

Møteprotokoll fra møte i styringsgruppen for DMS Inn-Trøndelag

Møtedato: 02.06.09

Møtested: Steinkjer rådhus

Tidspunkt: Kl. 09.00

Deltakere: Jacob Br. Almlid (Verran kommune), Dagfinn Thorsvik (Helse Nord-Trøndelag HF) (forlot møtet etter sak 34/09), Marit Myrhaug (for Jon Arve Hollekim, Inderøy kommune), Trond Waldal (for Erling Bergh, Steinkjer kommune), Truls Eggen (Snåsa kommune), Jon Ketil Vongraven (Mosvik kommune) Ruth Borgan (Norsk sykepleierforbund), Rolf Bosnes (for Brit Gulli Rones, Fagforbundet)
Jon Aksel Johnsen (Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Nord-Trøndelag)
Fra prosjektledelsen: Mari Holien (INVEST), Ingrid Hallan, Laila Steinmo

Forfall: Svanhild Jenssen (Helse Midt-Norge RF, ny inn for Henrik Sandbu)

SAKSLISTE:

Orienteringssaker:

1. Det ble orientert fra møtet med Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 19.5. om prosjektstøtte der ordførerne fra INVEST-kommunene deltok og hvor bl.a. DMS-prosjektet ble presentert.
2. Det ble orientert fra fellesmøte ordførerne fra deltakerkommunene hvor de også fikk en orientering fra styreleder Helse Midt-Norge RHF og medlem i Hanssenutvalget, Kolbjørn Almlid
3. Ingrid Hallan gikk gjennom drift av sengeavdelingen

33/09	Midlertidig organisering av DMS Inn-Trøndelag
34/09	Fase 1: Tjenester i DMS Inn-Trøndelag
35/09	Kostnadskalkyler og forslag kostnadsfordeling
	Eventuelt

Sak 33/09: Midlertidig organisering av et fremtidig DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer

Dato: 02.06.09

Saksbehandler: Laila Steinmo

Vedlegg :

- Organisasjonsmodell vertskommune
 - Organisasjonsmodell vertskommune med nemnd
 - Organisasjonsmodell IKS
-

Saksutredning:

Delprosjekt kommunehelse ble i styringsgruppemøte den 18.05, bedt om å utrede midlertidig organisasjonsmodell for DMS Inn-Trøndelag.

Hensikt:

Å komme raskt i gang med en enkel og trygg organisasjonsmodell, slik at man kan starte opp intermediearenheten, dialyse og spesialpolikliniske tjenester i løpet av høsten 2010.

Lovens krav angående delegering av myndighetsutøvelse skal være ivaretatt i modellen.

Prosjektgruppe Kommunehelse viser til tidligere tilsendt rapport angående organisering av et fremtidig DMS Inn-Trøndelag, hvor ulike organisasjonsmodeller er drøftet. Slik loven er i dag støtter man på en del juridiske barrierer ved valg av organisasjonsform på helsesiden, og da spesielt i forhold til kommunale, lovpålagte helseoppgaver. Den nye nasjonale Samhandlingsreformen som kommer 16.juni, blir å se på dette og endre en del ved lovverket eller komme med forslag til nye organisasjonsmodeller som gjør samhandling mellom kommuner lettere og mer effektivt. I påvente av reformarbeidet og evt. nye muligheter for organisering med den, ønskes det derfor å avvende beslutning om endelig modell.

Prosjektgruppe Kommunehelse ble derfor bedt om å vurdere midlertidig organisasjonsmodell.

Kommunehelsegruppa hadde møte den 26.05.09. Saken om midlertidig organisering av DMS ble drøftet inngående. Gruppen tok utgangspunkt i 3 fremlagte oversikter over alternative organisasjonsmodeller.

- Vertskommunemodell hvor DMS Inn-Trøndelag er en enhet under avdeling helse – og rehabilitering i Steinkjer kommune.
- Vertkommune med nemnd: DMS Inn-Trøndelag er en avdeling under rådmannen i Steinkjer kommune, men politisk styrt av nemnd.
- IKS modell

Det ble diskutert hva som er lovlig og hva som er ønskelig modell for denne organisasjonen. IKS er lovlig ved "etablering og drift" av for eksempel sykehjem, men en ulovlig modell ved myndighetsutøvelse. Gruppa satt med informasjon fra HF om at det blir foretatt enkeltvedtak ved inntøms og tildeling av hjelpemidler, samt ved utreise. Innleggelse til akutt plasser krever også enkeltvedtak.

Modell 1: Vertskommunemodell, og DMS Inn-Trøndelag organisert som enhet under avdeling Helse og rehabilitering i Steinkjer kommune

Prosjektgruppa vurderte om DMS Inn-Trøndelag **som en enhet under avdeling Helse og rehabilitering i Steinkjer kommune**, er en god modell. Som oppstartmodell er denne modellen enkel og grei, har tydelig lederstruktur, og man kan raskt komme i gang med organiseringen. Grappa ser at hele DMS-organiseringen kan bli en stor organisasjon, avhengig av hvilke kommunale oppgaver som legges inn nå i startfasen. Derfor er det ønskelig med en mer utvidet modell, en vertskommunemodell der DMS er en egen avdeling, lagt under rådmannen i Steinkjer kommune. De mindre kommunene mener de får mer politisk og administrativ innflytelse på en vertskommunemodell med nemnd, enn om det organiseres som en enhet under avdeling Helse og rehabilitering. Blir det lagt inn få tjenester utenom intermediærenheten nå i starten, kan det være en ok modell å starte med. Ivaretagelse av likeverd mellom kommunene er et viktig prinsipp. Det er enighet i gruppa om at det er viktig at alle kommunene engasjerer seg i dette viktige utviklingsarbeidet, og at de får være med i de viktige beslutningsprosessene.

Modell 2 IKS modellen

Det er en modell som gir klart bedre kontroll og styring og har klar og tydelig ledelse. Denne modellen er et eget rettssubjekt. Men det er ikke anledning for kommunene å delegerer myndighetsutøvelse til et IKS uten ved særlov. (kommunene må da ha en egen særlov å vise til. Brann har for eksempel sin særlov ved Lov om brann og eksplosjonsvern, og kan derfor bruke IKS som modell) Dette gjør denne modellen foreløpig til en uaktuell modell innen helse.

Organisasjonsmodellen har i praksis vist at det er lett at "de blir en stat i staten", noe som kan bli en stor utfordring for kommunene. Når vi ønsker sømløse helsetjenester mellom kommunene og forvaltningsnivåene, hvor også dette med informasjon mellom DMS og alle samhandlingskommunene er en viktig brikke.

Modellen drar også på seg en del ekstra kostnader (styrehonorar, kjøp av revisjon,, regnskaps, lønnskjøring juridisk bistand), og erfaringer fra andre IKS er viser at denne organiseringen har en tendens til å bli dyrere for kommunene enn vertskommuneorganisering.

Ved reformen forventes det at en del av de juridiske hindringene som denne modellen har i dag, vil endres. Den kan bli en aktuell modell etter reformarbeidet.

Modell 3 Vertskommunemodell med nemnd.

Denne modellen er i prinsipp ikke så ulik vertskommunemodellen, men med nemnd gir den samarbeidskommunene mer innflytelse politisk og administrativt. Vertskommune med nemnd er en ny organisasjonsmodell som er laget for interkommunalt samarbeid hvor det er behov for store prinsipielle avklaringer. **Det foreslås at Steinkjer kommune velges som vertskommune**

Organiseringen er da tenkt slik:

1. Leder sengepost, dialyse, poliklinikker blir som enhetsleder i kommunen, under avdeling DMS
2. DMS- leder blir avdelingsleder, organisert med egen avdeling i kommunen
3. Rådmannen i Steinkjer er saksbehandler. Kan ha administrasjonen i de ulike kommuner som høringsinstans ved fremming av saker.
4. Nemnda: Nemnda består av politikere fra hver av de 5 deltakende kommunene. 2 stk fra Verran, Mosvik, Snåsa, 3 fra Inderøy og 4 fra Steinkjer

Gruppen er enstemmig om at vertskommunemodell er en modell som er enkel, trygg og rask å komme i gang med nå i mellomfasen, og den har kjent lederstruktur.

- Regulert i kommunelovens § 28c, kommunalt rettssubjekt.
- Modellen har som overordnet mål å legge til rette for samarbeid om kommunenes lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettsikkerhet gjør seg gjeldende.
- Krav om at samarbeidet reguleres gjennom en avtale som hvert kommunestyre vedtar. Gjennom avtalen overfører samarbeidskommunen myndighet til en vertskommune. Brukes der samarbeidsforholdene er av prinsipiell betydning. Nemnda har ansvaret for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltagerkommunene. (Se også kommentarer fra KS advokaten)
- Flere oppgaver kan legges til vertskommunen
- Vertskommunen er arbeidsgiver for de oppgaver som er lagt til samarbeidskommunen
- Utviklet for samarbeid av forvaltningsmessig karakter
- Underlagt lov om offentlighet

Fordeler:

- Krever få organisatoriske grep – klare ansvarsforhold
- Gir skille mellom drift og forvaltning
- Åpner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses.
- Utløser ikke mva ved levering av tjenester til deltagerkommunene
Følger kommunale regnskapsprinsipper
- Vertskommunen har arbeidsgiveransvaret

Viser også til arbeidsnotatet som KS advokat Øyvind Renslo har utarbeidet.

Loven avgrenser følgelig mot oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse jf. forvaltningsloven § 2. Når det gjelder spørsmål om adgang til å la andre rettssubjekter utføre offentlig myndighetsutøvelse på vegne av kommunen eller fylkeskommunen må det foreligge klare holdepunkter i lov for at slikt samarbeid kan skje.

Dersom den aktuelle særlov ikke klart gir hjemmel for det samarbeidet som ønskes etablert, er det kun vertskommunemodellen etter kommuneloven § 28 som lovlig kan anvendes for samarbeidet. Formålet med vertskommunereglene var nettopp å åpne for adgang til å delegerer myndighet overfor egne innbyggere til en annen kommune.

Fordelen med en vertskommunemodell er at den enkelte kommune kan få mer direkte styring ved at den enkelte hjemkommunen kan instruere vertskommunen om kvantitet og kvalitet i behandling mv i forhold til sine innbyggere. **Klagebehandlingen skjer videre i vertskommunen.** Det kan gi

hjemkommunen større følelse av kontroll. Hvor viktig det er, beror blant annet på hvor sentralt det er for kommunene å kunne gi slike instruksjoner mv

Der vertskommunen drives effektivt med gode tjenester til borgerne, vil det å etablere et nytt rettssubjekt kunne skape usikkerhet om ny drift, hvor ny ledelse eventuelt skal etableres, nye rutiner. Det antas lettere å komme i gang med et samarbeid når man kan bygge videre på de ressurser som vertskommunen har. For vertskommunen vil det her være naturlig å videreføre og videreutvikle egen drift.

Jeg vil derfor anbefale kommunene å vurdere en vertskommunemodell med folkevalgt nemnd, jf nedenfor. **Ved en folkevalgt nemnd vil de mindre kommuner faktisk kunne oppnå større innflytelse enn gjennom et IKS, som treffer vedtak ved flertallsbeslutninger, jf nedenfor.**

En folkevalgt nemnd skal ha minst to representanter fra hver kommune. Nemnda treffer sine beslutninger ved alminnelig flertallsvedtak. Nemnda har ansvar for at vertskommunen løser oppgavene innenfor lovverket, samarbeidsavtalen og delegasjonsfullmakter og kan selv innenfor rammen av avtalen gi instruksjoner om hvordan oppgaver skal løses. Instruksjonsretten må imidlertid avgrenses mot det som ligger til arbeidsgivers styringsrett. Det er vertskommunen som er arbeidsgiver, og som bestemmer organisering og fordeling av arbeidet osv., innenfor rammen av avtalen. **Partene må da avtale nærmere hvilke avgjørelser som skal ligge til nemnda ved flertallsavgjørelser og hvilke som skal legges til vertskommunen. Dette gjelder for eksempel fastsettelse av budsjett, forhandlinger med staten mv.**

En fordel med vertskommunemodell er at denne modellen utvilsomt er lovlig organisasjonsform i dag, hvor hjemkommunen kan delegerer myndighet også innenfor helse til vertskommunen.

Vi vil også anta at en modell med felles nemnd vil gi en større mulighet til å øve en viss politisk kontroll med samarbeidet fra de enkelte deltakerkommunens side. Dette har sammenheng med at **nemnda generelt kan bidra til å sikre kontakt med det politiske nivå i deltakerkommunene. En nemnd kan trolig også være bedre egnet til å se sammenhengen med andre tjenesteområder i kommunene. Vi vil også anta at en nemnd på en mer smidig måte kan avklare spørsmål som springer ut av eventuelle uklarheter i avtaleforholdet.**

Ettersom vertskommunen vil være arbeidsgiver for de ansatte som har sitt arbeid knyttet til samarbeidsområdet, og således har den faglige kompetanse på området, vil vertskommunen kunne bli oppfattet som dominerende. En modell med nemnd vil generelt kunne minske faren for dette.

Vi understreker at til den felles nemnda må deltakerkommunene delegerer "samme myndighet", jf. kommuneloven § 28c nr. 3.

Dette innebærer at den myndighet deltakerkommune legger til nemnda må være identisk; det er ikke anledning til å legge ulike ansvarsområder og ulik beslutningsmyndighet til nemnda. Bakgrunnen for dette er at nemnda har representasjon fra alle deltakerkommunene, og lovgiver har ansett det som prinsipielt uheldig om representanter fra kommuner som ikke har delegeret myndighet på et område, skulle kunne ta beslutninger på dette området, og dermed etter omstendighetene kunne ha avgjørende innflytelse i saker som bare gjelder andre kommuner.

Kommunegruppas vurdering:

Prosjektgruppa går enstemmig inn for at vertskommune med nemnd brukes som organisasjonsmodell i denne mellomfasen, men da med noen tillegg.

1. Organisering som beskrevet ovenfor.
2. Tilleggsenhet prosjekt:
Det ble satt frem ønske fra administrasjonen/fagfolkene om å ville være med å si sin mening og kunne være med å ta beslutninger når kommunale tjenester besluttet lagt inn i DMS-driftsorganisasjonen. Det kommer store endringer i forbindelse med samhandlingsreformen. Kommunenes administrasjon/fagfolk må i fellesskap ha en arena å diskutere hva som da skal legges inn og hva som skal bli igjen utenfor. Det kom forslag om en egen enhet under daglig leder DMS sitt ansvar, som er prosjektorganisert, og hvor dagens styringsgruppe tar beslutningene om hva som skal legges inn i driftsorganisasjonen og til hvilken tid. Hvor lenge styringsgruppa skal bestå, er avhengig av hvor raskt man har klarhet i hva som kommer med helsereformen, og hvordan kommunene responderer på det.

Det blir da to enheter under daglig leder, en som har ansvar for sengeposten, dialysen og spesialisthelsetjenestens poliklinikker, og en enhet som tar seg av videreføring av prosjektet/utviklingsarbeid.

3. Gruppa ba om at det blir presisert at organisasjonsformen må vurderes på nytt når man ser konturene av hvilke modeller som reformen endrer jussen på, slik at de blir hensiktsmessige for denne type interkommunalt samarbeid. Det blir interessant å følge med om myndighetene blir å preferere modeller som samhelsekommune eller IKS som førende modeller, og hvor jussen gjør dem til nyttige redskap for små og store kommuner.

Vedtak i delprosjekt Kommnehelse:

Det ble enstemmig vedtatt at gruppa går for vertskommune med nemnd som en enkel, trygg og rask måte å komme i gang på. Steinkjer kommune velges som vertskommune.

I tillegg er det ønskelig med en enhet til, under samme leder, hvor prosjekt for utvikling av DMS tjenester er organisert.

Organisasjonsformen skal vurderes på nytt når man ser konturene av reformen og hvilke modeller reformen juridisk sett kommer til å gi åpning for.

Vedtak:

1. Prosjektet bes utrede mulighet for Interkommunalt samarbeid organisert ut fra § 27 i kommuneloven, hvor det vurderes muligheten for å ha en modell med to styrer der
 - a. den administrative lederforankringen i deltakerkommunene kan ivaretas
 - b. den politiske ledelsen i eget styre
2. Utrede Helseforetakets mulighet for deltakelse i styrer
3. Vurdere mulighetene for å søke forsøksordning med to styrer

Sak 34/09: Fase 1: Tjenester i DMS Inn-Trøndelag

Dato: 02.06.09

Saksbehandler: Laila Steinmo

Vedlegg :

- Oversiktskart tjenester organisert i DMS

Saksutredning:

Viser til sak 32/09 fra styringsgruppens møte den 18.05.09, og sak 21/09 og 22/09.

Følgende tjenester er foreslått:

Tjenester	År drifting/etablering
1. <i>Sengeavdeling med 16 intermediærplasser</i> (spesialisthelsetjenesten)	2010
2. Kompetansesenter for ansatte	2010
3. Lærings- og mestringssenter for pasienter	2011
4. Forebyggende helse, rådgivning, mestring og kosthold	2011
5. Ressurssenter for eldre/helsestasjon for eldre	2012
6. Jordmortjenesten, samorganisert, men lokal tjeneste	2010/2011
7. Kommunelege(forebyggende helse, smittevern)	2011
8. Miljørettet helsevern med yrkeshygieniker	2011
9. Desentralisert modell av BUP, dreining mot forebyggende helse, Samorganisert, men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
10. Voksenpsykiatrien som i dag holder til i Kongens gata, samorganisert – men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
11. Nye kommunale psykologhjemer, samorganisert – men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
12. Treningsleilighet	2010

Disse tjenestene danner grunnlaget for kostnads kalkylen videre.

Fase 1 av hovedprosjektet ansees nå ferdig utredet.

Stortingsmelding om Samhandlingsreformen legges frem for offentligheten den 16. Juni 2009. De samarbeidende kommuner ønsker å se hvilke føringer som legges inn ved reformen, før dem i fase 2 av prosjektet tar beslutning på hvilke kommunale tjenester som skal legges inn i DMS Inn-Trøndelag

Samhandlingsgruppa har signalisert at Helse Nord-Trøndelag har ønske om å komme raskt i gang med 9 dialyseplasser og polikliniske tjenester i løpet av våren 2010. Hvis Egge Helsetun velges som lokalisasjon for DMS Inn-Trøndelag, og det tas politisk beslutning om det samme før ferien, ser arkitektene for seg at man kan komme i gang med intermediærenheten til 01.oktober 2010.

Representanter fra Helse Nord-Trøndelag signaliserer at de ønsker å komme i gang med intermediærenheten/sengeposten til det tidspunktet. Saken er ennå ikke styrebehandlet i Helse Nord-Trøndelags styre.

For å holde kontinuitet og fremdrift i arbeidet, bør det ansettes daglig leder for hele DMS i løpet av høsten, så snart som vedtak om driftssetting foreligger. I kostnads kalkylene er det videre tatt høyde for en stilling fagkonsulent/støttefunksjoner, som skal ivareta videre innfasing av kommunale tjenester.

Vedtak:

1. Det startes opp med 16 intermediærsenger som de 5 kommunene (Steinkjer, Inderøy, Verran, Snåsa og Mosvik) finansierer sammen med Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag med en tredjedel hver.
2. Tjenester inngår i henhold til framlagt skisse.
3. Prosessen fram til samarbeidsavtale går via intensjonsavtaler som ønskes framlagt til signering 22. Juni. Prosjektet bes utarbeide
 - a. Intensjonsavtale mellom de 5 deltakende kommunene
 - b. Intensjonsavtale mellom kommunene og helseforetaket

Sak 35/09: Kostnadskalkyle for et fremtidig DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer

Dato: 02.06.09

Saksbehandler: Laila Steinmo

Vedlegg :

- Kostnadskalkyle pr 28.05.09 Interkommunale kostnader(5 kommuner)
- Forslag kostnadsfordeling interkommunale kostnader

Saksutredning:

Delprosjekt Kommnehelse ble i styringsgruppa den 18.05.09, bedt om å legge frem estimerte kostnader for DMS Inn-Trøndelag.

Gruppa har sammenstilt kostnadsoverslag på drift og investering tilhørende sengeposten fra Samhandlingsgruppen og kostnadsoversikt på husleie og IKT løsninger fra delprosjekt infrastruktur.

I tillegg har Kommnehelsegruppa utarbeidet kostnadskalkyle for 2010 og 2011 for ledelse og administrasjon og personal – og driftskostnader til ulike yrkesgrupper som skal vurderes lagt inn i DMS organisasjonen.

Det har vært vanskelig å sette opp estimerte kostnader for de kommunale tjenestene som tenkes lagt inn i DMS for 2011, da det ennå ikke er besluttet hvilke tjenester som skal inn. Gruppa har derfor valgt å kalle oppsettet en kostnadskalkyle, og legge inn oversikt over kostnader til personell og drift for de ulike yrkesgrupper. Styringsgruppa bes ta standpunkt til hvilke tjenester som skal inn og hvor stor den ressursen skal være til ulike tidspunkt i DMS, før gruppa kan sette opp estimert budsjett.

I oversikten på personell er det regnet ut hele årsverk i de fleste stillingene, men styringsgruppa må også klargjøre hvor stor stillingsprosent de ulike yrkesgruppene skal ha fra oppstart i 2010 og første driftsåret i 2011.

Nå er det usikkerhet rundt oppstartstidspunktet for både sengeposten og de kommunale tjenestene. Dette må tas som forbehold, og vil ha innvirkning på økonomien for aktuelt år.

Kostnader til utstyr og inventar ved sengeposten og lokalene for kommunale tjenester er fordelt over 5 år. Det tas utgangspunkt i lånefinansiering for disse to beløpene med en avskrivning over 5 år. Det forutsetter at det er tredeling av kostnadene til utstyr og inventar ved sengeposten, slik at Helse Midt, Helse Nord-Trøndelag og de 5 kommunene betaler en tredjedel hver. Det meste av dette inventaret og utstyret har en levetid regnet rundt 5 år.

Forslag til kostnadsfordeling mellom de 5 kommune ble også gjennomgått. Her er det tatt utgangspunkt i en fordelingsnøkkel på 50 % lik fordeling av kostnader og 50 % etter folketall. Det er regnet ut fordeling mellom kommuner i forhold til sengeposten, administrasjon og ledelse og kommunale helsetjenester, vist i vedlegg "Kostnadsfordeling mellom 5 kommuner"

Erfaringstall i forhold til fordelingsnøkler mellom kommunene viser at nye IKS modeller bruker fordelingsnøkler slik: Fosen DMS IKS har fordelingsnøkkel 60/40. Namdal rehabilitering IKS har

fordelingsnøkkel 50/50, Innherred interkommunale legevakt har fordelingsnøkkel 40/60, Drammen interkommunale legevakt IKS har fordelingsnøkkel 50/50. Gruppen bruker derfor fordelingsnøkkel 50/50 i dette oppsettet.

Vedtak i kommunegruppen 26.05.09:

Kostnadskalkyle for 2011, datert 25.05, med de rettinger som er anført, legges frem som estimerte kostnader/budsjett 2011 fra KommuneHelsegruppen. Samme gjelder Forslag til økonomisk fordeling kommunene imellom pr 27.05.09. Oppdatert pr 28.05.09

Forslag til vedtak:

1. Fremlagt kostnadskalkyle anses som grunnlag for videre bearbeiding. Saken tas opp igjen på neste møte.
2. Prosjektgruppen bes om å utarbeide alternative forslag til fordelingsnøkler basert på flere ulike modeller