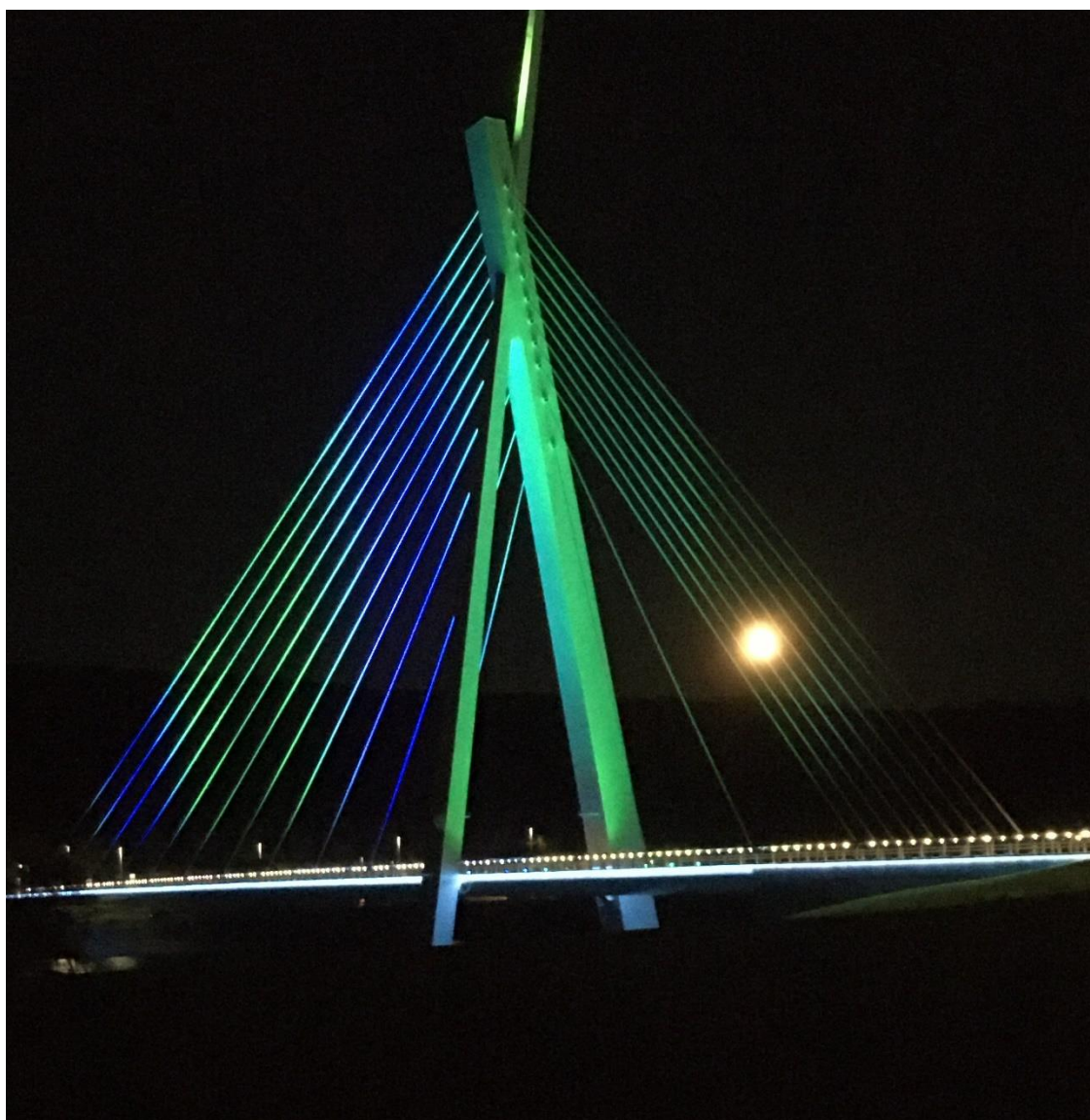


4K-samarbeid for økt rettssikkerhet og likeverdige tjenester



**Plan for etablering av felles forvaltningskontor
for helse- og omsorgstjenesten i kommunene
Båtsfjord, Berlevåg, Nesseby og Tana**

4K-samarbeid for økt rettssikkerhet og likeverdige tjenester

Plan for etablering av felles forvaltningskontor for
helse- og omsorgstjenesten i kommunene
Båtsfjord, Berlevåg, Nesseby og Tana



Per Gammelsæther

Ikks Omsorgskompetanse as 2021

INNHold

1	Bakgrunn	4
2	Målsetting.....	4
3	Dagens forvaltningspraksis i helse og omsorgstjenestene.....	6
4	Alternative modeller for organisering.....	7
4.1	Vertskommunemodellen.....	8
4.2	Desentralisert modell.....	8
4.3	Nettverksmodellen.....	8
4.4	Vurdering av modeller for organisering.....	8
5	Avtale og forutsetninger.....	9
5.1	Utkast til Samarbeidsavtale.....	9
5.2	Ansvarsområde.....	10
5.3	Delegasjon av myndighet	10
5.4	Bemanning og kompetanse ved felles forvaltningskontor.....	11
5.5	Elektronisk saksbehandlersystem / journalsystem og behov for elektronisk samhandling .	11
5.6	Kostnader og kostnadsfordeling.....	12
5.7	Samisk forvaltningsområde.....	12
5.8	Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem, eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	13
6	Oppsummering, prosjektorganisering og framdriftsplan.....	13
6.1	Oppsummering.....	13
6.2	Prosjektorganisasjon	13
6.3	Behandling, etablering og iverksetting av plan - framdrift	14
6.4	Opplæring og kompetanseutvikling - framdriftsplan.....	15
	KILDER.....	16
	VEDLEGG 1 Utkast til samarbeidsavtale	17
	VEDLEGG 2 Forslag til felles forskrift.....	19
	Vedlegg 3 Statistiske fakta -helse og omsorgstjenestene 4 K år 2020	25
	Vedlegg 4 Oversikt over produksjon, faktiske og planlagte stillinger og kostnadsfordeling	30

1 BAKGRUNN

Kommunene Båtsfjord, Berlevåg, Nesseby og Tana er tildelt skjønnskudd fra Statsforvalteren i Troms og Finnmark for å styrke kommunenes evne til forvaltning og drift på fire sentrale forvaltningsområder: økonomi, it, barnevern, helse- og omsorg. Bakgrunnen for tildelingen av skjønnskudd er blant annet «NIVI – rapportene» (Vinsand 2018 og 2019) som peker på at rettighetsforvaltningen i kommunene i Finnmark har så store svakheter at rettsikkerheten til søkere og mottakere av kommunale velferdstjenester ikke ivaretas på forsvarlig vis.

Statsforvalteren har overlatt til kommunene i samarbeid å finne fram til samarbeidsløsninger som bidrar til at kommunene blir satt i stand til å forvalte og yte velferdstjenester i samsvar med bestemmelser i lov og forskrift. Det er ikke gitt føringer for hvordan arbeidet skal gjennomføres eller hvordan det framtidige samarbeidet skal organiseres.

For området helse- og omsorg baserer den tentative løsningen seg på å etablere et felles forvaltningskontor for helse- og omsorgstjenesten i de fire kommunene med Båtsfjord som vertskommune jf. bestemmelsene i Lov av 22.06.18 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner kap.20.

Ikks Omsorgskompetanse AS er valgt som ekstern bistandsyter i prosessen, jf. intensjonskunngjøring på Doffin 09.07.21. Båtsfjord kommune ved kommunalsjef for helse- og omsorg er prosjekteier med rapporteringsplikt til kommunedirektørene i 4 K, som fremmer saken til behandling i de fire kommunene. Etter en kommunal godkjenningssprosess vil det videre arbeidet ha som mål at et samarbeid om forvaltning av helse- og omsorgstjenestene er fullt operativt i løpet av 2022.

Innledningsvis i planarbeidet har Omsorgskompetanse ved Per Gammelsæther og Steinar Barstad besøkt de aktuelle kommunene og innhentet synspunkter på hvordan et framtidig samarbeid om forvaltning av helse- og omsorgstjenestene i kommunene kan organiseres og drives. Alternative løsninger og organisasjonsmodeller ble i stor grad til gjennom samtaler og drøftinger på disse kommunemøtene.

2 MÅLSETTING

Hovedmålsettingen med samarbeidet er å øke rettsikkerheten og bedre saksbehandlingen for mottakerne av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom tverrfaglig kompetanseheving og en mer robust interkommunal organisering av forvaltningen. På den måten kan pasienter og brukere få mer målrettede tjenester som treffer den enkeltes individuelle behov.

Gode, presise og rettsriktige forvaltningsvedtak er grunnlaget for all tjenesteyting i helse- og omsorgstjenestene. Kommunen har plikt til å forvalte rettighetene til svakt stilte parter etter regler nedfelt i lovgivningen. Enhver som på egne eller andres vegne fremsetter ønske eller krav om en helse- eller omsorgstjeneste har rett til å få sin sak behandlet.

Kommunen skal ta saken til behandling og utforme et enkeltvedtak som utmåler en individuelt tilpasset tjeneste, alternativt avslår en tjeneste på bakgrunn av at vilkår ikke er oppfylt. Forvaltningens avgjørelser skal reflektere rettsreglene, sakenes fakta, og basere seg på et anvendt faglig og rettslig skjønn.

Både saksbehandlingen og tjenesteytingen skal være forsvarlig, jf. khol § 4-1. Kommunen har plikt til å gi nødvendige og forsvarlige tjenester til de som oppholder seg i kommunen og oppfyller vilkår for å ha rett til tjenester (jf pbrl 2-1 annet ledd).

Kommunens forvaltnings- og tjenesteplikt omfatter alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av diagnose og funksjonsnedsettelse. Prinsippet om individuell utmåling og lik vurdering er nedfelt i lovgivningen. I praksis betyr dette at alle saker behandles etter de samme regler, men gir forskjellig resultat som konsekvens av at behovet for hjelp er individuelt forskjellig

Forvaltningen skal veilede befolkningen og den enkelte part i saker som omfatter rettigheter i aktuell lovgivning og være en rettsgarantist for befolkningen ved at regler i lov og forskrift praktiseres som forutsatt.

Den som søker eller mottar en tjeneste (eller den som representerer vedkommende - partsrepresentanten) har i medhold av lov og forskrift medvirkningsrett i alle faser av saksbehandlingen og tjenesteytingen, herunder innsynsrett, rett til vern mot spredning av opplysninger m.v. (Pasient og brukerrettighetsloven, Forvaltningsloven, kvalitetsforskriften m.fl). Bevisstheten om tjenestesøkeres og tjenestemottakeres rett til medvirkning ved saksbehandling og tjenesteyting er gjennomgående svakt utviklet i helse- og omsorgstjenesten, men har etter hvert en sterk forankring i lov.

Det stilles krav om intern kontroll på helse- og omsorgstjenestens område. Et system for intern kontroll skal gi nødvendig styringsinformasjon for administrasjon og politikere. Som et minimum bør det gi statistisk oversikt over avvik og uønskede hendelser, og gi grunnlag for risikoanalyser. Samtidig bør et fullt utbygd system for intern kontroll også kunne levere data til en mer faktabasert økonomi-, personell- og kompetansestyring.

I NIVI-rapporten om Finnmarkskommunene (Vinsand 2018) gis det en svært kritisk beskrivelse av tilstanden:

«Fra minst en fjerdedel av kommunene rapporteres det om grunnleggende svikt i kommunens evne til å ivareta rettssikkerhet og yte likeverdige velferdstjenester til innbyggerne. Deler av kommunenes tjenesteproduksjon og forvaltningspraksis er i strid med loven og bryter med grunnleggende nasjonale hensyn. Den akutte og mest synlige delen av reformbehovet skyldes frafall av ledere og sviktende forutsetninger for rekruttering av nøkkelpersonell innenfor lovpålagte kjerneområder»

«Rettsikkerhet blir omtalt som en utfordring i de fleste av kommunene. Det pekes også på at kommunen mangler jurist og at administrasjonen ofte «leker hobbyjurister» som medfører dårlig saksbehandling, mangle klagesaker og høye prosesskostnader»

«Ledere i særlig utsatte kommuner uttrykker misnøye med at systemkrisen i kommuneforvaltning i Finnmark vokser fram uten at den utløser nødvendig aksjon og handling fra overordnet myndighet. Det blir sagt at både fylkesmannen og departementet (KMD) kjenner godt til kommunenes rammebetingelser og utfordringer i oppgaveløsningen. Det blir etterlyst relevante løsninger på de særskilte utfordringer små og perifere distriktskommuner møter for å kunne løse et stadig mer krevende kommuneoppdrag.Flere av lederne ser også behov for et intensivert arbeid med nye samarbeids- og kommunemodeller, som kan svare på det langsiktige reformbehovet og de spesielle geografiske og kulturelle forholdene som gjør seg gjeldende i Finnmark.»

Statsforvalterens initiativ tolkes som et svar på beskrivelsene i NIVI – rapporten, der kommunenes selv inviteres til selv å finne gode løsninger på de utfordringer som beskrives.

For å kunne sikre god og rettsriktig forvaltning og påfølgende tjenesteyting må kunnskap om rettsregler og forsvarlig praksis sikres i alle ledd, fra øverste leder til tjenestens stab av ekstravakter og vikarer. Vår erfaring fra kommuner er at dette oftest ikke er tilfelle, noe som også bekreftes av statsforvalternes tilsyn i kommunene og Statens Helsetilsyn sine oppsummeringer av landsdekkende tilsyn. Følgelig er foreslåtte tiltak i all hovedsak være basert på kompetansetilførsel for å sikre rettsriktig forvaltning og forsvarlig tjenesteyting.

3 DAGENS FORVALTNINGSPRAKSIS I HELSE OG OMSORGSTJENESTENE

Dialogen som er gjennomført med kommunene tegner et noe mer nyansert bilde enn det som beskrives i NIVI-rapportene, men alle er enige om behovet for å skille saksbehandlingen ut og løfte det opp i organisasjonen, styrke opplæring og heve kompetansen. Mange av de som har ansvar for saksbehandlingen i det daglige signaliserer usikkerhet i møte med de krav som stilles til forvaltningen i lov og forskrift, manglende opplæring og veiledning i arbeid med enkeltsaker.

Ingen av kommunene har etablert egen organisatorisk enhet med ansvar for saksbehandling i helse- og omsorgstjenesten (forvaltningskontor). I tre av fire kommuner foregår saksbehandlingen i de ulike driftsenhetene (sykehjem, hjemmetjeneste, psyk/rus m.v), og det er avdelingslederne som ofte både kartlegger tjenestebehov, utformer forslag og selv fatter enkeltvedtakene. Myndigheten er imidlertid som oftest bare delegert til helse- og omsorgstjenestens leder. I to kommuner holder de seg også fortsatt med eget inntaksutvalg, som etter det vi forstår ikke er tillagt myndighet til å fatte enkeltvedtak. Det synes som om delegasjonsbestemmelsene i flere kommuner kan oppleves som uklare, og ikke helt i tråd med det som skjer i praksis.

Denne måten å organisere saksbehandlingsarbeidet på oppleves som sårbar og fragmentert. For det første går de daglige og presserende driftsoppgavene foran, og det er vanskelig å sette av tid til og prioritere saksbehandling. Det ender som oftest med at en kommer bakpå, og at vedtakene blir utformet slik de allerede er iverksatt.

For det andre blir ofte kompetansen svak når saksbehandlingen fordeles på svært mange som opplever at de må utføre saksbehandling som et venstrehåndsarbeid i tillegg til andre viktige drifts- og lederoppgaver de skal ha faglig kompetanse på. Det er også svært begrenset hva dagens helseutdanninger gir av kunnskaper og ferdigheter på dette området.

For det tredje peker enkelte på at faren er stor for at det blir store ulikheter i tjenestetilbud, når ansvaret er fordelt på mange. Mer likeverdige tjenester bør være et mål både innad i den enkelte kommune og sett opp mot andre kommuner. Statistiske data tyder på at det kan være betydelige forskjeller i tjenestetilbudene kommunene imellom.

For det fjerde opplever saksbehandlerne seg som sårbare i krevende saker med omfattende tjenestetilbud der det er mange parter involvert. De ønsker seg å være inkludert i et større fagmiljø.

Sammensatte saker, der en person (eller en familie) har behov for mange ulike tjenester blir ikke behandlet på en helhetlig måte, og en risikerer at flere enheter er inne uten at de vet om hverandre. Dette er for så vidt også et problem som kan utvides til andre kommunale tjenesteområder (barnevern, NAV, PP-tjenester) og til spesialisthelsetjenesten. Internt oppleves det også i flere kommuner som et problem at vedtak om tjenestetilbud til personer med funksjonsnedsettelse, rusproblemer og psykiske lidelser ikke er en mer integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Dette ble beskrevet som et rettssikkerhetsproblem. Utskrivning fra sykehus og spesialisthelsetjeneste på altfor kort varsel gir også ofte små muligheter til å forberede gode og forsvarlige tjenestetilbud i kommunen uten forutgående utredning og saksbehandling.

Alt dette tilsier at det er behov for å løfte saksbehandlingen ut og opp i organisasjonen. En samordning av dette arbeidet vil styrke kvalitet og kompetanse og gjøre det er mulig å gi pasienter/brukere og pårørende et mer helhetlig tjenestetilbud. Samtidig er det grunn til å tro at slike grep vil effektivisere arbeidet og at bedre saksbehandling vil gjøre tjenestene mer målrettede og treffsikre. Individuelt tilpassede tjenester er effektivt både for de som yter og de som mottar tjenester.

4 ALTERNATIVE MODELLER FOR ORGANISERING

Kommunene er stilt fritt til å organisere forvaltningen og tjenesteytingen i helse- og omsorgstjenesten slik kommunen finner formålstjenlig. Tradisjonelt har myndighetsutøvelsen og tjenesteyting blitt håndtert samtidig og parallelt innen samme organisatoriske enhet. I praksis har rettighetsutmåling oftere vært et spørsmål om hva parten kan få innenfor eksisterende rammer enn hva parten har rett til å få.

De siste 20 årene har det skjedd endringer og omorganisering av kommunenes forvaltning ved at de fleste kommuner har etablert organisatorisk skille mellom forvaltning og drift. Samling av saksbehandlingsressurser i en enhet har i vesentlig grad bidratt til å heve kvaliteten på saksbehandlingen og styrke rettssikkerheten for de som får behandlet sin sak om tildeling eller endring av tjenester.

Å fatte gode og presise vedtak er en grunnforutsetning for å yte tjenester på avtalt og forsvarlig måte, og er sammenfallende med kommunen plikt til å sikre at forvaltningens arbeid er av god kvalitet.

En kommune kan i henhold til kommunelovens kap 20 overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver og delegere myndighet til å treffe enkeltvedtak eller vedta forskrift til en vertskommune. Loven har egne bestemmelser om samarbeidsavtale, klagebehandling m.v.

Dialogen med kommunenes administrative og faglige ledelse munner ut i forslag om tre alternative modeller for kommunenes samarbeid om styrking av forvaltningskompetansen i helse- og omsorgstjenestene:

4.1 VERTSKOMMUNEMODELLEN

I en ren vertskommunemodell flyttes oppgaver og myndighet fra den enkelte kommune til vertskommunen. Det innebærer i vår sammenheng at det etableres et helt nytt forvaltningskontor i vertskommunen Båtsfjord som får ansvaret for all utredning og saksbehandling på helse- og omsorgsområdet for alle de fire kommunene som inngår i samarbeidet. Alle saksbehandlerstillinger lyses ut og forvaltningskontoret bygges opp fra bunnen av.

Kommunene kan velge å tillegge et slikt felles forvaltningskontor delegert myndighet til å fatte enkeltvedtak etter helse- og omsorgslovgivningen.

4.2 DESENTRALISERT MODELL

I en mer desentralisert modell inngår saksbehandlerne i den enkelte kommune i forvaltningskontoret, men lokaliseres fortsatt i sin egen kommune. Forvaltningskontoret med ledelse og øvrig personell får base i vertskommunen Båtsfjord, og styres herfra. I stedet for å begynne helt på nytt, tar en slik modell med seg den erfaringen og kompetansen som ligger i den enkelte kommune, og skaper større nærhet til driften av tjenestene. Samtidig gir den mulighet til samarbeid på tvers, og til å utnytte hverandres styrker og dekke hverandres svakheter.

Kommunene kan velge å tillegge et slikt desentralisert forvaltningskontor delegert myndighet til å fatte enkeltvedtak etter helse- og omsorgslovgivningen.

4.3 NETTVERKSMODELLEN

I en nettverksmodell samarbeider saksbehandlerne i den enkelte kommune i et interkommunalt nettverk med koordinering fra vertskommunen, uten at oppgaver og myndighet er overført fra kommunene til et felles forvaltningskontor.

Et slikt nettverk skal styrke saksbehandlerkompetansen i den enkelte kommune, bidra til erfaringsutveksling og gjensidig bistand gjennom et mindre forpliktende samarbeid på tvers av kommunegrensene.

4.4 VURDERING AV MODELLER FOR ORGANISERING

I dialogen som er gjennomført med kommunene ble det gitt tydelige tilbakemeldinger om at en ren vertskommunemodell lagt til Båtsfjord ville skape for stor avstand til tjenesteorganisasjonen i den enkelte kommune og svekke tilgjengeligheten for pasienter/brukere og pårørende. På den bakgrunn var det også skepsis til å delegere myndighet til å fatte enkeltvedtak. Dette krever større nærhet. På den annen side var det mange som så at litt større avstand ville lette den belastningen det av og til er

å fatte slike vedtak i små lokalmiljø. Det kan ofte oppstå spørsmål om habilitet, og saksbehandlere og de som fatter vedtak kan bli utsatt for utidig press og uakseptable reaksjoner.

Den desentraliserte modellen møter på en helt annen måte spørsmålet om nærhet og avstand. Den gir muligheten til større nærhet og tilgjengelighet når det er behov for det, og litt større avstand for eksempel når det kommer til vanskelige, sammensatte saker og klagesaker. Den desentraliserte modellen ble derfor til i løpet av de møtene som ble gjennomført med kommunene. Behovet for å skille forvaltning og drift for å løfte fram og heve kvaliteten på saksbehandlingen og styrke rettssikkerheten og det faglige utredningsarbeidet, var det stor enighet om. Men helse- og omsorgstjenestene i alle kommunene ville delta i dette. Det kan skje ved at saksbehandlere i hver kommune blir en del av et desentralisert forvaltningskontor som ledes og har sin base i Båtsfjord.

En mer nettverksbasert løsning ble også testet ut i dialogen med kommunene. Denne modellen ble forkastet, fordi den var for løs og for lite forpliktende. Mange hadde erfaringer med slike nettverk, og mente de kunne fungere godt en stund, men gikk ofte i oppløsning etter en tid. Om vi skal skape mer varige løsninger, trengs det fastere organisering og tydelig og ansvarlig ledelse.

Konklusjonen er derfor at den desentraliserte interkommunale modellen bør legges til grunn i det videre arbeidet. Den gir grunnlag for en mer robust organisering av arbeidet med utredning og saksbehandling til beste både for pasienter/brukere og tjenesteutøvere. Den viser også vei ut av en situasjon der dette arbeidet er for fragmentert og sårbart og lite samordnet.

Kap 5 og 6 nedenfor bygger derfor på den desentraliserte modellen.

5 AVTALE OG FORUTSETNINGER

5.1 UTKAST TIL SAMARBEIDSAVTALE

Ved etablering av vertskommunesamarbeid må kommunene ifølge kommunelovens §20-4 inngå en samarbeidsavtale og orientere statsforvalteren om samarbeidet som er opprettet.

Samarbeidsavtalen skal inneholde bestemmelser om:

- a) deltakerne i samarbeidet
- b) hvem av deltakerne som er vertskommune
- c) hvilke oppgaver og hvilken myndighet som skal legges til vertskommunen
- d) når oppgaver og myndighet skal overføres
- e) hvilke av vertskommunens vedtak deltakerne skal underrettes om
- f) hvordan det økonomiske oppgjøret mellom samarbeidskommunene og vertskommunen skal foregå
- g) hvordan deltakerne kan tre ut av samarbeidet
- h) hvordan samarbeidet skal oppløses
- i) annet som etter lov skal fastsettes i avtale.

Vedlagt utkast til slik samarbeidsavtale (Se vedlegg 1)

5.2 ANSVARSOMRÅDE

Forvaltningskontorets oppgaver er å motta og behandle henvendelser og søknader om helse- og omsorgstjenester, herunder fatte beslutninger og enkeltvedtak om slike tjenester og beregning av egenbetaling for tjenester som omfattes av hol. §§ 3-2, nr. 5 og 6, 3-2 a, 3-6, 3-7, 3-8 og § 11-2, jf. pbrl. §§ 2-1 a annet ledd, 2-1 d, 2-1 e og 2-8.

Forvaltningskontoret er tillagt oppgaver som følger av innføringen av samhandlingsreformen, jf. forskrift av 18. november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter kap. 3, §§ 10-14. Oppgavene som følger av forskriftens kap. 3 omhandler kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter og innebærer å ha løpende dialog med sykehuset om inneliggende og utskrivningsklare pasienter, herunder tildele nødvendige tjenester til de som utskrives.

Tjenestene skal i nært samarbeid med tjenesteytere i utførende virksomheter evalueres løpende for å sikre at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige, jf. hol. § 4-1.

Forvaltningskontoret har tildelingsrett for boliger tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse, jf reglene i lov 26. mars 1999 nr. 17 om husleieavtaler hensyntatt eventuelle kommunale særregler etter § 11-1. Forvaltningskontoret kan etter kommunenes bestemmelser tillegges andre oppgaver, eksempelvis deler av oppgaver som er lagt til NAV kommune, arbeids- og aktivitetstilbud til personer med nedsatt funksjonsevne mm.

På noe lengre sikt bør kommunene se på mulighetene for tettere samarbeid og funksjonsfordeling på flere kommunale ansvarsområder, eksempelvis barnevern, pp-tjeneste, voksenopplæring eller kommunale oppgaver på lagt til NAV. Det er derfor lagt inn som en tidfestet mulighet i samarbeidsavtalen at en skal komme tilbake til andre oppgaver når forvaltningskontoret er godt etablert

5.3 DELEGASJON AV MYNDIGHET

Kommunene bør allerede nå i gang med å samordne arbeidet med utredning og saksbehandling og rydde opp i hvem som har delegert myndighet til å fatte enkeltvedtak. I dag er dette i flertallet av kommunene fragmentert og gjøres i de ulike tjenesteavdelingene. Resultatet blir ofte at saksbehandlingen blir et venstrehåndsarbeid som ikke sjelden gjøres i ettertid som rent papirarbeid.

Forutsetningen for å kunne etablere et desentralisert forvaltningskontor, er at alle kommunene har skilt ut saksbehandlingsansvaret og lagt det til den eller de som kan følge med over dit.

I fagmiljøene var det betydelig skepsis til at myndighet til å fatte vedtak delegeres til forvaltningskontoret i en ren vertskommunemodell. Dette oppleves enklere i den desentraliserte modellen. Det er likevel ulike oppfatninger om vedtaksmyndigheten i framtida fortsatt skal ligge i kommunen, eller om den skal delegeres til forvaltningskontorets leder. Det er grunn til å peke på at kommunelovens § 20-5 har bestemmelser som sikrer at i klagesaker er klageinstansen den kommunen som har delegert myndigheten.

Vår tilråding er at det tas sikte på å delegere myndigheten til å fatte enkeltvedtak til forvaltningskontoret, først når de ansatte har fått nødvendig opplæring og kontoret er ferdig etablert.

5.4 BEMANNING OG KOMPETANSE VED FELLES FORVALTNINGSKONTOR

Med bakgrunn i de opplysninger kommunene har gitt om omfanget av dagens arbeid med utredning og saksbehandling, vil forvaltningskontoret ha følgende saksbehandlere med desentralisert plassering:

Nesseby: 1 saksbehandler på halvtid

Tana: 1 saksbehandler på heltid eller 2 på halvtid

Berlevåg: 1 saksbehandler på halvtid

Båtsfjord: 1 saksbehandler på heltid eller to på halvtid

Det forutsettes at angivelsen av stillingsstørrelse er tentative og kan være fleksible (+/-) etter behov.

I tillegg lyses det ut to stillinger sentralt, som ivaretar ledelse, koordinering, systemansvar, betalingsordninger, internkontroll og rapportering i tillegg til å drive saksbehandling. Det skal tilstrebes at forvaltningskontoret samlet sett har tverrfaglig kompetanse med både juridisk og bred helse- og sosialfaglig høyere utdanning og erfaringsbakgrunn.

Forvaltningskontoret må sikre at de i sin saksbehandling og kontakt med brukere og pårørende kan skje på samisk.

5.5 ELEKTRONISK SAKSBEHANDLERSYSTEM / JOURNALSYSTEM OG BEHOV FOR ELEKTRONISK SAMHANDLING

Tre av kommunene har Profil som saksbehandlings- og dokumentasjonssystem, mens Båtsfjord nylig har byttet fra Profil til Cos-Doc. For å sikre at samarbeid skal kunne skje uten store hindringer er det en forutsetning at kommunene ha samme saksbehandlings- og dokumentasjonssystem.

Profil lanserer en ny versjon (Flyt) av sitt system i 2022, et system som skal være integrerbart med Visma sine øvrige løsninger for kommunal sektor.

Ansvar for drift av de kommunale løsningene må legges til en dataansvarlig i en av kommunene som samhandler med den som er kommunens «superbruker». Ansvar for drift av dataløsninger er planlagt lagt til Tana kommune.

Samarbeid i samme system gir muligheter til systematisk kvalitetsarbeid som vil bidra til enhetlig dokumentasjonspraksis, et område som i dag har et stort potensial for forbedring etter de opplysninger som foreligger. Eksempelvis vil et samarbeid åpne for muligheten til å ha en felles journalansvarlig for de fire kommunene, et arbeidsområde som erfaringsvis ikke blir godt nok fulgt opp i tradisjonell organisering der journalansvar ofte legges til tjenesteleder/ avdelingsleder som ofte har manglende forutsetninger for å ta ansvar for et komplekst regelverk.

Dagens saksbehandlings- og dokumentasjonssystemer genererer omfattende dokumentasjon av tall og fakta som er av stor verdi i kommunenes budsjetteringsprosesser. Forvaltningssystemet dokumenterer hva kommunen forplikter seg til å levere av helse og omsorgstjenester (summen av enkeltvedtak), samt hvilke ressurser som brukes for å dekke kommunens forpliktelser (Kostra).

Tallgrunnlaget som genereres av forvaltningssystemet er sentral informasjon for kommunenes budsjettprosesser, men i samtalene med kommunene framkommer at disse fakta ikke legges fram for bruk i budsjett- og planarbeid. Framskaffelse av styringsinformasjon til bruk i planlegging og budsjettprosesser bør være en oppgave for den sentrale delen av det desentraliserte forvaltningskontoret for helse- og omsorgstjenestene.

De fire kommunenes nettoutgifter til omsorgstjenester utgjør ifølge SSB mellom 31,2% og 37,8% av kommunenes totale utgifter i 2020 (SSB Statistikkbanken), og forskjellene kan nok ha både demografi, tjenestestruktur og økonomisk bæreevne som forklaring. Å ha kvalitetssikrede tall fra saksbehandlings- og dokumentasjonssystemet vil gi et sikrere grunnlag for budsjettering enn hva som er mulig i dagens budsjetteringspraksis. Interessant blir det også å kunne gjøre gode sammenlignende analyser mellom de fire kommunenes utgifter til ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.

5.6 KOSTNADER OG KOSTNADSFORDELING

Den enkelte kommune bærer kostnader og arbeidsgiveransvar for saksbehandlere som avgis til forvaltningskontoret, og sørger for det de trenger av kontor, utstyr og dekker deres utgifter til reise m.v..

Utover dette fordeles kostnadene til forvaltningskontorets felles utgifter etter kommunens innbyggertall. Årsbudsjettet må dekke lønn og sosiale utgifter til to stillinger sentralt, samt reise- og kommunikasjonskostnader, kurs- og opplæring etc

Det forutsettes at vertskommunen bærer kostnadene til forvaltningskontorets lokaler og utstyr.

5.7 SAMISK FORVALTNINGSOMRÅDE

Språkloven som trer i kraft 01.01.2022 sier at samiske språk og norsk er likeverdige språk og skal være jamstilte i tråd med samelovens kapittel 3.

Tana og Nesseby er kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk, og ifølge samelovens § 3-3 har den som henvender seg på samisk til et lokalt offentlig organ i forvaltningsområdet, rett til svar på samisk. Videre har den som henvender seg skriftlig på samisk til et regionalt offentlig organ i forvaltningsområdet, rett til skriftlig svar på samisk. Loven gir også i §3-5 utvidet rett til å bli betjent på samisk i helse- og sosialsektoren.

Så vidt vi forstår praktiseres disse bestemmelsene i svært liten grad, spesielt i den skriftlige saksbehandlingen, men også i den muntlige kommunikasjonen. Helse- og omsorgstjenesten i disse kommunene har medarbeidere som snakker og skriver samisk, og her eget Språksenter som kan bidra.

Det er en erkjennelse av at manglende oppfølging av språkbestemmelsene kan være en av grunnene til at terskelen oppleves høy for å søke hjelp. Det er enighet om at framtida vil kreve ny praksis på dette området. Et felles forvaltningskontor bør derfor ha medarbeidere som behersker samisk.

5.8 FORSKRIFT OM TILDELING AV LANGTIDSOPPHOLD I SYKEHJEM, ELLER TILSVARENDE BOLIG SÆRSKILT TILRETTELAGT FOR HELDØGNS TJENESTER

Alle kommunene har vedtatt forskrift om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Det er nærmest en forutsetning for samarbeidet om denne forskriften er likelydende for alle fire kommuner. Uansett må den inneholde bestemmelser om saksbehandling og vedtaksmyndighet i tråd med den avtalen som inngås mellom kommunene.

Det legges til grunn at det utarbeides en samisk versjon av forskriften for de to kommunene som faller inn under språkloven som trer i kraft 01.01.2022.

Vedlagt utkast til slik felles forskrift som må vedtas av alle fire kommuner (se vedlegg 2)

6 OPPSUMMERING, PROSJEKTORGANISERING OG FRAMDRIFTSPLAN

6.1 OPPSUMMERING

Målsettingen med samarbeidet er å øke rettssikkerheten og bedre saksbehandlingen for mottakerne av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom tverrfaglig kompetanseheving og en mer robust interkommunal organisering av forvaltningen. På den måten kan pasienter og brukere få mer målrettede tjenester som treffer den enkeltes individuelle behov.

Det opprettes et felles desentralisert forvaltningskontor regulert i tråd med bestemmelsene i kommunelovens § 20. Kontoret har base og ledes fra vertskommunen Båtsfjord. De fire kommunene som deltar i samarbeidet avgir egne saksbehandlere til forvaltningskontoret, men får fortsatt egen kommune som arbeidssted. Forvaltningskontoret tilføres i tillegg to nye stillinger med juridisk og helse- og sosialfaglig kompetanse, som tillegges lederansvar og systemansvar.

Det innføres et felles elektronisk saksbehandlersystem og journalsystem. Kommunene gjennomgår sine delegasjonsreglement for helse- og omsorgssektoren, med sikte på å samordne saksbehandlingen i egen kommune. Slik kan det legges til rette for at myndigheten til å gjøre enkeltvedtak kan overføres forvaltningskontoret, når opplæring er gjennomført og kontoret er fullt etablert med egen ledelse.

Den enkelte kommune bærer kostnader og arbeidsgiveransvar for saksbehandlere som avgis til forvaltningskontoret. Utover dette fordeles kostnadene etter kommunens innbyggertall. Vertskommunen bærer kostnadene til forvaltningskontorets lokaler og utstyr.

6.2 PROSJEKTORGANISASJON

De fire kommunenes rådmenn/administrasjonssjefer er styringsgruppe for alle fire samarbeidsprosjekter (økonomi, it, barnevern, helse- og omsorg). Rådmannen i Båtsfjord har hovedansvar for helse- og omsorgsprosjektet.

Prosjektleder for helse- og omsorgsprosjektet er kommunalsjefen for helse- og omsorg i Båtsfjord, som i samarbeid med sine kollegaer i Nesseby, Tana og Berlevåg utgjør en prosjektgruppe for gjennomføring.

Ikks Omsorgskompetanse as vil bidra med prosjektstøtte underveis i hele prosessen.

6.3 BEHANDLING, ETABLERING OG IVERKSETTING AV PLAN - FRAMDRIFT

Arbeidsmål: Enighet mellom involverte kommuner om plan for etablering og iverksetting av interkommunalt forvaltningskontor

Oppgave	Uke	Ansvarlig
Oversendelse av planforslag	Oktober	Ikks Omsorgskompetanse AS
Høring og innstilling	November	Rådmannen i Båtsfjord og 4Ks administrasjonssjefer i samarbeid med sine faglige ledere (Styringsgruppe og prosjektgruppe)
Kommunestyrebehandling av plan, samarbeidsavtale og endring av forskrift i alle 4 kommuner	Januar 2022	Rådmannen i Båtsfjord og 4Ks administrasjonssjefer i samarbeid med sine faglige ledere
Innføring av felles saksbehandlingssystem	Vår 2022	Prosjektleder i samarbeid med prosjektgruppen
Samordning av saksbehandlingsansvaret i den enkelte kommune og avklaring av hvilke(n) saksbehandler(e) som skal inngå i et felles desentralisert forvaltningskontor	Vår 2022 med frist 28.februar	Faglige ledere og administrasjonssjef/rådmann i den enkelte kommune, i samarbeid med prosjektleder i vertskommunen
Etablering av en foreløpig forvaltningsenhet bestående av utpekte saksbehandlere	1.mars	Vertskommunens faglige og administrative ledelse i samarbeid med prosjektgruppe
Utlysning av stillinger	Utlysning i februar	Vertskommunens faglige og administrative ledelse i samarbeid med prosjektgruppe
Ansettelsesprosess	Mars-august	Vertskommunens faglige og administrative ledelse i samarbeid med prosjektgruppe
Etablering av et felles forvaltningskontor med egen leder	Høst 2022	Vertskommunens ledelse i samarbeid med alle kommunene

Avtale med spesialisthelsetjenesten om saksbehandlingsrutiner ved utskrivning	2022	Forvaltningskontoret på vegne av 4K
Opplæring og kompetanseoppbygging, kurs og veiledning (se nedenfor)	2022	Ikks Omsorgskompetanse as
Behandling av spørsmålet om delegasjon av myndighet til å treffe enkeltvedtak	Vår 2023	Rådmannen i vertskommunen og 4Ks administrasjonssjefer i samarbeid med sine faglige ledere

6.4 OPPLÆRING OG KOMPETANSEUTVIKLING - FRAMDRIFTSPLAN

Arbeidsmål: Sikre kunnskap og kompetanse i alle le om rettsriktig og forsvarlig saksbehandling og tjenesteyting

Tema	Målgruppe	Når	Varighet	Ansvarlig
Søknad om tjenester / felles system for kartlegging av tjenestebehov	Saksbehandlerne i 4K	Vår 2022	1-2 dager	PG
Gjennomgang av saksbehandlerprosessen fra a til å. Gjennomgang av relevante lov- og forskriftsbestemmelser Hvordan utforme enkeltvedtak	Saksbehandlere	Høst 2022	4-6 dager	PG
Rettigheter og plikter i helse og omsorgstjenestene. Dokumentasjonsplikt og dokumentasjonspraksis Samarbeid med forvaltningen	Alle ledere og tjenesteytere i 4 k – kommunene	Høst 2022	8-10 dager	PG
Internkontrollplikt og internkontrollpraksis	Saksbehandlere	Høst 2022	1 dag	PG
Veiledning og oppfølging av praksis fra hjemmekontor. Bistand i enkeltsaker	Saksbehandlere	2022-23	1 – 2 år	PG

KILDER

Lov av 22.06.18 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner

Lov av 12.06.1987 nr.76 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven)

Lov av 21.05.2021 nr.42 om språk (Språklova)

Lov av 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov av 02.07.1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 26.03.1999 nr. 17 om husleieavtaler (Husleieloven)

SSB Statistikkbanken

Vinsand, Geir: Status for interkommunalt samarbeid i Troms og Finnmark. Utarbeidet på oppdrag av Fylkesmannen. NIVI Rapport 2019:4. Nivi Analyse as

Vinsand, Geir (2018): Gode grep i Finnmark. Utarbeidet på oppdrag av Fylkesmannen i Finnmark.. NIVI Rapport 2018:4

VEDLEGG 1 UTKAST TIL SAMARBEIDSAVTALE

Om etablering av felles forvaltningskontor for helse- og omsorgstjenesten i kommunene Båtsfjord, Berlevåg, Nesseby og Tana

Utkastet til samarbeidsavtale er utarbeidet i tråd med kravene i kommunelovens § 20-4. Melding skal sendes Statsforvalteren

a) **Deltakerne i samarbeidet**

Kommunene Nesseby, Tana, Berlevåg og Båtsfjord

b) Hvem av deltakerne som er vertskommune

Båtsfjord kommune

c) **Hvilke oppgaver og hvilken myndighet som skal legges til vertskommunen**

Vertskommunen får i oppgave å etablere, lede og drive et felles forvaltningskontor for helse- og omsorgstjenestene. Forvaltningskontoret får ansvar for utredning og saksbehandling fram til enkeltvedtak på helse- og omsorgssektorens område. Det vises til eget plandokument og kommunestyrevedtak, som følger vedlagt.

De fire kommunene kommer tilbake til spørsmålet om å utvide forvaltningskontorets oppgaver til å omhandle andre kommunale velferdstjenester, når forvaltningskontoret er vel etablert eller seinest i 2023.

d) **Når oppgaver og myndighet skal overføres**

Oppgavene overføres forvaltningsenheten etter hvert som de ansatte lokalisert i de enkelte kommuner knyttes til forvaltningsenheten.

Det tas sikte på at myndigheten til å gjøre enkeltvedtak etter bestemmelsene i den kommunale helse- og omsorgslovgivningen delegeres lederen av forvaltningskontoret når det er vel etablert og de ansatte har gjennomgått nødvendig opplæring. Endelig beslutning om dette tas seinest ved årets utgang i 2022

e) **Hvilke av vertskommunens vedtak deltakerne skal underrettes om**

Vedtakene oversendes kommunens helse- og omsorgstjeneste for iverksetting.

Forvaltningskontoret underretter deltakerkommunene i tråd med kravene til internkontroll og produserer statistikk og styringsinformasjon til bruk i økonomiforvaltning, plan- og budsjettarbeid

f) **Hvordan det økonomiske oppgjøret mellom samarbeidskommunene og vertskommunen skal foregå**

Kommunene avgir eget saksbehandlerpersonell til forvaltningskontoret, og dekker deres utgifter. Øvrige utgifter fordeles etter kommunenes innbyggertall. Vertskommunen holder kontorlokaler og utstyr.

g) **Hvordan deltakerne kan tre ut av samarbeidet**

Den enkelte kommune kan gjennom egne kommunestyrevedtak velge å tre ut av samarbeidet med 1 års varsel.

h) **Hvordan samarbeidet skal oppløses**

Forvaltningskontoret legges ned om mer enn en av kommunene ønsker å tre ut av samarbeidet, eller når kommunene i fellesskap blir enige om det.

Kostnadene med avvikling av forvaltningskontoret fordeles mellom kommunene etter innbyggertall. Oppgaver og myndighet tilbakeføres til den enkelte kommune

i) **Annet som etter lov skal fastsettes i avtale.**

VEDLEGG 2 FORSLAG TIL FELLES FORSKRIFT

om tildeling av langtidsopphold for 4K kommunene.

Forskriften gjelder individuelt for hver enkelt kommune

FORSKRIFT OM TILDELING AV LANGTIDSOPPHOLD I SYKEHJEM ELLER TILSVARENDE BOLIG SÆRSKILT TILRETTELAGT FOR HELDØGNS TJENESTER, KRITERIER OG OBSERVASJONSLISTE

Hjemmel: Fastsatt av [kommunens navn] kommune ved kommunestyret [dato, måned, år] med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2a annet ledd.

Kapittel 1. Formål, lovgrunnlag, definisjoner, virkeområde og organisering

§ 1 Formål

Formålet med forskriften er å bedre rettstillingen for pasienter og brukere med omfattende tjenestebehov når det gjelder retten til helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Forskriften skal tydeliggjøre hvilke kriterier [kommunens navn] kommune legger til grunn for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Forskriften skal videre tydeliggjøre hvordan [kommunens navn] kommune skal følge opp personer som står på observasjonsliste til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

§ 2 Lovgrunnlag for tildeling av bo- og tjenestetilbud

Hjemmel for tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem er lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 a annet ledd og § 2-1 e første ledd, jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 første ledd, § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og § 3-2 a første ledd.

Hjemmel for tildeling av disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 e første ledd, jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 første ledd og § 3-2 a første ledd. Hjemmel for tildeling av helse- og omsorgstjenester i bolig som nevnt i første setning er lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 a annet ledd, evt. også § 2-1 d, jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 første ledd, jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og b, og/eller § 3-2 første ledd nr. 5, evt. også § 3-8.

§ 3 Definisjoner

Med sykehjem menes helseinstitusjon som faller inn under forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav d og e og § 2. Boform for heldøgns omsorg og pleie som er likestilt med sykehjem i henhold til forskrift 14. november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie omfattes også av begrepet sykehjem. Øvrige institusjoner med langtidsopphold for

personer som har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester (aldershjem, boliger med heldøgns omsorgstjenester, institusjoner for rusmiddelavhengige og barneboliger) er ikke ansett som helseinstitusjoner, og vil derfor ikke falle inn under begrepet sykehjem i denne forskriften.

Med langtidsopphold menes opphold i sykehjem på ubestemt tid.

Med tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester menes boliger der:

- a) beboernes tjenestebehov vanligvis er så stort at det er sammenlignbart med tjenestebehovet som beboere i sykehjem har,
- b) det er mulig å gi døgnkontinuerlige tjenester,
- c) det er mulig å føre tilsyn med pasientene eller brukerne tilsvarende som i sykehjem,
- d) det er mulig å motta tjenester fra helse- og omsorgspersonell med kompetanse tilsvarende som personellet vanligvis har i sykehjem,
- e) muligheten for å tilkalle hjelp og responstida før personellet kan komme til boligen er tilsvarende som i sykehjem, og som
- f) kommunen tildeler disposisjonsrett til.

§ 4 Virkeområde

Forskriften gjelder for pasienter og brukere som oppholder seg i kommunen, jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 § 3-1 første ledd. Forskriften gjelder i tillegg for pasienter og brukere som har konkrete planer om å flytte til kommunen og et så omfattende tjenestebehov at det er nødvendig at bo- og tjenestetilbudet er avklart i forkant for at de skal kunne flytte.

Kommunen disponerer til enhver tid over et visst antall plasser som er beregnet for langtidsopphold i sykehjem og boliger der det vanligvis gis et tjenestetilbud som er tilsvarende som det som gis i sykehjem, jf. definisjonene i denne forskriften § 3. Denne forskriften gjelder for tildeling av disse plassene og boligene.

I tillegg disponerer kommunen også over plasser i sykehjem som er beregnet for kortvarige opphold og boliger der det vanligvis ikke ytes et tjenestetilbud som er tilsvarende som det som gis i sykehjem.

Kommunen kan dessuten etter en konkret og individuell vurdering gi tilsvarende tjenester som vanligvis gis i sykehjem i pasientens eller brukerens eget, opprinnelige hjem.

§ 5 Ansvar og myndighet

Enkeltvedtak om tildeling av langtids- eller korttidsopphold i institusjon som nevnt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav a til d, helse- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon i medhold av lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 a annet ledd, § 2-1 e første ledd og § 2-1 d, jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 første ledd, § 3-2 første ledd nr. 6, evt. også § 3-2 første ledd nr. 5, § 3-2 a første ledd, § 3-6 og § 3-8 fattes av [kommunens navn] kommune ved [navn på det organisasjonsleddet som har fått dette ansvaret delegert til seg].

Enkeltvedtak om tildeling av disposisjonsrett til bolig som nevnt i denne forskriften § 3 tredje ledd fattes av [kommunens navn] kommune ved [navn på det organisasjonsleddet som har fått dette ansvaret delegert til seg].

[Navn på det organisasjonsleddet som har fått dette ansvaret delegert til seg] Det felles forvaltningskontoret i 4 k har gjennom enkeltvedtak om bo- og/eller tjenestetilbud

instruksjonsmyndighet over tjenesteutførende organisasjonsledd i samarbeidende kommuner, herunder sykehjem. Instruksjonsmyndigheten gjelder ikke døgnplasser for øyeblikkelig hjelp, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Kapittel 2. Kriterier for tildeling

§ 6 Kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og for å få stå på observasjonsliste til slikt bo- og tjenestetilbud

Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Om pasient eller bruker får tildelt langtidsopphold i sykehjem eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, og hva slags bo- og tjenestetilbud som i så fall blir tildelt, beror på en helhetsvurdering der følgende momenter inngår:

- a) hvor omfattende behovet for helse- og omsorgstjenester er,
- b) varigheten av hjelpebehovet, herunder om (hverdags)rehabiliteringstiltak er aktuelle,
- c) hvilke typer av helse- og omsorgstjenester det er behov for,
- d) hvilken faglig kompetanse som trengs for å gi forsvarlige tjenester sett i sammenheng med tilgangen på helse- og omsorgspersonell med nødvendig kompetanse,
- e) om det er nødvendig med tjenester, tilsyn eller tilstedeværelse gjennom hele døgnet eller med korte mellomrom,
- f) pasientens eller brukerens evne til selv å tilkalle hjelp ved behov,
- g) pasientens eller brukerens behov for sosial kontakt og opplevd trygghet ved at det er nærhet til helse- og omsorgspersonell,
- h) om pasienten eller brukeren er i målgruppen for det aktuelle bo- og tjenestetilbudet,
- i) om pasienten eller brukeren har kognitiv svikt, og hvor alvorlig den kognitive svikten er,
- j) om pasienten eller brukeren uten endring av bosituasjonen risikerer å komme til skade eller å få sin helsetilstand eller funksjonsevne forverret, og om flytting kan virke skadeforebyggende eller bidra til at vedkommende får mulighet for å forbedre sin helsetilstand eller funksjonsevne,
- k) om alternativer til bo- og tjenestetilbud i sykehjem eller tilsvarende bolig er aktuelle, herunder helse- og omsorgstjenester i hjemmet, dagtilbud, korttidsopphold i sykehjem, opphold i omsorgsinstitusjon, tilrettelegging av hjemmet eller omgivelsene, hjelpemidler og tekniske løsninger,
- l) pasientens eller brukerens nettverk,
- m) hensynet til personer pasienten eller brukeren bor sammen med, herunder om avlastningstiltak er forsøkt eller vurdert,
- n) om pasienten eller brukeren er til fare for andre eller det er fare for materielle skader,

- o) kommunens organisering av helse- og omsorgstjenestetilbudet og
- p) om geografiske forhold eller forhold ved hjemmet gjør det uhensiktsmessig å gi tjenester der.

Avgjørende for om pasient eller bruker umiddelbart får langtidsopphold i sykehjem eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester eller om vedkommende får enkeltvedtak om å stå på observasjonsliste til slikt bo- og tjenestetilbud er følgende:

- a) om det er ledig kapasitet i det aktuelle bo- og tjenestetilbudet og
- b) hvor mye det haster for pasienten eller brukeren å få et annet bo- og tjenestetilbud enn vedkommende har i dag.

Dersom saken ikke er tilstrekkelig utredet til at det kan fattes enkeltvedtak om tildeling av langtidsopphold eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig, eller enkeltvedtak om å få stå på observasjonsliste, herunder om pasientens eller brukerens ønsker etter at vedkommende har fått tilstrekkelig informasjon og veiledning ikke er innhentet, må saken utredes videre inntil det foreligger et forsvarlig beslutningsgrunnlag, jf. denne forskriften §§ 7 og 8.

§ 7 Kriterier knyttet til pasientens eller brukerens ønsker

For at saken skal være tilstrekkelig utredet, må det være gjennomført et møte e.l. med pasienten eller brukeren og/eller partsrepresentanten med følgende formål:

- a) å kartlegge pasienten eller brukerens behov for helse- og omsorgstjenester,
- b) å få samtykke fra pasienten eller brukeren til å innhente ytterligere opplysninger som er nødvendige for saksutredningen fra andre,
- c) å gi pasienten eller brukeren den informasjon og veiledning som trengs for at vedkommende skal kunne ivareta sine interesser i saken, herunder informasjon om betaling, jf. denne forskriften § 11 tredje ledd, og
- d) å få klarhet i hvilke ønsker pasienten eller brukeren har etter at tilstrekkelig informasjon er gitt.

Pasienten eller brukeren har rett til å velge å la være å ta imot tilbud om langtidsplass i sykehjem, med mindre vilkårene i lov 2. juli 1999 nr. 63 kapittel 4A er oppfylt, og til å la være å ta imot tilbud om å få disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Pasienten eller brukeren mister ikke retten til å stå på observasjonsliste ved å takke nei til et tilbud som blir gitt av kommunen.

§ 8 Kriterier knyttet til saksutredningen

For at en sak som gjelder tildeling eller avslag på langtidsopphold i sykehjem eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester skal anses som tilstrekkelig opplyst, må det være foretatt en grundig saksutredning, der følgende inngår i den grad de er relevante i saken:

- a) opplysninger om forhold som er nevnt i denne forskriften § 6 første til tredje ledd,
- b) opplysninger fra møte med pasienten eller brukeren og/eller vedkommendes partsrepresentant, jf. denne forskriften § 7,
- c) resultater fra vurderingsopphold i sykehjem,

- d) opplysninger fra annet helsepersonell og/eller tilbydere av helse- og omsorgstjenester, herunder resultater fra medisinsk, ernæringsmessig eller annen utredning og behandling,
- e) opplysninger fra andre deler av den offentlige forvaltningen,
- f) funn fra IPLOS-kartlegging og
- g) andre opplysninger.

Kapittel 3 Rett til enkeltvedtak og oppfølging av pasienter eller brukere

§ 9 Rett til enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester i sykehjem

Pasient eller bruker som i enkeltvedtak får tildelt opphold i sykehjem har rett til at enkeltvedtaket også skal omfatte de helse- og omsorgstjenestene som skal gis under oppholdet. Pasient eller bruker som får tildelt disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester har rett til enkeltvedtak om de helse- og omsorgstjenestene som skal gis etter de reglene som er nevnt i denne forskriften § 2 annet ledd.

Det skal fattes nytt enkeltvedtak dersom pasienten eller brukeren skal flyttes fra avdelingen som vedkommende har opphold i og dersom det skal skje vesentlige endringer i innholdet eller omfanget av de helse- og omsorgstjenestene som gis.

§ 10 Oppfølging av pasienter eller brukere på observasjonsliste

Pasienter eller brukere som kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vil få enkeltvedtak med avslag på slikt bo- og tjenestetilbud som nevnt ovenfor, men vil samtidig få enkeltvedtak om å få stå på observasjonsliste og om de helse- og omsorgstjenestene som skal gis inntil det kan gis et bo- og tjenestetilbud som nevnt. De helse- og omsorgstjenestene som gis i ventetida, skal til enhver tid være forsvarlige og behovsdekkende.

[Navn på det organisasjonsleddet som har fått dette ansvaret delegert til seg] skal til enhver tid følge med på behovsutviklingen hos de pasientene og brukerne som står på observasjonslista, og skal sørge for at det umiddelbart gis langtidsopphold i sykehjem eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig dersom det oppstår en situasjon der det haster for den enkelte pasient eller bruker å få et slikt bo- og tjenestetilbud. Ut over hastesakene tildeles slike bo- og tjenestetilbud til den av pasientene eller brukerne som antas å ha størst behov for det bo- og tjenestetilbudet som har blitt ledig. Pasient eller bruker som har fått enkeltvedtak om å få stå på observasjonsliste, må derfor påregne at pasienter eller brukere med mer presserende eller større behov prioriteres foran dem, og det gjelder ingen tidsfrist for når et bo- og tjenestetilbud som nevnt ovenfor senest skal tilbys.

Pasienter eller brukere som står på observasjonsliste har rett til informasjon om hvor lang tid de må påregne å vente ved å henvende seg til [navn på det organisasjonsleddet som har fått dette ansvaret delegert til seg]. Informasjon om gjennomsnittlig ventetid til enhver tid vil bli publisert på kommunens nettsider.

Kapittel 4. Betaling, klage og ikrafttredelse

§ 11 Betaling for bo- og tjenestetilbud

Egenbetalingen for helse- og omsorgstjenester i sykehjem følger reglene i forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon.

Betaling for tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester framgår av kontrakten som inngås om det aktuelle botilbudet. Egenbetalingen for helse- og omsorgstjenester i slikt botilbud følger reglene i forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon.

Den enkelte pasient eller bruker har som et ledd i den informasjonen som skal gis etter denne forskriften § 7 første ledd bokstav c rett til å få et grovt overslag over hva det vil koste å motta helse- og omsorgstjenester i hjemmet, bo- og tjenestetilbud i sykehjem og bo- og tjenestetilbud i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

§ 12 Klage

Ved klage på enkeltvedtak om langtidsopphold i sykehjem eller om å få stå på observasjonsliste til langtidsopphold i sykehjem og om helse- og omsorgstjenester i eller utenfor sykehjem gjelder bestemmelsene i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter kapittel 7. Helsedirektoratet er overordnet forvaltningsorgan med adgang til å omgjøre vedtak uten klage, jf. lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 35.

Ved klage på enkeltvedtak om tildeling av disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester gjelder reglene i lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 28.

§ 13 Ikrafttredelse og revidering av forskriften

Denne forskriften trer i kraft 1. juli 2022

Forskriften skal gjennomgås og ved behov revideres når nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns omsorg er vedtatt. Ved motstrid vil den nasjonale forskriften gå foran denne forskriften.

VEDLEGG 3 STATISTISKE FAKTA -HELSE OG OMSORGSTJENESTENE 4 K ÅR 2020

Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter statistikkvariabel, region, år og tenestetype (2020)

		Heime teneste	Institusjons tenester	Aktiviserings- og servicetenester
Brukarar av omsorgstenester				
5440 Berlevåg		57	15	38
5441 Deatnu - Tana		161	8	109
5442 Unjárga - Nesseby		42	13	25
5443 Båtsfjord		132	17	50
Brukarar av omsorgstenester (per 1 000 innbyggjarar)				
5440 Berlevåg		61,40	16,20	40,90
5441 Deatnu - Tana		56,90	2,80	38,50
5442 Unjárga - Nesseby		47,70	14,80	28,40
5443 Båtsfjord		60,00	7,70	22,70

Tjenesteprofilen i de 4 kommunene er svært ulik: Berlevåg og Nesseby er institusjonstunge, mens i Tana og Båtsfjord får brukerne i hovedsak tjenester utenfor institusjon. (Noe av den store forskjellen kan være skjult i utbyggingen av omsorgsboliger med høyt hjemmetjenestetilbud) Interessant kan det være å se dette i sammenheng med kostnader, der Berlevåg og Nesseby har betydelig høyere kostnader pr innbygger enn Båtsfjord og Tana. Dette kan det sikkert være mange flere forklaringer på (demografi mv), men forskjellene er svært store, og valg av driftsformer kan ha stor betydning.

5440 Berlevåg	59 458
5441 Deatnu-Tana	47 211
5442 Unjárga-Nesseby	56 955
5443 Båtsfjord	42 183

Til sammenligning er tallet for hele landet kr 28 597.

Det betyr at utgiftene til helse- og omsorg er om lag dobbelt så høye i Berlevåg og Nesseby, som i landet for øvrig.

Det er også betydelig variasjon mellom de fire kommunene. Lavest ligger Båtsfjord med kr 42 183.

En annen tabell som illustrerer denne variasjonen er institusjonstjenestenes og hjemmetjenestenes andel av kommunens bruttoutgifter:

Utgifter til tjenesteområdene, etter region, funksjon, statistikkvariabel, art og år (2020)

Rotér mot venstre	Rotér mot høyre	Rotér manuelt		
	253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	15,5
5440 Berlevåg	254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	6,0
	253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	5,8
5441 Deatnu-Tana	254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	21,3
	253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	13,5
5442 Unjárga-Nesseby	254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	12,4
	253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	9,0
5443 Båtsfjord	254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Andel av totale utgifter (prosent)	Brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde	15,1

I Berlevåg bruker de 15,5% av kommunens utgifter til institusjon og 6 % til hjemmetjenester, mens i Båtsfjord bruker de 15 % på hjemmetjeneste og 9 % på institusjon.

Alt dette må imidlertid ses i sammenheng med hvor mye den enkelte kommune har å rutte med. Variasjonen mellom kommunene er betydelig, fra Båtsfjord og Tana som har driftsinntekter på 122 – 126.000 pr innb til Nesseby og Berlevåg som har hele 185 – 189.000 pr innb. Kommunenes rammetilskudd avspeiler også disse store forskjellene:

	Brutto driftsutgifter totalt	Brutto driftsinntekter i alt	Rammetilskudd
5440 Berlevåg	179 600	189 228	73 242
5441 Deatnu-Tana	124 146	126 344	56 663
5442 Unjárga-Nesseby	175 548	184 918	88 955
5443 Båtsfjord	122 628	121 842	49 145

12137: Finansielle nøkkeltall fra bevilgnings- og balanseregnskapet i kroner per innbygger, etter region, statistikkvariabel, år og regnskapsbegrep

Til slutt. Institusjonsdekningen påvirker også kostnader pr institusjonsplass, som varierer mellom kommunene :

5440 Berlevåg	1 714 458
5441 Deatnu-Tana	2 797 251
5442 Unjárga-Nesseby	1 904 362
5443 Båtsfjord	2 040 224

Til sammenligning er bruttoutg pr institusjonsplass i hele landet kr 1 455 253.

Det er rimelig at de som har få institusjonsplasser (som Tana og Båtsfjord) har høye kostnader med få og svært ressurskrevende beboere, men Berlevåg og Nesseby har en betydelig høyere institusjonsdekning.

Fordeling av utgifter

K-5440 Berlevåg	928
K-5441 Deatnu - Tana	2 829
K-5442 Unjárga - Nesseby	880
K-5443 Båtsfjord	2 200

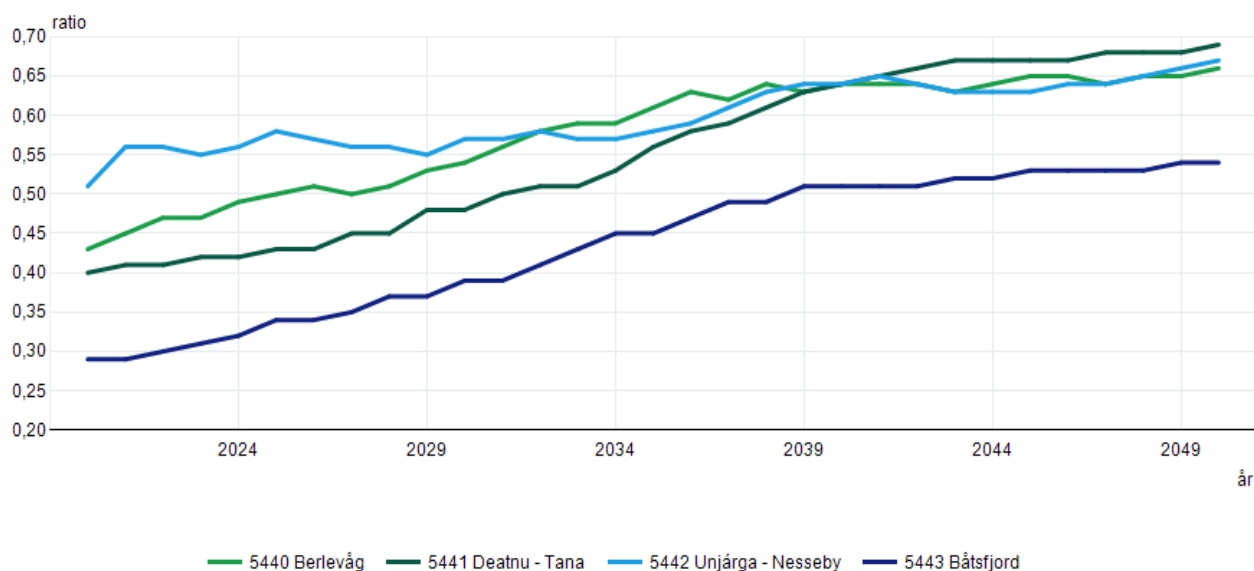
De 4 kommunene har til sammen 6837 innbyggere i 2021. Om utgiftene fordeles etter innbyggertall, blir fordelingen slik:

Berlevåg 14,5732 %, Tana 41,3778 %, Nesseby 12,8711 %; Båtsfjord 32,1779 %

SSBs forsørgerbrøk for eldre, som er antall personer 65 år og over / antall personer 20-64 år, kan være et demografisk uttrykk for forholdet mellom behovet for helse- og omsorgstjenester sett opp mot ressurser i form innbyggere i yrkesaktiv alder.

Alt tyder imidlertid på at selv om utgangspunktet er ulikt i de fire kommunene, går utviklingen i samme retning, og kommunene nærmer seg hverandre når denne brøken framskrives, slik SSB har gjort i sine befolkningsframskrivninger.

12981: Framskrevne forsørgerbrøker, etter region og år. Hovedalternativet (MMMM), Forsørgerbrøker for eldre.



Inntekts- og utgiftsnivået pr person i kommunene er også ulikt. Det samme er rammetilskuddet som gis gjennom inntektssystemet, der kriteriene delvis også er knyttet til demografi

En mulighet kan derfor være å knytte fordelingen til innbyggertall vektet mot størrelsen på rammetilskuddet, og på den måten la kriteriene i inntektssystemet slå inn på utgiftsfordelingen. Da ville fordelingen i tilfelle bli:

Berlevåg	928 x 73242 = 67.968.576	16.4 %
Tana	2829 x 56663 =160.299.620	38,6 %
Nesseby	880 x 88955 = 78.280.400	18,9 %
Båtsfjord	2200 x 49145 =108.119.000	26,1 %

(Samlet rammetilskudd om lag 414.666.000)

	Brutto driftsutgifter totalt	Brutto driftsinntekter i alt	Rammetilskudd
5440 Berlevåg	179 600	189 228	73 242
5441 Deatnu-Tana	124 146	126 344	56 663
5442 Unjárga-Nesseby	175 548	184 918	88 955
5443 Båtsfjord	122 628	121 842	49 145

12137: Finansielle nøkkeltall fra bevilgnings- og balanseregnskapet i kroner per innbygger, etter region, statistikkvariabel, år og regnskapsbegrep

Konklusjon

Ettersom det bare er kostnadene til saksbehandling/forvaltning og ikke til selve tjenestetilbudet som skal fordeles, vil det enkleste kanskje være det beste. Det vil være å fordele kostnadene etter innbyggertall. Ettersom disse 4 kommunene har fått i oppgave å utvikle hvert sitt ansvarsområde (It, barnevern, helse- og omsorg), vil kostnadsfordelingen jevne seg ut når en ser alle fire områdene i sammenheng.

Vi kan eventuelt forutsette at vertskommunene tar kostnadene med «overhead» i form av egnede lokaler, kontorutstyr og administrasjon/ledelse.

VEDLEGG 4 OVERSIKT OVER PRODUKSJON, FAKTISKE OG PLANLAGTE STILLINGER OG KOSTNADSFORDELING

Kommunene behandler og fatter vedtak i om lag 750 saker / år (Tana ca 250, Båtsfjord ca 300, Berlevåg 92 (snitt over tre år) og Nesseby ca 100 (estimert)). Det kan være flere enkeltvedtak pr tjenesteforhold og flere vedtak om justering i samme tjenesteforhold/ år.

4 K – kommunene har til sammen 3 stillinger for saksbehandling, noe som tilsvarer 2279 innbyggere pr stilling. (Tana 1, Berlevåg 0,5, Nesseby 0,5, Båtsfjord 1) og ca 250 saker pr år pr stilling.

Det foreligger ikke nasjonal statistikk over ressursbruk til saksbehandling for kommunal helse- og omsorgssektor. Erfaringstall fra kommunene viser en spredning på mellom 2000 og 3500 innbyggere pr saksbehandlerstilling, avhengig av kommunestørrelse og oppgaveportefølje. Hver saksbehandler antas å behandle om lag 300 saker/ år, men statistikkgrunnlaget er usikkert.

Vertskommunefunksjonen vil i tillegg til kommunens saksbehandler i full stilling utløse behov for en kontorleder og en konsulent.

Ledelsesfunksjonen bør søkes bemannet med jurist som i tillegg til å være personalleder tar seg av krevende enkeltsaker, klagesaker, gir veiledning til saksbehandlere og sikrer god intern kontroll.

Konsulentrollen tillegges arbeid med vederlagsberegning og etterberegning (skatteoppgjør), rapportering av styringsdata som grunnlag for budsjettarbeid / overordnet styring, ansvar for rapportering av ressurskrevende brukere, ansvar for søknad om prosjektmidler m.v.

Budsjett

Kontorleder	1 200 000
Konsulent	900 000
Kontorkostnader	90 000
Kurs / reise	400 000
Til fordeling	2 590 000

Utgiftsfordeling

Tana	1 072 000
Båtsfjord	829 000
Berlevåg	375 000
Nesseby	320 000