverrfaglige team og pasientene skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.

Målet med helsefellesskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Høringsnotatet fra departementet sier at samarbeidsavtalene skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan avtalepartene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene. Målet er at helseforetak og kommuner skal avtale helt konkret hvordan de skal gjennomføre felles planlegging av tjenester til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer, og hvordan de konkret skal involvere hverandre i eget planarbeid som har betydning for den andre. Departementet tror at konkret beskrivelse vil bidra til de felles planleggingsprosessene som er nødvendig for å sikre sammenhengende tjenester og bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

I høringsnotatet beskriver departementet flere momenter som må tas hensyn til i felles planlegging. Det kan være behov for å avtale hvilke datakilder/forutsetninger som skal ligge til grunn slik at man sikrer en felles virkelighetsforståelse, og videre avtale konkret hvordan planleggingsarbeidet skal organiseres, hvilke rutiner som skal etableres for å oppnå forpliktende beslutninger og hvordan planene skal gjennomføres. «En gevinst ved felles planlegging vil være bedre muligheter for å vurdere hvordan et utviklingstiltak vil påvirke kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet og hvordan slike tiltak kan forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet. Departementet antar at kommuner og helseforetak kan være tjent med å avtale rutiner for hvordan slik kunnskap og slike beregninger skal fremskaffes.»

Notodden kommune mener at det er viktig at disse elementene blir med i etableringen av Helseforetak i Telemark og i arbeidet som skal gjøres i utvalgene.

Høring/ innspill fra Notodden kommune

Notodden kommune ser positivt på Helsefellesskap som en mulighet til videre utvikling av samhandlingsreformen. Med erkjennelse av at det etter snart ti år med samhandlingsreform er svakheter og mangler i forhold til å skape pasientens helsetjeneste, er det viktig at Helsefellesskap blir noe nytt. Notodden kommune mener at viktige stikkord i dette er: partnere framfor parter, konkrete tiltak for felles pasienter, felles ansvar framfor delt ansvar, skape felles virkelighetsforståelse. Dette må ligge til grunn i arbeidet på alle nivåer.

Kommunen synes samhandlingskoordinatorerne har gjort en god jobb med grunnlagsdokumentet. De har kommet med et oversiktlig bilde av ulike mulige modeller.

Det kan være nyttig om dokumentet innledningsvis har med beskrivelse av utfordringsbilder og intensjoner som ligger til grunn for regjeringens forslag om opprettelse av Helsefellesskap, når dette skal videre til behandling i ulike organer.

Notodden kommune ser at nærmere detaljer og beskrivelse av innhold må komme når modell er valgt. Notodden kommune vil gjerne høres i dette arbeidet.

Innspill til valg av modell

Kommunen er bedt om å gi innspill på de skisserte modellene, valg av modell eller alternativ modell. Notodden kommune mener at modell 1 er best egnet til å løse utfordringene som er beskrevet, og som best ivaretar prinsippene som helsefellesskapet skal bygge på:

- en tydeligere samarbeidsstruktur
- bedre felles planlegging
- økt samordning (mellom sykehusene i samme helseforetak og mellom kommuner for deltakelse med representant ~~inn~~ i helsefellesskap)
- bedre beslutningsprosesser
- velfungerende sekretariat
- tydelige prioriteringer
- felles virkelighetsforståelse (skal få bedre styringsinformasjon og fremskrivningsverktøy)
- rom for lokale tilpasninger i oppgavedeling

Helsefelleskap i Telemark

Modell 1 gir:

samordnet/enhetlig modell som medfører mindre ressursbruk, kortere vei til beslutninger, kompetanse i utvalgene (fag - kunnskapsbasert, juss - regelverk, kvalitet, analyse – felles virkelighetsforståelse

bedre beslutningsprosesser. Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet. Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunen.

konkretisering av planer og tiltak for felles pasienter

prioriteringer – bidrar til å sikre bærekraft fremover (gjelder særlig partnerskapsmøtet)

I de andre modellene ser vi et problem med flere strategiske utvalg som eventuelt kan vedta ulike retninger for ulike deler av fylket. Flere utvalg gir økt byråkratisering og vanskeligere beslutningssløyfe, med potensiell uenighet mellom utvalgene og påfølgende forsinkelser i beslutning og gjennomføring.

Øvrige innspill

Utvalgene bør ikke ha for mange medlemmer.

Strategisk samarbeidsutvalg kan ha samordnet representasjon fra kommunene. For eksempel med to kommunalsjefer fra nedre Telemark og to fra Øvre Telemark. Dette for å sikre raske og enkle beslutningsprosesser. Høringsnotatet fra departementet påpeker ansvaret for kvalitet, herunder planlegging, som ligger på øverste leder av helsetjenestene både i kommune og spesialisthelsetjeneste. Det nevnes spesielt plikten til å planlegge for minimalisering av risikofaktorer forbundet med samhandling.

De faglige samarbeidsutvalgene må gjennom sammensetning og mandat ivareta kompetanse på helsefag (faglig forsvarlig tjeneste, kunnskapsbasert), kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og helsejuss slik at øvrige krav i helselovgivningen etterleves. Dette er beskrevet i høringsnotatet fra departementet. Samt ivareta økonomiske aspekter.

Det foreslåtte faglige samarbeidsutvalget på «Andre fagområder» bør ikke være basert på organisering av samordningsutvalg under covid-19 pandemien. Beredskapsledelse under kriser skal være beskrevet i eksisterende delavtale «omforente beredskapsavtaler», pkt 11 i avtalestrukturen. Bergen vises til som eksempel på hvordan dette kan fungere høringsnotatet fra departementet.

Sekretariatet: et velfungerende sekretariat er viktig i helsefelleskapet. For Notodden kommune er det naturlig at samhandlingskoordinatorene fortsetter ved å utgjøre sekretariatet. Notodden kommune vil foreslå at sekretariatet utvides med representant fra KS Vestfold-Telemark. Dette styrker samordnet bidrag fra kommunene og vil være verdifull kanal sentralt.

Med vennlig hilsen

Thale Rolstad

Ass. kommunalsjef helse og omsorg/leder Tildelingskontor

Notodden kommune

2.8 Midt Telemark kommune

Svar på høring om Helsefelleskap

Midt Telemark kommune har gjennomgått høringsnotatet om helsefelleskap i Telemark. Vi ønsker å gi følgende tilbakemelding

-Midt Telemark støtter seg til Notodden kommune sine innspill til høringsnotatet.

-Når det gjelder deltakelse fra arbeidstakerorganisasjonene har vi gode erfaringer med at disse er representert i eksisterende samarbeidsutvalg.

Med hilsen

Cecilie Stangeby

Kommunalsjef

30.09.2020

Helsefelleskap i Telemark

2.9 Grenlands kommunene

Grenlandskommunene (Bamble, Kragerø, Drangedal, Porsgrunn, Siljan og Skien) har diskutert Helsefelleskapene og videre organisering. I forbindelse med høringen om Helsefelleskap i Telemark, kommer Grenlandsregionen med sine innspill.

Valg av modell

Grenlandsregionen forstår det slik at Nome har ytret et ønske om å organiseres i lag med Grenland. Grenlandskommunene er positive til en modell hvor Grenland og Nome er organisert sammen. Slik vi tolker høringsnotatet, så dekkes dette i alternativ 2.

Videre er regionen positive til at det er en viss gjennomgående representasjon på de ulike nivåene. Eksempelvis kan dette sikres ved at enkelte av kommunalsjefene er representert i strategisk samarbeidsutvalg og partnerskapet. Dette vil bidra til å gi en større bredde, og hjelpe til med å opplyse sakene ut fra et faglig- og ledelsesforankret perspektiv. Dersom organiseringen skal fungere vil det være sentralt at det holdes en rød tråd og kontinuitet mellom de ulike nivåene, noe en slik organisering vil kunne bidra til.

Skien, som vertskommune for sykehuset, bør følgelig være representert på de sentrale arenaene. Når det gjelder «hvilke funksjoner» og «hvem» som representerer kommunene på de ulike nivåene, så bør dette foregå etter nøye vurdering. Det er essensielt at alle kommuner når frem med sine meninger, og har muligheten til å bidra i aktuelle diskusjoner. Prosessen knyttet til representasjon bør skje etter grundig dialog kommunene seg imellom, og kommunene og STHF.

Grenlandskommunene er også positive til en årlig helsekonferanse. For å sikre kontinuitet og dialog i Helsefelleskapet er det i høringsutkastet lagt opp til to partnerskapsmøter årlig, et i mai/juni og et i november/desember. Dette er Grenlandsregionen positive til. Videre er kommunene positive til en involvering av universitetet på partnerskapsnivå. Representasjonsnivået fra universitetet bør være tilsvarende nivået som representerer kommunene og STHF.

Øvrig representasjon av brukerrepresentanter og fastlegene, er kommunene positive til på aktuelle nivåer. Bruker- og pasientmedvirkningen bør organiseres med representasjon fra pasient- og brukerombudet, som oppfattes som en nøytral part med god oversikt over helheten. Fastlegene bør representeres gjennom at Almennlegeforeningen i Telemark peker ut denne.

Når det gjelder kommunenes representasjon i strategisk samarbeidsutvalg, så bør alle kommunene være representert. Sekretærfunksjonen bør fordeles mellom samhandlingskoordinatorene og rådgiver i Grenlandssamarbeidet.

«Fra parter til partnere» er noe av baktanken ved etableringen av Helsefelleskapene. Det er viktig at planleggingen, organiseringen og driften av Helsefelleskapet representerer dette. STHF og kommunene skal stille som likeverdige partnere.

Modellen som benyttes bør evalueres. En evaluering foreslås etter ett eller to driftsår. Målekriteriene for evalueringen, og selve evalueringen, må gjennomføres etter dialog og samarbeid mellom STHF og kommunene.

Det er ønskelig at møtene mellom sykehusdirektøren og Grenlandssamarbeidet videreføres.

Mvh

Sondre Groven

Spesialrådgiver for Grenlandssamarbeidet

Tlf: 480 26 496

sondre.groven@skien.kommune.no

Helsefelleskap i Telemark

3. Innspill fra STHF

3.1 Klinikk for Psykisk helse og rus

Høringsnotat Vedr Helsefelleskap. Av de tre foreslåtte modellene anbefales alternativ 2. Jeg mener alt 1 vil få et for stort strat utvslg som blir vanskelig å drifte. Alt 3 har svært mange fagutvalg som også blir vanskelig å drifte. Tror derfor alt 2 er det beste alternativet.

Med vennlig hilsen
Lars Ødegård, Klinikksjef
Klin. Psyk helse og rusbeh.

3.2 Akutt og beredskapsklinikken

Jeg vil anbefale alt2 for organisering av SMU; ett SMU for øvre T. og ett for Grenland/Nedre T. Da kan vi tilordne riktig fokus og ressurser i tråd med størrelse og kompleksitet på de to områdene, som jo er svært ulike i både størrelse og kompleksitet. Likeledes vil det fint knyttes til Notodden og Skien som sykehuslokasjoner.

Jeg mener det ville være smart å etablere ett eget FSU for videreføring av Akuttkjeden (muligens i kombinasjon med ansvar for «pasientforløp» generelt.

I avslutningsprosessen av prosjektet ut året vil det bli ulike oppgaver og videreutviklingsaktiviteter som vil kunne videreføres i en slik god struktur som Helsefelleskapet vil bli. Ved å gjøre dette vil vi både kunne høste nytte av etablert likeverdighet og opparbeidet tillit mellom nivåene, både faglig og på ledernivå.

Hilsen

Frank Hvaal, Klinikksjef
Akutt og beredskapsklinikken

3.3 Direktørens ledergruppe

Sykehuset Telemark har følgende innspill til modell for etablering:

- **Partnerskapsmøte**

Her ønsker STHF ett møte felles for hele Telemark

Det ønskes at dette skal være en arena som kan gi retning for alle kommunene og STHF. Slik at vårt innspill er at alle ordførere og alle kommunedirektører deltar på denne arenaen sammen med direktør og representanter fra styret ved STHF, samt representanter for brukerne og representanter for fastlegene.

Dette bør være en årlig møtearena som sier noe om utfordringsbildet innenfor helsesegmentet i Telemark og som gir føringer for arbeidet i året som kommer.

Partnerskapsmøte bør selv kunne vurdere om det er behov / ønske om et halvårlig møte for å sjekke ut status i dette arbeidet.

- **Strategisk samarbeidsutvalg**

Modellen åpner opp for at det kan etableres fra ett til tre strategiske samarbeidsutvalg

STHF er opptatt av å skulle gi likeverdige sykehustjenester til helebefolkningen i Telemark. STHF ser det derfor som en fordel at alle sitter rundt samme bord når strategiske føringer skal diskuteres og fortløpende beslutninger skal tas.

Helsefelleskap i Telemark

I prinsippet ønsket STHF at det også her skal være slik at alle skal sitte rundt samme bord. Vi ser at det kan bli komplisert å drifte et så stort fora hvor kommunalsjefer fra alle kommunene samt kliniksjefer, brukere og fastleger. En kan også vurdere om regionsvis representasjon er mest hensiktsmessig her om det opprettes ett strategisk samarbeidsutvalg for hele Telemark

Dette nivået bør møtes minimum fire ganger pr år --om en skal kunne gi gode bestillinger til fagutvalgene og for at strategiske beslutninger skal kunne tas forløpende.

- **Faglige samarbeidsutvalg**

Det bør være fem faglige samarbeidsutvalg slik at det meste av samhandlingen kommer inn i denne møtестrukturen - det femte utvalget kan inkludere oppfølging av akuttkjedeprosjektet, pandemioppfølging, samarbeidsutvalg for leger etc.

Representasjon i de fem faglige samarbeidsutvalgene bør gjøres av det strategiske samarbeidsutvalget tidlig i 2021

I ledermøtet ble det diskutert om akuttkjeden bør være et eget område (5. område). Dette fastsettes ikke nå, men i Helsefelleskapet.

Vedtak:

1. Ledergruppen tar informasjonen til orientering.
2. Ledergruppen legger til grunn at både modell 1 og modell 2 kan fungere godt.

Det bør legges opp til en beslutningsprosess hvor man sammen med kommunene konkluderer med endelig anbefaling

Halfrid Waage

Fagdirektør, dr.med.

+ 47 415 58 106



Sykehuset Telemark HF

3.4 Høringsinnspill fra fra PKO –gruppen ved STHF.

PKO–gruppen består av:

PKO-leder: Edvard Løchen

Praksiskonsulenter: Bjørnar Nyen og Øystein Line

PKO-gruppen anbefaler Modell 2 for Helsefelleskap i høringsnotatet: ett partnerskapsmøte, to strategiske samarbeidsutvalg og fem faglige samarbeidsutvalg. Vi tror at to strategiske samarbeidsutvalg vil dekke behovet. De ulike kommunene vil kunne bli representert etter en turnusordning, slik at Strategisk samarbeidsutvalg ikke blir for stort. Vi synes det er fornuftig med kun ett faglig samarbeidsutvalg (FSU) med fem satsingsområder for hele Telemark for å sikre like faglige retningslinjer i hele Telemark. Det utelukker ikke lokale tilpasninger. Belastningen på spesialisthelsetjenesten vil med den modellen bli mindre. Vi tror at det kanskje vil være behov for å beholde et femte faglig samarbeidsutvalg også etter Covid-19-pandemien, og at dette utvalget kan ta inn i seg elementer fra PKO, SULT og kommuneoverlegemøter.

PKO mener at fastleger bør være representert på alle tre nivåer: Partnerskapsmøte, Strategiske samarbeidsutvalg og Faglige samarbeidsutvalg. Fastlegene må velges av ALU (allmennlegeutvalg) i kommunene slik at fastlegerepresentantene sikres legitimitet i fastlegekorpsset. Fastlegerepresentantene må lønnes med kommunale midler.

PKO mener at tillitsvalgte ikke bør velges som fastlegenes representanter i Partnerskapsmøte, Strategiske samarbeidsutvalg eller Faglige samarbeidsutvalg, da dette handler om fag og ikke fagforeningsarbeid.

Skien 31.8.20

Edvard Løchen

Helsefelleskap i Telemark

3.5 Høringsinnspill fra Brukerutvalget Sykehuset Telemark HF

Brukerutvalget har blitt enige om å gå for modell 2.

Dette forutsetter at det er minst to brukerrepresentanter i Partnerskapet hvorav en fra psykisk helse/rus og den andre fra somatikken.

Det må være gjennomgående representasjon i alle nivåer.

Fagutvalg må ha to brukerrepresentanter hvorav en med relevant erfaring fra området.

Viktig å tenke lokal forankring av brukerstemmen.

Det er som i modell 2 viser viktig med felles fagutvalg i Øvre og Nedre Telemark i og med våre to sykehus er et helseforetak. Brukerne ønsker ikke forskjell i behandling av pasienter eller rutiner på de to sykehusene våre da dette fort kan forringe kvaliteten på helsetjenesten til brukerne utfra hvor de søker til.

3.6 Høringsinnspill fra Avdeling B – lunge, geriatri, mage-tarm, infeksjon og Kragerø

I den forbindelse vil Nina Ruud og jeg understreke at vi støtter Kine Jordbakke sitt hørings svar (versjonen jeg har fått tilsendt under) både når det gjelder valg av modell 1 og at akuttkjeden bør være en viktig del av et 5te faglig samarbeidsutvalg.

Akuttkjeden er et svært godt eksempel på at alle helseaktører i Telemark må jobbe sammen om pasientene, på en lik og likeverdig måte, uavhengig av kommunetilhørighet eller om nærmeste sykehus er på Notodden eller i Skien. Ett strategisk samarbeidsutvalg vil underbygge dette.

Med vennlig hilsen

Benedicte Børge-Ask

Avdelingsleder, Avdeling B – lunge, geriatri, mage-tarm, infeksjon og Kragerø

Medisinsk klinikk

Sykehuset Telemark HF

4. Innspill fra kommuneoverleger

4.1 Kommuneoverlegen i Seljord:

Nøkkelen til å lykkes med helsefelleskap er likeverdighet. Samarbeidet må oppleves som både nyttig, konstruktivt og likeverdig. Tillit og annerkjennelse fra de forskjellige partnerne er sentrale elementer. Jeg savner noe mer spesifikt om likeverdighet, og synes dette burde være et eget punkt på side 3 under prinsipp punktene som er ramset opp der.

Når det gjelder modellvalg har jeg falt på **modell nr. 1** som den mest foretrukne for min del. Et fellesskap bør bestå av alle parter. Dersom man deler opp fellesskapet i for mange små deler blir det lett fragmentert, og vanskelig å få til en helhetlig tankegang. Ønsker man at alle skal gå i samme retning tror jeg alle må være på samme lag. Dette stiller selvfølgelig krav til bred deltagelse på alle nivå, og den kanskje mest utfordrende delen i denne modellen er forankring, både innad på sykehuset og ut i kommunene. Nøye planlegging og utvalgelse av hvem som skal delta må gjøres på forhånd, og det bør opprettes et system på hvordan vedtak og bestemmelser fra utvalgene skal deles ut til de andre aktuelle berørte/involverte partene. Det er også svært viktig at det sitter deltagelse fra begge sykehusene i de faglige utvalgene, slik at man ikke risikerer at det blir vedtatt noe i de faglige utvalgene som ikke er gjennomførbart begge(alle) steder. Det er selvfølgelig også viktig med representasjon av både by og land, men dette er jo selvsagt fra før av.

Helsefelleskap i Telemark

Modell 2. og 3. blir for fragmenterte, og er etter min mening derfor ikke de beste alternativene. Dersom man skulle velge modell 2, vil de faglige samarbeidsutvalgene muligens få forskjellige instruksjoner fra de to forskjellige strategiske utvalgene, og dette kan være med på å gjøre ting uklart og vanskelig. Modell 3 har altfor mange små fagutvalg, og man kan lett ende opp med et A og et B lag, ikke hverken ønskelig eller hensiktsmessig.

Et siste innspill: et 5te faglig utvalg bør etter min mening være **Akuttkjeden**. Vi har lang tradisjon i å jobbe sammen om de akutte pasientene i Telemark, og vi vet at vi får det til. Dette kan vi også dra nytte av i utformingen av helsefelleskapene. I tillegg bør akuttkjedeprojektet som har pågått de siste 5 årene videreføres inn i noen faste former. Et slikt utvalg ville være et flott bidrag inn i dette arbeidet. Pasientflyter og korona går fint inn i denne kategorien og vil jo fortsette å være viktige i årene som kommer.

Lykke til med arbeidet/utformingen av Helsefelleskap i Telemark.

Kine Jordbakke
Kommuneoverlege Seljord

4.2 Kommuneoverlegen i Tokke:

Modell:

For øvre/ vest –Telemark er ein del av spesialisthelsetenestetilboda på sjukehuset i Skien. For dei prioriterte områda i denne samanheng, mellom anna barneavdeling, geriater, nevrolog, spiseforstyringsteam. Modell 3 vil nok gje en nærhet til Notodden sjukehus men ikkje ta i vare heile heilskapen. Skilnaden mellom øvre og nedre regionar er mest i avstand og mest utfordrande i akuttmedisinen. Samhandling mellom fastlegar og sjukehus bør være samkjørde for både sjukehus evt med unnatak av nokre akuttmedisinske løysingar. Eg vil difor gå for modell 1 med to fastlegar, ein frå øvre og ein frå nedre region i det strategiske samarbeidsutvalet. Eg er likevel samd i kommentaren til modell 3 om at då vil alle kommunane være representert i strategisk samarbeidsutval (inkl fastlege) og at det vil være ein styrke.

Partnerskapsmøte

Mandat ser ok ut. Ingen synspunkt på antall eller frekvens. Ein kommuneoverlege kunne evt vore med her.

Strategisk samarbeidsutvalg.

Forslag til mandat og samansetning ikkje heilt klårt for meg. Om det er det som står i boksen på side 6 er det ok men virker litt overlappende med Partnerskapsmøte/ overordnet strategisk samarbeidsutval. Det står og at konkret mandat skal utarbeidast i partnerskapsmøtet ? Om representasjon står det at det skal være ledere med beslutningsmyndighet. Det utelukker både fastleger og de fleste kommuneoverleger (som er rådgjevande). I boksen i innleiinga er overskrifta under arbeidsdeling at brukere og fastlegar deltek på alle nivå.

Figursymbolikken er uklår. Eg går utifra at mann/ dame i kvit frakk er lege men ein figur har stetoskop og ein anna eit kvitt kors. Kven av dei symboliserer fastlegan og kva er den andre ? Håper det kan gjerast klårare og at det ikkje er tvil om at fastlegane skal være representert her og (slik eg forstår det, men eg er ikkje heilt sikker)

Fagleg samarbeidsutval.

Ingen innvendigar til forslaget eller konkrete meiningar om møtehyppigheit. Med digitalt oppmøte kan vel ein fastlege møte 4 x i året td. Arbeidsgjevar i kommunen må skaffe vedkommande tid, også til å jobbe med oppgåvene mellom møta.

Kven skal representere / utpeike representant ar for brukarar og fastlege.

Kommenterer berre for fastlegane. Eg meiner det er ein styrke i dette nye felleskapet at fastlegane er representera, og at det er heilt naudsynt i den situasjonen fastlegeordninga er i. Eg er ikkje sikker på at den vil bestå i dagens form, men det er bestemt at det skal satsas vidare på dagens modell i Handlingsplanen for fastlegeordninga. Uansett viktig at fastlegane er representert med nokon som er solidariske med ordninga slik

Helsefelleskap i Telemark

den er i dag og med målsetting om samhandling til nytte for pasienten. Representant i strategisk samarbeidsutval (om det skal være representasjon) bør være fastlege med rene fastlegeoppgåver dvs liste og andre allmennlegeoppgåver, som er helsestasjon og/ eller sjukeheim. Då får ein nokon med den heile bredda i fastlegerolla. Kommuneoverlegen/ samfunnsmedisimaren er i ein bistilling som er klårt definert til å ikkje være fastlege verksemd (ikkje regulert i fastlegeforskrifta). Eg kunne likevel ønska meg kommunal samfunnsmedisin inn i dei overordna utvala. Det er jo samfunnsmedisin. Eg kjenner ikke til om det er legar i kommunane i Telemark som er helsestasjon eller sjukeheimslegar på heiltid. Om det finnest og dei er LIS3 eller spesialist i allmennmedisin bør dei og kunne være aktuelle for fagleg samarbeidsutval men det er best om dei og er fastlegar. Om ein fastlege skal representere fleire kommunar inkl Tokke må det være brei enighet om at personen har haldningar og meiningar om fastlegeverksemda som er eigna for representasjon. Den som er i gruppa for born og unge kan med fordel ha helsestasjons og skulelege erfaring og den som er i gruppa om skrøpelege eldre kan godt ha sjukeheimserfaring. Tillitsvalde fastlegar eller leiarar i allmenlegeutval kan og være eigna. PKOar kan kanskje og ha ein rolle.

I Vest Telemark er fastlegane fastlønna og allmennlegeutval er lite nytta. Den normale løysinga ville vore å involvere allmennlegeutvala i val av representat og til høyringsinstans. Her har det vore mykje kommuneoverlegane som har representera fastlegane i møte og utval. Men det kan i det nye helsefelleskapet være slik at det ikkje er riktig. Eg er litt skeptisk til at ikke kommunal samfunnsmedisin er nemd i den nye ordninga, men likevel bra at fastlegane blir tekne med.

Lars Håvard Eriksen
Kommuneoverlege i Tokke

4.3 Kommuneoverlegen i Skien:

Samarbeidet mellom sthf og kommunene i faglig samarbeidsutvalg har vært svært nyttig mtp avklaringer/lage prosedyrer og oppdatere hverandre og få en mer felles forståelse av utfordringene i Covid-19 pandemien.

Jeg støtter derfor at det opprettes et 5.FSU gjerne med vekt på pasientflyt i kommuner/videre styrking av akuttkjedeprojektet/pandemi/annet.

Mvh. Trude Belseth Sanden
Kommuneoverlege kliniske tjenester Skien Kommune

5. Innspill fra andre

5.1 Telemark legeförening

Telemark legeförening har fått denne saken på høring.

TLF mener at vi bør få inn tillitsvalgte for fastlegene i hvert nivå. (Tillitsvalgte er vant til å representere legene som gruppe og vil ikke kun snakke for seg selv.)

Videre bør vi ha med 2 tillitsvalgte (fra forskjellige forbund) fra sykehuset og 2 tillitsvalgte fra kommunene i hver av Partnerskap og Strategisk Samarbeidsutvalg

I Faglige samarbeidsutvalg bør også avtalespesialistene representeres i relevante fagområder

Telemark legeförening anbefaler Modell 2 med ett Partnerskapsmøte, 2 Strategiske samarbeidsutvalg (det er forskjellige behov og utfordringer i byer og små landlige kommuner) og 5 Faglige samarbeidsutvalg

mvh

Thor Severinsen, overlege, tlf 92668334
FTV Overlegeforeningen ST
Telemark legeförening, leder
Legeföreningens regionutvalg Sør-Øst, leder
Adr: Psyk kl, ST
3710 Skien

Helsefelleskap i Telemark

5.2 Høringssvar fagforbundet Vestfold og Telemark

Fagforbundet Vestfold og Telemark mener det er viktig at det fortsatt er fokus på samhandling mellom kommune og helseforetakene, og at helsefelleskap kan være en god måte å organisere det på.

Helsefelleskapet i Telemark bør ha et overordnet ansvar for hvordan kommunene skal bli mer styrket til å håndtere et økt antall pasienter med sammensatte lidelser og flere eldre med pleie – og omsorgsbehov. Samtidig skal kommunene settes i stand til å møte en voksende etterspørsel av helsetjenester.

I dagens modell er arbeidstakerorganisasjonene representert i både de overordna samarbeidsutvalgene og i samarbeidsutvalgene. I avtalen om helsefelleskap er ikke tillitsvalgte nevnt.

Fagforbundet Vestfold og Telemark mener tillitsvalgte bør representere på alle nivåene i helsefelleskapet med minimum 2 representanter. *Helseområdet er et komplekst område, og det involverer svært mange yrkesgrupper. Fagforbundet organiserer de fleste yrkesgruppene fra assistenter til sykepleiere, derfor bør Fagforbundets tillitsvalgte være en av representantene.*

Målet for kommunene og helseforetakene er å tilby innbyggerne best mulig tjenester og sikre god demokratisk styring. Endrede krav til tjenestene, økt grad av digitalisering og stramme økonomiske rammevilkår medfører at kommunesektoren og helseforetakene er i kontinuerlig omstilling. Dette vil også påvirke arbeidet i helsefelleskapet. Derfor er det viktig at tillitsvalgte er representert i alle nivåene i modellen. Dette som et virkemiddel for å sikre gode prosesser mellom partene og for å utvikle kvalitativt gode tjenester.

Samarbeidet med tillitsvalgte er basert på tillit og gjensidig forståelse for partenes ulike roller. Det er derfor viktig å involvere tillitsvalgte så tidlig som mulig når omstillinger og endringer skal gjennomføres.

Nivå 1- Partnerskapsmøtet

Organisering:

For å sikre kontinuitet og dialog i Helsefelleskapet er vi helt enige at det blir avholdt to partnerskapsmøter årlig, et i mai/juni og et i november/desember. Et av disse møtene er i kombinasjon med en årlig helsekonferanse, der politisk, administrativ og faglig ledelse i kommunene møtes sammen med styret og ledelsen ved Sykehuset Telemark HF. I partnerskapsmøtet mener vi det ville vært naturlig at Arbeidstakerorganisasjoner på regionsnivå er representert.

Sammensetning:

- STHF: Styreleder og administrerende direktør.
- Kommunene: Regionvis representanter fra politisk og administrativ nivå med utgangspunkt i rådsstrukturen, samt fastleger.
- Brukerrepresentant
- Arbeidstakerorganisasjoner: Tillitsvalgte på regionnivå

Nivå 2 - Strategisk samarbeidsutvalg

Organisering:

Fagforbundet Vestfold og Telemark anbefaler foreslåtte modell 3 som organisering av Helsefelleskapet. Modellen viderefører eksisterende samarbeidsstruktur med *tre regionvis strategiske samarbeidsutvalg*. Det er en styrke at modellen legger opp til at alle kommunene er representert i strategisk samarbeidsutvalg. Hovedtillitsvalgte som representerer hovedsammenslutningene bør ha en plass i strategisk samarbeidsutvalg dette for å skape eierskap til arbeidet og beslutningene i alle kommunene.

Helsefelleskap i Telemark

Sammensetning strategisk samarbeidsutvalg:

- STHF: Klinikksjefer
- Kommunene: Kommunalsjefer og fastleger
- Brukerrepresentant
- Hovedtillitsvalgte

Nivå 3- Faglig samarbeidsutvalg:

Sammensetning:

- Fagpersoner i kommunene og fra STHF.
- Plasstillitsvalgte

De tillitsvalgte er bindeleddet mellom ansatte og arbeidsgiver i virksomheten.

De plasstillitsvalgte har en viktig rolle på arbeidsplassen, de jobber sammen med sine kollegaer i fagmiljøet for å gi best mulig tjenester til brukene. For å sikre en god forankring når tjenestene skal implementeres ut i kommunene er det viktig at både arbeidsgiver og tillitsvalgte lokalt er representert i fagligsamarbeidsutvalget.

Vennlig hilsen

Lise Larsen

Yrkesseksjonsleder helse og sosial
Fagforbundet Vestfold og Telemark
95453544