

Anbefaling fra arbeidsgruppe:

Samhandlingskoordinator helse nordre del Trøndelag

- Stillingsinnhold, organisering og arbeidsgiveransvar

Rapport ferdigstilt 1.desember 2020, sendes Kommunedirektørutvalget i KS Trøndelag med kopi til kommunene i Trøndelag.

Arbeidsgruppas mandat

Kommunedirektørutvalget (KDU) i Trøndelag gjorde den 21.august 2020 følgende vedtak i sak vedrørende samhandlingskoordinator helse i nordre Trøndelag:

- 1. Det er behov for samhandling og koordinering mellom kommunene. Rollen som samhandlingskoordinator og ansvarsportefølje evalueres.*
- 2. Ressursen skal ikke brukes til oppgaver som ikke er definert av kommunene selv*
- 3. Det settes ned en regional arbeidsgruppe som ser nærmere på stillingsinnhold, organisering og arbeidsgiveransvar for stillingen. Arbeidsgruppen skal komme med sine anbefalinger innen 1.desember 2020.*

4. Arbeidsgruppen består av følgende representanter:

- Ola Stene, Levanger kommune*
- en person fra hver kommunegruppe helse i nordre del av Trøndelag*

Fra kommunegruppene ble disse oppnevnt: Inge Falstad, Anne Kari Haugdal, Per Arne Olsen og Marit Pedersen.

Annikken Kjær Haraldsen fra KS Trøndelag har bistått arbeidsgruppa.

Innledning

Arbeidsgruppa sendte ut en spørreundersøkelse til kommunene for å få tilbakemelding på erfaringene av samhandlingskoordinatorstillingen for nordre del av Trøndelag og innspill til en framtidig løsning. Tilbakemeldingene er ikke entydige og det var under halvparten av kommunene som svarte, vi vil likevel si at innspillene vi fikk var nyttige.

Det er svært viktig å se videreføringen av samhandlingskoordinatorstillingen i sammenheng med etableringen av helsefelleskap i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Målet med helsefelleskap er å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått et nytt punkt i helse- og omsorgstjenesteloven punkt 6-2 første ledd, hvor kommunen og det regionale helseforetak har *krav om sammen å planlegge og utvikle tjenester* (forslaget hadde høringsfrist 13.11.20).

I helsefellesskapene skal representanter fra kommuner, helseforetak, lokale fastleger og brukere møtes og planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester i fellesskap.

Helsefellesskapene skal prioritere å utvikle tjenester til fire sårbare pasientgrupper og finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger.

De fire pasientgruppene som helsefellesskapene særlig bør utvikle gode tjenester for er:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser.

Regjeringen og KS er enige om at etablering av helsefellesskapene skal bygge på følgende prinsipper (for hele avtalen se [her](#)):

- En tydeligere samarbeidsstruktur. Det legges opp til et tydeligere skille mellom overordnede, strategiske og faglige beslutninger gjennom en tredelt struktur. Regjeringen og KS anbefaler at både lokale fastleger og brukere er representert på alle nivåene i samarbeidsstrukturen.
- Bedre felles planlegging. Helseforetak og kommuner bør i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå.
- Økt samordning. Kommunene bør i større grad samordne seg, dvs. at noen kommuner stiller i samarbeidsutvalg på vegne av en gruppe kommuner. Helseforetak som favner flere sykehus, må sikre at disse opptrer samordnet i helsefellesskapet.
- Bedre beslutningsprosesser. Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene. Samtidig bør beslutningsprosessen i partnerskapet bli bedre og mer forpliktende enn den er i dag. Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet.
- Sekretariat. Et velfungerende sekretariat er et viktig virkemiddel for å sikre fremdrift, effektivitet og legitimitet i beslutningsprosessene.
- Tydelige prioriteringer. Regjeringen og KS mener at helsefellesskapene bør ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.
- Felles virkelighetsforståelse. Regjeringen og KS vil tilrettelegge for at det fremskaffes bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy som kan helsefellesskapene kan bruke.
- Behov for lokale tilpasninger. Det skal være rom for ulik organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.
- Innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan. Regjeringen og KS ønsker at neste Nasjonale helse- og sykehusplan skal bygge på innspill fra helsefellesskapene.

Boks 4.1 Hvor vil vi?

Pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefelleskap. Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå. Tilrettelagt styringsinformasjon og felles fremskrivingsverktøy bidrar til felles virkelighetsforståelse og understøtter felles planlegging. Helseforetak og kommuner inngår avtaler om lokalt tilpassede måter å løse oppgavene på til det beste for pasientene. Helsedirektoratet gir god veiledning om det lokale handlingsrommet og innretningen av samhandlingen. Stortinget behandler Nasjonal helse- og

sykehusplan hvert fjerde år der det formidles forventninger til helsefelleskapene om utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Pasientforløp på tvers av og innad i kommuner og sykehus kjennetegnes ved gode rutiner i overgangene som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet, mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell og IKT-systemer som understøtter samhandlingen. Pasientforløp utvikles basert på kunnskap og erfaring. Tverrfaglige team på tvers av nivåer ivaretar behovene til pasienter med store og sammensatte behov. Spesialisthelsetjenesten møter pasientene i større grad i hjemmet og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og deler sin kompetanse – både fysisk og virtuelt. Lovverk for informasjonsdeling, finansieringsløsninger og styringsdata er tilpasset disse arbeidsformene.

Hva betyr dette for Trøndelag?

- Hva vil vi i Trøndelag med helsefelleskap?
- Hvilken merverdi skal helsefelleskapene gi innbyggerne i vår region?
- Kan helsefelleskapene styrke kommunesamarbeidet i Trøndelag?

Kommunene i nordre del av Trøndelag har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket og har gjennom denne avtalen forpliktet seg til å stille med ressurs til sekretariatsfunksjonen og ledelse av de avtalefestede samarbeidsorganene. Fra avtalen: «Sakene skal fremmes via felles sekretariat innenfor gitte frister.» (avtalens pkt 6.2 Politisk samarbeidsutvalg (PSU)). Samme bestemmelse gjelder for Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) (jfr pkt 6.3 i avtalen).

KS Trøndelag sin ansettelse av rådgiver på helse- og velferdsområdet vil også ha betydning for hvilke områder og oppgaver en ansatt på samhandlingsområdet har mulighet for å prioritere, det blir økt kapasitet til å jobbe med utvikling av helsefelleskap og kommunesamarbeid.

Stillingsinnhold

Med utgangspunkt i etableringen av helsefelleskap, kommunenes avtale med helseforetaket, tilbakemeldingene fra kommunene og forventningene som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan ser arbeidsgruppa for seg disse aktuelle oppgavene i den nye stillingen på samhandling:

- Ivareta kommunenes likeverdighet mot helseforetaket

Sammen med sekretariatet ved helseforetaket forberede saker til partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg (dagens PSU og ASU) for å sikre fremdrift, effektivitet og legitimitet i beslutningsprosessene.

- Fasilitere samarbeidet og samhandlingen mellom kommunene
- Fasilitere samarbeidet og samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket
- Bidra til å synliggjøre samhandlingsrommet i avtalene mellom kommunene og helseforetaket
- Samhandle og koordinere med samhandlingskoordinator for søndre del av Trøndelag
- Samhandle og koordinere med KS Trøndelag sin rådgiver på helse- og velferdsområdet

Vi ser også for oss at den ansatte på samhandlingsområdet kan bidra med utviklingsoppgaver som for eksempel:

- Bidra til å utvikle felles/like tjenester på helseområdet i kommunene
- Delta i aktuelle prosjekt på helseområdet
- Bidra til å samordne kommunene på planverk innenfor helseområdet
- Identifisere viktige utviklingstrekk innenfor helse- og velferdsområdet
- I samarbeid med Fylkesmannen samordne tilsyn

Stillingsinnholdet vil være førende for hvilken kompetanse man er ute etter i utlysning av stillingen.

Organisering og arbeidsgiveransvar

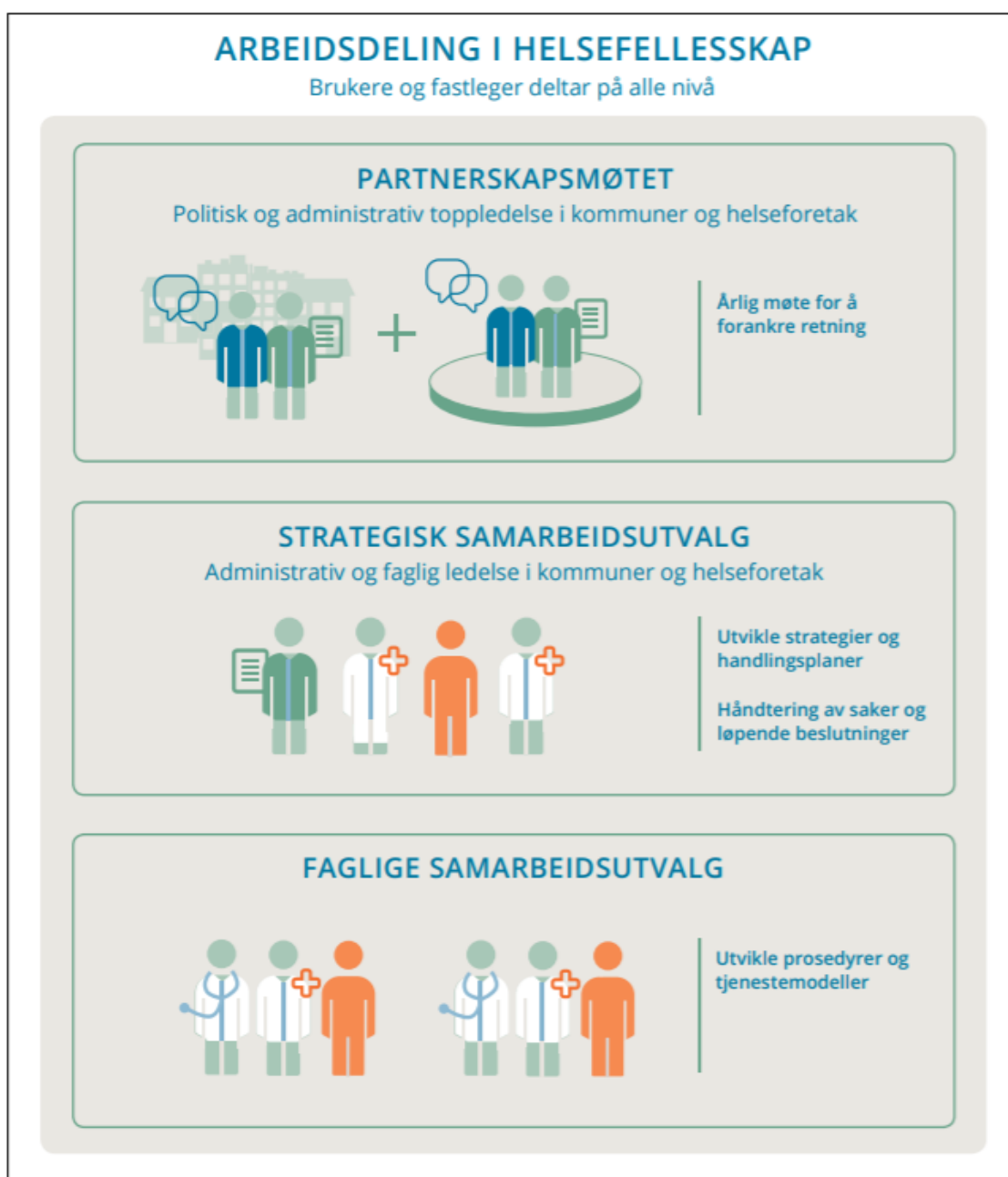
Ut fra etableringen av helsefelleskap og forventingen om styrking av sekretariatsfunksjonen fra kommunenes side anbefaler arbeidsgruppa at det lyses ut en fast stilling som Samhandlingsleder kommune. Dette er tittelen på stillingen i den nye samarbeidsavtalen mellom kommunene og helseforetaket (pkt 6.9.1).

Stillingen blir et spleiselag mellom kommunene som har avtale med Helse Nord-Trøndelag. Arbeidsgruppa foreslår at Steinkjer kommune sitt ansvar som arbeidsgiver videreføres som i dag, og at Samhandlingslederen vil ha arbeidsted KS Trøndelag, Steinkjer-kontoret.

Det statlige tilskuddet til sekretariatsfunksjon helsefelleskap på kr 250 000 pr år reduserer kommunenes andel til stillingen, se vedlagte budsjett for stillingen.

Arbeidsgruppa anbefaler at Helseledernettsverket oppnevnes som styringsgruppe for stillingen for å sikre at stillingen oppfyller intensjonene fra kommunene. Det vil også sikre dialog mellom kommunene og den ansatte på samhandling. Dette bør vurderes også for samhandlingsstillingen i søndre del.

Fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023; Arbeidsdeling i helsefellesskap:



Figur 4.1 Arbeidsdeling i helsefellesskap

Vedlegg:

Budsjett og fordeling av kostnader

Felles stilling samhandling helse nordre del av Trøndelag

Deltakerkommuner

Det er i dag 22 kommuner som har en samarbeidsavtale med Helse Nord-Trøndelag HF. Disse er: Tydal, Selbu, Meråker, Frosta, Stjørdal, Levanger, Verdal, Inderøy, Steinkjer, Snåsa, Lierne, Grong, Røyrvik, Namsskogan, Høylandet, Overhalla, Flatanger, Namsos, Osen, Nærøysund, Leka og Bindal.

Selbu og Tydal er med på spleiselaget for tilsvarende stilling i søndre Trøndelag. Det vil derfor være 20 kommuner som inngår i spleiselaget for stilling i nordre del.

Grunnlag for beregninger

Dagens grunnbeløp på kr 10.000, - per kommune foreslås videreført.

Kronebeløpet per innbygger foreslås redusert fra 6,00 til 4,75 kroner. Dette gjøres på bakgrunn av at kommunene har fått tildelt tilskudd fra Helsedirektoratet på kr. 250.000, - for 2020 som er øremerket ordningen. Det antas at en slik ordning vil vare minst fram t.o.m. 2023. Uten dette tilskuddet ville det vært nødvendig å øke kronebeløpet per innbygger til ca. sju kroner.

Innbyggerberegnet beløp justeres årlig ut fra innbyggertallene i hver enkelt kommune.

Kommunen som tar på seg arbeidsgiveransvaret for stillingen avklarer nærmere med KS Trøndelag det praktiske rundt fakturering til kommunene. Vi foreslår at dette gjøres etterskuddsvis som i dag.

Budsjett for fast stilling per år	
INNTEKTER	BELØP
Fast beløp fra kommunene, kr 10.000, - x 20 kommuner	200 000
4,75 kr x 136 562 innbyggere (SSB-tall pr. juli 2020)	648 670
Tilskudd fra Helsedirektoratet	250 000
Bidrag fra KS Trøndelag (tilsvarer kontorleie og felleskostnader)	31 330
Sum	1 130 000
KOSTNADER	
Lønn, ansettes på årslønn kr 750 000	750 000
Sosiale kostnader, 35% av lønn	262 500
Lønn inkl. sosiale kostnader	1 012 500
Reiseutgifter	27 500
Møtekostnader	25 000
Kontorleie	20 000
Mobil, PC og IKT-support	30 000
Avsetning til framtidig lønnsøkning	15 000
Sum	1 130 000

Kostnadsberegning per kommune					
Kommune		Innbyggertall per 01.07.2020	Fast beløp	Innbyggerberegnet beløp kr 4,75	Total kostnad
1	Tydal	Ikke med i avtale om samhandlingskoordinator i nordre Trøndelag			
2	Selbu	Ikke med i avtale om samhandlingskoordinator i nordre Trøndelag			
3	Meråker	2 422	10.000	11.505	21.505
4	Stjørdal	24 145	10.000	114.689	124.689
5	Frosta	2 627	10.000	12.479	22.479
6	Levanger	20 164	10.000	95.779	105.779
7	Verdal	14 948	10.000	71.003	81.003
8	Inderøy	6 816	10.000	32.376	42.376
9	Steinkjer	24 357	10.000	115.696	125.696
10	Snåsa	2 063	10.000	9.800	19.800
11	Lierne	1 355	10.000	6.437	16.437
12	Røyrvik	461	10.000	2.190	12.190
13	Namsskogan	843	10.000	4.005	14.005
14	Grong	2 359	10.000	11.206	21.206
15	Høylandet	1 231	10.000	5.847	15.847
16	Overhalla	3 884	10.000	18.449	28.449
17	Flatanger	1 103	10.000	5.240	15.240
18	Namsos	15 230	10.000	73.343	83.343
19	Osen	948	10.000	4.503	14.503
10	Nærøysund	9 623	10.000	45.710	55.710
21	Leka	557	10.000	2.646	12.646
22	Bindal	1 426	10.000	6.774	16.774
TOTALT		136 562	200.000	648 670	848.670