

SAK 04-19 VIDAREUTVIKLING AV HALLINGHELSE

Saksopplysningar

Saka er i stor grad utarbeida av samhandlingsleiar Øystein Lappegard. Hallinghelse vart starta opp i 2015 etter kommunestyrevedtak i alle Hallingdalskommunane. Det vart utarbeidd ei evaluering av Hallinghelse våren 2018. Konklusjonen var at Hallinghelse skulle vidareførast og vidareutviklast. Regionrådet bad rådmannsutvalet om å nedsetje ei arbeidsgruppe for å utgreie korleis ei vidareutvikling av Hallinghelse kunne gjennomførast. Arbeidsgruppa la fram sin rapport for regionrådet, rådmannsutvalet og helse- og omsorgsleiarforum den 22. febr. 2019, sjå vedlegg 1.

Det var i møtet den 22. febr. tilslutning til hovudprinsippa i rapporten, men det vart også gjeve signal om at saka må arbeidast meir med før vidare politisk handsaming. Regionrådet gav i møtet særleg to tilbakemeldingar:

1. Regionrådet meinte det var viktig å forankre kunnskap om Hallinghelse på politisk plan i kommunane. Dei bad derfor om ei orientering om Hallinghelse i dei ulike kommunestyra før Hallingtinget 3. mai. Dette er gjennomført, men på noko ulikt vis i dei enkelte kommunane.
2. Regionrådet etterspurte ei vurdering av kva tiltaka knytt til Hallinghelse hadde kosta dersom ein ikkje hadde hatt samarbeid. Ei slik vurdering er sendt ordførarar og rådmenn frå Hallinghelse. Der vert det understreka at ei økonomisk berekning er svært vanskeleg fordi Hallinghelse gjer det mogeleg å tilby tenester i Hallingdal som ein ikkje kunne ha fått til utan samarbeid. Kostnadsberekninga som viste at kostnaden ville ligge 3-4 gonger høgare utan Hallinghelse, var derfor heller hypotetisk. Det viktigaste er at Hallinghelse sikrar likeverdige tenester for innbyggjarane i Hallingdal samanlikna med meir sentrale kommunar. Gjennom samarbeid får ein betre kvalitet til ein lågare kostnad.

Rapporten vart drøfta på nytt i eit møte i rådmannsutvalet saman med helse- og omsorgsleiarforum 8. mars 2019. Det var vanskeleg for rådmannsutvalet å akseptere dei økonomiske rammene i rapporten. Dei bad derfor om ei nærare vurdering av tiltaka. Det vart særleg peika på dei samfunnsmedisinske tiltaka, kunne ein her oppnå ein synergieffekt og innsparing gjennom sal av tenester? Var dei inntektene ein hadde sett opp, realistiske?

Rådmannsutvalet drøfta organiseringa av Hallinghelse som kommunalt oppgåvefellesskap eller som vertskommunemodell. Ein ynskte å vurdere vidare styringsmodellane for eit kommunalt oppgåvefellesskap. Dette arbeidet må munne ut i eit avtaleverk som kan underskrivast tidleg haust 2019.

Rådmannsutvalet vedtok også på dette møtet å sende ein søknad til Fylkesmannen om skjønnsmidlar til innovasjonstiltak der ein gjennom eit prosjekt kunne arbeide med å utvikle det interkommunale samarbeidet vidare både innan helse og omsorg, oppvekst og plan og utvikling.

Hallinghelse har saman med vertskommunen arbeidd med å legge fram ei revidert tiltakspakke der ein har hatt som mål å kvalitetssikre og redusere dei økonomiske rammene. Ein viser til vurderingar nedanfor.

Økonomiske konsekvensar

Den reviderte tiltakspakka har redusert den samla meirkostnaden for kommunane i Hallingdal frå 1.720' til 776', ein viser til vedlegg 2. Samstundes har ein vore meir forsiktig på kva ein kan forvente å få dekkja inn gjennom inntektssida.

Tiltaka innan miljøretta helsevern er halde utanfor rammebudsjettet for Hallinghelse, då Miljøretta helsevern Hallingdal (MHVH) har sitt eige budsjett. Slik vil det også vera etter ei samlokalisering. MHVH har inngått samarbeidsavtale med Etnedal kommune i Valdres om sal av tenester, og det er også samtaler med ei anna Valdreskommune om det same. Det er innrekna forventa inntekter av sal av tenester tilsvarande ei dekning av 0,3 av 0,5 stilling. Dette gjev fylgjande kostnadsfordeling mellom kommunane for meirutgiftene til miljøretta helsevern:

Hallingdal			Fordeling på kommunane					
Meirkostnad 0,5 st.	Sal av tenester	Netto kostnad	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
376'	231'	145'	32'	33'	32'	18'	23'	7'

Vurdering

Hallinghelse må ha ein balanse mellom forutsigbare, faste ressursar og utviklingsrom basert på søknadar om prosjektmidlar og midlertidige tiltak. Dette er også ein balanse mellom å rekruttere og halde på kompetent personell gjennom faste stillingar og ha fleksibilitet gjennom midlertidige stillingar.

Rapporten understrekar behovet for å styrke dei forutsigbare, faste ressursane både ved å

- a) styrke kjernegruppa i Hallinghelse,
- b) samlokalisere tenester,
- c) vidareføre innarbeidde stillingar innan tenesteyting,
- d) vidareføre fullfinansiering av velferdsteknologiprojektet
- e) styrke satsinga innan læring og meistring.

Dette vert ikkje endra gjennom den reviderte tiltakspakka. Ein har likevel nokre merknader:

- Ad a) Ein har her redusert forventa dekning på stilling som dagleg leiar gjennom såkalla overheadmidlar frå 60 % til 40 %.
- Ad b) Dette er eit viktig tiltak som bør kunne gjennomførast innan utgangen av sumaren 2019.
- Ad c) Dei aktuelle stillingane er nybrottsstillingar. Sjølv om ein vidarefører dei, vil dei heile tida måtte evaluerast i høve til arbeidsmetodar, innhald og omfang.
- Ad d) Det er vanskeleg å vite kva som skjer med velferdsteknologiprojektet i 2020. Truleg vil ein ha statlege prosjektmidlar halve året. Det må gjennomførast ei evaluering tidleg på året 2020 som gjev vidare føringar.
- Ad e) Styringssignala frå statleg hald er sterke for at kommunane må prioritere arbeidet med læring og meistring, sist gjennom NOU 2018:16 Det viktigste først.
Hallingdalskommunane tek dette på alvor ved å opprette ei ny, fast interkommunale deltidsstilling innan læring og meistring. Likevel seier tiltakspakka at ein må innhente prosjektmidlar dei første åra for å sikre ei finansiering av ei slik stilling.

Når det gjeld den samfunnsmedisinske delen av forslaga i rapporten, legg tiltakspakka her opp til endringar:

1. Rapporten la opp til ei styrking av Miljøretta helsevern Hallingdal (MHVH) med 0,5 st. I ettertid har det kome fram at ein har hatt sonderingar med kommunar i Valdres om sal av tenester. For å få ned kostnaden, innstiller ein derfor på at sal av tenester vil inngå i ei finansiering av den nye halve stillinga. Dersom ein får eit sal av tenester tilsvarane 0,3 st. til Valdres, betyr det at kapasitetsauken ved MHVH berre blir 0,2 st. Dette er lite i høve til dei udekka arbeidsmengder, men det er ein start og det sikrar ivaretaking av den kompetansen ein i dag har opparbeidd i MHVH.
2. Stillinga som samhandlingsleiar er ein av dei tre faste, halve rådgjevarstillingane som har vore i Hallinghelse sidan 2015. Det har vore spørsmål om denne stillinga strikt skulle definerast som ei legestilling for å lette samarbeidet med Vestre Viken HF. Stillinga vart lyst ut vinteren -19 slik at både legar og anna høgt utdanna helsepersonell kunne søke. Ein fekk tre søkarar, alle legar. Lønnsmidlar tilsvarande samfunnsmedisinar er dermed lagt inn i rammebudsjettet.
3. Den halve stillinga som felles kommuneoverlege er lagt på is. Dels kan ein få synergieffektar av styrkinga av miljøretta helsevern og samhandlingsleiaren, dels er det behov for ytterlegare klargjering for korleis ei slik stilling kan innarbeidast i samarbeid med kommunane. Ein legg derfor i tiltakspakken opp til at Hallinghelse skal utgreie denne stillinga vidare.

Samla legg tiltakspakka opp til at Hallinghelse kan vidareutviklast i samsvar med rapporten, men der ein legg ei netto kostnadsramme for drifta på 3,5 mill. Nettopp for Hallinghelse er det viktig å operere med netto kostnadsrammer fordi ein ynskjer at Hallinghelse skal halde fram med å søke og innhente prosjektmidlar som ein viktig del av driftsgrunnlaget. Dette gjev høve til å styrke tenestene midlertidig på dei område staten gjev incitament og i samsvar med kommunale utviklingsbehov.

Framlegg til vedtak:

1. Hallingtinget tek rapporten «Vidareutvikling av Hallinghelse» til orientering.
2. Hallingtinget tilrår at felles saksutgreiing om vidareutvikling av Hallinghelse vert handsama politisk i kommunane og gjev fylgjande tilråding til vedtak:
 - A. Kommunestyret gjev si tilslutning til ei vidareutvikling av Hallinghelse i tråd framlagt rapport. Ein ber administrasjonen iverksetje dei tiltak som ikkje er omtala som kostnadskrevjande.
 - B. Kommunestyret vedtek at kommunen frå 1. jan 2020 går inn som deleigar av Hallinghelse organisert i samsvar med ny kommunelov som eit kommunalt oppgåvefelleskap. Kommunen sine eigedelar og økonomiske ansvar samsvarar med folketalsfordelinga i Hallingdal. Kommunestyret ber administrasjonen inngå dei nødvendige avtaler.
 - C. Hallinghelse vert frå 1. jan. 2020 vidareført med 2,5 faste kjernestillingar (1,0 ny stilling som dagleg leiar og vidareføring av tre halve rådgjevarstillingar). Dei tenesteytande stillingar som allereie er innarbeidd i driftsbudsjetta, vert vidareført. Dette gjeld deltidstillingar for logoped (25 %), klinisk ernæringsfysiolog (60 %),

koordinator for veiledningsteam autisme (20 %) og ei fullfinansiering av velferdsteknologiprojektet med kr. 200'. I tillegg vert det oppretta ei fast 60 % stilling som koordinator for læring og meistring, der Hallinghelse skal søke mest mogeleg dekning av kostnadane gjennom prosjektmidlar.

- D. Hallinghelse vert bedt om å utgreie nærare gevinstane med felles kommuneoverlege og innhente vurderingar frå kvar enkelt kommune på tiltaket.
- E. Det vert for 2020 sett ei netto budsjettramme for Hallinghelse på 3,5 mill. For seinare år skal budsjettrammer og eventuelle nye tiltak vedtakast i representantskapet for Hallinghelse. Ei slik budsjettramme for 2020 gjev fylgjande fordeling av utgifter / meirutgifter på kommunane i Hallingdal:

	Hallingdal	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
Budsjetterte bruttoutgifter 2019	2.724'	565'	732'	571'	306'	416'	134'
Netto meirkostnad «nye Hallinghelse» 2020	776'	194'	63'	209'	118'	147'	45'
Sum utgifter 2020 fordelt på kommunane	3.500'	759'	795'	780'	424'	563'	179'

- F. Miljøretta helsevern Hallingdal vert styrka med 0,5 stilling frå 01.08.2019, der ein del av kostnaden vert finansiert gjennom sal av tenester. Dette gjev fylgjande fordeling av meirutgifter på kommunane i Hallingdal for 2020:

Hallingdal			Fordeling på kommunane					
Meirkostnad 0,5 st.	Sal av tenester	Netto kostnad	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
376'	231'	145'	32'	33'	32'	18'	23'	7'

Hallingdal 12.4.2019

Knut Arne Gurigard
Dagleg leiar

Vedlegg:

1. Vidareutvikling av Hallinghelse – Rapport frå arbeidsgruppe
2. Budsjettramme Hallinghelse 2020

VIDAREUTVIKLING AV

HALLINGHELSE



RAPPORT

frå arbeidsgruppe nedsett av rådmannsutvalet

Innhald

1. Samandrag	4
2. Bakgrunn	6
3. Status	7
3.1 Oversikt	7
3.2 Arbeidsoppgåver	8
4. Framtidige arbeidsoppgåver	9
4.1 Type arbeidsoppgåver	9
4.1.1 Utviklingsarbeid	9
4.1.2 Kompetanseheving	9
4.1.3 Felles løysingar og sambruk av helse- og omsorgsressursar	9
4.1.4 Samordning med ei stemme utad	9
4.2 Framtidige arbeidsområde og ressursbehov	10
4.2.1 Faglege samarbeidsområde	10
A. Læring og meistring	10
B. Kommunepsykolog	10
C. Logoped	11
D. Klinisk ernæringsfysiolog	11
E. Audiopedagog	11
F. Samfunnsmedisin / Miljøretta helsevern	12
G. Ergoterapeut	13
H. Psykisk helse og rus	13
I. Omsorgstenester / demens	13
J. Velferdsteknologi	14
K. Innovativ rehabilitering	14
L. Veiledningsteam innan autisme / psykisk utviklingshemming	14
M. HALLIS (Hallingdal for legar i spesialisering)	15
N. Livskvalitet	15
4.2.2 Administrasjon og samarbeidsoppgåver	15
4.2.3 Oversikt arbeidsoppgåver	17
5. Gevinstrealisering og ressursbehov	19
5.1 Hallinghelse i eit nasjonalt perspektiv	19
5.2 Ei pakkelløysing	19
5.3 Ressursbehov	20
6. Organisering	22
6.1 Alternative løysingar	22
6.2 Kommunalt oppgåvefellesskap	23
6.3 Finansiering	23
6.4 Lokalisering	23
6.5 Tilknytingskommune	24
6.6 Organisering i ein større samanheng	24

1. Samandrag

Ei samla arbeidsgruppa tilrår ei vidareutvikling av Hallinghelse i tråd med fylgjande oppsummering:

Formål

Gjennom ei vidareutvikling av Hallinghelse vil kommunane i Hallingdal bli betre rusta til å møte framtida og dei utfordringar som kjem innanfor helse- og omsorgssektoren. Kommunane i Hallingdal vil også verta betre i stand til å yte tenester til innbyggjarane sine som er likeverdige med tenestetilbodet i større kommunar.

Hallinghelse som modell

Hallinghelse er som modell interessant på nasjonalt plan. Det er få liknande modellar i distrikt-Noreg. I åra framover vil distrikta måtte skjerpe seg i konkurransen om kompetanse og særleg om spisskompetanse. Hallinghelse vil saman med Hallingdal sjukestugu styrke Hallingdal som ein innovativ region. Dette er viktig både i høve til omdømmebygging og for å styrke rekrutteringa av fagpersonell til regionen.

For meir detaljar om Hallinghelse som nasjonal modell, viser ein til kap. 5.

Organisering

Hallinghelse vert organisert som eit kommunalt oppgåvefellesskap i samsvar med ny kommunelov frå 1. jan 2020. Det vil bli utarbeida ei samarbeidsavtale for dette. Arbeidsgruppa tilrår at ordførarane utgjer representantskapet. Det er ynskjeleg også å knytte helseforetaket til representantskapet. Helse- og omsorgsleiarforum komplettert med representant frå Hallingdal sjukestugu / Ringerike sjukehus vil vera eit underordna styringsorgan. Ål kommune får tildelt oppgåva å vera tilknytingskommune for Hallinghelse, med personellansvar / arbeidsgjeverrolle, men utan fagleg styringsrett.

For meir detaljar om organisering, viser ein til kap. 6.

Hallinghelse som kraftsentrum

Arbeidsgruppa tilrår at ein ser den føreslåtte styrkinga av Hallinghelse som ei samla pakke. Byrjar ein å plukke vekk enkeltdelar, forvitrar modellen. Det er nødvendig med eit visst ressursvolum for å kunne skape interessante fagmiljø og innovativ kraft. Sjå vidare om dette i kap. 5.2.

Arbeidsoppgåver

Hallinghelse skal drive utviklings- og koordineringsarbeid innan helse og omsorg i Hallingdal og tilby felles tenester der kommunane er einige om å samarbeida. Arbeidsgruppa tilrår:

- 1) Hallinghelse skal frå 1. jan. 2020 vidareførast med 2,5 faste stillingar der ei av desse stillingane er ei full stilling som dagleg leiar, vidare tre halve rådgjevarstillingar, der den eine av desse er ei 0,5 st. for lege som samhandlingsleiar. Ein kan sjå for seg ulike kombinasjonar, også med komande stillingar, - dette for å kunne tilby fulle stillingar. Dei 2,5 faste stillingane utgjer ei styrking av kjernefunksjonane i Hallinghelse med ein netto lønnskostnad for desse stillingane på kr. 495'.
- 2) Dei interkommunale tenester som Hallinghelse driv ved årsskiftet 2018 / 19 skal vidareførast, herunder deltidsstilling logoped og klinisk ernæringsfysiolog og fullfinansiering av velferdsteknologiprojektet. Desse tenestene er inne i driftsbudsjetta i kommunane for 2019.
- 3) Miljøretta helsevern Hallingdal og Regionrådet vert samlokalisert med Hallinghelse så snart dette let seg gjera.

4) Det vert i budsjett 2020 lagt inn nye faste driftstiltak i Hallinghelse for eit interkommunalt samarbeid om fylgjande funksjonar:

- Koordinator læring og meistring 60 %
- Koordinator for veiledningsteam autisme/psyk. utviklingshemma 20 %
- Styrking av Miljøretta helsevern Hallingdal 50 %
- Felles kommuneoverlege 50 %.

Netto lønnskostnad for 2020 er for desse tiltaka er kr. 965'.

For fleire detaljar om arbeidsoppgåver viser ein til kap. 4.

Økonomiske konsekvensar

Dei økonomiske konsekvensane for dei enkelte kommunane framgår av tabellen nedanfor. Tala er rettleiande, men omfattar både lønnsutgifter og driftsutgifter. Ein viser budsjetterte utgifter i dag, netto kostnad med nye tiltak slik det går fram av punkt 1 – 4 ovanfor, og til slutt samla kostnad. For ytterlegare detaljar viser ein til kap. 5.3.

	Hallingdal	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
Budsjetterte bruttoutgifter 2019	2.724'	565'	732'	571'	306'	416'	134'
Netto meirkostnad «nye Hallinghelse» 2020	1.720'	377'	389'	383'	205'	278'	88'
Sum utgifter 2020 fordelt på kommunane	4.444'	942'	1.121'	954'	511'	694'	222'

2. Bakgrunn

Rådmannsutvalet har oppnemnt ei arbeidsgruppe på bakgrunn av fylgjande vedtak i regionrådet:

SAK 19/18 EVALUERING HALLINGHELSE

Vedtak

Regionrådet ber rådmannsutvalet oppnemne ei arbeidsgruppe med representantar frå kommunane og Hallingdal sjukestugu. Buskerud fylkeskommune skal også inviterast inn i arbeidet. Arbeidsgruppa får fylgjande mandat:

Arbeidsgruppa skal planleggje ei vidareføring av Hallinghelse til eit kompetansesenter for helse og omsorg i Hallingdal. Arbeidet skal omhandle både organisering, finansiering og aktuelle faglege samarbeidsområde. Arbeidet skal sluttførast innan 1. febr. 2019 og leggjast fram for Hallingtinget våren 2019.

Til grunn for arbeidet ligg [evalueringsrapporten](#) om Hallinghelse. Denne konkluderte med at Hallinghelse skal vidareførast og vidareutviklast.

Arbeidsgruppa har vore samansett av

Tone Tveito Eidnes, rådmann, Ål, leiar
Jan Olav Helling, rådmann, Hemsedal
Aud Toril Sæbø, kommunalsjef helse og omsorg, Gol
Randi Rustand, kommunalsjef helse og omsorg, Nes
Geir Strømmen, kommuneoverlege, Hol,
Knut Arne Gurigard, dagleg leiar i regionrådet,
Reidar Aasheim, avdelingssjef, Hallingdal sjukestugu,
Øystein Lappegard, samhandlingsleiar i Hallinghelse, sekretær.

Ein har ikkje lukkast med å dra Buskerud fylkeskommune inn i arbeidet, men arbeidsgruppa ser at det vert viktig å vera i dialog med Viken fylkeskommune framover.

Arbeidsgruppa har hatt tre møter som samla gruppe, og to møter der gruppa har vore delt.

3. Status

3.1 Oversikt

Som det framgår av fig. 1. består Hallinghelse pr. 1 jan. 2019 av

- 1) ei kjernegruppe på til saman 2,5 stilling, av desse er tre halve stillingar fast oppretta,
- 2) åtte tilknytte prosjekt og tiltak, med til saman 16 personar som arbeider i heiltids eller deltid stillingar.

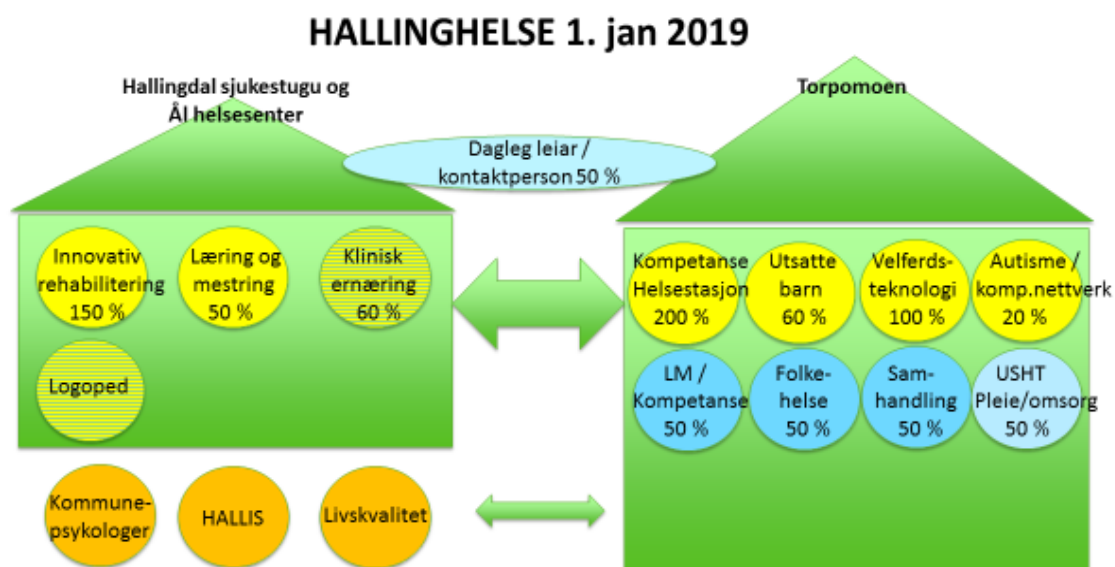
Ål kommune er vertskommune for Hallinghelse. Lokaliseringa er dels ved Hallingdal sjukestugu og Ål helsesenter og dels ved Torpomoen. Pasientorientert verksemd er i stor grad knytt til Hallingdal sjukestugu / Ål helsesenter på grunn av samarbeid med Hallingdal sjukestugu og Ringerike sjukehus.

Netto driftsbudsjett er for 2019 på kr. 1.764.000,- for dei fast tilsette. I tillegg er det innarbeidd kommunal finansiering på kr. 960.000 fordelt på dei ulike kommunane sine driftsbudsjett, dette dekker utgifter til deltidstilling logoped og klinisk ernæringsfysiolog og fullfinansiering av velferdsteknologiprojektet. Samla ligg netto driftsbudsjett på kr. 2.724'. Fordelinga mellom kommunane er etter folketalet, Ål dekker etter gjeldane avtale noko meir av stillinga som samhandlingsleiar. Utgiftsfordeling innarbeidd i 2019 - budsjetta:

Totalt	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
2.724'	565'	732'	571'	306'	416'	134'

Den eine halve midlertidige stillinga som regionkontakt for Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetenester i Drammen vert dekkja av lønnsmidlar derfrå. Den andre midlertidige halve stillinga som dagleg leiar vert dekkja av overheadmidlar frå statlege prosjekt.

Hallinghelse har i 2018 gjennom søknader henta inn ca. 5,5 mill. til dei ulike interkommunale prosjekta. Dette er statlege pengar, dels fordelt gjennom Fylkesmannen, dels frå Helsedirektorat eller Barne, ungdoms og familiedirektoratet.



Figur 1 Illustrasjon status i Hallinghelse pr. 1. jan 2019.

Kjernegruppa er vist med blå farge, dei mørkeblå er fast tilsette, dei lyseblå er midlertidig tilsette. Dei gule er prosjektstillingar med statleg finansiering, dei stripa er prosjekt eller tiltak med kommunal finansiering og dei oransje er prosjekt Hallinghelse arbeider med å få på plass.

3.2 Arbeidsoppgåver

Rapporten som låg til grunn for evalueringa av Hallinghelse, gjev i detalj greie for arbeidet som vert utført av dei fast tilsette i Hallinghelse. Innhaldet i stillingane har endra seg i løpet av dei tre driftsåra og spanner mykje vidare enn dei merkelappane som vart sett på stillingane ved oppstart. I praksis går dei tre faste, halve stillingane inn som rådgjevarstillingar på tvers av ulike fagfelt. Her vert det gjeve eit kort resymé av dei viktigaste arbeidsfelta:

- Samhandlingsleiar arbeider først og fremst med samarbeidet mellom kommunane og Vestre Viken HF, mellom anna knytt til Intermediæravdelinga ved Hallingdal sjukestugu, som medlem av samarbeidsstyret for kommunehelsesamarbeidet og av lokalt og overordna samarbeidsutval. Vidare arbeid i høve til psykisk helse og rus (t.d. kommunepsykologar), legeteneste (felles rutinar for vanedannande medikament, HALLIS), arbeid med klinisk ernæringsfysiolog og logoped, og Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal.
- Koordinator for læring og meistring og kompetanse har innan læring og meistring etablert kontaktnett nasjonalt og med andre kommunar og utarbeidd framlegg til organisering av arbeidet vidare i Hallingdal. Kompetanse er eit felt der ein kjem inn på ei rekke ulike fagfelt, noko av arbeidet har vore knytt til den interkommunale samarbeidsgruppa innan kompetanse. Arbeidet elles har vore interkommunalt samarbeid innan helsestasjon, barn og unge, brukarmedverknad og etablering av brukarråd i Hallingdal. Denne koordinatorstillinga har også hatt hovudansvaret for prosjektsøknader og oppfølging av desse.
- Koordinator for folkehelse har vore drivkrafta i den interkommunale folkehelsegruppa og arbeidsoppgåvene med felles folkehelseplan for Hallingdal og årlege folkehelseforum. Koordinator for folkehelse har delteke i utgreiingsarbeid på andre fagfelt, vore ansvarleg for heimeside og kontakt med regionrådet. I samanheng med det siste vil arbeidet med livskvalitetsprosjektet i regionrådet sin regi bli eit viktig satsingsområde framover.

4. Framtidige arbeidsoppgåver

4.1 Type arbeidsoppgåver

Arbeidsgruppa er einig i dei arbeidsoppgåver som evalueringa av Hallinghelse peikar på:

4.1.1 Utviklingsarbeid

Fagfeltet helse og omsorg er i ei rivande utvikling. Dei små kommunane kan ha vanskar med å halde tritt i dette arbeidet og få små kommunar har avsett midlar til utviklingsarbeid.

Samanliknar ein med Drammen kommune, så brukar denne kommunen 1 % av totalbudsjettet for helse og omsorg til utviklings- og kvalitetsarbeid (Avdeling Skap gode dager) (12 mill.). Dette skulle tilsvarande tilseie at Hallingdal brukte 3,6 mill. til denne type arbeid.

Det er også slik at små kommunar utan søknadskompetanse tapar i kampen om statlege prosjektmidlar. Staten brukar prosjektmidlar som sitt verktøy for å gje incitament til utviklingsarbeid i kommunane. Prosjektarbeid har ein god del negative sider, men er den einaste måten små kommunar kan tilføre midlar for å drive utvikling innan helse og omsorg.

Arbeidsgruppa meiner at Hallinghelse bør ha kompetanse på prosjektarbeid og søknads- og rapporteringsskriving og skal drive eit aktivt utviklingsarbeid gjennom prosjektorganisering.

4.1.2 Kompetanseheving

Samhandlingsreformen utfordrar kommunane på å ha tilstrekkeleg kompetanse og spisskompetanse for å møte alle nye oppgåver som vert overført frå staten. Stortingsmeldinga om samhandlingsreformen peika på at kommunar måtte ha 15-20.000 innb. for å kunne greie å ta på seg oppgåveoverføringa. Hallinghelse vil kunne medvirke til å løyse denne utfordringa for Hallingdalskommunane.

4.1.3 Felles løysingar og sambruk av helse- og omsorgsressursar

Dette omfattar erfaringsutveksling og samordning gjennom interkommunale faggrupper og samarbeidstiltak. Men det går også på å dele på den kompetansen dei ulike kommunane har opparbeidd eller har vore så heldige å få tak i. Denne delingskulturen er sterk innan helse og omsorg i Hallingdal og den kan vidareutviklast.

Vidare gjeld det oppgåver der den enkelte kommune er for liten til å kunne ha egne tilsette (eksempel er ernæringsfysiolog og logoped). Ved å samarbeide om stillingar, kan kommunane tilby same spisskompetanse som større kommunar. Dette inneber også at ein kan makte å byggje opp fagmiljø som er stabiliserande og rekrutterande.

4.1.4 Samordning med ei stemme utad

Hallingdal treng ein instans som kan samordne og tale med ei stemme i ulike fora. Dette gjeld til dømes i samhandlingsarbeidet overfor Vestre Viken og i kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken sitt helseområde. Det kan vera som samordnande instans for høyringsuttaler til departement og direktorat. Og endeleg ser ein at interkommunale søknader har større gjennomslagskraft hjå Fylkesmann og Helsedirektorat og andre søknadsinstansar.

4.2 Framtidige arbeidsområde og ressursbehov

Arbeidsgruppa har gått gjennom dei ulike arbeidsområde som vart løfta fram i evalueringsrapporten og vurdert desse opp mot ei vidareutvikling av Hallinghelse.

4.2.1 Faglege samarbeidsområde

A. Læring og meistring

Læring og meistring er tydeleggjort som ei lovpålagt oppgåve ved lovendring i helse- og omsorgstenestelova i 2018. Kommunane skal ha tenester som gjev opplæring og kurs i livsmeistring for pasientar med kroniske lidingar. Hallinghelse har utgreidd korleis læring og meistringsarbeidet i Hallingdal kan organiserast. Konklusjonen er:

- Kommunane er for små til å ha store nok grupper pasientar med tilnærma same utfordringar.
- Kommunane er for små til å ha eigne stillingar med personell som har spisskompetanse på kursing i livsmeistring.
- Kommunane må samarbeide med lærings- og meistringsarbeidet til Vestre Viken ved Hallingdal sjukestugu.
- Ein viktig del av arbeidet er å styrke brukarmedverknad og brukarinvolvering.
- Det vert tilrådd interkommunalt samarbeid om ei fast 60 % st. i ein lærings- og meistringsbase ved Hallingdal sjukestugu, men der kurs og tilbod vert arrangert over heile Hallingdal.
- Kommunane må i tillegg synleggjera læring og meistringsarbeidet i eigen kommune ved ei ansvars- og oppgåveplassering.

Helse- og omsorgsleiarforum i Hallingdal (HOF) har bestemt at ansvar og oppgåver i dei enkelte kommunane skal leggjast til frisklivssentralane. Det er ein forskjell mellom frisklivsarbeid og læring og meistring. Frisklivsarbeid er i stor grad å motivere og hjelpe folk til livsendring. Lærings- og meistringsarbeid er å hjelpe folk til å akseptere og meistre ein varig livssituasjon.

I evalueringa av Hallinghelse var det lærings- og meistringsarbeidet som vart høgast prioritert av dei arbeidsområda kommunane ønska å samarbeide fast om. Stillinga som lærings- og meistringskoordinator i Hallingdal bør vera knytt til Hallinghelse men ha base ved Hallingdal sjukestugu / Ål helsesenter. Arbeidet er igangsett frå 1. sept 2018 gjennom prosjektmidlar frå Fylkesmannen. Det er tidlegare foreslått at ein gjennom ei tre-års-periode gradvis overtek kostnaden kommunalt. Arbeidsgruppa foreslår at tid som tidlegare var avsett til læring og meistring i den eine faste stillinga i Hallinghelse, vert frigjort til andre arbeidsoppgåver.

B. Kommunepsykolog

Kommunane er lovpålagt å ha tilbod om kommunepsykolog frå 2020. Hallinghelse har utgreidd arbeidsoppgåver og organisering i Hallingdal og har leia ein prosess der kommunane har kome fram til ein konsensus på dette. Konklusjonen er:

- Kommunepsykologane bør ha si tilsetjing og tilhøyre i kommunane. Det vert førebels lagt opp til at Nes og Flå samarbeider om ei stilling (2019), Gol og Hemsedal om ei stilling (2020) og Ål og Hol har kvar si stilling (2018/19).
- Kvar av kommunepsykologane får lagt inn i sin stillingsbeskrivelse at dei 1-2 dagar i veka skal samarbeide på tvers av kommunane. Dermed får dei etablert eit fagmiljø og ein får etablert samarbeid om arbeidsoppgåver som eignar seg for interkommunalt samarbeid. Dette kan vera oppgåver som: Regionrådet sitt livskvalitetsprosjekt, UngData-oppfølgning, initiering og samordning av RPH (Rask psykisk helsehjelp), samarbeid med ungdomslosen og andre stillingar som arbeider interkommunalt, i samarbeid med lærings- og meistringsbasen tilretteleggja for kurs- og gruppetilbod på tvers av kommunane innan psykisk helse og rus, interkommunalt, systemretta utviklingsarbeid innan psykisk helse og rus herunder samarbeidet med andrelinetenesta om FACT (fagteam på tvers av nivåa) og pakkeforløp.

Hallinghelse si oppgåve vert å leggje til rette for det interkommunale samarbeidet mellom kommunepsykologane. Erfaringa frå kommuneoverlegeforumet (KOLF) er at eit avgjerande grep for å få til denne type fagforum er å ha eit sekretariat, slik Miljøretta helsevern i Hallingdal (MHVH) har fungert som sekretariat for KOLF (kommuneoverlegeforum) og ALUH (allmennlegeforum).

C. Logoped

Hallinghelse har rekruttert ein logoped for helse og omsorg i Hallingdal. Logopeden starta opp 1. jan. 2019. Ho har etter vedtak i Helse- og omsorgsleiarforum ei 25 % interkommunal deltidsstilling og skal arbeide 75 % privat praksis. I den kommunale deltidsstillinga skal ho gje opplæring, rådgjeving og veiledning til kommunalt tilsette og pårørande. I den private praksisen vil ho behandle pasientar frå kommunal helse og omsorgsteneste, inkludert pasientar frå sjukeheimane og frå dei 10 kommunale plassane på intermediæravdelinga ved HSS. Ål kommune er vertskommune og ho får kontor ved Ål helsetun.

Logopeden vil vera tilknytt Hallinghelse som eit interkommunalt samarbeid om spisskompetanse. Hallinghelse si oppgåve vil vera å tilby eit inkluderande og spennande tverrfagleg miljø. Det skal også arbeidast med å utvikle logopedtenester ved hjelp av avstandsteknologi.

D. Klinisk ernæringsfysiolog

Hallinghelse har utgreidd behov og mogeleg organisering av arbeid for ein klinisk ernæringsfysiolog (KEF) i Hallingdal. Det kjem fram at behovet er stort, både ved sjukeheimane, i heimetenesta, blant barn og unge på helsestasjon og skulehelseteneste og fastlegane uttrykker behov for å ha tilgang til spisskompetanse. Men ingen av kommunane har hatt mogelegheit for å tilsetje KEF åleine.

HOF vedtok våren 2018 å samarbeide om ei 60 % stilling i ein to-års periode for å prøve ut eit tilbod med KEF i Hallingdal. Dette er kommunale midlar. Arbeidet skal vera opplæring, rådgjeving og veiledning til personell. 1. sept. 2018 starta dette arbeidet opp og det skal evaluerast både halvveges og før to-års-perioden går ut. Ein samarbeider samstundes med Hallingdal sjukestugu slik at aktuelle KEF har poliklinisk tilbod der 1-2 dagar i veka med direkte pasientarbeid. Prosjektet har vekt interesse utanfor Hallingdal og vert no brukt som modell for andre kommunar.

Dersom evalueringa innan 2-års-perioden skulle tilseie at det vert etablert ei fast stilling som KEF i Hallingdal, vil denne stillinga framleis ville kunne ha si tilknytning til Hallinghelse. Det er eit eksempel på samarbeid om spisskompetanse og Hallinghelse si oppgåve vert å medvirke til praktisk tilrettelegging og å leggje til rette for eit tverrfagleg miljø.

E. Audiopedagog

Det er pasientorganisasjonane til dei høyrselshemma som har lyfta fram dette behovet. Det er svært mange eldre som har fått tildelt høyreapparat, men erfaringa er at mange apparat vert liggjande i skuffen fordi det manglar oppfølging og veiledning. I Hallingdal er det helst ØNH-spesialist som diagnostiserer og som tilpassar hjelpemiddel. Men det er begrensa kor mykje oppfølging spesialisthelsetenesta kan gje. Ergoterapeutane i kommunane kan vera behjelpelig, men slik pasientorganisasjonane beskriv situasjonen, er det eit stort umetta behov. Det er mogeleg at dette kunne avhjelpast med ei interkommunal stilling.

Saka bør utgreiast vidare av Hallinghelse. Det er på gang eit skifte i ØNH-spesialist-stilling i Hallingdal og utgreiinga kan avvente dette.

F. Samfunnsmedisin / Miljøretta helsevern

Under denne overskrifta er det snakk om tre ulike stillingar / funksjonar:

1) Samhandlingsleiar

Samhandling mellom dei seks kommunane og Vestre Viken HF / Ringerike sjukehus / Hallingdal sjukestugu har vore ein stor del av arbeidet både i Prosjekt lokalmedisinske tenester og seinare i Hallinghelse. Samarbeidet rundt intermediæravdelinga vil framleis vera eit av dei viktigaste og mest omfattande samarbeidstiltak i Hallingdal. Det er oppretta ei fast ½ stilling som samhandlingsleiar.

Arbeidsgruppa meiner denne stillinga skal vidareførast og at den skal definerast som ei legestilling. Erfaringa i samarbeidet med Vestre Viken er at ein lege har den naudsynte bakgrunn til å gå i dialog om medisinskfaglege spørsmål.

2) Felles kommuneoverlege

Kommuneoverlegeforum (KOLF) har i 20 år bedt om oppretting av ein felles kommuneoverlegestilling i Hallingdal. KOLF har hatt ulike tilnærmingar til omfanget av ei slik ordning opp gjennom åra. Felles kommuneoverlege er eit vanleg interkommunalt samarbeid mange stader i landet. Ein felles kommuneoverlegestilling vil kunne ivareta den daglege medisinskfaglege rådgjevinga til Miljøretta helsevern Hallingdal (MHVH), ivareta samordning av planer og utgreiingar på tvers av kommunane innan samfunnsmedisin (som til dømes beredskapsplanar, smittevernplanar, vurderingar av helsekonsekvensar). KOLF tilrår at ein no bør starte opp med ½ st. som felles kommuneoverlege tilknytt Hallinghelse.

Kommunane må likevel ha ein lokal kommuneoverlege for å ivareta dei lokale oppgåvene knytt til medisinskfagleg rådgjeving, samarbeid på tvers av sektorar, kvalitets- og klagehandsaming, helseovervaking, smittevernarbeid og arbeid opp mot fastlegeordninga.

Statlege styresmakter tilrår uavhengig av kommunestorleik å avsetje ein ressurs tilsvarande minst 50 % kommuneoverlege. Dette kan i Hallingdal då romme både ein lokal kommuneoverlege og bidrag til ein felles kommuneoverlege i Hallingdal. Det må bli opp til kvar kommune om dette er friske pengar eller reduksjon i tida til lokal kommuneoverlege, men KOLF meiner at meir enn halvparten av kostnaden med ein felles kommuneoverlege kan dekkast med eksisterande lønnsmidlar.

3) Miljøretta helsevern i Hallingdal (MHVH)

MHVH vart oppretta i 2001 med ei heil stilling som teknisk hygienisk personell. Lokaliseringa vart bestemt ut frå eit nært samarbeid med Mattilsynet. Seinare er Mattilsynet omorganisert og Hallingdal har ikkje lengre noko sjølvstendig kontor for Mattilsynet som tidlegare. MHVH har flytta inn på kommunehuset i Gol og to medarbeidarar deler der eit lite kontor.

Det er naturleg å flytte MHVH saman med Hallinghelse på Torpomoen. På den måten kan Hallinghelse famne om dei fleste mindre samarbeidstiltak kommunane har innan helse og omsorg. Fagfeltet til MHVH heng nært saman med folkehelsearbeidet, fleire av prosjekta og arbeidet til fleire samarbeidsgrupper innan Hallinghelse. Ein får såleis styrka det samla fagmiljøet. MHVH finn på Torpomoen også andre samarbeidspartar, som HaVa BHT.

MHVH har også i fleire år bedt om meir ressursar i form av ei 0,6 st. Det er eit faktum at MHVH i dag ikkje rekk over dei lovpålagte oppgåver som kommunane har delegert til organet. Ved å sjå denne utvidinga i samanheng med andre sekretariatoppgåver som vert etterspurt i Hallinghelse, kan dette no vera mogeleg å få realisert. Arbeidsgruppa foreslår ei styrking med 0,5 stilling.

Ved å realisere desse tre funksjonane som ein del av det framtidige Hallinghelse, får ein etablert eit sterkt samfunnsmedisinsk miljø i Hallingdal. Ein vil også kunne lyse ut dei to halve legestillingane samla og såleis lettare kunne rekruttere ein samfunnsmedisinar utanfrå. Dette er eit eksempel på eit fagområde der dei enkelte aktørane ofte vert sitjande åleine utan tilhøyre til eit naudsynt fagmiljø. Hallinghelse si oppgåve vert å leggje til rette for dette fagmiljøet.

G. Ergoterapeut

Arbeidsgruppa avviser at dette er ei oppgåve for Hallinghelse. Ergoterapi er eit fagområde som samarbeider tett med andre fagfelt i kommunane. Det vert lovpålagt å ha ergoterapeut frå 1. jan 2020. Det er i Hallingdal berre Flå kommune som ikkje har tilsett ergoterapeut. Arbeidsgruppa foreslår at Flå vender seg til Nes kommune med eit spørsmål om samarbeid på dette området.

H. Psykisk helse og rus

Innspelet frå Gol kommune om eit nærare samarbeid på dette området, var knytt til omsorga for dei aller mest ressurskrevjande pasientane. Det er ei handfull pasientar som i dag er svært kostbare for enkeltkommunar, gjerne ved at ein må kjøpe tenester hjå spesialinstitusjonar. Fram til pasienten er 67 år, får ein noko utgiftsdekning frå staten gjennom tilskotsordninga for ressurskrevjande brukarar, over denne aldersgrensa må kommunane bera desse utgiftene sjølv. Spørsmålet er om kommunane i Hallingdal kunne samarbeide om oppretting av nokre plassar til denne kategori brukarar, både for å ha eit tilbod lokalt og for å samarbeide om å byggje opp kompetanse på området.

Gol og Hemsedal kommune har delteke i eit utgreiingsprosjekt i Lærdal. Både er det praktiske vanskar med å byggje opp ei slik teneste i eit anna helseforetak og det er usikkert om tilbodet faktisk vil dekke dei aller tyngste brukarane.

Arbeidsgruppa er ikkje avvisande til at Hallinghelse kan spela ei rolle for å få dette temaet opp til diskusjon. Men tiltaket er eit stort økonomisk løft og det krev både politisk vilje og politiske vedtak før ein kan gå inn i ei utgreiing. Førebels tilrår arbeidsgruppa at Hallinghelse er avventande.

I. Omsorgstenester / demens

Den lokale koordinatoren for Hallingdal frå Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetenester i Drammen er knytt til Hallinghelse i 1/2 stilling. Denne stillinga koordinerer og tek initiativ innan fleire felt av omsorgstenestene, ikkje minst innan kompetanseoppbygging. I 2019 vil samarbeid og koordinering av arbeid knytt til St.meld. 15 Leve heile livet bli særleg sentralt. Det bør vurderast om arbeidet med omsorgstenester i Hallinghelse burde styrkast i høve til dette arbeidet.

Det er også etablert ei fagleg samarbeidsgruppe innan demens, men utover dette har ikkje Hallinghelse samarbeidstiltak innan omsorgstenestene. Dette er på ein måte litt underleg, men på ein annan måte utgjør omsorgstenestene store fagmiljø ute i den enkelte kommune og ein har ikkje det same behovet for å finne fagleg samarbeid på tvers av kommunane. Ein har likevel eksempel på at Hallinghelse har teke initiativ til samarbeid innan omsorgstenestene, som då kommunane hadde krav på seg til å vedta lokale forskrifter for inntak i lokale sjukeheimar. Med eldrebølgja i sikte, kan det bli behov for tettare samarbeid og oppgåvefordeling innan omsorgstenestene i Hallingdal.

Når det gjeld demens, var det oppe til drøfting i 2014 om det kunne vere aktuelt for kommunane å samarbeide om institusjonsplassar for dei aller mest krevjande pasientane med demens, dei som treng 1:1 eller 1:2 bemanning. Dette vil til ei kvar tid gjelde mellom 5 og 10 pasientar i Hallingdal, noko varierende i antal og det vil vera varierende kva for kommune som sit med dei største utfordringane. Sonderingane i 2014 førte ikkje fram. I likskap med det som er nemnt under punkt H, kan det vera ei oppgåve for Hallinghelse å initiere denne type drøftingar, men arbeidsgruppa meiner at ei utgreiing må gjerast som fylgje av politiske vedtak og utanfor Hallinghelse.

Eit anna eksempel på samarbeidstiltak innan omsorg, er velferdsteknologi, sjå neste avsnitt.

J. Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er ei både ei utfordring og ei stor mogelegheit for omsorgstenestene i åra framover. Teknologien utviklar seg fort, og det er viktig at små kommunar har kompetanse og oversikt til å satse på dei rette løysingane. Det er ei utfordring å få implementert velferdsteknologien som ein naturleg del av omsorgstenestene sine tilbod. Det vert også viktig å samarbeide om innkjøp og drift for å få ned kostnadane. Satsinga på velferdsteknologi i kommunane må samkøyrast med tilsvarande utvikling i helseforetaket. Dette for å sikre at ein har system som kommuniserer på tvers. Særleg viktig for Hallingdal er arbeidet med avstandskompenserande teknologi i VVHF.

Hallinghelse har teke initiativ til og driv Prosjekt velferdsteknologi. Dette prosjektet inngår i eit nasjonalt utviklingsprogram. Prosjektet er 3-årig og har lagt bak seg halve prosjektperioden. Det ser ut til at staten trekkjer seg gradvis ut av finansieringa. Kommunane må derfor både ta stilling til å vidareføre prosjektet med aukande kommunal finansiering, og ein må ta stilling til om prosjektstillinga skal vidareførast som fast stilling. Dette må fylgje av ein evalueringsprosess vinteren 2020.

Dersom det vert vidareført eit samarbeid om velferdsteknologisk kompetanse i Hallingdal, er det naturleg at denne stillinga vert lagt til Hallinghelse.

K. Innovativ rehabilitering

Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal skal bidra til å utvikle rehabiliteringstilbodet i Hallingdal både i kommunane og i eit samarbeid mellom kommunar og foretak. Kommunane går saman om å byggje opp eit forsterka rehabiliteringstilbod ved dei kommunale plassane ved intermediæravdelinga. Prosjektet er eit tre-års prosjekt som vil bli vidareført ut 2020 under føresetnad av vidareførte statlege prosjektmidlar. Prosjektet er nybrottsarbeid på eit felt der kommunane no har fått overført ansvaret for rehabilitering frå staten.

Til grunn for prosjektet ligg ei brei forståing av rehabiliteringsbegrepet der det skal tilretteleggjast både i heim og arbeid, psykososialt og somatisk for ei vellukka rehabilitering etter ein omfattande skade eller alvorleg sjukdom. Eit behov som ikkje var framme i evalueringa av Hallinghelse, men som har kome opp etterpå, er behovet for sosialfagleg kompetanse knytt til den forsterka rehabiliteringstenesta som vert bygd opp ved intermediæravdelinga. Hallingdal sjukestugu melder om tilsvarande behov knytt til sine plassar på avdelinga.

Den sosialfaglege kompetansen i kommunane har meir og meir vorte ein del av NAV med fokus på støtteordningar og økonomi. I utfordrande rehabiliteringssaker saknar ein dei faglege ressursar som kan arbeide med tilrettelegging av alt rundt ein sjukdom eller skade. Arbeidsgruppa ser dette behovet. Det bør vurderast om nye NAV på Gol kan bidra med personell eit par dagar i veka, eller om ein bør utvide prosjektsøknaden for å prøve ut denne sida av rehabilitering. Eit samarbeid med Vestre Viken kan også vera aktuelt. Hallinghelse bør arbeide vidare med saka. Prosjektet må elles avklare framtidig ressursbehov i avslutningsåret av prosjektet.

L. Veiledningsteam innan autisme / psykisk utviklingshemming

Prosjektet har bygd opp eit interkommunalt team som driv rådgjeving og veiledning på tvers av kommunegrensene. Dette er eit svært godt eksempel på korleis ein kan utnytte kompetanse på tvers av kommunegrensene. Helse- og omsorgsleiarforum (HOF) handsama ei evaluering i januar 2019. Prosjektet tilrår at teamet vert vidareført etter prosjektperioden. Dette vil krevje ein avsett ressurs til å koordinere teamet tilsvarande ei 20 % stilling. HOF har tidlegare bestemt at medgått tid til sjølve veiledninga skal innbakast i den enkelte kommune si drift, men at ein ved årsskifte skal utjamne eventuelle større skeivheiter i tidsbruk.

Arbeidsgruppa viser til vedtaket i HOF. Tilbodet kan vera knytt til Hallinghelse og Hallinghelse må i den grad det vert naudsynt, ivareta ei vidare tilrettelegging.

M. HALLIS (Hallingdal for Legar i spesialisering)

Rekrutteringa til norsk allmennmedisin sviktar og Hallingdal er ikkje noko unnatak. Hallingdalskommunane har hausten -18 fått midlar til eit forprosjekt for å utvikle eit større prosjekt for rekruttering og stabilisering av fastlegar i Hallingdal. Forprosjektet skal ende opp med ein hovudprosjektsøknad til Helsedirektoratet innan utgangen av februar -19. Målet er at ein skal få til eit system med utdanningsstillingar for allmennlegar der dei gjennom fem år skal få all si teneste tilrettelagt i Hallingdal. Dette gjeld både gruppeveiledning over to år, sjukehuseneste i eitt år og nødvendig allmennlegeteneste og vaktteneste. Hallingdal sjukestugu har inne ein søknad om å bli godkjent som sjukehuseneste for utdanning i allmennmedisin.

Ein vil også i prosjektet inkludere ei tilrettelegging for dei legane i Hallingdal som manglar sjukehuseneste for å få godkjenning som spesialist i allmennmedisin. Dette gjeld åtte legar i dalen. Regelverket krev no at alle fastlegar enten må vere spesialist i allmennmedisin eller under utdanning for å kunne ha rett til ein fastlegeheimel.

Hallinghelse si rolle i dette arbeidet er som tilretteleggjar og med bidrag til arbeidet med ein prosjektsøknad. Drift av eit hovudprosjekt vil måtte finne løysingar utanom Hallinghelse, til dømes knytt til ei vertskommune. Det er Hol kommune som er vertskommune for forprosjektet.

N. Livskvalitet

Hallinghelse har vore bidragsytar og dialogpartnar i regionrådet sitt arbeid med livskvalitet. Det er no avklart med Folkehelse, Helsedirektoratet og SSB at Hallingdal vert det området i Noreg der det skal køyrast eit pilotprosjekt på nye spørsmålsbatteri for befolkningsundersøkingar. Dette vil skje til våren. Folkehelsekoordinatoren frå Hallinghelse vil bidra inn i dette arbeidet.

For den vidare satsinga i Hallingdal for å sjå trivsel og livskvalitet som viktige byggesteinar for samfunnsutvikling, må det etablerast eit eige prosjekt. Hallinghelse vil kunne vere ein samarbeidspart i det vidare arbeidet og bidra med kompetanse og kjennskap til helse og omsorg. Men ressursmessig vil ikkje dette kunne ta nokon stor del av Hallinghelse.

4.2.2 Administrasjon og samarbeidsoppgåver

Dagleg leiar

Evalueringsrapporten var tydeleg på at Hallinghelse treng å styrkast på leiing / administrativ ressurs. Frå sumaren 2018 har ein prøvd ut ½ stilling som dagleg leiar finansiert gjennom overhead frå statlege prosjektmidlar. Dette har vore ei naudsynt styrking, men framleis ikkje tilstrekkeleg til arbeidsoppgåvene. Dersom ein i organiseringa skulle gå vekk frå vertskommunemodellen og over til eit kommunalt oppgåvefelleskap (sjå kap. 6), vil dette også krevje ytterlegare ressursar til leiing.

Den daglege leiaren skal først og fremst ivareta dei tilsette og ikkje minst prosjektleiarane og byggje eit fagmiljø som kan skape tilhøyre. Ei prosjektleiarstilling er i utgangspunktet ofte ein einsam jobb og det er viktig å kunne tilby eit fagmiljø. Gjennom fagmiljøet kan dei ulike prosjektleiarane også tileigne seg prosjektkompetanse og kompetanse på gruppeprosessar og nettverksarbeid. Ein har allereie fått erfare kor sårbare prosjekta er dersom ein prosjektleiar sluttar undervegs og ein ny må setjast inn i arbeidet. Prosjektleiarane må derfor ivaretakast på ein god måte.

Prosjektarbeid inneber mykje administrativt arbeid. Det skal sendast profesjonelle søknader, det skal rapporterast jamleg og det skal haldast eit kontinuerleg økonomisk oversyn over kvart prosjekt. Prosjektstillingar krev også mykje i tilsetjingsprosessane og oppfølginga. I tillegg kjem praktisk tilrettelegging for fagmiljø og for tenester som skal serve heile Hallingdal, både med kontor, arbeidsverktøy og oppfølging.

Dagleg leiar skal forhalde seg til dei faste og midlertidige tilsette og dette utgjør i dag 16 personer i ulike prosjektstillingar. Dagleg leiar skal samarbeide med alle seks kommunane, der fire av desse i dag er vertskommune for ulike prosjekt. Vidare skal dagleg leiar forvalte eit samla budsjett på om lag 8,2 millionar.

Erfaringa så langt med Hallinghelse viser også at informasjonsbehovet ut til kommunane er stort. Det er viktig at verksemda til Hallinghelse vert kjent i kommunane på ein slik måte at dei kan ha eit eigeforhold til Hallinghelse. Dette informasjonsarbeidet kjem ikkje av seg sjølv. Det må avsetjast tid til eit systematisk informasjons- og dialogarbeid.

Arbeidsgruppa konkluderer med at Hallinghelse bør ha ei heil stilling som dagleg leiar, men der meir enn halvparten av kostnaden vert dekkja gjennom overheadmidlar av statlege prosjekttilskot.

Utviklings- og koordineringsarbeid

Det er viktig å understreke at arbeidsgruppa ikkje på nokon måte meiner at Hallinghelse skal ha eit monopol på utviklingsarbeid i helse og omsorg i Hallingdal. Tvert om så er det viktig for Hallinghelse å støtte opp under det utviklingsarbeidet som skjer i den enkelte kommune. Helse og omsorg er eit fagfelt i ei rivande utvikling og tenesteapparatet i kvar kommune må heile tida vere utviklingsorientert og tilpasningsdyktig. Men Hallinghelse kan bidra ved å leggje til rette for læring av kvarandre på tvers av kommunegrensene, og ved å hente inn utviklingsmidlar der kommunane ser at ein kan ha nytte av samarbeid.

Det er også viktig å understreka at Hallinghelse må ha oversikt over den kompetansen ein har ute i kommunane. Evalueringa av Hallinghelse viser ei felles innstilling i Hallingdal om å dele den spisskompetansen ein sit på i kommunane. Dette må dyrkast vidare fram og innarbeidast som ein delingskultur på tvers av kommunane, både fagleg, administrativt og politisk. Det er viktig at Hallinghelse held tak i denne tankegangen og heiar fram dei kommunane som har greidd å byggje opp særleg kompetanse eller som har vore så heldige å få tak i spisskompetanse. Hallinghelse må fremje samarbeid og samordning ut frå dei ressursar ein samla sit på i Hallingdal.

Dei er dei faste og midlertidige tilsette i Hallinghelse og som utgjør kjernegruppa i tiltaket, som vil utgjera det arbeidsfellesskapet som ivaretek det overordna utviklings- og koordineringsarbeidet som vert lagt til Hallinghelse. Dette er til dømes:

- Sekretariatfunksjonen for ei rekke samarbeidsgrupper (jmf. [evalueringsrapporten](#))
- Igangsetjing og samordning av utviklingsarbeid og samarbeidsprosjekt
- Utgreiingar av faglege spørsmål
- Ivareta Hallingdal overfor samarbeidsfora i kommunehelsesamarbeid / helseforetak
- Utarbeide felles høyringsuttaler for Hallingdal
- Halde kontakt med nasjonale og regionale kompetansesentra
- Samarbeide med helse og omsorgsleiarane og andre nøkkelpersonar i kommunane
- På ulike måtar medverke til å byggje eit kompetansemiljø
- Halde ved like internettside og jamleg informasjon til kommunane.
- Bygge opp prosjektkompetanse og kompetanse på gruppeprosessar og nettverksarbeid
- Styrke brukarmedverknad og innbyggjarinvolvering

Hallinghelse si erfaring er at dei fast tilsette må vera fleksible i høve til arbeidsoppgåver. Alle dei tre deltidsstillingane har arbeidd med ei rekke andre tiltak utanom hovudinnsatsområdet sitt. Ein viser til oversikt over arbeid og tiltak i [rapporten](#) som låg til grunn for evalueringa av Hallinghelse og til kap. 3.2. Evalueringa støttar at Hallinghelse må ha ei brei tilnærming til ulike fagfelt og arbeidsområde.

Arbeidet innan læring og meistring som har vore knytt til den faste stillinga som koordinator for kompetanse, læring og meistring, vil etter forslag i denne rapporten bli overteke av ein fast oppretta deltidstilling ved ein lærings- og meistringsbase (sjå kap. 4.2.1 punkt A). Frigjort tid kan dermed brukast til å styrke arbeidet med kompetanse og ei rekke andre oppgåver. Særleg har ein sett at det er behov for initiativ og koordinering på tiltak til barn og unge.

Dersom Miljøretta helsevern i Hallingdal vert innlemma i Hallinghelse vil den felles administrative funksjonen bli styrka. Sameleis vil ei samlokalisering med regionrådet (sjå kap. 6) sikre at ein får ein sekretær inn i miljøet som er tilgjengeleg både på staden og i telefonen for alle som henvender seg til Regionrådet og Hallinghelse. Dette vil styrke Hallinghelse sin utadretta funksjon.

Forsking

Utviklingsarbeid ligg nær opp til forskning. Erfaringane frå prosjekt Hallingforsk 2008-12 viste at forskingsarbeid er krevjande i små miljø og at det er naudsynt å vera knytt til ein større forskingsinstans. Det har dei siste åra vore gjort fleire framstøyt (m.a. gjennom dagleg leiar i regionrådet) for å finne forskingsmiljø som kunne opprette ein satellitt i Hallingdal. Det er i feb. 2019 i gang eit arbeid om ei intensjonsavtale om samarbeid mellom Hallinghelse og Senter for omsorgsforskning i Grimstad ut frå deira særlege interesse for distriktskommunar og omsorgstenester. Vidare er det i samarbeid med Folkehelse og Helsedirektoratet søkt forskingsmidlar til regionrådet sitt livskvalitetsprosjekt.

Hallinghelse vil bli eit samlande FoU-miljø for helse og omsorg i Hallingdal og arbeidsgruppa tilrår at ein må arbeide vidare med å finne dei rette samarbeidspartane innan forskning. Kommunane pliktar etter helse- og omsorgstenestelova § 8.3 å medvirke til og leggje til rette for forskning. Hallinghelse vil såleis kunne avhjelpa kommunane til å fylgje opp dette lovkravet.

4.2.3 Oversikt arbeidsoppgåver

På bakgrunn av gjennomgangen av arbeidsoppgåver i kap. 4 har Hallinghelse to hovudoppgåver:

1. Utviklings- og koordineringsarbeid
2. Tenesteyting på tvers av kommunane

Ad 1. Utviklings- og koordineringsarbeid

Dette arbeidet vil bli utført av:

- a) Fast tilsette i Hallingdal
- b) Prosjektarbeidarar

Ad a) Fast tilsette

Dei fast tilsette i Hallinghelse utgjer etter arbeidsgruppa si tilråding 2,5 stillingar, 1,0 st. dagleg leiar og 3 rådgjevarar i 0,5 st. (kompetanse, folkehelse og samhandling). I tillegg kjem ei 0,5 midlertidig stilling som regionkontakt for USHT. Arbeidet til dei fast tilsette i Hallingdal bør som i andre kommunale tenester byggje på strategiske 4-årsplanar, årsplanar og årsrapportering.

Ad b) Prosjektarbeidarar

Prosjektarbeid er som tidlegare nemnt, den måten kommunane kan drive utviklingsarbeid på. Staten vil gjennom utlysing av tilskotsmidlar i stor grad styre kva fagfelt kommunane skal drive utvikling på. Prosjektarbeid er eit tveigga sverd. Det kan avklare og gje retningar for kommunal tenesteyting, men det kan også skape behov som det er vanskeleg for kommunane å fylgje opp driftsmessig. Derfor bør det liggja som krav på Hallinghelse at prosjektplanar er tydelege på kva som skal skje etter at prosjektperioden er avslutta.

Hallinghelse har i dag fleire prosjekt i gang. Her vert nemnt dei prosjekta som ikkje er omhandla tidlegare i dette kapittelet og kva som vil skje på det aktuelle feltet etter at prosjektperioden er over:

- Prosjekt «Utvikling av helsestasjonane i Hallingdal» vert søkt vidareført for 2019. Her vil ein bruke prosjektmidlane til å bygge opp kompetanse og arbeidet utløyser ikkje nye behov for driftsmidlar interkommunalt etter endt prosjektperiode.
- System for oversikt over utsette barn og unge – Prosjektet skal byggje opp eit dataverktøy i kommunane (BTI) for å sikre at enkeltsaker ikkje glepp unna og at det er tydeleggjort kven i kommunen som har oppfølgingsansvaret. Når prosjektet er avslutta, skal dette vera innarbeidd i tenestene og vil ikkje krevje ytterlegare driftsmidlar interkommunalt.

Det har vore reist spørsmål om Hallinghelse i staden for ein modell med prosjektleiarar som kjem og går, kunne ha fast tilsette «profesjonelle» prosjektleiarar som kunne leie ulike prosjekt på ulike fagområde. Ein ville då sikre seg mot risikoen om at prosjektleiarar sluttar og må erstattast midt i ein prosjektperiode. Arbeidsgruppa har drøfta dette og ser denne gevinsten, men meiner også at ordninga ville ha ei rekke negative effektar. Ein trur dette ville gjera avstanden mellom Hallinghelse og kommunane større. Ein meiner også at utlyste prosjektstillingar både kan gje verdifull rekruttering av spisskompetanse til Hallingdal og at personell i Hallingdal gjennom desse vil kunne få eit høve til å gjera noko anna enn si daglege stilling for ei periode. Dette kan igjen føre til stabilisering, at viktig fagpersonell blir verande i dalen. Arbeidsgruppa konkluderer derfor med at arbeidsmodellen med fleire pågåande prosjekt med utlysing av prosjektleiarstillingar bør halde fram, men at Hallinghelse må satse på å byggje opp ein generell prosjektkompetanse.

Ad 2. Tenesteyting

Dette gjeld tenester der den enkelte kommune er for liten til å ha desse tenestene åleine.

Desse tenestene er etter arbeidsgruppa sitt syn aktuelle for Hallinghelse dei fyrste åra:

- Læring- og meistring (lovpålagt teneste)
- Psykologteneste (lovpålagt teneste) (interkommunalt fagmiljø 1-2 dagar i veka)
- Logopedi for helse og omsorg
- Klinisk ernæringsfysiologi
- Samfunnsmedisin - Felles kommuneoverlege (lovpålagt teneste)
- Miljøretta helsevern (lovpålagt teneste)
- Velferdsteknologi
- Sosiofagleg kompetanse innan rehabilitering

5 Gevinstrealisering og ressursbehov

5.1 Hallinghelse i eit nasjonalt perspektiv

For arbeidsgruppa er det viktig å peike på at Hallinghelse i eit nasjonalt perspektiv er interessant. Det er ikkje mange tilsvarande utviklingsmiljø i landet og i alle fall ikkje for små distriktskommunar. Kanskje har ikkje Hallingdal i tilstrekkeleg grad greidd å lyfte fram Hallinghelse som ein modell for distrikts-Noreg til å kunne møte framtidens utfordringar innan helse. Ein legg merke til at [Helseinnovasjonssenteret](#) på Nordmøre fekk tre heile statlege stillingar for å bygge opp eit regional helseinnovasjonssenter og at dei no, to år etter, har tilknytt 30 personar og framleis er sikra statleg støtte. Mykje av aktiviteten er samanfallande med Hallinghelse. Men helseministeren har vore der tre gonger allereie. Står hallingane med lua i handa?

Ein annan parallell til Helseinnovasjonssenteret på Nordmøre er samarbeidet med helseforetaket og prosjektarbeidet for å omforme Kristiansund sjukehus til eit distriktsmedisinsk senter. Sett i eit nasjonalt perspektiv har Hallingdal allereie eit fyrtårn, Hallingdal sjukestugu. No er ein i ferd med å bygge opp eit nytt fyrtårn i form av Hallinghelse. Desse to pilarane i den regionale helseutviklinga må utviklast vidare i eit nært samarbeid.

Med evalueringsrapporten til grunn, der kommunane i Hallingdal samla støtta opp om ei vidareutvikling av Hallinghelse, vil arbeidsgruppa tilrå at Hallinghelse får status som fyrtårn for det interkommunale samarbeidet framover. Gevinstane er tydelege, både i form av omdømmebygging og rekruttering, men ikkje minst ved å kunne tilby helsetenester i distriktet som er likeverdige med det sentrale område kan gje.

5.2 Ei pakkeløysing

Skal Hallinghelse få nok kraft, krev dette eit visst volum av tenester. Dette har vore ei tydeleg erfaring i utviklinga av Hallinghelse. Men små ressursar samla enkelte gonger i veka, tok det aldri av. Ein måtte over ein kneik i høve til antal tilsette og mengde ressursar før ein byrja å oppleve at 1+1 vart meir enn 2.

Slik vil det også verta framover. Arbeidsgruppa legg derfor fram sitt forslag til løysing som ei pakkeløysing der alle ingrediensane må vera på plass for å få skapt eit kraftsenter. Ein meiner til dømes at det er avgjerande å få til ei samlokalisering med eit styrka miljøretta helsevern, det er avgjerande at ein får etablert eit samfunnsmedisinsk miljø og det er avgjerande at det vert avsett nok ressursar til leing og utviklingsarbeid. Likeeins trur ein det er viktig å sjå samlokaliseringa av Hallinghelse og regionrådet (sjå kap. 6) som ein styrke for fyrtårnbygginga. Arbeidsgruppa vil åtvare mot å byrje å plukke ut enkelt delar av pakka.

Det har vore drøfta om vi framleis er for puslete i vår planlegging. Sjølv sagt ville ein få meir effekt og større aktivitet dersom ein hadde lagt meir ressursar i potten. Det er likevel slik at i Hallingdal har tradisjon for å bygge stein på stein. Arbeidsgruppa legg derfor fram eit heller moderat ressursbehov og ei forsiktig satsing. Arbeidsgruppa vil likevel oppmode politisk nivå om å sonde moglegheitene for sterkare statleg støtte og arbeidsgruppa meiner Hallinghelse i samarbeid med regionrådet bør søke innovasjonsmidlar for utvikling av sjølv modellen Hallinghelse.

5.3 Ressursbehov

Kostnadane vil framstå som ein utgiftspost for den enkelte kommune. Det er likevel viktig å ha i bakhovudet at dette i realiteten er ei innsparing. Ved å samarbeide om tenester vil ein kunne oppnå eit tenestenivå som er likeverdige med det innbyggjarar i større kommunar vil kunne motta.

Alternativet ville vore at den enkelte kommune åleine måtte bera utgiftene for enkeltstillingar eller at innbyggjarane i vår region ikkje fekk tilbod om desse tenestene. Arbeidsgruppa har ikkje rekna på dette alternativet. Det er likevel liten tvil om at den kvaliteten ein oppnå gjennom samarbeid og samarbeid om spisskompetanse, betyr gevinstar for mange hundre tusen for den enkelte kommune dersom denne kommunen skulle ha dekkja dette sjølv.

Nedanfor har arbeidsgruppa sett opp nye ressursbehov. Kostnaden er fordelt mellom kommunane etter folketalet. Det er rekna lønsutgifter i form av årskostnad for 2020 med dagens lønnsnivå, men det er rekna 40 % sosiale utgifter. Vi meiner derfor lønnsutgiftene er realistiske. Det er stipulert driftsutgifter som omfattar lokale, datautstyr, kontorutgifter, møte- og konferanseutgifter og reiseutgifter. Dette er kvalifisert gjetting, men ein har prøvd å ikkje legge seg for lågt. Samarbeid rundt nokre stillingar kan gje innsparing i enkeltkommunar. Dette er innarbeidd i nettokostnaden. Sameleis ser vi at samarbeidet gjev oss mogelegheit til å innhente ressursar frå andre partar gjennom prosjektstøtte og liknande. Dette er også stipulert i nettokostnadane nedanfor. Det å hente inn midlar utanfrå er ein del av Hallinghelse sin kultur og til meir aktivitet og meir ressursar vi set inn, til meir kan ein hente inn støtte frå anna hald.

Nye tiltak	Lønn inkl. sosiale utgifter	Driftsutgifter	Samla brutto utgifter	Netto-utgifter	Merknad
1. Dagleg leiar 1,0	850'	80'	930'	420'	Heil stilling, 60 % kan dekkast inn med overhead frå statlege tilskot
2. Koordinator læring og meistring 0,6	510'	50'	560'	220'	0,6 stilling. Ein reknar statleg prosjekttilskot og gradvis kommunal overtaking i løpet av 3 år, første gong for 2020 og aukande til full kommunal dekning frå 2022.
3. Veiledningsteam autisme / psyk. utv.h.	150'	30'	180'	180'	0,2 st. for å koordinere og administrere veiledningsteamet
4. Styrking Miljøretta helsevern Hallingdal 0,5	365'	45'	410'	410'	0,6 st. har vore fremma som behov over fleire år. Nokre gevinstar får ein av samlokalisering. Det er sett opp 0,5 st.
5. Samhandlingsleiar definert som lege	155'	5'	160'	160'	Lønnsforskjellen i høve til masternivå vert i dag dekkja av vertskommunen.
6. Felles kommuneoverlege 0,5	700'	50'	750'	330'	0,5 st. Utgiftene vil variere frå kommune til kommune, i snitt reknar vi her at ein kan innarbeide dekning med noverande utgifter bortsett frå 20 % st.
Sum	2.730'	260	2.990'	1.720'	

Det er nettoutgiftene ovanfor som vert fordelt på kommunane. Tala er rettleiande.

I tabellen nedanfor vert nettokostnaden med dei nye tiltaka ovanfor lagt saman med eksisterande budsjetterte utgifter fordelt på kommunane (sjå kap. 3.1). Fordelinga er etter folketalet pr 3. kvartal 2018.

	Hallingdal	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
Budsjetterte bruttoutgifter 2019	2.724'	565'	732'	571'	306'	416'	134'
Netto meirkostnad «nye Hallinghelse» 2020	1.720'	377'	389'	383'	205'	278'	88'
Sum utgifter 2020 fordelt på kommunane	4.444'	942'	1.121'	954'	511'	694'	222'

Det må gjerast nokre grep i 2019 for å ivareta funksjonar der arbeidstakar har midlertidige avtaler som utgår sumaren 2019 og der stilling må utlysast på grunn av personell som går av med pensjon.

6 Organisering

6.1 Alternative løysingar

I evalueringa av Hallinghelse var det noko ulike synspunkt på framtidig organisering av Hallinghelse. Etter ny kommunelov, gjeldande frå 1.1.2020, kan eit interkommunalt samarbeid organiserast på følgjande måtar:

- interkommunalt politisk råd (nytt)
- kommunalt oppgåvefellesskap (nytt)
- vertskommunesamarbeid
- interkommunalt selskap
- aksjeselskap eller samvirkeføretak
- ei fôreining eller på ein annan måte som det er rettsleg høve til

Enkelte hadde ynskje om at Hallinghelse vart organisert under Regionrådet for Hallingdal. Dei fleste regionråd i Norge er i dag organisert etter kommunelova § 27, dette gjeld også Hallingdal. I ny kommunelov er det introdusert ei ny organisasjonsform meir lagt til rette for dagens regionråd, «interkommunalt politisk råd». § 27 i dagens kommunelov er ikkje vidareført. I staden for § 27 samarbeid/selskap er det i den nye lova to nye former for interkommunalt samarbeid; produksjonssamarbeid, der det samarbeidast om oppgåver eller tenester for å oppnå betre kvalitet og effektivitet (*kommunalt oppgåvefellesskap*), og *interkommunalt politisk råd*.

Kommunalt oppgåvefellesskap gjev kommunane fridom til å velje eigne løysingar tilpassa det konkrete samarbeidet, men med meir regulering enn dagens rammer for interkommunalt samarbeid, som ikkje er organisert etter vertskommunemodellane. Kommunane må ved etablering fastsette om samarbeidet er eit sjølvstendig rettssubjekt eller ikkje, og ansvarsforma. Kommunar kan sjølv bestemme kva oppgåver dei vil organisere innunder eit kommunalt oppgåvefellesskap, så lenge det ikkje er lovmessige avgrensingar for å samarbeide om den konkrete oppgåva. Eit oppgåvefellesskap kan ikkje gjevast mynde til å treffe enkeltvedtak. Oppgåvefellesskapet kan likevel gjevast mynde til å treffe denne typen vedtak om interne forhold i samarbeidet og til å forvalte tilskotsordningar.

Alle deltakarkommunar skal vera representert med minst eitt medlem i representantskapet.

Vertskommunesamarbeid er i utgangspunktet tilpassa gjennomføring av lovpålagte oppgåver.

Lov om interkommunale selskap (IKS) er fyrst og fremst utforma som ein organisasjonsmodell for verksemd med eit visst forretningsmessig preg. Den største forskjellen mellom eit IKS og eit aksjeselskap er at deltakarane i eit IKS heftar uavgrensa for selskapet sine forpliktingar.

Arbeidsgruppa har lagt fylgjande moment til grunn:

- Alle kommunane må ha eit eigeforhold til Hallinghelse.
Ei organisering som vertskommunemodell er uheldig i denne samanheng.
- Utviklingsarbeid vil vera ei sentral arbeidsoppgåve. Det er ikkje naturleg at kommunane set utviklingsoppgåver bort til interkommunale selskap.
- Organiseringa bør vera tilpassa ny kommunelov frå 2020. Dette betyr at Hallinghelse ikkje kan leggjast inn under regionrådet.

6.2 Kommunalt oppgåvefellesskap

Arbeidsgruppa tilrår at samarbeidet om Hallinghelse bør organiserast som eit kommunalt oppgåvefellesskap.

Hallinghelse bør ikkje vera noko sjølvstendig rettssubjekt, dvs at ei av dei deltakande kommunane må ta på seg oppgåva som arbeidsgjevar og såleis ivareta dei administrative og personellmessige sider. Denne kommunen vil ikkje ha nokon fagleg styring av Hallinghelse, men berre ivareta administrative oppgåver.

Det kommunale oppgåvefellesskapet skal byggja på ei samarbeidsavtale mellom alle deltakarane i oppgåvefellesskapet. Arbeidsgruppa vil utarbeide eit framlegg til ei slik avtale.

Samarbeidsavtala skal fastsetja:

- a) oppgåvefellesskapet sitt namn (må innehalde orda «kommunalt oppgåvefellesskap»)
- b) om oppgåvefellesskapet er eit eige rettssubjekt
- c) kor mange medlemmer den enkelte deltakaren skal ha i representantskapet
- d) kva oppgåver og kva mynde som er lagt til oppgåvefellesskapet
- e) deltakarane si innskotsplikt og plikt til å yte andre bidrag til oppgåvefellesskapet
- f) den enkelte deltakar sin eigardel i oppgåvefellesskapet og ansvarsdel for fellesskapet sine forpliktingar dersom ansvarsandelen avvik frå eigardelen
- g) om oppgåvefellesskapet skal ha mynde til å ta opp lån
- h) kva oppgåvefellesskapet skal rapportere til deltakarane om
- i) korleis deltakarane kan tre ut av oppgåvefellesskapet
- j) korleis oppgåvefellesskapet skal oppløysast, m.a. kven som skal ha ansvaret for at oppgåvefellesskapets arkiv blir oppbevart etter at oppgåvefellesskapet er oppløyst.

Det kommunale oppgåvefellesskapet skal ha eit representantskap som har den overordna leiinga. Alle kommunane skal vera representerte i dette styringsorganet. Arbeidsgruppa meiner at representantskapet skal vera politisk samansett og tilrår at ordførarane utgjer representantskapet for Hallinghelse. Det er også ynskjeleg at leiarnivå frå helseforetaket også vert ein del av representantskapet.

Representantskapet kan ha eit underordna styringsorgan. Arbeidsgruppa meiner at Hallinghelse bør ha dette og at det bør vera Helse- og omsorgsleiarforum (HOF), men der representant frå Hallingdal sjukestugu inngår som fullverdig medlem. Kommunalsjefen frå arbeidsgjevarkommunen vil vera den fortløpande samarbeidsparten for dagleg leiar i Hallinghelse på vegne av HOF.

6.3 Finansiering

Hallinghelse må bygge på ei felles forståing og ei samarbeidsavtale på tvers av alle dei seks kommunane i Hallingdal. For basisoppgåvene i Hallinghelse og dei felles tenesteytingane meiner arbeidsgruppa at kostnaden skal fordelast etter folketal på alle dei seks samarbeidande kommunane.

Når det gjeld prosjektarbeid må det vera opp til kvar kommune i kvart enkelt tilfelle om ein ynskjer å delta i det interkommunale prosjektet.

6.4 Lokalisering

Erfaringa frå Hallinghelse er at direkte pasientretta tenester bør ha ein base ved Hallingdal sjukestugu / Ål Helsesenter. Dette gjeld både rehabiliteringsprosjektet som er nært knytt til

intermediæravdelinga, klinisk ernæringsfysiologi der personelet skal veksle mellom poliklinisk verksemd i VVHF og kommunalt kontor, lærings- og meistringsbasen som skal samarbeide tett med lærings- og meistringsarbeidet til Ringerike sjukehus og Vestre Viken, og logopedstillinga som skal tidleg inn overfor pasientar som med alvorleg sjukdom på intermediæravdelinga, dette i tett samarbeid med rehabiliteringsprosjektet.

Resten av prosjekta og dei fast tilsette har sin base ved Torpomoen. Det er ein fordel at den geografiske avstanden mellom Hallinghelsepersonell som har sin base ved Hallingdal sjukestugu / Ål helsesenter, og resten av Hallinghelse, ikkje vert for stor. Ein legg opp til samlingar for alle som er tilknytt Hallinghelse og dagleg leiar har behov for å kunne veksle mellom basane.

Det er dessutan slik at Torpomoen legg til rette med lokale som gjev eit godt utgangspunkt for å byggje eit fagmiljø. Ein er samla på ei oversiktleg avdeling med tilstrekkeleg kontorareal rundt ei kjerne med møterom og minglerom / kjøkken. Ein har også lett tilgang til kurslokale og undervisningsrom. Det er i dag eit par bedrifter som har lokale i avdelinga, desse flytter ut og det vert tilrettelagt for desse andre stader i kontorbygget.

Det er også ynskeleg å kunne flytte Regionrådet opp i det same miljøet. Både Regionrådet sin daglege leiar og vertskommunen går inn for ei slik løysing. Dette vil styrke både Hallinghelse og Regionrådet ved at ein kan bruke administrative ressursar på tvers, mellom anna for telefontilgjengelegheit, drift av heimesider og tilrettelegging av dagleg arbeid. Fagleg vil også dette vere ein styrke, ikkje minst i høve til livskvalitetsprosjektet som Regionrådet dreg i gang frå våren 2019. Der vil folkehelsekoordinator kunne gå inn frå Hallinghelse og medverke til ei god gjennomføring.

6.5 Tilknytingskommune

Som nemnt ovanfor krev eit kommunalt oppgåvefellesskap som ikkje skal vera eit sjølvstendig rettsobjekt, ei tilknytning til ei kommune for å ivareta arbeidsgjevaransvar og personellhandtering. Arbeidsgruppa foreslår at Ål kommune får ei slik rolle, sidan begge basane til Hallinghelse ligg i denne kommunen.

6.6 Organisering i ein større samanheng

Kommunane driv utviklingsarbeid på ei rekke område. Arbeidsgruppa har merka seg signal frå oppvekstleiarforumet om at dei hadde sett det føremålstenleg å ha ein utviklingskoordinator i Hallingdal. Fleire avdelingar har og har hatt samarbeid på tvers av kommunegrensene, mellom anna planavdelingane.

Arbeidsgruppa meiner at dei ulike initiativa til å sameine krefter i felles utviklingsarbeid er positivt og bør sjåast i samanheng. Her bør ein kunne sjå for seg ei overordna paraplyorganisering som legg til rette for og samordnar utviklingskompetanse og prosjektkompetanse i Hallingdal. Dette treng ikkje bety samlokalisering, men å kunne sameine ressursane ikkje berre på tvers av kommunegrensar men også på tvers av fagfelt. Kanskje kunne det her ligge til rette for eit overordna prosjekt for interkommunalt utviklingsarbeid.

Eit nærliggjande prosjekt som synleggjer behovet for å kunne tenkje tverretatleg og tverrfagleg, er regionrådet sitt livskvalitetsprosjekt i Hallingdal. Dette handlar om det grunnleggjande for alt politisk og administrativt kommunalt arbeid: Å sikre trivsel og livskvalitet for innbyggjarane våre. I det foreløpige arbeidet med prosjektet har ein brukt modellen i fig. 2. Denne understrekar at i arbeidet med å forme samfunnet i ei retning som gjer meir livskvalitet for alle, vil alle sektorar måtte bidra.

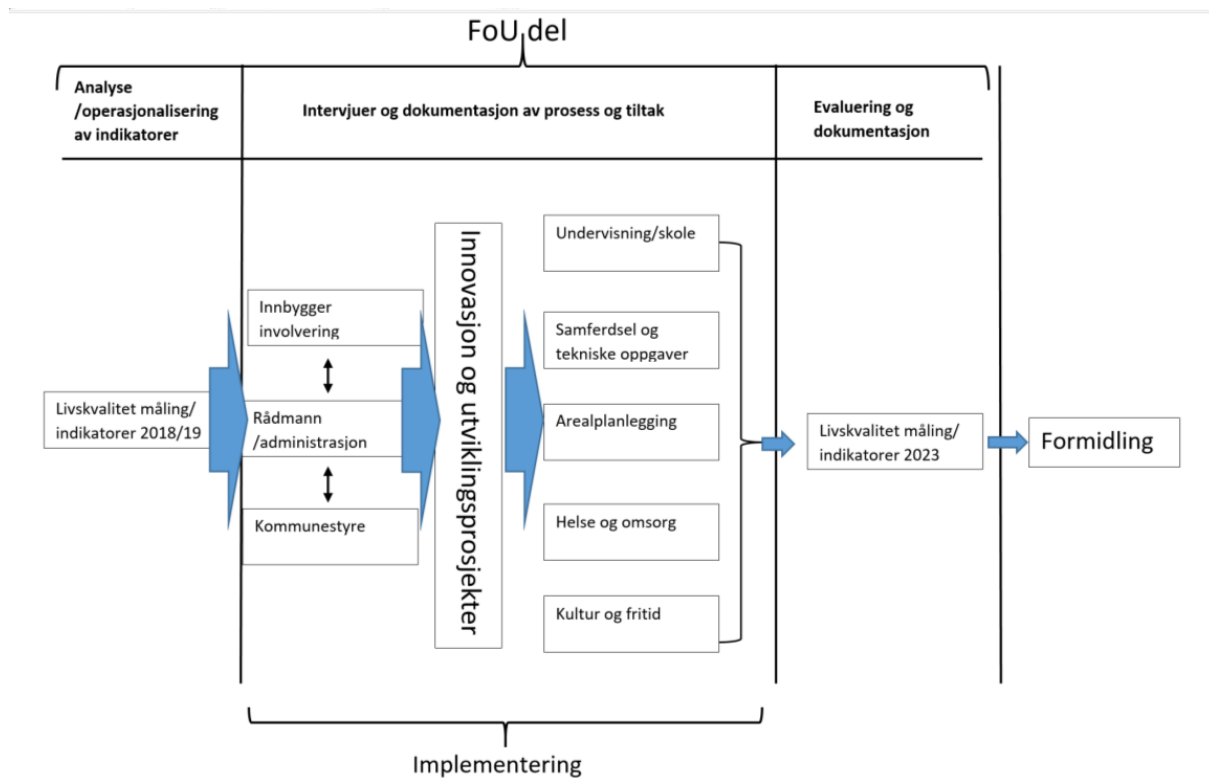


Fig. 2 Frå søknaden vedrørnde livskvalitetsprosjektet i Hallingdal

Rammebudsjett Hallinghelse 2020

Utgifter	
Lønnskostnad kjernegruppe Hallinghelse 2,5 st. inkl. sosiale utgifter	kr. 2.358.825,-
Lønnskostnad tenesteyting Hallinghelse	kr. 1.225.759,-
Kommunal fullfinansiering velferdsteknologi	kr. 200.000,-
Driftsutgifter kjernegruppe Hallinghelse	kr. 180.000,-
Driftsutgifter tenesteyting Hallinghelse	kr. 175.000,-
Utjamning	kr. 416,-
Samla utgifter	kr. 4.140.000,-
Inntekter	
Dekning / overhead Hallinghelse gjennom statlege prosjektmidler	kr. 290.000,-
Dekning av lærings- og meistringstiltak gjennom prosjektmidler	kr. 350.000,-
Samla inntekter	kr. 640.000,-
Nettokostnad Hallinghelse 2020	kr. 3.500.000,-

Fordeling av kostnader / meirkostnader mellom kommunane i Hallingdal:

	Hallingdal	Hol	Ål	Gol	Hemsedal	Nes	Flå
Budsjetterte bruttoutgifter 2019	2.724'	565'	732'	571'	306'	416'	134'
Netto meirkostnad «nye Hallinghelse» 2020	776'	194'	63'	209'	118'	147'	45'
Sum utgifter 2020 fordelt på kommunane	3.500'	759'	795'	780'	424'	563'	179'