



Høringsuttalelse om fagrådsstruktur i helsefellesskapet

Følgende høringsuttalelse er undertegnet av kommunene Røros, Holtålen, Oppdal, Midtre Gauldal, Melhus, Trondheim og Malvik.

Generelt

Vi vil for det første understreke at det i forbindelse med denne endringen i struktur, er sentralt at arbeidet i og rundt de faglige samarbeidsutvalgene må styrkes, både med tanke på planlegging av saker og muligheter til å innhente innspill og drøfte i egne nettverk og organisasjoner, og ved å tilby alle fagrådene mer likestilte forhold når det gjelder arbeidsmetodikk og sekretariatsstøtte. Det er også sentralt at medlemmer i faglige samarbeidsutvalg rekrutteres på riktig grunnlag, i hovedsak etter kompetanse og interesse, men også etter en tilstrekkelig strategisk posisjon i egen organisasjon. Det er bra om det kan rekrutteres utvalgsmedlemmer fra alle regionene, men dette bør ikke trumfe kompetanse og interesse.

Vi ønsker å gi tilslutning til endring av begrepsbruk til å samsvare med de nasjonale begrepene for helsefellesskapenes tre nivåer: partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg (forkortet til SSU) og faglige samarbeidsutvalg (forkortet til FSU).

Forslaget til fagrådsstruktur som er skissert i denne uttalelsen, tar utgangspunkt i «Strategi for helsefellesskapet st. Olavs hospital og kommunene 2022 – 2024». I denne er det arbeidet frem tre strategiområder og seks satsingsområder, som helsefellesskapets handlingsplan også samsvarer med (se figur 1).



Figur 1



Forslag til ny fagrådsstruktur

Basert på områdene i strategien foreslår vi følgende fagrådsstruktur:



Figur 2

Navnet «Faglig samarbeidsutvalg for pasientens helsetjeneste» kan være noe lite dekkende, og det kan eventuelt omskrives.

Det er ulike måter arbeidsoppgaver kan fordeles mellom de tre faglige samarbeidsutvalgene. F.eks. kan de få ansvar for hver sine satsningsområder i helsefelleskapets strategi, de kan kobles til de konkrete punktene som er nevnt i lovteksten om samarbeidsavtaler mellom kommunene og sykehusene, og/eller de kan kobles til eksisterende handlingsplan og pågående prosjekter.

Med en ny struktur mener vi imidlertid at det vil være riktig å gjennomgå handlingsplanen på nytt, og at de faglige samarbeidsutvalgene derfor ikke skal ta høyde for den, annet enn for å dekke de allerede pågående prosjektene og eksisterende gruppene og nettverkene.

De ulike fordelingsmodellene er skissert på de påfølgende sidene.

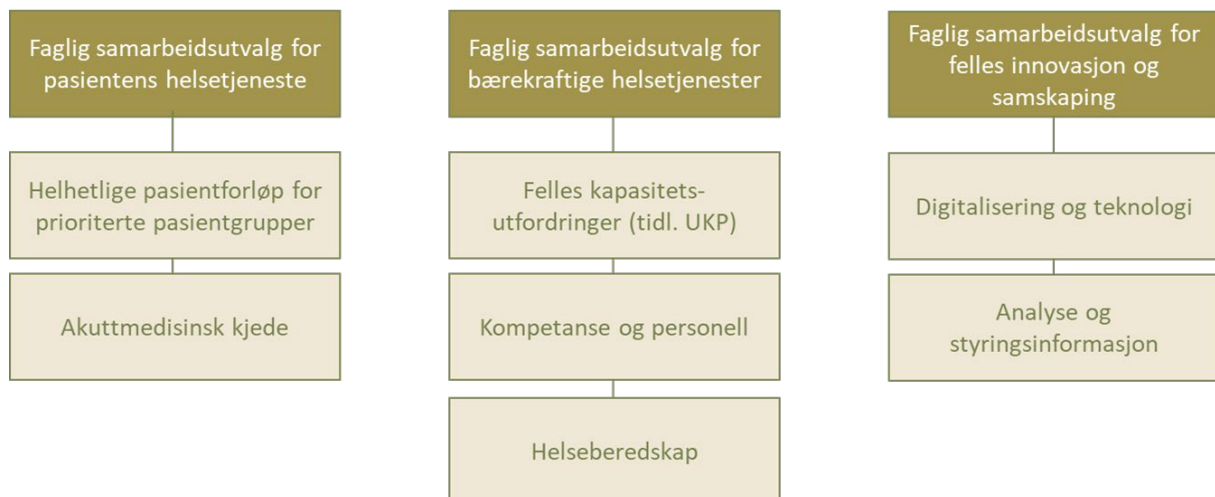


Kobling til satsningsområdene i helsefelleskapets strategi

De tre fagrådene kan få ansvar for de ulike satsningsområdene i strategien etter fordelingen som er skissert i figur 3. Det skiller her mellom den akuttmedisinske kjeden, som anses å være en form for pasientforløp, og helseberedskap – som omfatter langt mer en akuttmedisin.

Beredskap kan blant annet settes i sammenheng med kapasitet i helsetjenestene, hvilket er et av punktene Faglig samarbeidsutvalg for bærekraftige helsetjenester allerede har fått ansvar for her. Utskrivningsklare pasienter er omdefinert til felles kapasitetsutfordringer, da det er forskjell på å arbeide med rutiner og prosedyrer for samarbeid om inn- og utskrivning av pasienter, samt skrøpelige eldre, og det å arbeide sammen om å håndtere de rent tekniske utfordringene med mangel på plasser, senger og personell.

De faglige samarbeidsutvalgene er faste utvalg, mens satsningsområdene er dynamiske og gis fagutvalgene som "oppdrag" fra SSU. FSU nedsetter arbeidsgrupper ut fra vedtatt handlingsplan for disse satsingsområdene. Det bør settes opp en fast plan for gjennomgang av satsingsområder og handlingsplan én til flere ganger i året.



Figur 3

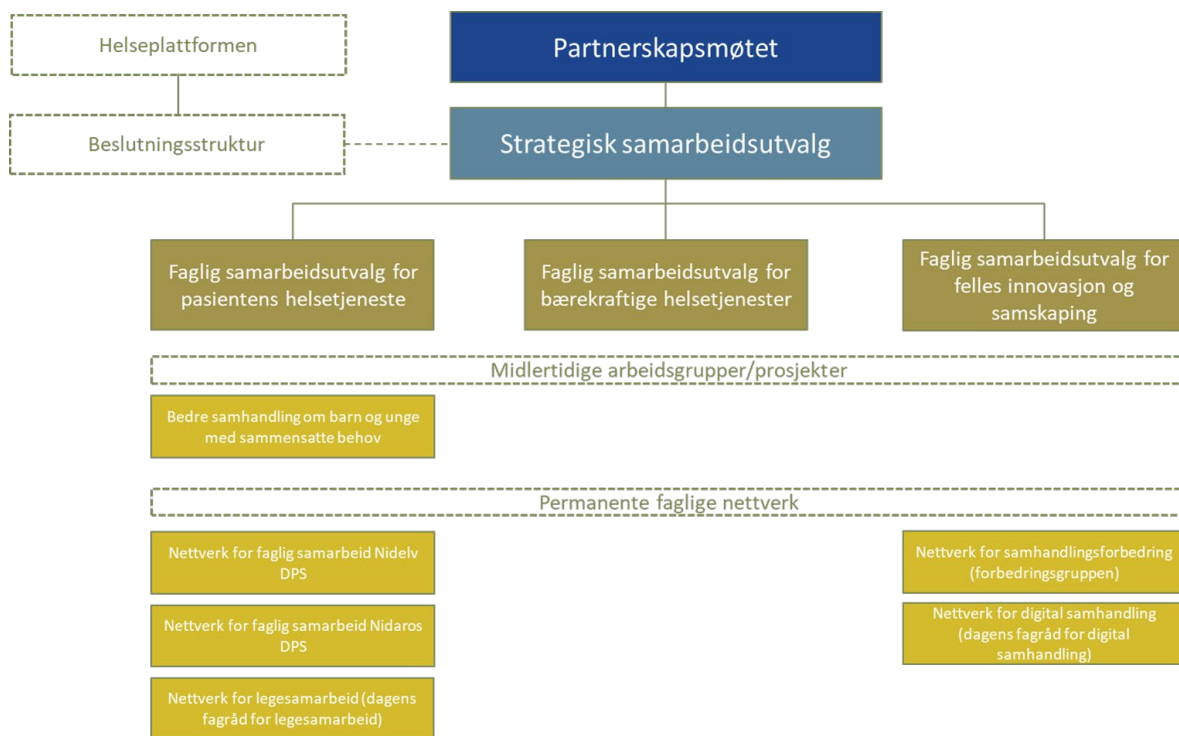


Kobling til pågående prosjekter og eksisterende grupper

Helsefellesskapet har påbegynte prosjekter og arbeid som må ivaretas også i den nye strukturen. En fordeling av disse er skissert i figur 4. Det er ønskelig at kompetansegruppa avslutter det gode arbeidet de har begynt på under strategisk samarbeidsutvalg, og at oppfølging av tiltaksplanen gruppa har utarbeidet, fordeles mellom fagrådene.

Det er nødvendig at Helseplattformen i større grad integreres og samkjøres med helsefellesskapet, men siden Helseplattformen må ha sin egen beslutningsstruktur på tvers av tre helsefellesskap, kan det være hensiktsmessig at det er strategisk samarbeidsutvalg som følger opp dette. Det kan eventuelt legges til Faglig samarbeidsutvalg for felles innovasjon og samskaping.

Fagråd for digital samhandling vil kunne fortsette, men som et permanent nettverk – Det samme med fagråd for legesamarbeid.



Figur 4



Kobling til lovpålagte samarbeidsområder

I helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6 beskrives den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommuner og sykehus, med konkrete krav til avtalens innhold. For å sikre at helsefellesskapet ivaretar disse punktene, kan ansvaret for disse for eksempel fordeles mellom de nye faglige samarbeidsutvalgene (figur 5).

Enkelte av punktene kan passe til flere av fagrådene, og figurer under er ment som et forslag.



Figur 5



Forklaring og begrunnelse for forslag til ny struktur

Sentrale stikkord:

- Færre faglige samarbeidsutvalg
- Mer strategiske faglige samarbeidsutvalg
- Dynamiske arbeidsgrupper etter behov
- Færre samtidige prosjekter
- Samlet redusert ressursbruk
- Tettere kobling til strategisk samarbeidsutvalg
- Mer målrettet rekruttering av deltagere i utvalg og grupper
- Lik arbeidsmetodikk for alle faglige samarbeidsutvalg

Vi mener det er viktig at fagrådsstrukturen bidrar til arbeidsformer som gjør det så lite ressurskrevende som mulig å delta for kommunene og sykehuset. Med færre fagråd blir færre personer bundet opp på permanent basis, og vi ønsker å være tydelige på at helsefellesskapet bør være enda mer målrettet og spisset i arbeid med tiltak, og det må medføre at vi arbeider med færre prosjekter samtidig. Det er også viktig at vi sørger for at prosjektene har en sluttdato, en plan for implementering og overføring til drift, og for realisering av gevinst.

En tredelt modell for faglige samarbeidsutvalg, vil gi utvalgene en mer faglig-strategisk rolle. De vil få ansvar for å opprette og avslutte midlertidige arbeidsgrupper etter behov, i samarbeid med strategisk samarbeidsutvalg, og for å følge opp sin egen oppgaveportefølje. Vi mener at det å bruke dynamiske og midlertidige arbeidsgrupper vil medføre mindre samlet ressursbruk over tid, og det blir enklere å sørge for at riktig kompetanse og folk kan hentes inn til riktig prosjekt.

Koblingene mellom prosjekter, faglige samarbeidsutvalg og deretter SSU må styrkes, og med mer strategiske FSU, kan SSU arbeide enda mer strategisk, langsiktig og overordnet enn i dag. SSU bør vektlegge arbeid med kommunikasjon, informasjon, forankring og implementering av tiltak i større grad enn i dag.

Med færre FSU og en mer strategisk rolle, blir det behov for færre faste representanter over tid, og rollen kan bli mer attraktiv enn i dag. Det kan styrke kontinuiteten i utvalgene.

Arbeidsfordelingen mellom de faglige samarbeidsutvalgene vil bli relativt jevn. Det er en fare for at faglige samarbeidsutvalg knyttet til konkrete pasientgrupper vil kunne gi perioder med mye å gjøre, og andre perioder med svært lite å gjøre. Siden de faglige samarbeidsutvalgene med denne strukturen oppretter og avslutter arbeidsgrupper etter behov, vil det ikke bli brukt mer ressurser enn nødvendig.

Tre fagråd gir økte muligheter for sekretariatet til å følge opp alle på en god måte, og bedre oversikt over alle pågående prosjekter og arbeid. Med denne strukturen trenger det ikke være nødvendig å opprette et nytt lederutvalg i helsefellesskapet, men strategisk samarbeidsutvalg bør jevnlig oppdateres om arbeid i de faglige samarbeidsutvalgene, og ha ansvar for den overordnede prioriteringen.



Representanter og arbeidsmetodikk

Med en økt strategisk funksjon i de faglige samarbeidsutvalgene, er det også viktig at de som sitter i fagrådene har en viss strategisk posisjon/myndighet i egen organisasjon. Det vil likevel bli for høyt press på kommunalsjefsleddet i distriktskommunene, om det forventes representanter fra dette nivået. Det foreslås derfor at representanter i de faglige samarbeidsutvalgene velges fra «laveste strategiske nivå», altså et ledernivå med oversikt over mer enn ett avgrenset tjenesteområde/tjenestested. For de mindre kommunene kan dette være leder for tildelingskontor, enhets-/virksomhetsleder e.l., og i Trondheim kommune kan det for eksempel være kommunalsjef eller leder for en annen overgripende tjeneste.

Representantene bør velges på bakgrunn av kompetanse og interesse for området, og ikke nødvendigvis representere en geografisk region. Dette pålegger strategisk samarbeidsutvalg større ansvar for forankring og informasjon til alle kommunene, og det bør arbeides i helsefellesskapet med å skape gode modeller og strategier både for forankring, informasjon og implementering.

I tillegg kan denne strukturen åpne for fastlegerepresentasjon i alle de faglige samarbeidsutvalgene, og arbeidsgruppene og nettverkene kan bruke samarbeidsutvalgets fastlege ved behov.

Brukerrepresentanter bør i denne strukturen ha en plass i arbeidsgruppene, og det bør diskuteres om de også skal sitte fast i de faglige samarbeidsutvalgene.

Det er hensiktsmessig at de faglige samarbeidsutvalgene består av et antall deltagere som skaper god gruppedynamikk, altså ideelt sett maksimalt ti deltagere. Utvalget bør velge en leder i gruppa, og utvalgene bør få støtte fra én kommunal representant fra sekretariatet, og én fra sykehuset, f.eks. til møteinnkalling, rombooking, referat etc. Leder for de faglige samarbeidsutvalgene må ha kompetanse innen relevante fagfelt, men gjerne også erfaring med prosessledelse.

SSU bør utarbeide en skriftlig beskrivelse av mandat for og sammensetning i fagrådene.

Arbeidsgruppene og nettverkene bør også ha en leder, og kalle inn til egne møter etter behov, samt føre stikkord/notater fra møtet som arkiveres i helsefellesskapet.

Med hilsen

Røros kommune,
ved Jan Roger Wold
kommunalsjef helse og omsorg

Midtre Gauldal kommune,
ved Grethe Ellerås,
kommunalsjef helse og mestring

Malvik kommune,
ved Tone Østvang,
kommunalsjef helse og velferd

Holtålen kommune,
ved Tove Hegseth
enhetsleder helse

Melhus kommune,
ved Albert Verhagen,
kommunalsjef helse og mestring

Trondheim kommune,
ved Wenche Dehli,
kommunaldir. helse og omsorg

Oppdal kommune,
ved Frøydis Lindstrøm
helsefaglig rådgiver