

Saksfremlegg

Kommunehelsesamarbeidet; framtidig organisering

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|--|---------|------------|
| Rådmannsmøte i Kommunehelsesamarbeidet | 1/2018 | 22.02.2018 |

Vedlegg:

Tverrkommunal samarbeidsavtale som regulerer plikter og rettigheter i Kommunehelsesamarbeidet 2015 – 2018. (Under benevnt som KHS-avtalen)

Forslag til vedtak

- Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken sykehusområde videreføres.
- Kommunehelsesamarbeidets todelte formål opprettholdes.
- Samarbeidet baseres på en vertskommunemodell med sekretariatsfunksjon.
- Kommunehelsesamarbeidet finansieres gjennom en kontingent beregnet ut fra antall innbyggere i hver deltakerkommune.
- Styrets sammensetning opprettholdes med en representant fra henholdsvis Asker, Bærum, Hallingsdalsregionen og Drammensregionen. Kongsbergregionen og Ringeriksregionen alternerer om å ha henholdsvis én og to representanter i styret.
- Samarbeidet baseres på en balansert representasjon i utviklingsprosjekter som ivaretar kommunenes ulike størrelser, erfaringer og kompetanse.
- Behovet for å reorganisere koordineringen av BPA- arbeidet i kommunene, bør vurderes lagt til Kommunehelsesamarbeidet.

Samarbeidsstyret gis i oppdrag å fatte vedtak om vertskommune for sekretariatet. Styrelederfunksjonen og sekretariatsfunksjonens omfang, oppgaver og krav til kompetanse utredes og beslattes i Samarbeidsstyret.

Saksframstilling

Kommunehelsesamarbeidets ordførere besluttet i møte 15.06.2017 at en eventuell videreføring av Kommunehelsesamarbeidet skal behandles i nytt ordførermøte 14.06.2018; herunder formål og organisering. Samarbeidsstyret i KHS er gitt i oppdrag å legge fram sak for felles rådmannsmøte 22.2.2018. Innstilling fra rådmannsmøtet vil danne grunnlag for kommunenes interne diskusjoner fram til juni 2018.

Kommunehelsesamarbeidet styre behandlet i møte 20.11.2017, sak 23/2017,

Kommunehelsesamarbeidets framtid, og var omforent om at

”..et samarbeid mellom kommunene må videreføres, uavhengig av Vestregionens framtid. Et samarbeid er vesentlig for å ivareta avtaleverket og samhandlingsstrukturen med Vestre Viken. Et samarbeid vil også være nyttig med tanke på felles innsatser og utfordringer innen helse og velferd i fremtiden.”

Ordførerne i Vestregionen diskuterte sak om videreføring eller avslutning av Kommunehelsesamarbeidet i møte 7.12.2017. Alle ordførere ga her uttrykk for at de ønsker at Kommunehelsesamarbeidet videreføres etter juni 2018.

Saksnotatet redegjør for bakgrunnen for etableringen av Kommunehelsesamarbeidet, dagens formål, finansiering og organisering samt mulige alternativer når det gjelder ledelse og organisering av samarbeidet. Det er også lagt inn et eget kapittel som viser hvordan andre foretak/kommuner har organisert sitt samarbeid.

Det forutsettes at overordnet samarbeidsavtale mellom Kommunehelsesamarbeidet og Vestre Viken opprettholdes.

1. Bakgrunn

1.1 Historikk

Kommunehelsesamarbeidet (KHS) ble etablert som et prosjekt i 2009 for å sikre kommunene i Vestre Vikens opptaksområde likeverdig innflytelse i samarbeidet; i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Fra 2012 ble samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten lov- og avtalefestet. Kommunene evaluerte samarbeidet i 2015, og besluttet å forlenge samarbeidet ut 2017. I ordførermøte 15.6.2017 ble det besluttet å videreføre KHS til juni 2018.

1.2 Kommunehelsesamarbeidets formål, finansiering og organisering

Kommunehelsesamarbeidet har til nå hatt to formål; samarbeid mellom kommunene for å styrke kommunenes tjenesteutvikling, og for å styrke kommunenes partsinteresser i forhold til Vestre Viken. Kommunehelsesamarbeidets formål, organisering og finansiering er nedfelt i en tverrkommunal avtale.

Kommunehelsesamarbeidet har vært finansiert gjennom en årlig medlemskontingent pr. innbygger, og eksterne prosjektmidler (etter søknad). I perioden 2009 - 2015 bidro Vestregionen i tillegg med kr 200 000 pr år.

Kommunehelsesamarbeidets øverste myndighet har vært et årlig "eiermøte", bestående av ordførerne i hver deltakerkommune. Mellom "eiermøtene" har et styre bestående av syv deltakere, ledet samarbeidet. Fram til og med 2014 møtte rådmenn i samarbeidsstyret. Fra 2015 har styret bestått av kommunalsjefer.

Samarbeidsstyrets oppgaver har vært å

- Behandle årlige handlingsplaner og budsjett
- Foreslå saker til et årlig møte mellom styret i Vestre Viken og politisk ledelse i kommunene.
- Initiere prosjekter og tiltak, herunder beslutte om det skal søkes ekstern finansiering
- Representere KHS i Overordnet samarbeidsutvalg, der Vestre Vikens administrative ledelse også møter.
- Møte i lokale samarbeidsutvalg (LSU)

Kommunehelsesamarbeidet har i perioden 2009 – 2014 disponert en full tids koordinatorstilling. Fra 2015 ble koordinatorstillingen noe redusert for også å kunne jobbe for Vestregionens sekretariat. Koordinators oppgaver har vært å forberede og iverksette samarbeidsstyrets vedtak, og å forberede saker og følge opp vedtak i Overordnet samarbeidsutvalg i samarbeid med Vestre Vikens samhandlingskoordinator. I tillegg har koordinator hatt løpende kontakt med de regionale kommunekoordinatorne.

KHS-koordinator har vært ansatt i Bærum kommune, og Vestregionens daglige leder har fungert som hennes faglige rådgiver og personalleder. I tillegg har koordinator arbeidet tett med prosjektleder for Elektronisk meldingsutveksling mellom kommuner, sykehus og fastleger (KomUt), som er finansiert av Norsk Helsenett. Regnskap og revisjon har blitt ivaretatt av Vestregionen.

2. Erfaringer fra andre samhandlingsstrukturer

Oversikten nedenfor er ikke fullstendig, men utarbeidet for å vise at det finnes flere måter å organisere samarbeidet mellom helseforetak og kommuner og internt mellom kommunene.

2.1 Samhandling koordinert av KS

Sykehuset Innlandet

Samhandlingen mellom 48 kommuner i Sykehuset Innlandets opptaksområde er koordinert av en ansatt i KS Hedmark og Oppland. Samhandlingskoordinatoren har også andre oppgaver.

Samhandlingsstrukturen er ellers lik den vi finner i Vestre Vikens opptaksområde: et overordnet samarbeidsutvalg + geografiske samarbeidsutvalg. Styrefunksjonen ivaretas av ordførerutvalget i kommunene med en blanding av rådmenn, kommunalsjefer og andre kommunalt tilsatte.

Samhandlingskoordinator utgjør sammen med samhandlingssjefen i sykehuset Innlandet, sekretariat for Overordnet samarbeidsutvalg.

St. Olav hospital

St. Olavs opptaksområde omfatter 30 kommuner. I stedet for et Overordnet samarbeidsutvalg, har partene etablert et politisk samarbeidsutvalg og et administrativt samarbeidsutvalg. Daglig leder i KS Sør-Trøndelag ivaretar sekretariatsfunksjonen for disse utvalgene sammen med en representant fra foretaket. KS har engasjert en person som koordinerer kontakten mellom kommunene i opptaksområdet. Dette samarbeidet er nettverksbasert etter tema og ansvar.

Helse Nord-Trøndelag

Daglig leder i KS Nord-Trøndelag er sekretær og tilrettelegger for et politisk samarbeidsutvalg som består av styret i Helse Nord-Trøndelag og oppnevnte ordførere. Daglig leder er også sentral i gjennomføringen av formøter for kommunenes representanter før utvalgsmøtene. Kommunene har etablert et helsenettverk, og vurderer nå å etablere et AU bestående av helseledere, Fylkesmannen og KS.

2.2 Samhandlingen lagt til en kommune

A-hus

For de 18 kommunene som tilhører A-hus, er samhandlingen organisert i tre regioner med 1-2 samhandlingskoordinatorer i hver region. Sammen med 2 samhandlingssjefer knyttet til A-hus utgjør disse sekretariatet for overordnet samhandlingsutvalg (ASU). I ASU deltar to rådmenn fra hver region, seks representanter fra foretaket, samt en representant fra KS med observasjonsstatus og talerett. Kommunene opererer ikke med et eget samarbeidsstyre. De kommunale samhandlingskoordinatorer er ansatt i ulike kommuner.

2.3 Felles samhandlingsstruktur kommuner og foretak

Sykehuset Telemark

Sykehuset i Telemark og kommunene har tre felles samhandlingskoordinatorer finansiert 40 % av sykehuset og 60% av kommunene. Disse er lokalisert i tre regioner, og er ansatt både i kommune og helseforetak. Hver region har en egen partssammensatt styringsgruppe og partssammensatte arbeidsgrupper, men ikke noe overordnet samarbeidsutvalg.

Helse Bergen

Partene har etablert et fellesårlig toppleder møte, og 4 overordnet samarbeidsutvalg for ulike geografiske områder samt og underutvalg. Partene har etablert et felles samhandlingssekretariat (SSE) som består av 3 representanter for foretaket og 4 for kommunene.

3. Formål og oppgaver for ”nye” KHS

3.1 Samarbeidets formål

I avtalen som regulerer samarbeidet mellom kommunene, er Kommunehelsesamarbeidets formål formulert slik:

”Kommunehelsesamarbeidet skal ivareta kommunenes interesser i samhandlingen med Vestre Viken helseforetak, og bidra til utviklingen av helsetjenestene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner; både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten”

Det foreslås at formuleringen opprettholdes i videreføringen av Kommunehelsesamarbeidet.

Kravet om et strukturert og regulert samarbeid mellom kommunene og foretak i form av avtaler og samarbeidsfora, gjør det (fortsatt) hensiktsmessig at kommunene samordner sine interesser, og møter foretaket som en part. Ikke minst er dette et behov på regionalt nivå, der kommunene som søker til ett sykehus, møter foretakets representanter i lokale samarbeidsutvalg. Vi må også huske på at Vestre Viken er ett foretak, der det enkelte sykehus har begrenset egenstyring.

Selv om helseforetak og kommunene nå har utviklet god samhandlingspraksis på områder der partene har dedikerte oppgaver, og avtaleverket mellom partene ”er på plass”, er det fortsatt behov for strukturer som legger til rette for, og legitimerer, en videreutvikling av samhandlingen. Ikke minst øker behovet for utvikling av samtidige tjenester. Det er vanskelig å se for seg at en videreutvikling av kommunenes tjenester, kan finne sted uten at forholdet til spesialisthelsetjenesten blir inkludert.

Kommunene vil også i framtiden møte felles utfordringer som ikke begrenses til, eller kan løses i, en enkelt delregion, og kommunene vil fortsatt kunne ha utbytte av å dele erfaringer og delta i utviklingsprosjekter med andre kommuner utenfor egen delregionen.

3.2 Deltakelse i Lokale samarbeidsutvalg

Gjeldende Overordnet samarbeidsavtale viser at Lokale samarbeidsutvalg er en del av samarbeidsstrukturen med Vestre Viken, men avtalen omtaler ikke kommunens plikter og ansvar knyttet til LSU og til de andre kommunene som inngår i det enkelte LSU: Det foreslås at avtalen tilføres et nytt punkt som omtaler LSUene, og at denne organiseringen også bør/skal benyttes til kommunespesifikk samhandling.

3.2 Deltakerkommunenes ansvar og plikter

KHS-avtalen regulerer i dag deltakerkommunenes ansvar og plikter. Formuleringene kan videreutvikles slik at det går enda tydeligere fram hva den enkelte kommune forplikter seg til mht avklarings- og beslutningsprosesser, men må ikke redusere den enkeltes kommunes ”selvråderett”. Selv om kommunene har ulike ressurser og ulike prioriteringer, bør kommunene være forpliktet til å bidra, når det for eksempel foreligger vedtak/føring fra samarbeidsstyret.

4. Fremtidig organisering

4.1 Valg av organisasjonsmodell

Samarbeidsstyret har vurdert alternative former for organisering, med utgangspunkt i eksemplene som er beskrevet i punkt 2.

Våre kommuner tilhører i dag tre fylker og dermed tre KS områder. En felles organisering av samhandling gjennom KS regionalt virker derfor lite sannsynlig pr nå. Videre er den besluttede modellen (OSU/LSU) mellom Vestre Viken og kommunene en modell som fungerer relativt godt. Kommunene og Vestre Viken har valgt å organisere seg forskjellig når det gjelder om de har samhandlingskoordinatorer eller ikke. En felles samhandlingsenhet virker derfor ikke hensiktsmessig. Ut fra disse betraktningene samt erfaringer og behov slik Samarbeidsstyret vurderer det, anbefaler styret at

Kommunehelsesamarbeidet videreføres basert på en vertskommunemodell med sekretariat for KHS, og at styrefunksjonen videreføres bestående av representanter på kommunalsjefsnivå som i dag.

Samarbeidsstyret ønsker å utrede styrelederfunksjonen videre; om den skal knyttes opp mot vertskommuneansvaret eller gå på omgang som nå. Det er flere argumenter for begge modeller, og vi ønsker å bruke noe mer tid for å gjennomarbeide et forslag samt sikre solid forankring for en løsning blant alle deltagende kommuner.

Samarbeidsstyret foreslår at styrets sammensetning opprettholdes med en representant fra henholdsvis Asker, Bærum, Hallingsdalsregionen og Drammensregionen. Kongsbergregionen og Ringeriksregionen alternerer om å ha hhv en og to representanter i styret (sikring av representasjon fra både store og små kommuner). Styrets medlemmer møter i LSU og sikrer på denne måten en gjennomgående representasjon – slik som i dag.

Styrets oppgaver opprettholdes slik de er i dag:

- Behandle årlige handlingsplaner og budsjett
- Foreslå saker til et årlig møte mellom styret i Vestre Viken og politisk ledelse i kommunene.
- Initiere prosjekter og tiltak, herunder beslutte om det skal søkes ekstern finansiering
- Ta stilling til deltakelse i prosjekter initiert av VV eller andre
- Representere KHS i Overordnet samarbeidsutvalg, der Vestre Vikens administrative ledelse også møter.
- Møte i eget lokalt samarbeidsutvalg

4.2 Politisk forankring

I gjeldende KHS-avtale skal politisk og administrativ ledelse inviteres til et årlig strategimøte. Praksis de siste årene har vært at en samme dag gjennomfører et møte der kommuneledelsen møter styret og ledergruppen i Vestre Viken. Begge ordninger fungerer, men kan med fordel videreutvikles, og foreslås opprettholdt.

4.3 Koordinatorfunksjonen

Koordinator har til nå ikke hatt egne formelle fullmakter på vegne av Kommunehelsesamarbeidet, men hatt i oppgave å tilrettelegge og koordinere kontakt mellom ulike aktører som har hatt forskjellig organisatorisk plassering og oppgaver; både hos kommunene og i foretaket, og å lede utviklingsprosjekter. Koordinator har hatt sekretariatsfunksjon, vært sekretær i mange ulike møtefora og deltatt på vegne av KHS inn i prosjekter med fullmakt fra styret.

Overordnet samarbeidsavtale forutsetter at deler av samhandlings /utviklingsarbeidet skal initieres og gjennomføres av de Lokale samarbeidsutvalgene. Disse fungerer i dag ulikt, også når det gjelder kommunenes fokus, initiativ og ressursbruk. Kommunehelsesamarbeidet vil være tjent med at det enkelte LSU får bistand også fra Kommunehelsesamarbeidet sentralt, for å kunne få effekt av sin deltakelse i LSU. Derfor er også koordinators samarbeid med de regionale samhandlingskoordinatorene særlig viktig.

Ved å endre organiseringen av KHS (vertskommunemodell), vil det være naturlig å foreta en gjennomgang av koordinatorfunksjonen. Hvilke oppgaver og ansvar skal tillegges stillingen må avklares, og krav til kompetanse vil deretter følge naturlig. Sekretariatsfunksjonen vil i utgangspunktet være en 100 % stillingsressurs, og det vil være opp til styret og disponere denne tiden i balanse mellom koordinator/sekretariatsoppgaver og prosjektarbeid. Det vil i tillegg være naturlig å se det i sammenheng med hvilke andre ressurser vertskommunen har til å løse aktuelle oppgaver i tilknytning til sekretariatsfunksjonen.

4.4. Finansiering

Det legges til grunn at det innkreves kontingent fra den enkelte deltakerkommune der beløpet baseres på antall innbyggere. Kontingentens størrelse skal dekke sekretariatsfunksjonen, herunder muligheter til å gjennomføre ulike prosjekter og utviklingsarbeid i tråd med styrets handlingsplan og forpliktelser gjennom Overordnet samarbeidsutvalg (OSU). Offentlig prosjektstøtte søkes om der det er naturlig, men krever som regel en egenandel i form av penger og/eller menneskelig innsats.