

Saksfremlegg

Dato:
Saksbehandler
Kari Engen
Sørensen

Kommunehelsesamarbeidet; framtidig organisering

Møte	Saksnr.	Møtedato
Samarbeidsstyret Kommunehelsesamarbeidet	6/2018	22.01.2018

Vedlegg:
1. Tverrkommunal samarbeidsavtale 2015 - 2017

Forslag til vedtak

Formuleres i møtet.

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 ordfører ga uttrykk for at de ønsker at Kommunehelsesamarbeidet videreføres etter juni 2018.01.02

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.

Samarbeidsstyret 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

Kommunehelsesamarbeidet har i perioden 2009 – 2014 disponert en full tids koordinatorstilling. Fra 2015 ble koordinatorstillingen redusert til 75% stilling . 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 løpende kontakt med de regionale kommunekoordinatorene.

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 og fastleger (KomUt), som er finansiert av Norsk Helsenett. Regnskap og revisjon har blitt ivaretatt av Vestregionen.

Fra 2011 til og med 2017 har Drammensregionen og Hallingdalsregionen spleiset på sin felles samhandlingskoordinator. Ordningen med felles samhandlingskoordinator i Drammensregionen er terminert med virkning fra 1.1.2018. Ringeriksregionen fikk felles samhandlingskoordinator i 2016,

Kongsbergregionen har aldri hatt felles samhandlingskoordinator. Bærum har egen dedikert samhandlingskoordinator, mens Asker ikke har en slik koordinator.

Alle sykehus i Vestre Viken har egen samhandlingskoordinator pluss en felles koordinator.

2. Erfaringer fra andre samhandlingsstrukturer

Oversikten nedenfor er ikke fullstendig, men utarbeidet for å vise at det finnes mange 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/lokale samarbeidsutvalg. Men styrefunksjonen ivaretas av rådmannsutvalget og ordførerutvalget i KS Hedmark/Oppland. Her møter samhandlingskoordinator. I OSU møter kommunene med en blanding av rådmenn, kommunalsjefer og andre kommunalt tilsatte. Samhandlingskoordinator utgjør sammen med samhandlingsjefen i sykehuset Innlandet, sekretariat for OSU.

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 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 for 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

Førde 18 kommunene som tilhører A-hus, er samhandlingen organisert i tre regionen 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 regionene, 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 ha i mente 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 avtale 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 avtales 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 i større grad være forpliktet til å bidra, når det for eksempel foreligger et vedtak/føring fra samarbeidsstyret.

4. Fremtidig organisering

4.1 Administrativ ledelse

Det foreslås at styrefunksjonen opprettholdes. Som følge av kommunereformen bør det vurderes om det vil være hensiktsmessig redusere antallet representanter, og hvem styremedlemmene skal representere.

I dag har Midtfylket to representanter i styret fordi kommunene sogner til to sykehus. Asker og Bærum har hver sin styrerepresentant pga kommunens størrelse.

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

Et alternativ kan være å be KS ivareta Kommunehelsesamarbeidet, slik at KS sitt regionalstyre blir styre for KHS. Dette er praksis enkelte steder i dag – jf kapittel 3, men KHS kommunenes KS-tilknytning er i dag i ulike regioner, og disse er foreløpig ikke harmonisert i hht nytt storfylke.

For å sikre gjennomgående representasjon i Overordnet samarbeidsutvalg og Lokale samarbeidsutvalg, bør en kommunerepresentant fra hvert LSU møte i OSU.

Et annet alternativ er å fjerne styret, og la en kommunerepresentant fra hvert LSU møte i OSU – jf Ahus-modellen.

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.

Det foreslås at koordinatorfunksjonen, opprettholdes med følgende oppgaver og ansvar:

- Ivareta sekretariatsfunksjon for styret i KHS; inkl. oppfølging av vedtak
- Ivareta sekretariatsfunksjon for OSU sammen med VV; inkl. oppfølging av vedtak
- Sørge for felles grunnlagsmateriale til den enkelte kommune ved høringer
- Tilrettelegge for erfaringsutveksling og kompetansebygging i kommunene
- Foreslå utviklingsprosjekter for styret; etter meldt behov fra kommunene
- Delta, eller finne deltakere til, prosjekter initiert av kommunene eller andre
- Ivareta løpende ekstern kommunikasjon

Overordnet samarbeidsavtale (KHS-VV) 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 koordinator bidrar til at kommunene får effekt av sin deltakelse i LSU.

Det er også mulig å tenke at koordinatorfunksjonen termineres, og at ansvaret for å ivareta styrets og Overordnet samarbeidsutvalgs sekretariatfunksjon blir tillagt styreleder. Andre oppgaver fordeles mellom kommunene.

Det er også mulig å tenke at alle delregioner/sykehusområder skal ha en egen kommunekoordinator, uavhengig om den sentrale sekretariatsfunksjonen opprettholdes eller avvikles.

4.2.1 Koordinators arbeidsgiver/organisatoriske tilknytning

Dersom Vestregionen legges ned, ser vi tre mulige alternative modeller for koordinators organisatoriske tilknytning:

A. Vertskommune

Deler av kontingenten finansierer stilling som lokaliseres hos en kommune. Koordinator ansettes i kommunen. Dette er dagens modell: Koordinator er formelt ansatt i Bærum kommune, men personalansvaret ivaretas av Vestregionen.

B. KS

Koordinatorfunksjonen ivaretas av regionalt KS-sekretariat. Uklart om KS vil kreve finansiering for å ta på seg en slik oppgave, og hvordan KS-strukturen blir i fremtiden.

C. Samlokalisering med Vestre Vikens koordinator

Samlokalisering av kommunenes og helseforetaket koordinatører fungerer flere steder i landet – jf kapittel 3. Modellen vil kreve finansiering gjennom kontingenten, og at arbeidsforholdet knyttes til en kommune.

4.3 Hjemmeside

Kommunehelsesamarbeidets internettside ligger i dag som en egen fane/underside hos Vestregionen. KHSs koordinator redigerer siden, men administrasjonen av siden ivaretas av Vestregionen. Hjemmesiden bør flyttes til eget domene.

4.4. Finansiering

Det legges til grunn at det innkreves kontingent fra den enkelte deltakerkommune der beløpet baseres på antall innbyggere. Kontingentens størrelse vil avhenge av om den skal dekke koordinatorfunksjonen(e) og utviklingsarbeid. Offentlig prosjektstøtte krever som regel en egenandel i form av penger og/eller menneskelig innsats.

5. Spørsmål til diskusjonen i møte 22.1.2018

1. Formålet

- a) Skal dagens formål videreføres, eller trengs det presiseringer eller nye momenter i formuleringene?
- b) I hvilken grad skal/bør utviklingsarbeidet i kommunene ivaretas gjennom KHS?
- c) Hvor går grensene for hva kommunene vil forplikte seg til gjennom KHS-samarbeidet?

2. Organisering

- a) Bør KHS ledes av et eget styre, kan styret termineres, eller kan ledelsen ivaretas av KS regionale organer?
- b) Bør den politiske forankringen sikres gjennom et årlig møte med kommunenes politiske og/eller administrative ledelsen, eller kan den politiske forankringen sikres gjennom KS-styrene?
- c) Bør sentral koordinatorfunksjon opprettholdes?
- d) Bør sentral koordinators fullmakter utvides?
- e) Hvis sentral koordinator opprettholdes, hvem skal ivareta denne funksjonen?
 - Vertskommune
 - KS
 - Samlokalisering med Vestre Viken, men formelt ansatt hos en kommune
- f) Bør det sikres en koordinatorfunksjon for kommunene i hver delregion/sykehusområde.

