

KRONOBY KOMMUN
Ank.: 13.6.2007
Ank. D. N:o: 170/2006
Arkivsignum: .....

8.6.2007

## **INTENTIONSAVTAL GÄLLANDE ORDNANDE AV SERVICE INOM PRIMÄRVÅRDEN OCH UPPGIFTER INOM SOCIALVÄSENDET SOM ÄR NÄRA ANSLUTNA TILL DEN SAMT SERVICE SOM KRÄVER ETT BRETT BEFOLKNINGSUNDERLAG I ENLIGHET MED LAGEN OM EN KOMMUN- OCH SERVICESTRUKTURREFORM**

### **1 Avtalsparterna**

Halso kommun  
Himango kommun  
Kannus stad  
Kaustby kommun  
Kinnula kommun  
Karleby stad  
Kelviå kommun  
Kronoby kommun  
Lestijärvi kommun  
Lochteå kommun  
Perho kommun  
Toholampi kommun  
Ullava kommun  
Veteli kommun

### **2 Bakgrund**

Detta intentionsavtal har att göra med skyldigheter som ställts på kommunerna i lagen om en kommun- och servicestrukturreform och i den på basis av lagen utfärdade förordningen när det gäller ordnandet av primärvården och därtill nära anslutet socialväsande. Dessutom anknyter intentionsavtalet till den projektfinansiering som ansökts om och erhållits av social- och hälsovårdsministeriet för projektet för en regional omorganisering av social- och hälsovården i Mellersta österbotten. I bilagan ingår en närmare beskrivning av dessa.

### **3 Avsikten med avtalet**

Avsikten är att kommunerna genom detta avtal godkänner grundlinjerna för ordnandet av primärvård och uppgifter inom socialväsandet som är nära anslutna till den samt service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag. På basis av detta specificeras projektplanen på det sätt som ministeriet förutsätter. Efter det fortgår beredningen så att man utnyttjar den

projektfinansiering som erhållits i enlighet med projektplanen, vars utgångspunkt är den s.k. trekorgsprincipen: organiseringen av verksamheten i två samarbetsområden och organiseringen av service som ordnas eller produceras i samarbete.

#### **4 Samarbetsområden och organiseringsform**

Samarbetsområdena är Karleby samarbetsområde och Älvdalskommunernas samarbetsområde.

Till Karleby samarbetsområde hör Karleby, Kronoby?, Kelviå, Lochteå och Ullava?. Detta samarbetsområde fungerar i enlighet med en värdkommunmodell, i vilken Karleby är värdkommunen.

Till Älvdalskommunernas samarbetsområde hör Halsua?, Himango, Kannus?, Kaustby?, Kinnula, Lestijärvi, Perho, Toholampi och Veteli. Detta samarbetsområde fungerar i enlighet med en samkommunmodell, där samkommunen är samkommunen för social- och hälsovård i Mellersta Österbotten.

Med samarbetsområde avses i detta avtal det område som avtalsparterna utgör.

Förutom de avtalskommuner som nämns i avtalets 1 punkt kan även andra kommuner ansluta sig till detta avtal.

#### **5 Service som arrangeras gemensamt**

##### ***5.1 Primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till den***

Primärvården och hela socialväsendet, förutom dagvården, börjar från ingången av 2009 omfattas av samarbetsområdets ansvar för ordnande. När det gäller Karleby stad fattas det slutliga beslutet om dagvården dock ännu på basis av en särskild beredning.

Företagshälsovården ordnas för vart samarbetsområde skilt för sig från och med ingången av 2009. Företagshälsovårdsenheterna i samarbetsområdet utövar ett nära samarbete sinsemellan. I fortsättningen utreds möjligheterna att slå samman samarbetsområdenas företagshälsovård.

Miljöhygien i samarbetsavtalet ordnas från och med ingången av 2009 i form av en värdkommunmodell, i vilken Karleby fungerar som värdkommun. Speciellt vad gäller veterinärvården är samarbetet med Jakobstadsregionen viktigt.

Under projektets lopp utreder man vilka stödtjänster inom hälsovården och socialväsendet som ordnas gemensamt i hela samarbetsområdet. Likaså utreder man vilka tjänster inom primärvården och socialväsendet som det med

avseende på expertis och volymfördelar är ändamålsenligt att arrangera gemensamt för hela avtalsområdet.

Alla kommunernas invånare kan inom samarbetsområdet använda tjänster oberoende av kommungränserna. Målet är att man i fortsättningen kan agera på detta sätt i hela avtalsområdet.

## **5.2 Service som kräver ett brett befolkningsunderlag**

Den specialiserade sjukvården och specialomsorgen om utvecklingsstörda arrangeras redan i nuläget på det sätt som ramlagen förutsätter och i den görs inga ändringar i detta sammanhang.

Under projektet reder man ut vilka av hälsovårdstjänsterna och socialväsandets stödtjänster som arrangeras gemensamt i hela avtalsområdet inom ramarna för samkommunen.

I enlighet med 6 § ramlagen skall sådan samkommun som avses i lagen om specialiserad sjukvård i sitt område främja beaktandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet. I avtalsområdet bildas vid ingången av 2009 en expertgrupp inom vilken aktörer inom hälsa, funktionsförmåga och social trygghet skaffar och utbyter information och goda erfarenheter samt kommer med idéer om verksamhets sätt och åtgärder samt sprider dessa för bruk i hela avtalsområdet i syfte att främja sådana frågor som avses i lagen. Det praktiska arbetet sker i samarbetsområdena och i baskommunerna.

I detta skede har man inte förutsättningar att svara på fråga 2.6 i genomförandeplanen: Vilka uppgifter inom socialväsendet som förutsätter ett brett befolkningsunderlag överförs till denna samkommun (=samkommun som i enlighet med 6 § ramlagen kräver ett brett befolkningsunderlag/det nuvarande sjukvårdsdistriktet) när det gäller vilka eventuella barnavårdstjänster, tjänster för omsorg om utvecklingsstörda och övrig särskild service inom socialväsendet som eventuellt överförs till att skötas av en samkommun med brett befolkningsunderlag.

## **6 Beslutsfattande och styrsystem, ägarledning**

Av samkommunen för Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt bildas en samkommun för social- och hälsovård i Mellersta Österbotten. Samkommunens grundavtal och administrations- och verksamhetsstruktur ändras så att den möjliggör en verksamhet i enlighet med punkterna 4 och 5 från och med ingången av år 2009.

Eftersom samkommunen ordnar en del av tjänsterna för hela avtalsområdet och en del för det andra samarbetsområdet är det med tanke på alla kommunerna viktigt att administrationen, ledningssystemet, den ekonomiska förvaltningen och produktifieringen samt hela styrningssystemet är klart och tydligt. Alla dessa skall vara så tydliga att inga missförstånd uppstår och att förtroendet bibehålls. Även målet att öka samarbetet med närområdena och målet att i fortsättningen producera mera tjänster än i nuläget för andra kommuner än egentliga medlemskommuner förutsätter detta.

I avtalsområdet och samarbetsområdet arrangeras beslutsfattandet så att företrädarna för kommunerna är med om att fatta beslut endast i sådana frågor som gäller den egna kommunen.

I Åstrandskommunernas område tillämpar man i arrangerandet av service beställar-producent-modellen. Projektfinansiering används för beredningen av en fungerande modell.

Produktifieringen av tjänsterna, som i omfattande grad har att göra med beställar-producent-modellen, utvecklas även i Karleby samarbetsområde.

Inom den specialiserade sjukvården utvecklar man produktifieringen och ägarstyrningen.

Språklagen samt hälsovårds- och socialvårdslagstiftningen definierar kommuninvånarnas språkliga rättigheter. Samarbetsområdet för primärvården och socialväsendet i Karleby, som fungerar utgående från värdkommunmodellen, ansvarar med tillgängliga medel för att dessa rättigheter fullföljs. Den svenskspråkiga befolkningens andel på samarbetsområdet gör det möjligt att bättre än tidigare organisera verksamheten så, att en god språkservice kan främjas.

Anvisningar, rekommendationer, epikriser och motsvarande ges till patienten på patientens modersmål (finska, svenska).

Viktiga beslut, anvisningar o.dyl. viktig information ges till personalen på finska och svenska. Personalens interna utbildning ordnas på ett ändamålsenligt sätt på finska och svenska. För att kunna förverkliga utbildningen på det egna modersmålet och även i andra syften har man dessutom som mål att ordna regional utbildning på finska och svenska i samarbete med närområden.

Vid uppbyggandet av en välfungerande beställar-producent-modell och ägarstyrningsmodell använder man inom ramen för projektet expertis på riksomfattande nivå.

Målet är att avtalsområdet fungerar som en gemensam registerbildare.

## **7 Finansiering, fördelning av kostnaderna**

Beredningen fortsätter utgående från den basen att finansieringen av verksamheten sker i första hand kommunvis i enlighet med prestationsprincipen. Enhetspriserna räknas i första hand per verksamhetsenhet, t.ex. skilt för varje åldringshem.

## **8 Personal**

När det gäller personalens ställning agerar man i enlighet med lagen om en kommun- och servicestrukturreform. Omorganiseringarna och beredningen av dem förverkligas i samarbete med företrädare för personalen.

När arrangemangen till någon del leder till att uppgifterna ändras delvis eller helt, strävar man efter att tillsammans hitta en lösning som är god med tanke på såväl arbetsgivaren som den anställda.

Tillräckligt med resurser och tid reserveras för instruering av personalen.

## **9 Producenter**

Kommunerna och samkommunerna har till största delen producerat tjänsterna själva, även om andelen köpta tjänster har ökat. Producenter har i sådana fall varit företag, allmännyttiga föreningar eller motsvarande. Denna praxis fortsätter. Samarbetsområdena kan använda varandra som producenter.

Samarbetsområdena kan enligt eget övervägande använda kommuner i sin region som producenter av tjänster som man kommer överens om särskilt. Till denna del förblir personalen anställd av den nuvarande arbetsgivaren.

## **10 Egendom**

För bägge samarbetsområdenas del fortsätter man med beredningen utgående från att inga ägararrangemang när det gäller fast egendom görs i detta skede. När det gäller lös egendom utreds lösningarna särskilt.

## **11 Avtalets giltighet**

Detta intentionsavtal träder i kraft den 1 september 2007 och upphör när kraven i lagen om en kommun- och servicestrukturreform har fyllits. Avtalet träder i kraft för de övriga kommunernas del även om någon avtalskommun inte godkänner det. Förutsättningen är dock att helheten av kommuner som godkänner avtalet fyller kraven i lagen om en kommun- och servicestrukturreform.

## **12 Fortsatt behandling**

Förhandlingsresultaten av den fortsatta beredningen på basis av de linjedragningar som överenskommits om i detta intentionsavtal behandlas ännu särskilt av avtalskommunerna och godkänns av dem.

Kommunernas underteckningar ...

**BILAGA****Bakgrund till avtalet****Författningar**

I förordningen om hur uppgifter om reformen av kommun- och servicestrukturen skall lämnas till statsrådet konstateras i 3 § att den i 10 § 1 mom. ramlagen avsedda utredningen av de åtgärder i kommunen som förverkligas med stöd av 5 § (*Bildande av kommuner och samarbetsområden*) skall omfatta bl.a. följande:

2) uppgifter om de kommuner som tillsammans bildar ett i 5 § 3 mom. ramlagen avsett samarbetsområde inom primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anknutna till den;

3) uppgifter om den i 2 punkten avsedda primärvårdens och socialväsendets uppgifter som arrangeras i samarbetsområdet samt om hur miljöhygienen och företagshälsovården ämnar arrangeras;

5) uppgifter om på vilket sätt som avses i 5 § 2 mom. ramlagen ett i 2 och 4 punkten avsett samarbetsområde bildas samt hur beslutsfattandet i samarbetsområdet ordnas;

6) uppgifter om hur man ämnar trygga de språkliga rättigheterna i tvåspråkiga kommuner och i kommuner, vilkas ställning som enspråkig eller tvåspråkig kommun ändras samt i samarbetsområden vilka omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner;

8) uppgifter om ändringar som åtgärder avsedda ovan i 1-7 punkten orsakar; samt

9) uppgifter om tidtabellen för bildandet av kommuner eller samarbetsområden.

I en utredning, som avses i 10 § 1 mom. ramlagen, av de åtgärder i kommunen som förverkligas med stöd av 6 § (*Service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag*) skall ingå information

1) om en samkommun i enlighet med 6 § ramlagen, till vilken kommunen kommer att höra och om andra kommuner som hör till samkommunen;

2) om service som avses i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977), för arrangerandet av vilka den i 1 punkten avsedda samkommunen svarar;

3) om uppgifter som det avses att kommunen eventuellt utför för den i 1 punkten avsedda samkommunen utöver i 2 punkten nämnda uppgifter;

- 4) om hur den i 1 punkten avsedda samkommunen i enlighet med kommunernas beslut i sitt område främjar beaktandet av hälsan, funktionsförmågan och den sociala tryggheten;
- 5) om ändringar som förorsakas av åtgärder som avses i punkterna 1-4; samt
- 6) om den tidpunkt under vilken samkommunen svarar för ordnandet av uppgifter som avses i punkterna 1-4.

### **Projektet för förverkligande av en regional omorganisering av social- och hälsovården i Mellersta Österbotten**

I Mellersta Österbotten har kommunerna fattat beslut om beredning av ordnandet av primärvården och socialväsandets tjänster som är nära anslutna till den. I ansökan om projektfinansiering konstateras:

”Målet är att utnyttja lösningarna och erfarenheterna i Päijät-Häme och göra upp en modell som gäller landskapet/sjukvårdsdistriktet och eventuellt ett mera omfattande område (verksamhets- och förvaltningsstrukturer) där servicen produceras på ett kostnadseffektivt sätt och där man kan sammanfoga landskapets olika delars, kommuners av olika storlekar och tvåspråkiga kommuners utgångspunkter på ett balanserat sätt och så att man uppnår de i ramlagen bestämda befolkningsgränserna för skyldigheten för ordnande. Modellen innebär att en del av kommunerna sköter skyldigheten att ordna även i primärvården och det socialväsande som är nära anslutet därtill i samarbete med samkommunen för sjukvårdsdistriktet och en del ordnar denna service själv eller som del av samarbetsområdet. När det gäller bastjänster som kräver ett brett befolkningsunderlag och de tjänster i vilka volymfördelarna kräver hela områdets befolkningsunderlag samarbetar man i helar området. Målet är att skapa en modell som möjliggör medverkan av alla sjukvårdsdistriktets medlemskommuner och även andra kommuner, som använder sjukvårdsdistriktets tjänster.

I syfte att sätta i gång förverkligandet fattar kommunerna ett gemensamt principbeslut på basis av vad som beskrivits ovan. Utredningsarbetet kommer att omfatta tre korgar på basis av kommunernas förhandsställningstaganden. Den första gäller alla kommuner som är med i beredningsarbetet, den andra de kommuner som sköter primärvården och socialväsandets arrangeringsskyldighet tillsammans med sjukvårdsdistriktet och den tredje korgen de kommuner som inom den administrationsmodell som väljs som samarbetsområde arrangerar primärvården och socialväsandet i anslutning till den.”

Projektplanen skall granskas före utgången av augusti. Av den skall framgå hur en befolkningsgrund på minst ca 20 000 invånare bildas, som skall sörja för primärvården och uppgifter inom socialväsandet som är nära anknutna till den, samt hur samkommunen, som kräver ett brett befolkningsunderlag, i sitt område främjar beaktandet av hälsan, funktionsdugligheten och den sociala tryggheten.

Kommunernas fullmäktige beslutar före utgången av augusti om genomförandeplanerna. Efter det bereder man i detalj organiseringen av verksamheten enligt samarbetsområde och gemensamt för den samkommun för social- och hälsovård som täcker hela avtalsområdet. Lösningarna skall kunna godkännas av medlemskommunerna på grund av behovet av ändring av samkommunens grundavtal, även om skyldigheten att ordna service i enlighet med 5 § ramlagen för alla kommunernas del inte ligger på samkommunen i fråga.

Rätt stora tillväxtbehov riktas mot hälsovården och socialväsendet även under kommande år bl.a. på grund av att befolkningsstrukturen ändras. Kommunernas ekonomi är redan nu stram. De kommuner som igen blir tvungna att överföra skyldigheten att ordna service bort från kommunens egen organisation är bekymrade över hur det kommunala självstyret tillämpas och över kommunernas styrmöjligheter samt över åtskiljandet av finansiärens och servicearrangörens roller. Från kommunernas synpunkt sett är det mycket viktigt att man i beredningen tryggar kommunernas styrmöjligheter och utvecklar en fungerande modell.