



Inderøy kommune

7670 Inderøy

Møteinnkalling

Utvalg: Inderøy kommunestyre

Møtested: Inderøy Kulturhus, møterom:

Dato: 03.05.2010

Tidspunkt: 18:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 74124210. Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Ole Tronstad
ordfører

Solbjørg Kirknes
sekretær

Sakliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Untatt off.
PS 7/10	Intensjonsplan - kommunesammenslåing mellom Inderøy og Mosvik kommuner.	
PS 8/10	Samarbeidsavtale om felles ungdomsskole med Mosvik	
PS 9/10	Finansreglement og rutiner	
PS 10/10	Etablering av Distriktsmedisinsk senter, DMS - Inntrøndelag	
PS 11/10	Internasjonal koordinator	
PS 12/10	Kontrollrapport og årsrapport 2009 - Skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune	
PS 13/10	Kontrollutvalget - Årsrapport 2009	
PS 14/10	Delegasjon av myndighet etter ny havne- og farvannslav	
PS 15/10	Endring av reglement for Inderøy Kulturskole	
PS 16/10	Vinmonopol i Inderøy	
PS 17/10	Valg av varamedlem til styret for Inderøy museum	
PS 18/10	Referatsaker	
PS 19/10	Strategi 2020 - Høringsutkast til strategi for spesialhelsetjeneste i Helse Midt-Norge	



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	24/10	28.04.2010
Inderøy kommunestyre	7/10	03.05.2010

Intensjonsplan - kommunesammenslåing mellom Inderøy og Mosvik kommuner.

Rådmannens forslag til vedtak

Forslag til intensjonsplan, revidert 08.04.10, om kommunesammenslåing mellom Mosvik og Inderøy kommuner, vedtas.

Behandling i Formannskapet - 28.04.2010:

Avstemming:

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Formannskapet - 28.04.2010:

Forslag til intensjonsplan, revidert 08.04.10, om kommunesammenslåing mellom Mosvik og Inderøy kommuner, vedtas.

Vedlegg

- 1 Intensjonsplan - revidert 08-04-2010

Bakgrunn

Kommunestyrene i Inderøy og Mosvik vedtok i kommunestyremøter i desember å utrede muligheten for kommunesammenslåing fra 01.01.2012. Kommunestyrene nedsatte prosjektgrupper som skal lede arbeidet med utredningen.

Telemarksforskning har hatt oppdraget med å utrede konsekvensene av en sammenslåing. En endelig rapport foreligger som vedlegg til denne sak.

De respektive prosjektgrupper har siden gjennomført flere møter og hvor arbeidet med en intensjonsplan for en sammenslått kommune har vært gjenstand for behandling.

I felles kommunestyremøte 17.03.2010 ble et utkast til intensjonsplan drøftet. Behandlingen ble vedtatt utsatt.

Felles prosjektgruppe har i ettertid besluttet å ta inn et par endringer i det opprinnelige utkast; se blant annet punktet om "øremerking" av kraftfondsmidler til utvikling av Mosvik-samfunnet.

Vurdering

Hensikten med intensjonsplanen er å formulere felles målsettinger med kommunesammenslåingen, samt å avklare overordnede spørsmål som navn på den nye kommunen, hvor kommunesenteret skal ligge, hvilke tjenester som skal legges hvor, organisering av ny kommune, samt de ansattes rettigheter m.v.

For arbeidsgruppene har det vært viktig snarest mulig å etablere et avtalegrunnlag – ikke minst av hensyn til de tidsfrister som er satt for beslutningsprosessen med kommunale beslutninger og folkeavstemning i Mosvik allerede i mai. Intensjonsavtalen vil – sammen med utredningen fra Telemarksforskning – danne det viktigste grunnlaget i så måte.

Dersom kommunestyrene fatter vedtak om sammenslåing, vil intensjonsplanen dessuten være styrende i forhold til etablering av den nye kommunen.

Det skal bemerkes at den endelige utredningen fra Telemarksforskning ikke anses å gi ny informasjon eller kunnskap som ikke fremgikk av de resultater som forelå – og ble redegjort for – i det felles kommunestyremøtet 17.03.

Konklusjon

Forslag til intensjonsplan, vedtatt i felles prosjektmøte 08.04.10, legges fram for politisk behandling med anbefaling om godkjenning.

Revidert: 08.04.2010

Intensjonsplan – kommunesammenslåing mellom Inderøy og Mosvik kommuner.

Innledning:

Inderøy og Mosvik kommune tar sikte på å slå seg sammen til en kommune fra 01.01.2012.

Det er kommunestyrene i de to kommunene som vedtar om kommunene skal slå seg sammen eller ikke.

I Mosvik vil det bli avholdt en rådgivende folkeavstemning. Inderøy vil ikke avholde folkeavstemning, men i stedet foreta en opinionsundersøkelse blant befolkningen i kommunen.

Mål for kommunesammenslåinga:

Hovedmål:

- Etablere en livskraftig og attraktiv kommune i hjertet av Innherred.
- Sikre og videreutvikle kvalitet i tjenestene til innbyggerne.

Delmål:

- Videreføre det beste i begge kommuner inn i den nye kommunen.
- Sikre en demokratisk styring av den nye kommunen.
- Sikre at den nye kommunen innfrir krav fra statlige myndigheter gjennom et bredt faglig miljø.
- Sikre grunnlaget for kostnadseffektive tjenester ut fra tilgjengelige økonomiske ressurser.
- Etablere attraktive bolig- og fritidsområder i alle deler av kommunen
- Sikre gode oppvekstvilkår gjennom utvikling av gode nærmiljø.
- Styrke grunnlaget for en offensiv og samordna næringsutvikling og et rikt kulturliv blant annet gjennom aktivt bruk av næringsfond. Med ønske om et positivt fokus på utvikling i Mosvik, vil kraftverksmidler som i dag tilføres lokalt næringsfond, i en overgangsperiode brukes i Mosviksamfunnet.
- Være en utviklende og attraktive arbeidsplass for de ansatte.

Kommunesenter:

Kommunestyrene går inn for at kommunesenteret legges til Sakshaug. Kommunestyrene legger til grunn at dette på sikt vil tjene alle deler av den nye kommunen. Av distriktpolitiske hensyn er det viktig å velge et kommunesenter som vil ha utviklingspotensial i samarbeid og konkurranse med andre sentre i Innherred.

Kommunenavn og kommunevåpen:

Kommunestyrene går inn for at kommunenavnet blir Inderøy kommune og at den nye kommunen skal få nytt kommunevåpen.

Hva skal kommunesenteret inneholde?

Kommunesenteret skal legges til det nye kommunehuset som bygges på Inderøy. Kommunesenteret skal inneholde kontor til ordfører, rådmann med stab og alle andre tjenestefunksjoner som naturlig hører heime i kommunens sentraladministrasjon.

Prinsipper for organisering av den nye kommunen.

Det er et mål å lage en enkel og kostnadseffektiv administrativ struktur, med politisk demokratisk forankring. Strukturen kan bli forskjellig i forhold til dagens struktur i de to kommunene, men det kan være en fordel ikke å foreta en omfattende omstrukturering i forbindelse med kommunesammenslåinga.

Tjenesteenheter i Mosvik

Kommunestyrene legger til grunn at en skal beholde og videreutvikle følgende tjenester i Mosvik:

- Barnehage
- Barneskole
- Sykeheim med kjøkken
- Legekontor
- Servicekontor

Større ansvar og flere oppgaver til kommunene innen helse-, pleie- og omsorgssektoren, gir muligheter for økt satsing på disse tjenestene også i Mosvik.

Ansatte

En viktig målsetting med kommunesammenslåinga er en kompetent og effektiv tjenesteproduksjon med attraktive og utviklende arbeidsplasser for ansatte. Kommunestyrene gir garantier for at ingen ansatte skal sies opp som følge av prosessen.. Eventuelt overtallige skal tilbys nye oppgaver i den nye kommunen.

Rådgivende folkeavstemning

Mosvik kommune skal avholde rådgivende folkeavstemning 30. og 31. mai 2010.

Kommunestyrene i Inderøy og Mosvik fatter endelig vedtak i juni.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg Folk	20/10	27.04.2010
Formannskapet	23/10	28.04.2010
Inderøy kommunestyre	8/10	03.05.2010

Samarbeidsavtale om felles ungdomsskole med Mosvik

Rådmannens forslag til vedtak

Vedlagte utkast til avtale vedtas som avtale for vertskommunesamarbeidet om felles ungdomsskole for Mosvik og Inderøy. Rådmannen gis fullmakt til å foreta eventuell redaksjonelle endringer.

Behandling i Hovedutvalg Folk - 27.04.2010:

Avstemming:

Rådmannens forslag enstemmig.

Uttalelse i Hovedutvalg Folk - 27.04.2010:

Vedlagte utkast til avtale vedtas som avtale for vertskommunesamarbeidet om felles ungdomsskole for Mosvik og Inderøy. Rådmannen gis fullmakt til å foreta eventuell redaksjonelle endringer.

Behandling i Formannskapet - 28.04.2010:

Avstemming:

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Formannskapet - 28.04.2010:

Vedlagte utkast til avtale vedtas som avtale for vertskommunesamarbeidet om felles ungdomsskole for Mosvik og Inderøy. Rådmannen gis fullmakt til å foreta eventuell redaksjonelle endringer.

Vedlegg

- 1 Avtale om felles ungdomsskole for Mosvik og Inderøy

Bakgrunn

Det er fattet vedtak i kommunestyrene i Mosvik og Inderøy om at elevene ved ungdomstrinnet i Mosvik skal få sin grunnskoleopplæring lagt til Inderøy ungdomsskole fra skoleåret 2010/11.

Kommuneloven § 28e: For et vertskommunesamarbeid skal det opprettes en skriftlig samarbeidsavtale. Avtalen vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Vurdering

Punkt 2 i avtalen

Samarbeidet om felles ungdomsskole kan enten hjemles i Kommuneloven § 28b Administrativt vertskommunesamarbeid, eller 28c Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Rådmannens vurdering er at det ikke er hensiktsmessig med et eget politisk styringsorgan for dette samarbeidet.

Punkt 3 i avtalen

Punkt 1 i Kommuneloven § 28b sier at saker av ikke prinsipiell betydning kan delegeres til en vertskommune. I kommunale delegasjonsreglement er saker av ikke prinsipiell betydning saker som er eller kan delegeres til administrasjonen å fatte vedtak i. For interkommunalt samarbeid setter Kommuneloven § 28a begrensninger for videredelegering fra egen administrasjon til administrasjonen i vertskommunen. Det er vedtak etter Forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a som kan delegeres. Vedtak etter bokstav b gjelder enkeltvedtak, og disse kan ikke delegeres til en vertskommune.

For samarbeidet om felles ungdomsskole vil det i praksis være snakk om vedtak om spesialundervisning, og dette er tatt med eksplisitt i avtalen. Den generelle formuleringen i punkt 3 fanger opp eventuelle andre tenkbare, men lite sannsynlige saker, som måtte dukke opp.

Punkt 4 og 7 i avtalen

Forskrift til Opplæringsloven regulerer de økonomiske forhold knyttet til skolegang for fosterheimplasserte elever. Det skal betales for skoleplass det en elev koster i gjennomsnitt i

vertskommunen, i tillegg til de faktiske kostnadene for spesialundervisning som er gitt. Praksis kommuner mellom har også lagt dette prinsippet til grunn for avtaler om å gi grunnskoleopplæring til enkeltelever bosatt i nabokommuner. Det er en gjennomgående praksis at KOSTRA-tall legges til grunn for fastsetting av hva en elev koster i gjennomsnitt.

Rådmannen anbefaler at en ikke baserer samarbeidet med Mosvik på en modell med en kombinasjon av kostnadsdekking for utgifter til spesialundervisning og betaling for skoleplass etter en avtalt pris per elev. Dette er et mer omfattende samarbeid, og det er formålstjenlig at prinsippene for beregning av betaling for tjenestene er forenklet og gir forutsigbarhet for begge parter.

Mosvik og Inderøy har et tilnærmet likt nivå på spesialundervisning samlet sett for hver av kommunene (det er forskjeller på årstrinnsnivå). I KOSTRA-tallene for funksjon 202 er spesialundervisningen tatt med, og rådmannens vurdering er at det vil være mulig å gi elevene fra Mosvik et likeverdig tilbud inklusiv spesialundervisning ved å legge gjennomsnittstall for kostnader per elev til grunn for beregning av hva Mosvik skal betale for tjenestene.

Beregninger viser at det i Inderøy ikke er vesentlige avvik mellom kostnadene per elev i ungdomsskolen, og kostnadene per elev for grunnskolen samlet sett. KOSTRA fanger dermed opp kostnadsbildet for ungdomstrinnet på en tilfredsstillende måte.

KOSTRA-tall for foregående år er tilgjengelig 15. mars. For grunnskolen er det tatt hensyn til at skoleåret avviker fra kalenderåret. Det gjøres egne beregninger for henholdsvis vår- og høsthalvåret. Dataene fra de 2 halvårene vektet etter egne formler, og resultatet blir tabellene for grunnskolen slik de framkommer i KOSTRA.

Dette gir en kostnadmessig overhengsvirkning inn i nytt kalenderår (høsthalvåret har normalt høyere kostnader enn gjennomsnittet for hele året), i tillegg kommer effekten av lønns- og prisvekst. Rådmannen vurderer at den generelle deflator som settes for kommunal sektor kan legges til grunn for beregninger av denne kostnadseffekten.

For skoleåret 2010/11 er prisen per elev eksklusiv skoleskyss beregnet til i underkant av 85.000 kroner. Mosvik skal selv dekke kostnadene for skoleskyss slik det er nedfelt i punkt 5 i avtalen.

Punkt 6 i avtalen

Lønnskostnadene belastes i 10,85 måneder av året, ved at feriepengeavsetningene utgiftsføres samtidig med at lønnskostnadene belastes regnskapet. Lovfestet ferie utgjør 1.15 måneder per år, og utbetalingene dekkes av avsetninger til feriepenger. Det gir en kostnad for høsthalvåret som er høyere enn 5/12.

Punkt 9 i avtalen

En samarbeidsavtale skal inneholde nærmere regler for uttreden og avvikling av samarbeidet. Etter § 28i punkt 1 kan samarbeidet avvikles med øyeblikkelig virkning, mens punkt 2 sier at avtalen kan sies opp med ett års virkning. Andre oppsigelsesfrister kan avtales.

Det er lagt inn enn en avgrensing etter hovedbestemmelsen i punkt 2 i § 28i. Oppsigelsestiden på 1 år gjelder, men avtalen skal gjelde for et helt skoleår, og kan ikke sies opp med virkning i skoleåret.

Konklusjon

Rådmannen innstiller på at vedlagte avtale vedtas som grunnlag for samarbeidet om felles ungdomskole for Mosvik og Inderøy.

Felles ungdomsskole for Mosvik og Inderøy.

Samarbeidsavtale mellom Mosvik kommune og Inderøy kommune, Kommuneloven § 28e.

1. Inderøy kommune gir grunnskoleopplæring til elever på ungdomstrinnet i Mosvik fra 01.08.2010 ved Inderøy ungdomsskole.
2. Samarbeidet hjemles i Kommuneloven § 28b. Administrativt vertskommunesamarbeid.
3. Vedtak etter Forvaltningsloven § 2 første ledd, bokstav b, fattes administrativt i Mosvik kommune. Mosvik kommune fatter vedtak om spesialundervisning.
4. Mosvik refunderer Inderøy kommune det en elev koster i gjennomsnitt i Inderøy kommune for funksjonene 202 Grunnskoleundervisning og 222 Lokaler grunnskole.
5. Mosvik kommune betaler for skoleskyss direkte til fylkeskommunen som en del av kommunens oppgjør for skoleskyss for elever i Mosvik kommune.
6. Beregnet pris gjelder for skoleåret - basert på elevtall første skoledag om høsten. Det betales inn 5/10,85-deler for høsthalvåret, og 5,85/10,85 -deler for vårhalvåret.
7. Grunnlaget for beregninger er KOSTRA-tall fra forrige kalenderår, med tillegg for pris- og lønnsvekst lik den generelle kommunale deflator det angjeldende året..
8. Betaling for høsthalvåret forfaller 1. oktober, og for vårhalvåret 15. mars.
9. Avtalen kan sies opp av begge parter med ett års frist, Kommuneloven § 28i punkt 2. Oppsigelse gjelder fra skoleårets start, og må være meldt innen 31. juli året i forveien.

Vedtatt av kommunestyret i Inderøy i sak x den xxx

Vedtatt av kommunestyret i Mosvik i sak x den xxx



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	10/10	17.02.2010
Inderøy kommunestyre	9/10	03.05.2010
Formannskapet	18/10	17.03.2010

Finansreglement og rutiner

Rådmannens forslag til vedtak

Vedlagte forslag til revidert finansreglementet vedtas.

Det tas forbehold om revisors uttalelse.

Behandling i Formannskapet - 17.02.2010:

Rådmannen foreslo saken utsatt til uttalelse fra revisjonen er mottatt.

Avstemming:

Rådmannens endringsforslag enstemmig.

Vedtak i Formannskapet - 17.02.2010:

Saken utsettes til uttalelse fra revisjonen er mottatt.

Vedlegg

- 1 Finansforvaltning 1 Rutine for vurdering og håndtering av finansiell risiko
- 2 Finansforvaltning 2 Rutine for forvaltning av overskuddslikviditet
- 3 Finansforvaltning 3 Rutine for finansiering
- 4 Finansforvaltning 4 Rutine for avvikshåndtering
- 5 Utkast finansreglement Inderøy kommune 20100303

Bakgrunn

Fokus på finansforvaltningen har vært betydelig i Norge etter Terra-skandalen.

Siste lovrevisjon forutsetter justeringer av vårt sist vedtatte finansreglement – vedtatt av kommunestyret i desember 2008. (se vårt Intranett – styringsdokumenter)

Vedlagt fremlegges et forslag til et ajourført reglement.

Forslaget bygger på anbefalte standarder og det er gjort en foreløpig avkonferering med revisjonen. Om en sammenligner dette utkastet med forrige utkast er endringene ytterst begrensede.

Kommunerevisjonen er bedt om å avgi endelig uttalelse innen behandlingen i formannskapet og det er nå lovet.

Vurdering

Vi har valgt og omformulere finansreglementet etter de siste lov og forskriftsendringer selv om endringene reellt sett er av marginal betydning.

Dette gjør det teknisk komplisert å "sammenligne" med gjeldende reglement formulering for fomulering.

For så vidt gjelder realitetene er endringene knapt av praktisk betydning. Endringene er primært knyttet til forskriftsmessige krav om målsettingsformuleringer og rutinebeskrivelser knyttet til risikovurderinger – se vedlegg. Reglementet viderefører en etablert forsiktig praksis når det gjelder pengehåndteringen i Inderøy kommune.

Legg dog merke til at det foreslås et krav om at minimum 20% av låneportefølgen skal være fastrentelån. Rådmannen har tidligere rådd til at Inderøy kommune for så vidt gjelder valg av grad av rentebinding, relaterer seg til hvordan kommunene gjennomgående har innrettet seg. Ut fra våre data ligger kommunegjennomsnittet over 20 %.

Det kan diskuteres om det er behov for å sette en slik minimumssats. Vi praktiserer i dag en "rentebindingsstrategi" som uansett vil gi en rentebinding i 20% området som resultat. Dette

er rett og slett begrunnet i et behov for å redusere risikoen noe i forhold til uventede negative endringer i rentenivåer.

Konklusjon

Det foreslås at foreslått reglement vedtas.

Den versjonen som nå forelegges er drøftet med revisjonen; revisjonens endelige uttalelse forventes å foreligge før formannskapetets behandling.

Om merknadene mot formodning skulle inneholde innsigelser av betydning, så blir konsekvensene av dette å håndtere i forbindelse med behandlingen.

1. Rutine for vurdering og håndtering av finansiell risiko.

Vedlegg til finansreglement.

Funksjonsområde	:	Finansforvaltning.
Utarbeidet av	:	Rådmannen
Utarbeidet	:	01.02.2010
Oppdatert	:	01.02.2010
Oversendt uavhengig finanskompetanse:		01.02.2010

Definisjon:

Rutine for vurdering og håndtering av finansiell risiko etter regler gitt i "Reglement og fullmakt for Inderøy kommunes finansforvaltning".

Fullmakter.

Fullmakter er gitt i Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Regelverk.

Lov av 25. september 1992 nr 107 om kommuner fylkeskommuner § 52.

Forskrift om kommuners og fylkeskommuners finansforvaltning av 9. juni 2009.

Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

(Evt. delegering fra rådmann til økonomisjef)

1. Vurdering og håndtering av finansiell risiko.

All handel skal utføres i tråd med rammene gitt i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Før handel skjer skal alle typer av finansiell risiko vurderes. Det eksisterer ulike typer av finansiell risiko. Den finansielle risiko som ligger i et verdipapir, vil som regel bestå av flere typer risikoer samtidig:

Kredittrisiko	Kredittrisiko representerer faren for at motparten i en kontrakt, for Inderøy en låntaker eller motparten i en derivatkontrakt, ikke innfrir sine forpliktelser. Inderøyvis at motpart i en låneavtale eller en selger av en obligasjon ikke betaler tilbake hele eller deler av lånet (inkludert rentene).
Markedsrisiko	Markedsrisiko er risikoen for tap eller økte kostnader som følge av endringer i markedspriser (kurssvingninger) i de verdipapirmarkedene kommunen eller fylkeskommunen er eksponert, herunder:
Renterisiko	Renterisiko representerer risikoen for at verdien på plasseringer i rentebærende verdipapirer endrer seg når renten endrer seg. Går renten opp, går verdien av plasseringer i rentebærende verdipapirer ned (og motsatt). Det er også renterisiko knyttet til kommunens eller fylkeskommunens innlån. Endringer i markedsrenten påvirker rentekostnader, og for Inderøy også

	innløsningsverdi på opptatte fastrentelån.
Likviditetsrisiko	Likviditetsrisiko er faren for at plasseringer ikke kan gjøres disponible for kommunen eller fylkeskommunen på kort tid, uten at det oppstår vesentlige prisfall på plasseringene i forbindelse med realisasjon.
Valutarisiko	Valutarisiko representerer risikoen for tap på plasseringer og lån pga. kurssvingninger i valutamarkedet.
Systematisk risiko i aksjemarkedet (generell markedsrisiko)	Systematisk risiko er forbundet med sannsynligheten for at det aktuelle aksjemarkedet vil stige eller falle - både på kort og lang sikt.
Usystematisk risiko i aksjemarkedet (selskapsrisiko)	Usystematisk risiko er forbundet med risikoen for at verdien av det aktuelle investeringsobjekt (selskap) en investerer i, vil stige eller falle i forhold til verdien på markedet - både på kort og lang sikt.

Før handel foretas skal finansiell risiko vurderes opp mot den plassering som planlegges, med unntak for valutarisiko - som er avskåret etter reglene i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Bare dersom alle risikotyper vurderes som tilfredsstillende, og de er innenfor rammene i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning, kan plassering foretas.

På plasseringer kommunen allerede har, skal samme risikovurderinger fortløpende foretas. Dersom en eller flere risikoer har utviklet seg negativt, slik at den ikke lenger er tilfredsstillende, skal plasseringen, dersom det er mulig og uten store negative økonomiske konsekvenser, avhendes. Dersom det ikke er mulig å avhende plasseringen, eller at dette kun kan skje med store negative økonomiske konsekvenser, skal formannskapet forelegges saken for videre håndtering og beslutning.

Det er rådmannen som har ansvaret for å vurdere om finansiell risiko er tilfredsstillende. Det er også rådmannen som vurderer om eventuell avhending kan skje uten store negative konsekvenser.

2. Rutine for forvaltning av overskuddslikviditet.

Vedlegg til finansreglement.

Funksjonsområde	:	Finansforvaltning.
Utarbeidet av	:	Rådmannen
Utarbeidet	:	01.02.2010
Oppdatert	:	01.02.2010
Oversendt uavhengig finanskompetanse:		01.02.2010

Definisjon:

Rutine for forvaltning overskuddslikviditet etter regler gitt i ”Reglement og fullmakt for Inderøy kommunes finansforvaltning”.

Fullmakter.

Fullmakter er gitt i Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Regelverk.

Lov av 25. september 1992 nr 107 om kommuner fylkeskommuner § 52.

Forskrift om kommuners og fylkeskommuners finansforvaltning av 9. juni 2009.

Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

(Evt. delegering fra rådmann til økonomisjef)

1. Forvaltning av overskuddslikviditet.

All handel skal utføres i tråd med rammene gitt i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning.

All handel med obligasjoner og sertifikater godkjennes av rådmannen.

All handel med andeler i verdipapirfond godkjennes av rådmannen.

Prognosen for likviditetsutvikling skal være grunnlag for all handel. Før handel foretas skal rutine for vurdering og håndtering av finansiell risiko gjennomgås. Vurderingene må ha et tilfredsstillende resultat og samsvare med rammene gitt i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning.

3. Rutine for finansiering

Vedlegg til finansreglement.

Funksjonsområde	:	Finansforvaltning.
Utarbeidet av	:	Rådmannen
Utarbeidet	:	01.02.2010
Oppdatert	:	01.02.2010
Oversendt uavhengig finanskompetanse:		01.02.2010

Definisjon:

Rutine for å skaffe kommunen finansiering etter regler gitt i ”Reglement og fullmakt for Inderøy kommunes finansforvaltning”.

Fullmakter.

Fullmakter er gitt i Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Regelverk.

Lov av 25. september 1992 nr 107 om kommuner fylkeskommuner § 52.

Forskrift om kommuners og fylkeskommuners finansforvaltning av 9. juni 2009.

Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

(Evt. delegering fra rådmann til økonomisjef)

1. Finansiering.

All handel skal utføres i tråd med rammene gitt i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Økonomisjefen innhenter anbud og prioriterer det mest fordelaktige tilbudet for kommunen i sin innstilling. Rådmannen godkjenner innstillingen/valg av långiver.

Rådmannen signerer lånedokumenter.

Rådmannens og økonomiseksjonens rentesyn, rådende markedsforhold og sammensetting av eksisterende låneportefølje skal danne grunnlag for omfang på rentesikring, rentebinding og valg av rentebindingstid. Rådmannen godkjenner bruk av rentesikringsinstrumenter etter begrensninger gitt i kommunens reglement og fullmakt for finansforvaltning. Rentekostnader på rentebinding skal føres fortløpende over rentebindingsperioden.

4. Rutine for avvikshåndtering

Vedlegg til finansreglement.

Funksjonsområde	:	Finansforvaltning.
Utarbeidet av	:	Rådmannen
Utarbeidet	:	01.02.2010
Oppdatert	:	01.02.2010
Oversendt uavhengig finanskompetanse:		01.02.2010

Definisjon:

Rutine for å avdekke avvik mellom faktisk finansforvaltning og regler gitt i ”Reglement og fullmakt for Inderøy kommunes finansforvaltning”.

Fullmakter.

Fullmakter er gitt i Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

Regelverk.

Lov av 25. september 1992 nr 107 om kommuner fylkeskommuner § 52.

Forskrift om kommuners og fylkeskommuners finansforvaltning av 9. juni 2009.

Inderøy kommunes reglement og fullmakt for finansforvaltning.

(Evt. delegering fra rådmann til økonomisjef)

Avvikshåndtering.

Avstemming av kommunens faktiske posisjoner opp mot reglement og fullmakter for å avklare at de er innenfor rammer gitt i ”Reglement og fullmakt for Inderøy kommunes finansforvaltning”, foretas ved utarbeidelse av rapportering.

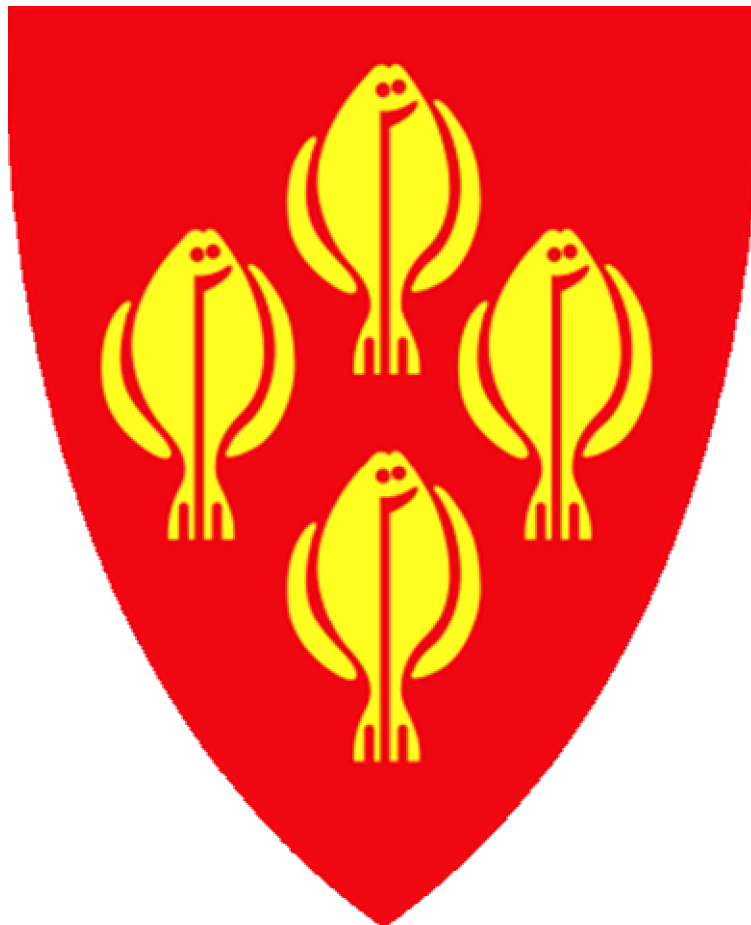
Ansvar: økonomisjef.

Dersom det er oppstått avvik fra gjeldende regelverk skal dette lukkes snarest mulig dersom det kan gjøres uten store negative økonomiske konsekvenser. Oppståtte avvik skal fortløpende rapporteres sammen med den ordinære rapporteringen. Rapporteringen skal inneholde årsak til at avviket oppsto og hvilke økonomiske konsekvenser lukkingen medførte.

Dersom det er oppstått tap av betydning som følge av brudd på rammene, skal saken snarest presenteres for formannskapet som skal ta stilling til hvordan avviket skal lukkes.

Ansvar: økonomisjef.

REGLEMENT OG FULLMAKT
FOR
INDERØY KOMMUNES
FINANSFORVALTNING



Oversikt	side
1. Hensikten med reglementet	3
2. Hjemmel	3
3. Gyldighet	3
4. Begrensninger	3
5. Overordnet finansiell strategi/ -målsetting	3
6. Retningslinjer og begrensninger – forvaltning av likvide midler	3
7. Retningslinjer og begrensninger – forvaltning av låneporteføljen	5
8. Tillatte rentesikringsinstrumenter	5
9. Fullmakter	6
10. Rapportering	6
11. Rutiner for oppfølging av finansreglementet	7
12. Kvalitetssikring av reglementet	7

1. Hensikten med reglementet.

Hensikten med reglementet er å gi rammer og retningslinjer for hvordan kommunens finansforvaltning skal skje ved å definere det risikonivå som er akseptabelt for plassering av likvide midler og opptak av lån. **Reglementet gjelder for Inderøy kommune og virksomhet i kommunale foretak etter Kommuneloven kapittel 11 og interkommunalt samarbeid etter Kommuneloven kapittel 27.**

2. Hjemmel.

Reglementet er utarbeidet på bakgrunn av

- Lov av 25. september 1992 nr 107 om kommuner fylkeskommuner § 52.
- Forskrift om kommuners og fylkeskommuners finansforvaltning av 9. juni 2009.
 - o trer i kraft fra 1. juli 2010.

3. Gyldighet.

- Reglementet trer i kraft fra (dato) og gjelder inn til videre. Nytt finansreglement skal senest vedtas innen utløpet av neste kommunestyreperiode. Finansreglementet skal senere vedtas minst én gang i hver kommunestyreperiode.

4. Begrensninger.

Ingen andre enn de som fremgår av reglementet og underliggende fullmakter, instruksjer og rutiner.

5. Overordnet finansiell strategi/ -målsetting.

Hovedmålsettingen for kommunens finansforvaltning er at den skal sikre en stabil finansiering av kommunens virksomhet. Det primære mål skal være å sikre at kommunen til enhver tid er likvid, betalingsdyktig og lite eksponert for risiko. Kommunen skal ha en lav risikoprofil med fokus på å redusere i hvilken grad svingninger i finansmarkedene vil påvirke kommunens finansielle stilling.

Kommunen har ikke langsiktige finansielle aktiva.

Kommunen skal unngå selskaper, forbindelser og verdipapirer der forretningsidé og etisk standard kommer i konflikt med kommunens etiske standard. Dette gjelder forhold som knyttes til barn som arbeidskraft, brudd på menneskerettigheter, miljøforurensning, våpenindustri og aktivitet som bryter med norsk - eller eget lands - lovgivning.

6. Retningslinjer og begrensninger – forvaltning av likvide midler.

Kommunens forvaltning av likvide midler skal utføres slik at den overordnede målsetningen for finansforvaltningen oppnås. Det skal foreligge en løpende prognose for utviklingen i kommunens likviditetsbehov **for de neste 12 måneder**. Forvaltningen av kommunens likvide midler skal baseres på denne prognosen. Plasseringene skal gjøres slik at likviditetsbehovet dekkes, **jfr kravet til størrelse på likviditetsreserven** - samtidig som en forsvarlig avkastning oppnås **innenfor rammene for risiko i dette reglement**. Alle plasseringer skal gjøres i norske kroner.

Før handler foretas skal finansiell risiko vurderes. Likeledes skal alle posisjoner innen finansområdet fortløpende overvåkes og vurderes med tanke på finansiell risiko, jfr. rutinebeskrivelsen om risikovurdering og risikohåndtering.

Kommunens likvide midler vil bestå av følgende deler:

Likviditetsreserven; som skal sikre det behov for likviditet som oppstår som følge av tidsforskjellen mellom inn- og utbetalinger. Kommunen skal til enhver tid holde en likviditetsreserve som er like stor som forventet likviditetsbehov de neste 30 dager. All likviditet utover dette utgjør overskuddslikviditet.

Overskuddslikviditet: midlertidig overskuddslikviditet bestående av likvide midler utover den nødvendige likviditetsreserven.

Generelle begrensninger:

- Det kan ikke plasseres i aksjer eller egenkapitalbevis (grunnfondsbevis).
- Det kan ikke plasseres midler i ansvarlige lån.
- Det kan ikke plasseres i obligasjoner med varighet (rentebinding) lengre enn 1 år.
- Det kan ikke plasseres i obligasjoner med løpetid (tid til innfrielse) lengre enn 3 år.
- Plasseringer i rentefond kan kun foretas dersom gjennomsnittlig varighet i fondet er begrenset til maksimalt 0,5 år og ingen enkeltpapirer i fondet har varighet over 1 år.
- Gjennomsnittlig varighet på kommunens samlede plasseringer i rentebærende verdipapirer kan ikke overstige 0,5 år.

Strategiske retningslinjer

Kommunens likviditetsreserve skal alltid plasseres innenfor konsernkonto eller som øvrige løpende oppsigelige bankinnskudd.

Plasseringen av kommunens overskuddslikviditet kan gjøres innenfor den investeringshorisont som avdekkes i likviditetsprognosen. For plassering av kommunens overskuddslikviditet skal en søke å oppnå tilfredsstillende avkastning innenfor rammene av lav risiko som gjelder i dette reglement.

Taktiske retningslinjer

Kommunens overskuddslikviditet kan innenfor de begrensninger som følger ovenfor, plasseres i følgende rentebærende instrumenter:

1. Sertifikater og obligasjoner utstedt av Den norske Stat eller garantert av Den norske Stat, herunder statsforetak.
2. Sertifikater og obligasjoner utstedt av norske kommuner og fylkeskommuner, eller sertifikater og obligasjoner garantert av kommuner eller fylkeskommuner.
3. Sertifikater og obligasjoner utstedt av norske banker, finansinstitusjoner og kredittforetak der utsteder er vurdert til en rating på BBB- eller bedre.
4. Andeler i pengemarkeds-/ obligasjonsfond, med kredittvekt inntil 20%, forvaltet av velrenommerte forvaltningsselskaper etablert i Norge.
5. Tidsinnskudd i bank med inntil 1 års løpetid.

Beløpsbegrensninger

For plasseringer nevnt i pkt. 1 settes det ingen øvre beløpsramme for kommunens plasseringer. For plasseringer nevnt i punkt 2 og 3, **settes en maksimal eksponering på 10% pr utsteder. Prosentatsen regnes ut fra det totale volum plassert utenfor konsernkonto i bank. Prosentbegrensningen settes likevel til 20% såfremt den nominelle eksponering pr utsteder ikke overskrider 3 millioner kroner.** For plasseringer nevnt i pkt 4 settes en beløpsgrense på 10 millioner pr fond.

For plasseringer nevnt i punkt 5 settes en beløpsgrense på 10 millioner pr bank når innskuddet ikke er hos hovedbankforbindelsen.

Plasseringer utenfor bank benchmarkes mot **3 måneders niborrente**.

7. Retningslinjer og begrensninger – forvaltning av låneporteføljen.

Kommunens lån skal sammensettes slik at den overordnede målsetningen for finansporteføljen oppnås. Dette innebærer at kommunen til enhver tid er likvid og betalingsdyktig.

Sammensetting av kommunens lån.

Styringen av låneporteføljen skal primært gjennomføres slik at den ønskede utviklingen for kommunens finansutgifter oppnås. På kort sikt legges vektlegges forutsigbarhet i renteutgiftene og på lengre sikt vektlegges lavest mulig rentekostnad.

Låneporteføljen skal bestå av færrest mulig lån, men dog slik at refinansieringsrisikoen begrenses. Generelt skal følgende gjelde:

- Ett enkelt lån skal ikke utgjøre mer enn 35% av den samlede låneporteføljen.
- Lån med forfall inntil 1 år fram i tid skal maksimalt utgjøre 40% av den samlede låneporteføljen.
- Lån kan tas opp som åpne serier og uten avdrag.
- Finansiering kan skje gjennom leasing.
- Lån kan tas opp i offentlige og private finansinstitusjoner, samt i sertifikat- og obligasjonsmarkedet.
- Gjennomsnittlig varighet/rentebinding på låneporteføljen skal være mellom 0 og 4 år.
- Andelen lån med flytende rente skal minimum være 20%.
- Andelen lån med fast rente skal minimum være 20%.

Låneopptak skal søkes gjennomført til markedets gunstigste betingelser. Det skal normalt innhentes minst 2 konkurrerende tilbud fra aktuelle långivere. Det kan gjøres unntak fra denne reglen for situasjoner hvor kommunen velger å legge ut sertifikat- eller obligasjonslån gjennom å gi en tilrettelegger et eksklusivt mandat. **Kommunen skal over tid benytte ulike tilretteleggere**. Prinsippet om konkurrerende bud kan også fravikes ved låneopptak i statsbank (f.eks etableringslån i Husbanken).

Benchmark.

Finansreglementet legger opp til en miks av fast- og flytende rente. Kommunens lånerente vil bli benchmarket mot en referanserente som består av 3M-niborrente (34% vekt) og 4-års fastrente (66% vekt).

8. Tillatte rentesikringsinstrumenter.

Følgende rentesikringsinstrumenter er tillatt tatt i bruk i finansforvaltningen:

- fremtidige renteavtaler (FRA)
- rentebytteavtaler
- renteopsjoner

Instrumentene skal kun brukes i sikringsøyemed og eksponeringen kan ikke overstige de underliggende plasseringer/lån.

9. Fullmakter

Innenfor de generelle retningslinjer som følger av dette dokument delegeres følgende fullmakter til rådmannen. Rådmannen kan delegere videre. Formannskapet skal holdes informert om den delegering som rådmannen gir.

- Gjennomføre opptak av lån etter lovlig fattet vedtak av kommunestyret.
- Gjennomføre refinansiering av eksisterende lån.
- Godkjenne rentebetingelser på lån.
- Forestå den løpende forvaltningen av kommunens likvide midler, herunder:
 - inngå avtale om kjøp og salg av verdipapirer.
 - inngå avtaler om kjøp og salg av andeler i verdipapirfond.
 - foreta plasseringer på særvilkår.
- Inngå nødvendig avtale om ekstern bistand til nødvendig styrking av kommunens finanskompetanse, herunder
 - avtaler om generell finansiell rådgivning.
 - Inngå avtaler om bruk av rentesikringsinstrumenter innenfor de begrensninger som følger av pkt. 8.

10. Rapportering

De ordinære årsberetninger skal inneholde en egen redegjørelse for hvordan kommunens finansportefølje har blitt forvaltet i det aktuelle regnskapsår. Herunder skal vesentlige endringer i finansporteføljens sammensetning og risikoprofil fremgå.

Tertialrapporteringen skal omfatte en egen redegjørelse for finansporteføljen og dens utvikling. Rapporteringen skal være sammenlignbar med rammene i dette reglementet og omfatter:

Aktiva:

- Sammensetting av plasseringer i bank, rentepapirer og andeler i rentefond.
- Avkastning, løpetid og varighet/gjennomsnittlig rentebinding.
- Benchmarking.
- Markedsverdi på plasseringer i rentepapirer/rentefond.
- Vesentlige markedsendringer.
- Endringer i risikoeksponering.
- Avvik mellom faktisk forvaltning og kravene i finansreglementet.
- Markedsrenter og egne rentebetingelser.

Passiva:

- Oversikt over låneporteføljen med gjennomsnittlig rente, varighet og låneporteføljens sammensetting av lån med fast- og flytende rente.
- Benchmarking.
- Verdi på låneporteføljen.
- Vesentlige markedsendringer.
- Endringer i risikoeksponering.
- Avvik mellom faktisk forvaltning og kravene i finansreglementet.
- Markedsrenter og egne rentebetingelser.

11. Rutiner for oppfølging av finansreglementet.

Det skal etableres administrative rutiner som sørger for at finansforvaltningen er gjenstand for betryggende kontroll og at utøvelsen skjer i tråd med finansreglementet, gjeldende lover og forskrift om kommuners og fylkeskommuners finansforvaltning.

12. Kvalitetssikring av reglementet.

Finansforskriften pålegger kommunestyret å la uavhengig part med kompetanse om finansiell risiko vurdere kommunens reglement for finansforvaltning. Dette er gjennomført ved at reglementet er forelagt revisjonen.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg Folk	12/10	16.03.2010
Inderøy kommunestyre	10/10	03.05.2010

Etablering av Distriktsmedisinsk senter, DMS - Inntrøndelag

Rådmannens forslag til vedtak

1. Kommunene Inderøy, Verran, Steinkjer, Mosvik og Snåsa inngår et samarbeid om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter, DMS Inn-Trøndelag
2. DMS Inn-Trøndelag lokaliseres i deler av nåværende Egge helsetun
3. Innholdet i Inn Trøndelag DMS ha følgende tjenester ved oppstart:
 1. 16 intermediærsenger
 2. 9 dialyseplasser /dagbehandling
 3. Spesialistpoliklinikker
4. Samarbeidet organiseres som "vertskommune med folkevalgt nemnd" etter kommunelovens §28c

Som medlem og varamedlem til nemnda velges:

1. _____ med personlig vara: _____
2. _____ med personlig vara: _____
3. _____ med personlig vara: _____
4. _____ med personlig vara: _____

5. Avtale om vertskommunesamarbeid jfr. KL § 28 C godkjennes.
6. "Nemnda for DMS Inn-Trøndelag" får fullmakt til å inngå nødvendige avtale med Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge. Avtalene mellom kommunene og mellom kommunene og Helseforetaket skal godkjennes av departementet.

7. Kommunestyret godkjenner fremlagte kostnads- og finansieringsplan for perioden 2010 – 2011 .
Det er ikke behov for bevilgninger i 2010.03.04
8. Kommunestyret godkjenner forslaget om oppstart av et nytt prosjekt som videreføre utredningene om kommunalt helsesamarbeid. Til å dekke kostnader til dette arbeidet godkjenner kommunestyret forslaget om at ubrukte prosjektmidler i prosjekt Inn Trøndelag DMS kan benyttes.

Behandling i Hovedutvalg Folk - 16.03.2010

Rådmannen fremmet nytt punkt 9:

Rådmannen gis fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i avtaler

AP fremmet følgende forslag til medlem/varamedlem:

Lena Oldren Heggstad med personlig vara: Inger Sofie Stendal Ness

SP fremmet følgende forslag til medlem/varamedlem:

Ida Stuberg med personlig vara: Ole Tronstad

Per Ørjan Hansen med personlig vara: Maria Aune

Avstemming

Rådmannens forslag med SP og AP sine forslag til medlemmer enstemmig.

Innstilling i Hovedutvalg Folk - 16.03.2010

9. Kommunene Inderøy, Verran, Steinkjer, Mosvik og Snåsa inngår et samarbeid om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter, DMS Inn-Trøndelag
10. DMS Inn-Trøndelag lokaliseres i deler av nåværende Egge helsetun
11. Innholdet i Inn Trøndelag DMS ha følgende tjenester ved oppstart:
 1. 16 intermediasenger
 2. 9 dialyseplasser /dagbehandling
 3. Spesialistpoliklinikker
12. Samarbeidet organiseres som "vertskommune med folkevalgt nemnd" etter kommunelovens §28c

Som medlem og varamedlem til nemnda velges:
Ida Stuberg med personlig vara: Ole Tronstad
Per Ørjan Hansen med personlig vara: Maria Aune
Lena Oldren Heggstad med personlig vara: Inger Sofie Stendal Ness
13. Avtale om vertskommunesamarbeid jfr. KL § 28 C godkjennes.
14. "Nemnda for DMS Inn-Trøndelag" får fullmakt til å inngå nødvendige avtale med Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge. Avtalene mellom kommunene og mellom kommunene og Helseforetaket skal godkjennes av departementet.

15. Kommunestyret godkjenner fremlagte kostnads- og finansieringsplan for perioden 2010 – 2011 . Det er ikke behov for bevilgninger i 2010.03.04
16. Kommunestyret godkjenner forslaget om oppstart av et nytt prosjekt som videreføre utredningene om kommunalt helsesamarbeid. Til å dekke kostnader til dette arbeidet godkjenner kommunestyret forslaget om at ubrukte prosjektmidler i prosjekt Inn Trøndelag DMS kan benyttes.
17. Rådmannen gis fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i avtaler

Vedlegg

- 1 Sluttrapport DMS ENDELIG
- 2 Forprosjekt sluttrapport
- 3 HOD brev BHH 3 mill 2009
- 4 Samhandling spesialisthelsetjenesten og kommunene Sluttrapport oktober 2010
- 5 Kommunehelse Statusrapport_pr_31 08 09
- 6 Sluttrapport_infrastruktur_DMS
- 7 Vedlegg 6 Kommunale kostnader 4 akuttplasser
- 8 Vedlegg 1 Kommunenes ønsker pr 11 05 09
- 9 Vedlegg 2 Tegning DMS oversikt tjenester pr 28 05
- 10 Vedlegg 3 Samorg av komm tjenester pr 11 05
- 11 Vedlegg 4 Samlokalis Steinkjers ønsker
- 12 Vedlegg 5 Ønske om akuttplasser
- 13 DMS Inn-Trøndelag - utkast avtale (versjon 23 2 2010)
- 14 DMS Inn-Trøndelag - foretakene og Steinkjer kommune 23 2 2010

Bakgrunn

Kommunene Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa og Mosvik har sammen med Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge vedtatt å utrede et samhandlingsprosjekt der man ønsker å realisere et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag. Bakgrunnen for prosjektet er de behov vi ser for ny tenking i helse- og omsorgssektoren begrunnet i demografisk utvikling med en befolkning som stadig blir eldre, og færre i arbeidsfør alder. Derfor ønsker kommunene å ta strategiske grep i dag for å møte disse utfordringene, noe som også er bakgrunn for samhandlingsreformen.

Samarbeidet skal bidra til å gi innbyggerne i regionen et bedre tilbud innen helse-, rehabilitering- og omsorgstjenestene, samt sikre og bedre overgangen mellom sykehus og hjem/kommune. Dette er også i tråd med Samhandlingsreformen av juni 2009 som har hovedpunkter som:

1. fokus på forebygging og tidlig intervensjon
2. helhetlige pasientforløp
3. en riktigere oppgavefordeling mellom kommunene.

Befolkningsgrunnlaget i de samarbeidende kommunene utgjør ca.32.600 innbyggere, dvs ca.1/4 av Nord-Trøndelags befolkning.

Utfra forprosjektet okt. 2008 vurderes interkommunalt samarbeid med helseforetaket å være et godt helsepolitisk, faglig, organisatorisk og økonomisk grunnlag for å etablere et distriktsmedisinsk senter, og

det er viktig å finne modeller som er med på å løfte kommunehelsetjenesten faglig og kvalitetsmessig også ellers i kommunene, ikke bare på DMS'et.

Anbefalte funksjoner

Styringsgruppen anbefaler at følgende funksjoner legges inn i Inn Trøndelag DMS fra starten av:

1. 16 intermediærsenger
2. 9 dialyseplasser /dagbehandling
3. Spesialistpoliklinikker

Prosjektet har vurdert en rekke andre funksjoner, herunder et stort antall kommunale helsetjenester, men konkluderer med at dette bør utredes og vurderes nærmere, spesielt sett i lys av stortingets behandling og innføring av Samhandlingsreformen.

Konkret anbefaler styringsgruppen at det høsten startes opp et utredningsprosjekt for å utrede og konkretisere samarbeidsprosjekter innenfor kommunal helsetjeneste.

Organisering

Et av det mest utfordrende områder i dette arbeidet har vært å konkretisere en effektiv og god organisasjonsmodell. Etter en total vurdering finner styringsgruppen å konkludere med at samarbeidet på kommunal side organiseres etter kommunelovens § 28C med "Vertskommune med folkevalgt nemnd".

Forholdene knyttet til myndighetsutøvelse og adgangen til å delegere oppgaver sett opp mot de ulike særlovene innen helselovgivningen som regulerer arbeidet, viste seg å være utslagsgivende i vurderingen. Fire ulike jurister fra ulike miljø var med og vurderte dette, og samtlige ga samme anbefaling til valg av organisasjonsmodell.

Nemnda skal bestå av minst to folkevalgte fra hver samarbeidskommune, og samarbeidskommunene kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndigheten på samme måte som i et administrativt samarbeid. Klageorgan ved klage etter forvaltningsloven og helsetjenesteloven skal i denne ordningen være en eller flere særskilte klagemønder oppnevnt av samarbeidskommunene.

Avtaler

Det opprettes to hovedavtaler for dette samarbeidet, hhv:

1. Mellom kommunene Mosvik, Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer – den såkalte vertskommuneavtale
2. Avtale mellom Steinkjer kommune som vertskommune og Helse Midt Norge / Helse Nord Trøndelag

Folkevalgt nemnd

Det velges en folkevalgt nemnd, bestående av:

Inderøy kommune – 3 representanter
Verran kommune – 2 representanter
Steinkjer kommune – 4 representanter
Mosvik kommune – 2 representanter
Snåsa kommune – 2 representanter

Kontaktutvalg

For å sikre en best mulig kontakt mellom deltakerkommunene og Inn Trøndelag DMS etableres et kontaktutvalg hvor administrasjonen i hver kommune er representert med to representanter fra henholdsvis rådmannsnivå og helseledere i kommunen. Foretakene er representert med to deltakere hver.

Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom deltakerne. Kontaktutvalget har ikke beslutningskompetanse, men uttalelsesrett i spørsmål som berører driften av intermediær avdeling, herunder fastsettelse av budsjett.

Kontaktutvalget organiserer forøvrig selv sitt arbeid.

Kostnader for oppstart og drift av Inn Trøndelag DMS

Styringsgruppen har beregnet og vurdert kostnadene både til etablering og drift av DMS.

Samhandlingsreformen skal fra 1.1.2012 sikre kommunenes finansiering av samhandlingen, og styringsgruppen har derfor ikke forslag til finansiering av DMS etter 1.1.2012.

	2010	2011	2012	2013
<u>Intermediærenheten</u>				
Drift sengeposten	2 000 000	5 333 000	5 333 000	5 333 000
Inventar/utstyr				
sengeavdelingen	130 000	185 000	192 000	192 000
Driftsutstyr sengeavdelingen	70 000			
Sum avrundet	2 200 000	5 520 000	5 525 000	5 525 000
Administrasjon/utvikling				
DMS	300 000	300 000	350 000	350 000
inkl husleie				
Sum kommunale kostnader	2 500 000	5 820 000	5 875 000	5 875 000
Brofinansiering HOD	3 000 000	3 000 000		
Bruk av fond		500 000		
Netto kommunal finansiering	-500 000	2 320 000		
Avsetning fond	500 000			

De kostnadene anført i ovenforstående tabell omhandler kommunens andel av kostnadene. Det er avklart at Helse Midt Norge og Helse Nord Trøndelag dekker 1/3 hver av disse kostnadene. Kostnader til dialyse og poliklinikker dekkes i sin helhet av Helse Nord Trøndelag.

Styringsgruppen forutsetter at sentrale myndigheter ved HOD innvilger en brofinansiering både i 2010 og 2011 på til sammen 6,0 mkr. Dette korresponderer også med det skriftlige signalet som Helse og omsorgsdepartementet ga prosjektet i sitt brev av 16.10.2009 (til Steinkjer kommune som vertskommune).

Fordeling av kostnadene mellom kommunene

Styringsgruppen har etter en grundig vurdering kommet frem til at den kommunale andelen av kostnadene forslås dekket slik:

Fast grunnbeløp 10 % av kostnadene

Etter folketall 90 % av kostnadene

Dette gir følgende kostnadsfordeling i årene 2010 og 2011:

	Folketall			
2010	1.1.09	10% Fast	90 %	SUM
Mosvik	836	50 000	57 611	107 611
Inderøy	5 846	50 000	402 864	452 864
Steinkjer	20 868	50 000	1 438 070	1 488 070
Snåsa	2 176	50 000	149 954	199 954
Verran	2 924	50 000	201 501	251 501
	32 650	250 000	2 250 000	2 500 000

	Folketall			
2011	1.1.09	10% Fast	90 %	SUM
Mosvik	836	116 400	134 118	250 518
Inderøy	5 846	116 400	937 867	1 054 267
Steinkjer	20 868	116 400	3 347 828	3 464 228
Snåsa	2 176	116 400	349 093	465 493
Verran	2 924	116 400	469 094	585 494
	32 650	582 000	5 238 000	5 820 000

Tabellen viser kostnadene eks. den forutsatte brofinansieringen fra Staten. Brutto kommunale kostnader forutsettes redusert med 3,0 mkr både i 2010 og 2011.

Vurdering

Styringsgruppens innstilling foreligger samme dag som frist for saksutsendelse. Det tas derfor noen forbehold for tekniske feil i saken.

Den innstilling som her foreligger innebærer en etablering som i forhold til omfang, fremdrift, økonomi mv innebærer en form for minste felles multiplum – og godt innenfor rammen av de forutsetninger som er lagt for tidligere intensjonsvedtak.

1. Det etableres i første omgang en intermediaærenhet med poliklinikker.
2. Kommunehelsedelen skal det arbeides videre med. Det er forutsetningen å arbeider videre ut fra prinsippet om samorganisering – mer enn samlokalisering. For øvrig er etableringen av en felles kommuneoverlege en fin inngang til å bygge ut videre samarbeide på kommunehelseområdet.
3. Etableringen gir ingen uforutsette kostnader for kommunen i 2010 – på grunn av brofinansiering.
4. Det forventes begrensede økonomiske uttelling i 2011; i ytterste fall vel 1 mill. kroner som er godt innenfor rammen av hva som har skissert som ytterste fall tidligere. Det må være en forutsetning at staten bidrar til brofinansiering for dette prøveprosjektet inntil de permanente finansieringsordninger er på plass.

Ut fra tidligere forutsetninger og de føringer som er gitt gjennom tidligere behandling i Inderøy er det uproblematisk for rådmannen å fremme en positiv tilrådning i samsvar med styringsgruppens innstilling.

Konklusjon

Det vises til innstillingen

DMS Inn-Trøndelag



*"Sammen for gode løsninger –
med pasienten i fokus"*

Sluttrapport

4.3.2010

Innhold

1. Sammendrag og konklusjoner	4
2. Bakgrunn	5
2.1 Innledning.....	5
2.2 Bakgrunn	5
3. Beskrivelse av prosjektet.....	6
3.1 Målsetting.....	6
4. Organisering av prosjektet	7
4.1 Delprosjekt	7
4.2 Prosjektorganisering.....	7
4.3 Arbeidsform.....	8
4.4 Prosjektøkonomi	8
4.5 Informasjon	9
4.6 Vurdering.....	9
4.7 Anbefaling.....	9
5. Lokalisering.....	11
5.1 Utgangspunkt	11
5.2 Anbefaling.....	11
6. Økonomi	11
6.1 Vurderinger	11
6.2 Kostnader DMS.....	12
6.3. Fordeling av kostnadene	13
7. Organisering	13
7.1 Vurderinger	13
7.2 Anbefaling.....	14
7.3 Vertskommuneavtale	14
7.3.1. Felles folkevalgt nemnd.....	15
7.3.2. Kontaktutvalg	15
7.3.3. Underretning og rapportering.....	15
7.3.4. Budsjett og kostnader	16
7.3.5. Klageinstans.....	16
7.3.6. Evaluering og utvidelse av samarbeidet.....	16
7.4. Avtale mellom Steinkjer kommune (vertskommune) og Helse Nord Trøndelag og Helse Midt Norge	17
8. Videre prosess	17

8.1	Hvordan kommunene kan forberede seg på nye oppgaver i Samhandlingsreformen	17
9.	Sør samisk.....	18
10.	Vedlegg.....	19

1. Sammendrag og konklusjoner

Kommunene **Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa** og **Mosvik** har sammen med **Helse Nord-Trøndelag** og **Helse Midt-Norge** vedtatt å gå inn i et femårig samhandlingsprosjekt der man ønsker å realisere et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag

DMS Inn-Trøndelag planlegges å kunne bli en effektiv og nyskapende interkommunal drevet helseenhet i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det anbefales å legge opp til en faseinnføring av helsetjenester over tid (2010-2015). Dette både for å forberede tilbudene, kompetanseoppbygging og for å høste erfaringer. Det er viktig å understreke at tjenestene samorganiseres, men ikke nødvendigvis samlokaliseres. Tjenestene skal utføres så langt som mulig i nærhet til der hvor pasienten er, og fagteam vil også være aktuelle.

Følgende tjenester er anbefalt som fase 1, ved oppstart:

2010: (fase 1)

- 16 intermediærsenger
- 9 dialyseplasser /dagbehandling
- Spesialistpoliklinikker

Styringsgruppen anbefaler at det utredes og konkretiseres samarbeid innenfor følgende områder:

2011-2012: (fase 2)

1. Kommunalt lærings- og mestringssenter for pasienter
2. Forebyggende helseenhet
3. Fagnettverk
4. Helsestasjon for eldre
5. Røntgen
6. Kompetansesenter for ansatte (lærings- og mestringssenter)
7. Observasjonsplasser
8. Ambulante team

Helseforetaket vil stå for driften av spesialistpoliklinikken, dialyse/dagbehandling og røntgen, samt ha et medisinsk veilednings- og tilsynsansvar i sengeposten. Sengeposten, de øvrige funksjoner og administrasjon og ledelse legges til kommunenes ansvar.

Lokalisering

Flere alternativ er vurdert, og det er funnet naturlig og funksjonelt riktig at lokalisering for et DMS Inn-Trøndelag knyttes til en kommunal helseinstitusjon. Ut fra kostnader og tid for når klargjøring kan ferdigstilles anbefales Egge Helsetun. En lokalisering ved Egge Helsetun er ikke til hinder for at de

samarbeidende kommuner om noen år velger å foreta en relokalisering et annet sted i Steinkjer, dette spesielt sett i forhold til et øket behov for areal ved samlokalisering av flere funksjoner.

Organisering

Kommunene skal stå som eiere av DMS Inn-Trøndelag, og samarbeidet anbefales organisert etter Kommune-lovens §28c, "Vertskommune med folkevalgt nemnd", og med Steinkjer kommune som vertskommune. Eierkommunene oppnevner representanter til nemnda.

Økonomi

Det er satt opp kostnadskalkyler med følgende utgangspunkt:

- Sengeenheten med driftskostnader på 16 mill og inventar/utstyr med 2,6 mill fordeles med 1/3 hver på kommunene, Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge
- Administrasjon belastes kommunene
- Kommunale helsetjenester belastes kommunene
- Poliklinikker belastes Helseforetaket

I løpet av høsten 2010 planlegges sengeposten, dialyseplasser/dagbehandling, og enkelte spesialistpoliklinikker å være driftsklare. Kostnadene innarbeides i budsjettene for 2010. De samarbeidende kommunene (ved Steinkjer kommune) har mottatt signaler på at de kan støttes med 3 mill. kroner i øremerkede midler til DMS, som en brofinansiering av kommunens kostnader. Dette vil i stor grad dekke kommunenes andel av driftsutgiftene til DMS i 2010.

2. Bakgrunn

2.1 Innledning

Kommunene **Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa** og **Mosvik** har sammen med **Helse Nord-Trøndelag (HNT)** og **Helse Midt-Norge (HMN)** utredet et samhandlingsprosjekt der man ønsker å realisere et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag.

2.2 Bakgrunn

Antall eldre i Norge øker med ca 30 % hvert tiår fra 2010. Behovet for helsetjenester er størst blant de eldre, ofte med flere sykdommer og sammensatte lidelser og nedsatt funksjonsevne med økt omsorgsbehov. Samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt står derfor overfor store utfordringer de neste tiårene. Utfordringene kan ikke løses utelukkende med økte ressurser.

Med utgangspunkt i dette og med utfordringer både kommunene og HNT står overfor både faglig, personalmessig og økonomisk, ble det høsten 2008 gjennomført et forprosjekt for å vurdere om det var grunnlag for å samhandle på helse, rehabiliterings- og omsorgstjenestene. Konklusjonen fra forprosjektet var at god samhandling og tett samarbeid mellom kommunene og helseforetaket vil være viktige tiltak for å nå et mål om å bedre kvaliteten på helsetjenestene overfor brukeren, og erfaringene fra bl.a. Trondheim og Stjørdal tilsa at det er god økonomi i en slik satsing.

Det ble foreslått å etablere et distriktsmedisinsk senter i Steinkjer, og at et **hovedprosjekt** måtte bl.a. avklare hvilke kommunale tjenester som skal innlemmes i samarbeidet. Videre må organisering, lokalisering, disponering av lokaler og økonomifordeling utredes og besluttes.

Dette prosjektet vil også kunne være et **modellforsøk** med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket, samt at man hadde en intensjon om også å legge inn kommunale akutt plasser. På mange måter ville dette være en øvingsarena for "Samhandlingsreformen" og en pilot på "Helsekommunene" med sømløs helsetjeneste for innbyggerne i en region.

3. Beskrivelse av prosjektet

3.1 Målsetting

Dette samarbeidet skal bidra til å gi innbyggerne i regionen et bedre tilbud innen helse-, rehabilitering- og omsorgstjenestene, samt sikre og bedre overgangen mellom sykehus og hjem/kommune.

Målsetting for DMS Inn-Trøndelag er:

- å utforme en *helhetlig tiltakskjede* for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon
- å skape en faglig god *samhandlingsarena* med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- å oppnå en *bedre kostnadseffektivitet* for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig.
- å gjennomføre et *modellforsøk* med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket

Dette skal bidra til å gjøre oss bedre i helse- og omsorgssektoren i **hele** kommunen, for alle ansatte og pasienter/pårørende. Dette gjelder for alle kommunene som deltar. Samhandlingen skal bli et gode for pasienter, pårørende og ansatte i kommunene.

Tilbudet i DMS'et skal gis til alle aldersgrupper; barn, ungdom, eldre. Pasienter med kronisk sykdom og pasienter med sammensatte lidelser vil få spesiell fokus.

3.2 Effekter

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre re-innleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingsskostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester

- kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
- mindre utgifter til syke transport
- d) bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

4. Organisering av prosjektet

4.1 Delprosjekt

Hovedprosjektet skal videreføre arbeidet som i forprosjektet ble skissert for etablering av et Distriktsmedisinsk Senter for regionen. Det var et prosjektløp som skulle forestå:

- a) dannelse av en organisatorisk enhet/selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
- b) detaljplanlegging av innhold, bemanning, økonomi, organisering, lokaler, utstyr, IKT (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Hovedprosjektet ble delt inn i følgende delprosjekter:

- Utredning og etablering av DMS med : Intermediæravdeling, spesialistpoliklinikker m.v., heretter kalt " Samhandling spesialist-helsetjenesten og kommunene"
- Interkommunale prosesser med utredning av kommunale eiermodeller, avklaring av hvilke kommunale tjenester som skal legges inn i et fremtidig DMS fra de forskjellige kommunene, og økonomi, heretter kalt " Kommunehelse"
- Lokalisering og omrokkeringer internt i Steinkjer kommune (Sykeheimsplasser, personell mv), heretter kalt " Infrastruktur "

Delprosjektene har hatt arbeidsgrupper både under seg og på tvers av delprosjektene.

4.2 Prosjektorganisering

Styringsgruppen har bestått av representanter for deltakerne/eierne av prosjektet, samt tillitsvalgte:

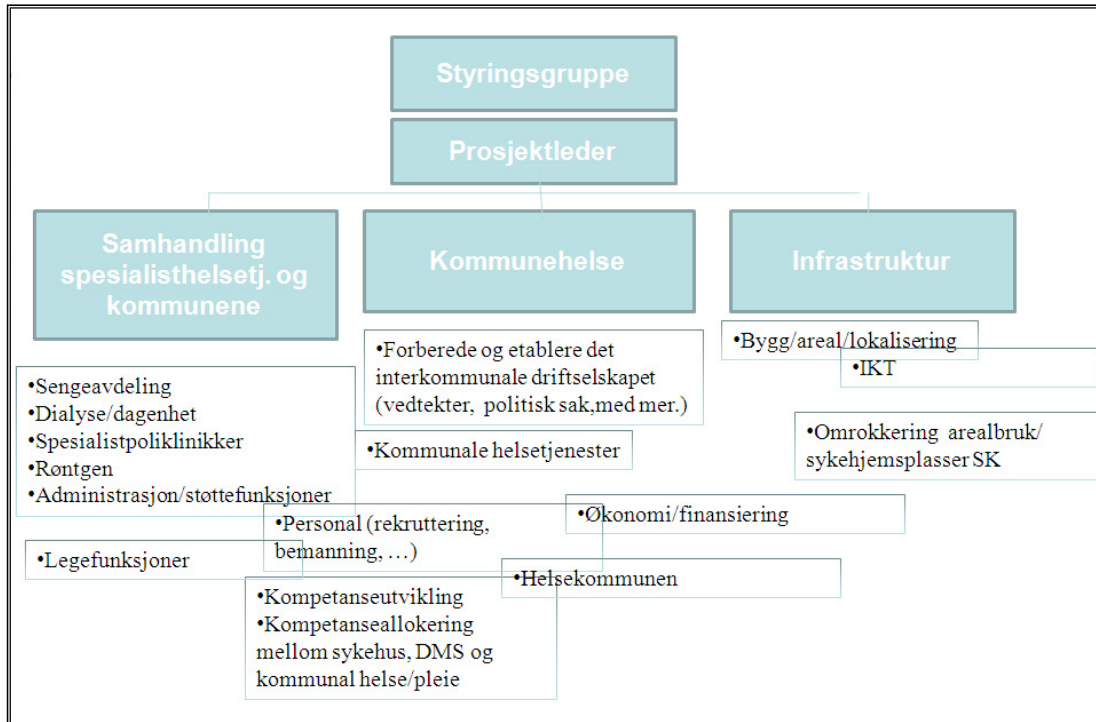
- Jacob Br. Almlid, rådmann Verran, leder
- Dagfinn Thorsvik, Helse Nord-Trøndelag
- Henrik Sandbu, Helse Midt-Norge
- Jon Arve Hollekim, rådmann Inderøy
- Erling Bergh, konst.rådmann Steinkjer/ Torunn Austheim, rådmann Steinkjer fra august 2009.
- Truls Eggen, rådmann Snåsa
- Jon Ketil Vongraven, Mosvik (Lars Dahling fra oktober 2009, rådmann)
- Ruth Borgan, Norges Sykepleierforbund
- Brit Gulli Rones, Fagforbundet
- Jon Aksel Johnsen, Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Nord-Trøndelag, har hatt observatørstatus i styringsgruppen

Prosjektleder har vært Mari Holien (INVEST) frem til 31.1.2010, deretter har styringsgruppens leder Jacob Br. Almlid sluttført arbeidet.

Prosjektledere for delprosjektene:

Ingrid Hallan: Samhandling spesialist-helsetjenesten og kommunene
Laila Steinmo: Kommunehelse
Ketil Stavås Olsen: Infrastruktur

Prosjektgruppene har hatt deltakere fra alle 5 kommunene og helseforetaket.



4.3 Arbeidsform

Delprosjektene har vært ledet av egne delprosjektledere som har vært engasjert i prosjektperioden. Basert på de mandat som ble vedtatt av styringsgruppen har prosjektlederne bemannet prosjektgruppene og arbeidsgrupper, og vært ansvarlig for saksbehandling og presentasjon av saker til styringsgruppen.

Det vises til de enkelte delprosjektrapportene for ytterligere beskrivelse av møter og aktiviteter.

Gruppene har i stor grad basert sitt arbeid på de anbefalinger som ble lagt fram i forprosjektrapporten av 1. oktober 2008.

Underveis i prosessen er berørt fagmiljø i kommunene og helseforetaket konsultert. I tillegg har det vært avholdt interne møter mellom helsefaglederne i INVEST-kommunene og kommunene Snåsa og Mosvik.

4.4 Prosjektøkonomi

Prosjektet har fått 2 mill. kroner i økonomisk støtte fra Kommunaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.

Prosjektlederne har vært engasjert i prosjektperioden og finansiert av disse midlene.

Laila Steinmo: 100% i perioden 01.03.- 31.08.2009

Ingrid Hallan: 60% i perioden 15.04.- 15.10.2009

Ketil Stavås Olsen: 50% i perioden 01.03.- 31.12.2009

Mari Holien: 50% i perioden 26.01.- 31.12.2009

Prosjektet har hatt et budsjett på kr. 2.800.000.-

Ved prosjektets avslutning gjenstår ca. 1,0 mill kr. i ubrukte prosjektmidler.

4.5 Informasjon

For å sikre forståelse, forankring og forpliktelse underveis i prosjekter har god informasjon og informasjonshåndtering vært tema. Det har vært informert om prosjektet og framdriften på kommunenes hjemmesider, og møteprotokoller fra styringsgruppen er sendt deltakerkommunene og helseforetaket. Styringsgruppens medlemmer har hatt ansvar for forankring og løpende orientering i sine organisasjoner.

En egen prosjektbrosjyre ble utarbeidet i forbindelse med et felles orienteringsmøte for "Eldres råd" og "Rådet for likestilling av funksjonshemmede" fra deltakerkommunene. Denne brosjyren ble også delt ut til deltakerne ved årets Verran-konferanse hvor helse og samhandlingsreformen var tema.

4.6 Vurdering

Det anbefales å legge opp til en faseinnføring av helsetjenester over tid (2010-2015). Dette både for å forberede tilbudene, kompetanseoppbygging og for å høste erfaringer. Det er viktig å understreke at tjenestene samorganiseres, men ikke nødvendigvis samlokaliseres. Tjenestene skal utføres så langt som mulig i nærhet til der hvor pasienten er, og fagteam vil også være aktuelle.

Arbeidet er til viss grad preget av at stortinget enda ikke har sluttført behandlingen av Samhandlingsreformen, og at det dermed er noe usikkerhet mht. reformens fremdrift og ikke minst finansiering av kommunenes del av tiltakene.

4.7 Anbefaling

Så langt har prosjektet anbefalt følgende tjenester (*som fase 1*):

2010:

1. 16 intermediærsenger
2. 9 dialyseplasser /dagbehandling
3. Spesialistpoliklinikker

2011-2012: (fase 2)

4. Kommunalt lærings- og mestringssenter for pasienter
5. Forebyggende helseenhet

6. Fagnettverk
7. Helsestasjon for eldre
8. Kompetansesenter for ansatte (lærings- og mestringssenter)
9. Ambulante team

Helseforetaket vil stå for driften av spesialistpoliklinikken, dialyse/dagbehandling og ha et medisinsk veilednings- og tilsynsansvar i sengeposten. Sengeavdelingen, de øvrige funksjoner og administrasjon og ledelse legges til kommunenes ansvar.

Dette innebærer

A. Fra Helse Nord-Trøndelag:

- | | |
|--|------|
| 1. Sengeavdeling med 16 intermediærplasser | 2010 |
| 2. Dialyse/dagbehandling | 2010 |
| 3. Gynekologisk poliklinikk | 2010 |
| 4. BUP/Voksen psykiatri (ikke samlokalisering) | 2010 |

Helse Nord-Trøndelag har signalisert at man vil vente med videre oppstart av poliklinikkvirksomheten ut over de som er anført i over (2-4). Ortopedi vil være aktuelt, men forutsatt røntgen-tilbud.

Kommunale tiltak:

- | | |
|--|------|
| 1. Sengeavdeling med 16 intermediærplasser | 2010 |
| 2. Kompetansesenter (LMS) for ansatte | |
| 3. Lærings- og mestringssenter for pasienter | |
| 4. Forebyggende helse, rådgivning, mestring og kosthold | |
| 5. Ressurssenter for eldre/helsestasjon for eldre | |
| 6. Jordmortjenesten | |
| 7. Kommunelege(forebyggende helse, smittevern) | |
| 8. Miljørettet helsevern med yrkeshygieniker | |
| 9. Desentralisert modell av BUP, dreining mot forebyggende helse | |
| 10. Nye kommunale psykologhjemer | |
| 11. Treningsleilighet | |

Sengeposten med de 16 intermediærsengene vil ha følgende personell:

- Daglig leder *)100 % stilling
- Lege 100 % stilling (50 % x 2)
- Pleiepersonell i turnus 14,75 stillinger
- Fysioterapeut 100 % stilling
- Ergoterapeut 50 % stilling
- Sekretær 60 % stilling

*)Daglig leder vil ha ansvar for både sengepost, dialyse/dagbehandling og spesialistpoliklinikker.

Etter ekstern utlysning ble Inger Risan sommeren 2009 ansatt som daglig leder for sengeposten. Hun tiltrer 1 april 2010.

Bemanning pleiepersonell fordeles med:

- Ukedager 5 dagtid/3 aften/2 natt
- Helger 3 dagtid/3 aften/2 natt

5. Lokalisering

5.1 Utgangspunkt

Fra forprosjektrapporten forelå en anbefaling på plassering av DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer, deretter en anbefaling med tilknytning til Steinkjer sykehjem.

Steinkjer kommune har ingen ledige lokaler stående klar for lokalisering av det distriktsmedisinske senteret.

Alternative lokaliteter

Flere alternativ er vurdert:

Alternativ 1: Utbygging av Steinkjer sykehjem

Alternativ 2: Egge Helsetun

Alternativ 3: Private aktører, ved Steinkjer Medisinske Senter og Høvdingegården Legesenter.

5.2 Anbefaling

Det synes naturlig og funksjonelt riktig at lokalisering for et DMS Inn-Trøndelag knyttes til en kommunal helseinstitusjon. Ut fra kostnader og tid for når klargjøring kan ferdigstilles anbefales Egge Helsetun.

Ved Egge Helsetun vil DMS bli lokalisert sammen med rehabiliteringsenheten. Selv om denne tilhører Steinkjer kommune vil vi med dette få en arena hvor det kan høstes erfaring i forhold til

- nærhet til fysioterapi og ergoterapi (viktige oppfølgings-tjenester mht tilbakeføring til egen heim)
- sikre bedre pasientflyt mellom DMS og kommunenes ordinære tilbud

6. Økonomi

6.1 Vurderinger

På bakgrunn av de tjenester som er anbefalt lagt inn er det utarbeidet en foreløpig kostnadskalkyle. Denne er fortsatt under vurdering. Helse Nord-Trøndelag har en vurdering av de spesialisthelsetjenestene som de ønsker lagt til DMS'et, og som i sin helhet dekkes av helseforetaket. Det er ikke tatt inn rene kommunale helsetjenester inn i samarbeidsløsningen ved starten. Styringsgruppen anbefaler at dette fases inn i fase to og senere, etter nærmere utredning og planlegging, samt at stortingets behandling av Samhandlingsreformen forutsettes avklart, spesielt mht. finansiering. Dette er ikke til hinder for at det i regi av Inn Trøndelag DMS etableres felles nettverk av helsepersonell innenfor de forskjellige fagområdene. Styringsgruppen er tydelig på at slike nettverk vil være positivt for samhandlingen mellom kommunene og spesialhelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tilsagn om 3 mill. kroner i øremerkede midler til DMS som en "brofinansiering" til at de nye økonomiske virkemidlene fra samhandlingsreformen trår i kraft.

Disse vil langt på vei dekke de nye driftsutgiftene kommunene får til DMS i 2010. Det forventes tilsvarende "tilskudd" framover i overgangsperioden.

6.2 Kostnader DMS

Styringsgruppen anbefaler en oppstart av sengeposten (intermediær sengepost) bestående av 16 senger, dialyse og poliklinikker. Styringsgruppen konkluderer videre med at røntgen ikke etableres fra starten av, men ambisjonen om at røntgen og ortopedisk poliklinikk innføres noe senere.

Kostnader til røntgen er ikke innarbeidet i de foreliggende kostnader.

	2010	2011	2012	2013
<u>Intermediærenheten</u>				
Drift sengeposten	2 000 000	5 333 000	5 333 000	5 333 000
Inventar/utstyr sengeavdelingen	130 000	185 000	192 000	192 000
Driftsutstyr sengeavdelingen	70 000			
Sum avrundet	2 200 000	5 520 000	5 525 000	5 525 000
Administrasjon/utvikling DMS	300 000	300 000	350 000	350 000
inkl husleie				
Sum kommunale kostnader	2 500 000	5 820 000	5 875 000	5 875 000
Brofinansiering HOD	3 000 000	3 000 000		
Bruk av fond		500 000		
Netto kommunal finansiering	-500 000	2 320 000		
Avsetning fond	500 000			

De kostnadene anført i ovenforstående tabell omhandler kommunens andel av kostnadene. Det er avklart at Helse Midt Norge og Helse Nord Trøndelag dekker 1/3 hver av disse kostnadene.

Kostnader til dialyse og poliklinikker dekkes i sin helhet av Helse Nord Trøndelag.

Styringsgruppen forutsetter at sentrale myndigheter ved HOD innvilger en brofinansiering både i 2010 og 2011 på til sammen 6,0 mkr. Dette korresponderer også med det skriftlige signalet som Helse og omsorgsdepartementet ga prosjektet i sitt brev av 16.10.2009 (til Steinkjer kommune som vertskommune).

Videre forutsetter styringsgruppen at både kostnadsbilde og finansieringen etter 1.1.2012 blir avklart gjennom stortingets behandling av Samhandlingsreformen.

6.3. Fordeling av kostnadene

Styringsgruppen har etter en grundig vurdering kommet frem til at den kommunale andelen av kostnadene forslås dekket slik:

Fast grunnbeløp 10 % av kostnadene

Etter folketall 90 % av kostnadene

Dette gir følgende kostnadsfordeling i årene 2010 og 2011:

	Folketall			
2010	1.1.09	10% Fast	90 %	SUM
Mosvik	836	50 000	57 611	107 611
Inderøy	5 846	50 000	402 864	452 864
Steinkjer	20 868	50 000	1 438 070	1 488 070
Snåsa	2 176	50 000	149 954	199 954
Verran	2 924	50 000	201 501	251 501
	32 650	250 000	2 250 000	2 500 000

	Folketall			
2011	1.1.09	10% Fast	90 %	SUM
Mosvik	836	116 400	134 118	250 518
Inderøy	5 846	116 400	937 867	1 054 267
Steinkjer	20 868	116 400	3 347 828	3 464 228
Snåsa	2 176	116 400	349 093	465 493
Verran	2 924	116 400	469 094	585 494
	32 650	582 000	5 238 000	5 820 000

Tabellen viser kostnadene eks. den forutsatte brofinansieringen fra Staten. Brutto kommunale kostnader forutsettes redusert med 3,0 mkr både i 2010 og 2011.

7. Organisering

7.1 Vurderinger

En av de store utfordringene i prosjektet så langt har vært vurdering av organisasjonsmodell. Kommunene skal ha en felles juridisk enhet som skal inngå avtaler med Helseforetaket.

Det er ønsket en organisasjonsmodell som sikrer likeverd mellom deltakerkommunene, skal ha politisk styring, ivareta faglighet, gi god styring av drift og utviklingsarbeid, ivareta økonomisk kontroll og effektiv ressursutnyttelse, og være en handlekraftig organisasjon. Helsesektoren omfattes av mange særlover, og det er nesten ikke erfaringer på interkommunalt samarbeid hvor myndighet er delegert på området, samtidig som det skal være interkommunal politisk styring

Følgende organisasjonsmodeller er vurdert:

- Aksjeselskap (AS)
- Interkommunalt selskap (IKS)
- Interkommunalt samarbeid etter paragraf 27 i kommuneloven
- Samkommune etter modell fra Innherred samkommune og Midtre Namdalspilot.
- Bestiller/utførermodell
- Vertskommunemodell med eget styre
- Vertskommunemodell med nemnd

Forholdene knyttet til myndighetsutøvelse og adgangen til å delegere oppgaver sett opp mot de ulike særlovene innen helselovgivning som regulerer arbeidet, viste seg å være utslagsgivende i vurderingen. Fire ulike jurister fra ulike miljø var med og vurderte dette, og samtlige ga samme anbefaling til valg av organisasjonsmodell.

”Vertskommune med folkevalgt nemnd” etter § 28 c i kommuneloven viste seg å være den eneste lovlige organisasjonsmodellen når intensjonen er å delegere lovpålagte oppgaver på helsesiden over til interkommunalt samarbeid. Det vises til rapport fra delprosjekt ”Kommunehelse” for videre bakgrunn og begrunnelse for de utredninger og vurderinger som er gjort.

Denne formen ligger innenfor ”det nye vertskommunesamarbeidet” og er ment å brukes på områder der det skal treffes vedtak av prinsipiell betydning, og slik at myndighet til å treffe slike vedtak overlates til en felles folkevalgt nemnd.

Nemnda skal bestå av minst to folkevalgte fra hver samarbeidskommune, og samarbeidskommunene kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndigheten på samme måte som i et administrativt samarbeid. Klageorgan ved klage etter forvaltningsloven og helsetjenesteloven skal i denne ordningen være en eller flere særskilte klagenemnder oppnevnt av samarbeidskommunene.

7.2 Anbefaling

Utfra vurderingene som er gjort, også med bruk av juridisk kompetanse fra bl.a. KS og Fylkesmannen i NT, er det pr. i dag bare en lovlig organisasjonsmodell; Kommunelovens §28c

Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd.

Vertskommunesamarbeid med nemnd blir *anbefalt* som DMS Inn-Trøndelags organisasjonsmodell.

Det anbefales videre at Steinkjer kommune velges som vertskommune.

7.3 Vertskommuneavtale

Det er utarbeidet et anbefalt forslag til Vertskommuneavtale mellom deltagerkommunene Inderøy, Mosvik, Snåsa og Verran som deltakerkommunene og Steinkjer som vertskommune.

7.3.1. Felles folkevalgt nemnd

Det skal opprettes en felles folkevalgt nemnd i vertskommunen, med følgende sammensetning:

Inderøy kommune – 3 representanter

Verran kommune – 2 representanter

Steinkjer kommune – 4 representanter

Mosvik kommune – 2 representanter

Snåsa kommune – 2 representanter

Medlemmene velges for fire år med en funksjonstid som følge av valgperioden. Nemnda velger selv leder og nestleder. Ledervervet skal gå på omgang mellom deltakerne.

Vertskommunens rådmann er sekretær for nemnda og har møte- og talerett i nemnda.

En representant fra brukergruppene har møte og talerett i nemnda.

Nemndas oppgaver fremgår av foreslåtte avtaleutkast.

7.3.2. Kontaktutvalg

For å sikre en best mulig kontakt mellom deltakerkommunene og Inn Trøndelag DMS etableres et kontaktutvalg hvor administrasjonen i hver kommune er representert med to representanter fra henholdsvis rådmannsnivå og helseledere i kommunen. Foretakene er representert med to deltakere hver.

Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom deltakerne. Kontaktutvalget har ikke beslutningskompetanse, men uttalelsesrett i spørsmål som berører driften av intermedier avdeling, herunder fastsettelse av budsjett.

Kontaktutvalget organiserer forøvrig selv sitt arbeid.

7.3.3. Underretning og rapportering

Vertskommunen skal underrette representanter i nemnda, samt deltakerkommunene om vedtak som treffes i vertskommunen. Vertskommunen utarbeider nærmere rutiner for slik underretning.

Vertskommunen oversender årsrapport og regnskap til deltakerkommunene.

En kopi av innkalling til møter, saksdokumenter og referater sendes til deltakerens postmottak.

7.3.4. Budsjett og kostnader

Nemnda fremmer forslag til driftsbudsjett og økonomiplan og oversender disse til kommunene innen utgangen av oktober. Nemnda skal på forhånd ha sendt et utkast til driftsbudsjett og økonomiplan til foretakene med frist for eventuell godkjenning. Budsjett og økonomiplan er gyldige når samtlige kommuner har vedtatt disse.

Budsjettet skal være basert på at vertskommunens drift av den intermediære avdelingen skal gå i økonomisk balanse, dvs. at vertskommunen skal ha dekket alle sine utgifter til driften (med fradrag av egen andel), herunder andel av generelle kostnader til støttetjenester for kommunen som knytter seg til samarbeidet, uten at driften skal gi fortjeneste.

Budsjettet fastsettes ut fra ordinære og påregnelige driftsutgifter, og inntekter. Eventuelle utgifter eller reduksjon i inntekter i løpet av året som ikke er budsjettert, fordeles mellom deltakerkommunene gjennom neste års budsjett. Dette gjelder selv om kostnader er pådratt som følge av at vertskommunen/vertskommunens ansatte har opptrådt uaktsomt/grovt uaktsomt/forsettlig, for eksempel hvor en innbygger fremmer erstatningskrav mot vertskommunen som følge av feilbehandling, mv.

Avtalepartene er pro rata ansvarlig for å dekke de budsjetterte utgifter og eventuelle senere utgifter som vertskommunen pådras under utføring av arbeidet, herunder også kostnader for eksempel i forbindelse med rettstvister som knytter seg til driften av avdelingen.

7.3.5. Klageinstans

Det opprettes en egen klageinstans oppnevnt av kommunestyrene i deltakerkommunene, jf kommuneloven § 28 g.

Nemnda er underinstans ved klagebehandling.

7.3.6. Evaluering og utvidelse av samarbeidet

Det legges opp til en gjennomgang og drøftelse av avtalen i løpet av 2011. Det skal da også vurderes hvorvidt avtalen skal utvides til å omfatte samarbeid om andre helseoppgaver. Dette skal utredes både av kontaktutvalget, nemnda og vertskommunen. Det skal utarbeides en skriftlig rapport. For øvrig organiserer kommunene selv dette arbeidet.

Det kreves enighet for å endre avtalen, herunder for å legge nye oppgaver til vertskommunen.

Finansieringsmodell skal evalueres og vurderes på ny i løpet av 2011, og sees i sammenheng med statens finansiering av samhandlingsreformen som planlegges innført fra 1.1.2012.

Dersom innføring av samhandlingsreformen for øvrig påvirker rammebetingelsene eller balansen mellom partene, eller på annen måte forrykker forutsetningene for inngåelsen av avtalen, kan hver av deltakerne kreve reforhandling av avtalen.

Nemnda anbefales å ha ansvaret for at avtalen og samarbeidet evalueres slik avtalen tilsier.

7.4. Avtale mellom Steinkjer kommune (vertskommune) og Helse Nord Trøndelag og Helse Midt Norge

Det er utarbeidet et utkast til avtale mellom vertskommunen Steinkjer og HNT og HMN.

Nemnda er det organ som sammen med vertskommunen er ansvarlig for at denne avtalen inngås med de to helseforetakene.

8. Videre prosess

Styringsgruppen har etter grundig vurdering valgt å anbefale å etablere Inn Trøndelag DMS med en enhet med intermediærpost, dialyse og poliklinikker. Med bakgrunn i at samhandlingsreformen enda ikke er avklart politisk, og at det fortstat er behov for å utrede og planlegge samarbeidsløsninger knyttet til kommunale helsetjenester.

8.1 Hvordan kommunene kan forberede seg på nye oppgaver i Samhandlingsreformen

Det er i prosjektet så langt ikke tatt nok høyde i å forberede seg på de nye pasientgruppene framover, eller å se på hvilke pasientgrupper man spesielt skal gi et tilbud i egen region i stedet for kjøp av tjenester fra helseforetakene etter at reformen trer i kraft 1.1.2012.

Utvikling av DMS Inn Trøndelag

Helse Midt-Norge jobber med å utvikle strategi for framtidige spesialisthelsetjenester, Strategi 2020. Styret for Helse Midt Norge har fattet vedtak om at følgende områder skal vurderes i dette arbeidet:

1. Helsetilbudet i et samfunnsperspektiv
2. Det akuttmedisinske tilbudet
3. Overordnet institusjonsstruktur
4. Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern/rus
5. Framtidig kompetanse

Det er planlagt at styret skal fatte vedtak om Strategi 2020 i løpet av juni 2010. Det er all grunn til å tro at vedtatt strategi vil ha konsekvenser for utvikling av helseforetakene, samhandling mellom helseforetak og kommuner mht. utvikling av DMSene og kommunale-/interkommunale helsetjenester.

Dersom samhandlingsreformen blir vedtatt i samsvar med forslaget vil dette for eksempel ha som konsekvens at kommunene må utvikle tiltak for å tilby kvalitativt gode tilbud om

1. alternativ til sykehusinnleggelse
2. raskere utskrivning fra sykehus
3. forebyggende tiltak for å forhindre sykehusinnleggelse

Ut fra dette er det hensiktsmessig at en er åpen for at DMS Inn-Trøndelag i framtiden kan bestå av

1. akutttilbud for enkelte pasientgrupper (etter definerte kriterier)

2. poliklinikktilbud for flere pasientgrupper
3. mulighet for diagnostisering/utredning av pasienter
4. planlagte innleggelser/tilbud for definerte pasientgrupper
5. ulike interkommunale samhandlingstiltak

Prosjektet anbefaler at kommunene vedtar å starte et nytt prosjekt, som skal videre det arbeidet som er startet i dette prosjektet, med en ytterligere utredning og konkretisering av samarbeid innenfor kommunal helsetjenester. Kommunene utfordres til å velge en representant fra hver kommune til å utgjøre en styringsgruppe til dette arbeidet.

Det anbefales at dette prosjektet innen 1.6.2011 skal avlegge en rapport med anbefaling på samarbeid mellom kommunene knyttet til kommunale helsetjenester som kan og bør samorganiseres og eventuelt samlokaliseres med Inn Trøndelag DMS.

Til dette arbeidet foreslår styringsgruppen at ubrukte prosjektmidler på ca. kr. Xxx overføres til dette arbeidet, først og fremst til å kjøpe inn ekstern kompetanse og kapasitet.

9. Sør samisk

Et treårig prosjektarbeid i Snåsa konkluderte med at den samiske folkegruppen i sørsamisk område har lite tilrettelagte helse- og sosialtjenester. Det kommunale hjelpeapparatet i de undersøkte kommunene har i liten grad kompetanse til å oppdage samiske brukeres behov og igangsette tiltak i forhold til disse. Med eksplisitt forankring i St. meld. nr. 28 (2007-2008) *Samepolitikken* (s. 118) er det et mål at Snåsa kommune skal etablere et regionalt rådgivningssenter for helse- og sosialspørsmål for samer i sørsamisk område, og kommunens kompetanse skal brukes aktivt i arbeidet opp mot både Distriktsmedisinsk senter, framtidig kommunehelsesamarbeid og samtidig være en ressurs for foretakene. Kommunen og Sametinget avventer nå departementenes konkrete oppfølging av stortingsmeldingen.

Et viktig mål er at tjenesteytere på ulike nivå skal få økt kompetanse på betydningen av språk (f.eks. bruk av screeningverktøy ved diagnostisering) og kultur i utøvelse av tjenester. Kommuner og andre helse- og sosialtjenesteytere må settes i stand til å gjenkjenne og håndtere samiske brukeres og pasienters behov slik at man oppnår likeverdige tjenester. Samisk rådgivningstjeneste bør derfor få en veileder- og rådgiverfunksjon i sørsamisk område generelt og voerfor Inn-Trøndelag DMS spesielt, slik at kommuner og tjenesteytere får mulighet til å skaffe seg kunnskaper om samisk språk og kultur i tråd med de politiske føringer som regjeringen har gitt i St. meld. nr. 28 (2007-2008).

10.Vedlegg

Følgende dokumenter er vedlagt rapporten:

- i) Samhandling spesialhelsetjenesten og kommunene
- ii) Kommunehelse statusrapport
 - a. Kommunens ønsker (kartlegging)
 - b. Tegning DMS oversikt tjenester
 - c. Samorganisering av kommunale helsetjenester
 - d. Samlokalisering av Steinkjers ønsker
 - e. Kartlegging av ønsker om akutt/observasjonsplasser
- iii) Sluttrapport infrastruktur
- iv) Brev fra statsråden i Helse- og Omsorgsdepartementet ang. brofinansiering
- v) Utkast til samarbeidsavtale mellom Mosvik, Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer kommuner
- vi) Utkast til avtale mellom Steinkjer kommune og Helse Midt Norge/Helse Nord Trøndelag
- vii) Forprosjekt sluttrapport

Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag

Rapport fra arbeidsgruppe
1.oktober 2008

Innholdsfortegnelse:

1. SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Bakgrunn	5
1.3 INVEST-kommunene	5
1.4 Målsetting og forventede effekter	5
1.5 Forslag til funksjoner i DMS Inn-Trøndelag.....	6
1.6 Organisering og ansvarsdeling.....	6
1.7 Lokaler og økonomi	7
1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan	7
2. MANDAT OG ARBEIDSFORM	8
2.1 Mandat	8
2.2 Arbeidsform.....	9
3. BAKGRUNN.....	10
3.1 Helsepolitiske strategier.....	10
3.2 Utfordringene – eldrebølgen og pasienten med langvarige og sammensatte helseproblemer.	10
3.3 Distriktsmedisinske senter som virkemiddel	11
3.4 Trondheimsmodellen - intermediaærenhet.....	12
3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal	12
3.6 Kartlegging av behov for intermediaære behandlingsplasser og akutt-plasser i Namdalsområdet	12
3.7 Samhandlingsreformen.....	12
4. INVEST-OMRÅDET	14
4.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i INVEST området	14
4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området.....	14
4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk.....	14
4.2.2 Gynekologisk poliklinikk	15
4.2.3 Private avtalespesialister	15
4.2.4 Kastvollen Rehabiliteringssenter	15
4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området	15
4.3.1 Legevakt	15
4.3.2 Institusjonsplasser	16
4.3.3 Inderøy	16

4.3.4 Verran.....	16
4.3.5 Steinkjer	17
4.4 Kreftsykepleier	17
4.5 Helsenett.....	17
5. MÅLSETTING FOR OG FORVENTNINGER TIL ET DMS I INVEST-OMRÅDET	18
5.1 Målsetting	18
5.2 Forventede effekter	18
6. AKTUELLE FUNKSJONER I ET DMS I INVEST	20
6.1 Sengepost med intermediær enhet (etterbehandlingsenhet)	20
6.2 ”Kommunale” sengeplasser - akutt plasser	21
6.3 Dialyse/dagenhet.....	21
6.4 Spesialistpoliklinikk	21
6.4.1 Ortopedisk kirurgi	22
6.4.2 Gynekologi og svangerskap	22
6.4.3 Øyesykdommer	22
6.4.4 Psykiatri.....	22
6.4.5 Indremedisin/geriatri	22
6.4.6. Kreftpoliklinikk	22
6.5 Røntgen	23
6.6 Kommunale tjenester	23
6.7 Ledelse og støttefunksjoner	24
7. ØKONOMI	25
7.1 Spesialistpoliklinikk	25
7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader:.....	25
7.1.2 Reduserte transportkostnader	25
7.1.3 Økte driftskostnader	26
7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser.....	27
7.2.1 Driftskostnader	27
7.2.2 Kostnadsfordeling	27
7.3 Andre gevinster	27
7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter	27
7.3.2 Intermediæravdeling ved Søbstad Sykehjem	28
7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag.....	28
8. LOKALER	30
8.1 Arealbehov	30
8.2 Lokalisering	30

8.2.1.Alternativ 1/ prioritet 1:.....	30
8.2.2 Alternativ 2:.....	31
8.2.3 Alternativ 3:.....	31
9. ORGANISERING, ANSVAR, LEDELSE, EVALUERING.....	32
10. FREMDRIFTSPLAN.....	33

1. Sammendrag og konklusjoner

1.1 Innledning

Kommunene Inderøy, Steinkjer og Verran (INVEST-kommunene) har henvendt seg til Helse-Nord-Trøndelag (HNT) med ønske om et samarbeid om helsetjenesten. I juni 2008 besluttet adm.dir Arne Flaatt etter møte med kommunene å utarbeide en skisse/forprosjekt for et mulig distriktsmedisinsk senter i INVEST-området. En arbeidsgruppe med representanter for de tre kommunene og HNT fikk i oppdrag å foreta denne utredningen, etter et gitt mandat. Arbeidet er oppsummert i foreliggende rapport som er overlevert 1.oktober 2008. Rapporten skal danne grunnlaget for en eventuell beslutning om å planlegge og etablere et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag.

1.2 Bakgrunn

Antall eldre i Norge øker med ca 30 % hvert tiår fra 2010. Behovet for helsetjenester er størst blant de eldre, ofte med flere sykdommer og sammensatte lidelser og nedsatt funksjonsevne med økt omsorgsbehov. Samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt står derfor overfor store utfordringer de neste tiårene. Utfordringene kan ikke løses utelukkende med økte ressurser, men heller med omfordeling av oppgaver og bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Dette er allerede nedfelt i strategiene for helseforetaket gjennom å flytte spesialisthelsetjenesten nærmere lokalmiljøet og å overføre kompetanse til kommunehelsetjenesten. Det er behov for et tettere samarbeid mellom de to nivåene. Helse Nord-Trøndelag har desentralisert en rekke tjenester gjennom distriktpsikiatriske sentra og desentraliserte poliklinikker. I 2007 ble det startet et distriktsmedisinsk senter i Stjørdal.

Erfaringene med distriktsmedisinske sentra og etterbehandlingsavdelinger i kommunehelsetjenesten, også kalt intermedieravdelinger, er svært gode. Forskningsresultatene tilsier at kvaliteten av denne pasientbehandlingen er bedre enn i sykehus og koster langt mindre. En undersøkelse i Namdalsområdet viser at mange pasienter kan få et fullgodt tilbud lokalt dersom det er etablert. Kostnadene til pasienttransport kan reduseres ved at pasientene får gjort røntgenundersøkelser og spesialistkonsultasjoner nær hjemstedet.

På nasjonalt nivå har helseministeren har nylig startet et reformarbeid, den såkalte samhandlingsreformen. Målet er en bedre helsetjeneste gjennom bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, større resursinnsats i kommunene og større vekt på helsefremmende og forbyggende arbeid.

1.3 INVEST-kommunene

Et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag kan gi tjenester til ca 32000 innbyggere. Kommunene i dette området samarbeider allerede om en rekke tjenester, gjennom INVEST-samarbeidet, også helsetjenester som legevakt og jordmortjeneste. Snåsa kommune er med i legevaktsamarbeidet. Kommunene har en godt utbygd infrastruktur i kommunehelsetjenesten, også institusjonsplasser. Det er allerede etablert spesialisthelsetjenester i området; desentralisert psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk, private avtalespesialister og Kastvollen Rehabiliteringssenter. Kapittel 4 gir en oversikt over helsetjenestetilbudet i området.

1.4 Målsetting og forventede effekter

Målsettingen for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er:

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*

- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre re-innleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingskostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
 - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

1.5 Forslag til funksjoner i DMS Inn-Trøndelag

Arbeidsgruppen mener det er et godt helsepolitisk, faglig, organisatorisk og økonomisk grunnlag for å etablere et distriktsmedisinsk senter. Senteret bør benevnes DMS Inn-Trøndelag. Det skal betjene befolkningen i de tre INVEST-kommunene, men også Snåsa og Mosvik bør inviteres inn et samarbeid om senteret. Arbeidsgruppen foreslår følgende funksjoner i senteret:

- a) En sengeavdeling med ca 16 plasser, hvorav 12 plasser avsettes til etterbehandling etter sykehusopphold og 4 plasser avsettes for akutte innleggelser for pasienter som har behov for pleie, observasjon og behandling pga kjent sykdom, men som ikke fordrer innleggelse i sykehus.
- b) Dialyse/dagenhet med 5-6plasser. Enheten skal gi behandling med kunstig nyre og i tillegg brukes av pasienter som har behov for forskjellige former for dagbehandling
- c) Spesialistpoliklinikk som betjenes av spesialister fra sykehusene i Levanger og Namsos. Psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk er allerede etablert i Steinkjer. I tillegg foreslås poliklinikk for ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, indremedisin, samt en kreftpoliklinikk.
- d) Røntgenenhet for vanlige røntgenundersøkelser
- e) Kommunale helsetjenester som kommunene ønsker å samarbeide om, legevakt, jordmortjeneste, helsestasjon for eldre, demens/psykogeriatr, kreftsykepleier, rehabilitering, fysio- og ergoterapi, rusomsorg, miljørettet helsevern
- f) Ledelse, administrasjon, IKT og andre støttetjenester

1.6 Organisering og ansvarsdeling

Tre eller flere kommuner skal samarbeide med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av DMS. Kommunene bør etablere en organisatorisk enhet, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene. Flere selskapsformer er aktuelle.

Helseforetaket vil stå for driften av spesialistpoliklinikken, røntgen og dialyse. Sengeposten, de øvrige funksjoner og administrasjon og ledelse legges til kommunenes ansvar. Helseforetaket vil ha et medisinsk veilednings- og tilsynsansvar i sengeposten.

1.7 Lokaler og økonomi

Arbeidsgruppen tilrår at DMS Inntrøndelag bør lokaliseres i Steinkjer by. Arealbehovet for sengeposten og sykehustjenestene er beregnet til ca 850m² i tillegg kommer arealbehovet til de øvrige kommunale tjenester. Arbeidsgruppen har skissert alternativer til lokaler.

Driften av sengeposten er stipulert til ca 17mill. Det forutsettes at Helse-Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge vil delta med en tredjedel hver for driftsutgiftene til de plassene som brukes til etterbehandling etter sykehusopphold.

Helseforetaket dekker i dag all pasienttransport i fylket. Et DMS vil redusere disse kostnadene. Dialyseenheten vil overflødiggjøre ellers nødvendige investeringer ved sykehusene. Driften av spesialistpoliklinikk, dialyse og røntgen ved DMS Inntrøndelag gir en beregnet merkostnad på ca 1.3 mill.

Driften av øvrige kommunale tjenester er ikke beregnet.

Prosjektkostnadene til hovedprosjektet er beregnet til ca 1.1mill

1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan

Dersom kommunene og helseforetaket fatter positive vedtak bør den videre framdrift skje i et hovedprosjekt med følgende mål;

- a. Dannelse av en organisatorisk enhet/selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
- b. Utarbeide detalplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Arbeidsgruppen foreslår å etablere en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppen bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og primærhelsetjenesten, byggteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering). Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

Kommunene må fatte vedtak om etablering av driftsselskap

Det interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v, og blir ansvarlig for den ordinære driften.

Oppstart av et DMS Inntrøndelag er neppe realistisk før tidligst ved årsskiftet 2009/2010

2. Mandat og arbeidsform

2.1 Mandat

Etter avtale med kommunene Steinkjer, Inderøy og Verran har Adm dir Arne Flaatt i Helse Nord-Trøndelag i brev av 1.7.08 oppnevnt en arbeidsgruppe for å utrede et eventuelt Distriktsmedisinsk senter (DMS) på Steinkjer

Arbeidsgruppen består av:

Dagfinn Thorsvik, HNT, leder
Øivind Stenvik, HNT
Frode Myrland, HNT
Marit Myrhaug, Inderøy kommune
Lisbeth Ystmark, Verran kommune
Ingeborg Laugsand, Steinkjer kommune
Ann Sissel Helgesen, DMS Stjørdal

Mandatet er formulert som følger:

"Gruppen bes utarbeide en enkel skisse for et mulig "DMS" på Steinkjer

- *Utrede hvilke tilbud et "DMS" på Steinkjer kan gi, både i forhold til polikliniske tjenester og en eventuell sengeavdeling (intermediærpost).*
- *Utrede hva slags effekt et slikt DMS vil ha for pasienter og pårørende.*
- *Avklare hvilke kostnader det vil innebære å bygge og/eller leie og drive et "DMS" for de involverte parter, - fordelt på hver enkelt interessent.*
- *Avklare så langt mulig hvordan tilbudet kan organiseres, lokaliseres og hvilken rolle de enkelte kommunene og helseforetaket kan spille.*
- *Utrede hva slags effekt et slikt DMS vil ha for HNT og kommunene, både i forhold til kompetanseallokering, pasientgrunnlag/pasientstrømmer og økonomisk.*
- *Avklare behov for støtte fra sykehusavdelinger, for eksempel "moderavdelinger" til spesialistpoliklinikker på en DMS.*
- *Vurdere en mulig fremdrift ifm et "DMS" på Steinkjer.*

Mandatet er ikke uttømmende. Gruppen oppfordres til å supplere mandatet hvis det er behov for det. Ta kontakt med adm.direktør hvis endringer ønskes.

Det forutsettes at gruppen kan benytte foreliggende erfaringer og rapporter (for eksempel ifm etableringen av DMS på Stjørdal) samt egne erfaringer og kunnskaper, slik at en ikke behøver å gjennomføre omfattende grunnlagsundersøkelser på nåværende stadium.

Den rapport som adm.direktør forventer å få overlevert skal danne grunnlag for beslutning om en ønsker å gå videre med dette prosjektet.

Som oppdragsgiver vil adm.direktør orientere kommunene løpende og sammen med dem beslutte om en vil fortsette arbeidet med "DMS" Steinkjer etter at prosjektskissen er overlevert.

Tidsfrist overlevering av rapport: 1.sep.2008."

2.2 Arbeidsform

Arbeidsgruppen har vært supplert med rådmann Jacob Br. Almlid, Verran og prosjektleder Mari Holien, begge fra INVEST-prosjektet. Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik har ledet arbeidet.

Arbeidsgruppen har hatt 3 møter i Steinkjer. I tillegg har det vært avholdt interne møter mellom arbeidsgruppemedlemmene i INVEST kommunene.

Arbeidsgruppen har ikke foretatt nye utredninger/behovsanalyser. Gruppen har i stor grad basert sitt arbeid på de utredninger som ble gjort i forbindelse med forprosjekt og etablering av DMS Stjørdal. Videre har gruppen lagt til grunn en behovsundersøkelse foretatt mellom Sykehuset Namsos og Midtre Namdalskommunene våren 2008. Underveis i prosessen er berørte fagmiljøer i kommunene og helseforetaket konsultert.

Tidsfristen for arbeidet er underveis forlenget til 1.oktober

3. Bakgrunn

3.1 Helsepolitiske strategier

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok i juni 2004 sin strategiplan. Strategiplanen har 4 målområder. Under målområde 1; Pasientbehandling og opplæring er det uttrykt; *”det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser”*. Målområde 1 har nedfelt 5 strategier.

Strategi 1: *”Flytte spesialisthelsetjenesten nærmere pasienten og styrke kompetansen i primærhelsetjenesten”* gjennom

- *sterkere differensiering mellom ulike typer behandlingsbehov*
- *styrke spesialistbehandlingen som kan skje nærmere pasientens bosted*
- *kompetanseoverføring til 1.linjetjenesten uten at dette svekker kompetansemiljø i helseforetaket*
- *samarbeidsprosjekt med kommuneregioner*
- *desentraliserte polikliniske tilbud*
- *bedre dialog mellom spesialisthelsetjenesten og 1.linjetjenesten*
- *økonomisk ansvar for tjenestene skal avklares gjennom delavtaler”*

I HNTs innspill til Helse Midt-Norges (HMN) strategiprojekt for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 heter det at

”Helse Nord-Trøndelag skal ha god og bred kompetanse i forholdet til vanlige lidelser og skal etter avtale samarbeide om lokalsykehusfunksjoner for universitetssykehuset og eventuelt andre sykehus.”

Dette innebærer at helseforetaket erkjenner behov for

- et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten
- en sterkere vektlegging av oppgaver rettet mot grupper av pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer
- En bedre organisering av egen virksomhet for å effektivisere tjenestene.

3.2 Utfordringene – eldrebølgen og pasienten med langvarige og sammensatte helseproblemer.

Pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer, spesielt eldre, havner ofte i en gråsonen mellom behandlingsnivåene. Dette er pasienter som vanskelig finner sin plass innenfor en spesialisert sykehusstruktur, med økende krav om reduksjon i liggetid. Mange av disse pasientene legges inn med uklare diagnoser, og med behov for tjenester fra flere sub-spesialiteter og avdelinger. Dette gjelder blant annet kronisk syke med sykdomsforverring, pasienter med uklare lidelser og sammensatte problemstillinger, uhelbredelig syke og døende.

De fleste pasienter med sammensatte og langvarige lidelser finner vi i de eldste aldersgruppene. En nasjonal undersøkelse på indremedisinske avdelinger (3) viste at pasienter over 75 år utgjorde 42 % av belegget. De hadde gjennomsnittlig 2.6 medisinske tilstander, 87 % hadde tidligere vært innlagt, 52 % bodde alene og gjennomsnittlig liggetid var 17 dager.

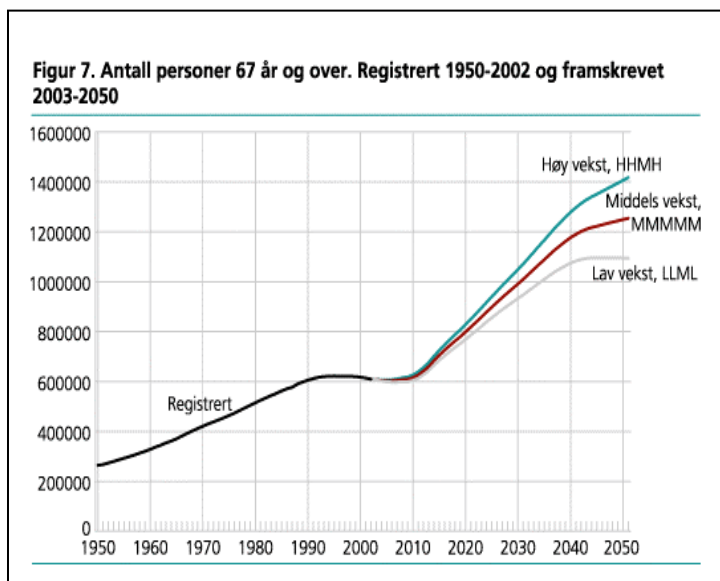
Svært mange hadde sterkt nedsatt fysisk og mental funksjon.

En undersøkelse ved St. Olavs hospital viste at 35 % av innlagte pasienter i sykehuset over 75 år hadde funksjonsnedsettelse med behov for omfattende hjelpetiltak utover medisinsk behandling.

Andre undersøkelser viser en sterk økning i antall reinnleggelser hos eldre, spesielt de eldste eldre. Hver 5.pasient over 80 år reinnlegges innen 2 måneder. Denne økningen skjer i en periode hvor andel eldre i befolkningen har vært stabil. Demografiske skjevheter gjør at vi får en sterk økning

av antall eldre fra 2010 og utover. Fra 2010 til 2020 vil antall innbyggere over 67 år øke med 30 %. Denne veksten forventes å forsette i perioden 2020 til 2030. Figur 1 illustrerer dette

Fig.1 Vekst i den eldre del av befolkningen



Kilde: NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

Befolkningsutviklingen understreker viktigheten av foretakets målområde 1 med tilhørende strategier. Problemstillingen er i like stor grad regional og nasjonal. Vi vil få en stor økning i antallet eldre med sammensatte og langvarige lidelser. Det reises samtidig spørsmål om disse pasientgruppene får den beste behandlingen med dagens organisering av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Befolkningsutviklingen tilsier at behovet for "senger" vil øke. Et spørsmål blir om dette behovet skal dekkes ved flere senger i sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

3.3 Distriktsmedisinske senter som virkemiddel

I Norge har vi valgt å dele ansvaret for helsetjenesten mellom to forvaltningsnivåer, staten og kommunen. Det er utarbeidet et omfattende lov- og forskriftverk for hvordan nivåene skal forholde seg til befolkningen og til hverandre. For brukerne av helsetjenesten kan ansvarsdelingen likevel skape problemer. Mange av pasientene, særlig de med langvarige og sammensatte helseproblemer er avhengig av bistand fra begge forvaltningsnivåene, og avhengige av at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider godt. Eldre pasienter med behov for lang etterbehandling blir ofte beskrevet som "gråsonepasienter". Så lenge spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten finansieres fra ulike forvaltningsnivåer vil det være et press fra begge sider for å unngå å ta på seg flere og kostnadskreven oppgaver. Det har vært uttrykt stor vilje på begge sider av "forvaltningskløften" til brobygging for å skape "sammenhengende behandlingsskjeder" og å utvikle "samhandlingsarenaer", gjennom felles prosedyrer, hospiteringsordninger, praksiskonsulenter og ulike former for desentralisering av spesialisthelsetjenester.

Desentralisering av spesialisthelsetjeneste og bedre samhandling mellom helsetjenestenivåene er en uttrykt målsetting. Et virkemiddel for å oppnå dette er utvikling av *distriktsmedisinske sentra*. Fra departementet er det tatt til orde for dette, det er utført et utredningsarbeid med eksempler på hvordan tiltaket kan organiseres og gjennomføres. Erfaringene fra de forsøk som er gjort, er gode, med bedre kvalitet på tjenestene til en lavere kostnad.

3.4 Trondheimsmodellen - intermediærenhet

I Trondheim er det inngått et faglig, organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom kommunen og St. Olavs hospital. Ved Søbstad sykeheim er det etablert en såkalt intermediæravdeling med 20 senger. Avdelingen mottar pasienter som er ferdig utredet i sykehuset, men er i behov for fortsatt behandling og pleie. Pasientene er eldre, med kronisk sykdom, eller akutt sykdom og funksjonssvikt. Det er utarbeidet klare kriterier for hvilke pasienter som kan overføres til avdelingen. Avdelingen har en forsterket sykepleie- og legebemannning sammenlignet med vanlig sykehjem, samt fysioterapeut. Personalet er ansatt i kommunen men har fått opplæring på de respektive sykehusavdelinger. Disse avdelingene har deltatt i utarbeidelsen av behandlingsprosedyrer. Avdelingen samarbeider nært med øvrige hjelpetjenester i kommunene. Effekten av å ta i bruk en slik intermediær avdeling er undersøkt og dokumentert gjennom Helge Garåsens doktoravhandling i april 2008. De pasienter som fikk sluttbehandling i intermediærenheten hadde færre reinnleggelser, lavere dødelighet, og hadde et mindre behov for kommunale tjenester det første året etter innleggelsen. Behandlingstilbudet i intermediærenheten var langt lavere enn i sykehus – bedre kvalitet til en lavere pris.

3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal

DMS Stjørdal startet opp våren 2007. Senteret består av en intermediæravdeling med 12 senger samt 4 kommunale sengeplasser, en dialyseenhet med 5 plasser, en spesialistpoliklinikk og en rekke kommunale helse- og sosialtjenester. Poliklinikken omfatter foreløpig gynekologi. I løpet av høsten 2008 utvides denne med ortopedi, ultralyd av gravide og konvensjonell røntgen. Senteret er lokalisert i gamle sykeheimslokaler som er omfattende renovert. Senteret drives av Stjørdal kommune. HNT driver røntgenenheten, dialyseenheten og spesialistpoliklinikken. Driftsutgiftene i intermediærenheten fordeles med en tredjedel hver på kommunen, HNT og Helse Midt-Norge.

Effekten av DMS Stjørdal skal evalueres gjennom et forskningsprosjekt i regi av NTNU. De foreløpige erfaringer etter 1 års drift er svært gode. Det er registrert en kraftig reduksjon av ferdigbehandlede pasienter som ligger i sykehuset Levanger fra Stjørdalsområdet.

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er svært gode. Det samme gjelder fra de kliniske avdelinger i sykehuset og fra kommunchelsetjenesten i Stjørdal.

En intensjon ved DMS Stjørdal var at også pasienter fra nabokommunene Meråker og Frosta i Nord-Trøndelag, samt Selbu, Tydal og deler av Malvik fra Sør-Trøndelag skulle nyttiggjøre seg sentret. Disse kommunene er ikke formelt delaktig i driften.

3.6 Kartlegging av behov for intermediære behandlingsplasser og akuttplasser i Namdalsområdet

Med støtte fra Helse Midt-Norge ble det i januar-mai 2008 foretatt en kartlegging av alle innleggelser ved kirurgiske og medisinske avdelinger Namdal sykehus, fra alle kommuner i sykehusets nedslagsfelt. En betydelig andel av pasientene (16 %) kunne ha fått dekket sitt behov for helsetjeneste i kommunen, dersom egnede tilbud hadde eksistert, dvs akuttplass og/eller etterbehandlingsenhet (intermediærenhet). Det er ikke foretatt en lignende kartlegging for kommunene som sokner til Sykehuset Levanger, men det er grunn til å anta at tilsvarende behov finnes her og i INVEST-kommunene

3.7 Samhandlingsreformen

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen varslet i juni 2008 en omfattende helsereform. Målet er å gjøre helsetjenesten bedre gjennom

- å bedre samhandlingen mellom den statlige spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene
- Redusere behovet for sykehustjenester gjennom økt satsing på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Arbeidet med reformen startet 5.september 2008. Det skal utarbeides forslag om nytt lovverk, nye finansieringsformer og ny organisering av helsetjenestene. Helseministeren skal selv lede en ekspertgruppe som skal føre en omfattende dialog med aktører i Helse-Norge. En egen prosjekt organisasjon er etablert i Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslaget til ny reform skal legges fram i april 2009. Reformen vil sannsynligvis legge opp til en økt satsning i primærhelsetjenesten og en desentralisering av spesialisthelsetjenestene. Statsråden har allerede utpekt *distriktsmedisinske sentra* og *forsterkede sykehjem* som viktige virkemiddel i reformen.

4. INVEST-området

INVEST består av kommunene Steinkjer, Inderøy og Verran. Disse tre kommunene samarbeider regionalt gjennom INVEST, og har som hovedmål fortsatt å kunne opprettholde et godt tjenestetilbud i tre selvstendige kommuner. INVEST har inngått forpliktende avtaler om samarbeid kommunene imellom, og innenfor helse og omsorgstjenestene kan det vises til følgende:

- Legevaktsamarbeid
- Jordmortjeneste
- IKT-samarbeid
- Opplæring og kompetanseheving i bruk av fagprogram Profil og IPLOS
- Rusomsorg

Det er stor vilje og interesse i INVEST for å skape flere forpliktende samarbeidsavtaler innen helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene, og etablering av samarbeid med HNT er ønskelig i langt større omfang enn i dag.

Dersom en tar med Snåsa har de fire kommunene til sammen nærmere 32 000 mennesker. Dette utgjør ca 1/4 -del av befolkningen Helse Nord-Trøndelag skal dekke.

4.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i INVEST området

Nedenfor er beskrevet bruken av spesialiserte helsetjenester INVEST- kommunene i 2007. I tabell 1 har vi også tatt med oversikt over innleggelser og poliklinikk konsultasjoner for Snåsa kommune.

Tabell 1: Befolkningsmengde, legedekning og bruk av sykehus i kommunene 2007

	Befolkning	Innleggelser	Poliklinikk	Rtg.us * ¹⁾	Fastleger	Spesialister
Steinkjer	20 672	3585	18469	2865	19* ²⁾	3.4
Verran	2623	469	2786	323	2 * ³⁾	
Inderøy	5920	879	4522	635	4	
Snåsa	2197	258	1622	105	2	
Sum	31632	4459	27399	3928	27	

*¹⁾ Konvensjonell rtg.us henvist fra primærhelsetjenesten

*²⁾ Ca.1000 av de 21 630 pasientene fastlegene i Steinkjer har, kommer fra nabokommunene, i hovedsak Inderøy, Verran og Namdalseid.

*³⁾ 1 vikar, 3 hjemler

4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området

4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk

HNT har etablert en psykiatrisk poliklinikk i Steinkjer. Den bemannes med personell fra psykiatrisk avdeling Levanger (Tidligere team nord). Poliklinikken er tverrfaglig bemannet med spesialister i psykiatri, assistentlege, psykolog, sosionom, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier. Poliklinikken mottar polikliniske pasienter fra Snåsa, Steinkjer, Mosvik og Leksvik, dels også Inderøy, Verran og Osen, i alt ca 2500 konsultasjoner pr år. Poliklinikken er åpen hver dag (Mandag-fredag) Det er etablert et samarbeid med primærhelsetjenesten i Steinkjer og dels med øvrige kommunene.

Poliklinikken holder til i leide lokaler i Høvdinggården. Lokalene beskrives som gode. Det er inngått en leieavtale frem til 2011.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) har i flere år praktisert en ordning hvor pasienter/familier har fått tilbud om konsultasjoner lokalt i Steinkjer. Avdelingen leier lokaler for formålet.

4.2.2 Gynekologisk poliklinikk

HNT etablerte i 2005 et gynekologisk poliklinikktilbud i Steinkjer. Poliklinikken er bemannet med spesialist i gynekologi og sykepleier fra gynekologisk avdeling i Namsos 1 dag pr uke. Her mottas henviste pasienter fra Steinkjer og nabokommunene. I 2007 ble det utført 450 konsultasjoner ved poliklinikken.

Poliklinikken leier lokaler i Steinkjer sykeheim. Det er ønskelig å utvide virksomheten til også å omfatte rutineultralyd av gravide.

4.2.3 Private avtalespesialister

Driftsavtaler om privat lege- og psykologspesialist praksis inngås etter dagens ordning mellom den enkelte spesialist og Helse Midt-Norge. I INVEST kommunene er det inngått 4 slike avtaler, alle lokalisert i Steinkjer kommune. Driftsavtalen fordeler seg slik:

Psykiatri	1 avtalehjemmel
Hudsykdommer	1 avtalehjemmel (40 %)
Psykolog	2 avtalehjemler

4.2.4 Kastvollen Rehabiliteringssenter

De private rehabiliteringsinstitusjonene er definert som spesialisthelsetjeneste. En av disse, Kastvollen Rehabiliteringssenter, ligger i Inderøy. Institusjonen har 23 plasser som drives etter avtale med Helse Midt-Norge. Kastvollen tar i mot pasienter som har behov for rehabilitering, enten etter sykehusopphold eller etter søknad fra kommunehelsetjenesten.

4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området

4.3.1 Legevakt

Snåsa kommune har felles legevakttjeneste med Steinkjer og Verran. Legevakta har lokaler i Brannstasjonen på Steinkjer og er åpen 24 t/ døgnet. Legevaktsamarbeid er i tidsrommet 18-08 hverdager (felles telefonvakt fra 15.30), og hele døgnet lørdager, søndager og helligdager. Det er 1 vakthavende lege på vakt gjennom hele døgnet, og 1 sykepleier, mens det i tidsrommet kl 18-23 er 2 sykepleiere. Legevakta har egen leder i full stilling, samt medisinsk faglig ansvarlig lege i 10 % stilling. Legevakta har til sammen 6,7 årsverk, 12 ansatte sykepleiere i rundturnus på 3skifts-ordning, og 16 leger fra Steinkjer, 1 fra Snåsa og 1 fra Verran som kjører legevakt.

Tabell 2: Bruk av legevakt i 2007

	Sum	Steinkjer	Verran	Snåsa	Inderøy
Pasienter	14295	13537	454	304	1351
Telefoner	29027	27598	841	588	1418
Sykebesøk	241	239	1	1	4
Ambulanseoppdrag	1793	1582	120	91	344

Inderøy kommune har interkommunal legevaktordning med Levanger, Verdal og Frosta kommuner, organisert som IKS.

Legevakten har lokaler ved Sykehuset Levanger og er bemannet i tidsrommet kl. 15.30 til kl. 08.00 alle hverdager og hele døgnet lørdag, helg og høytider.

Det er ansatt daglig leder i 50 % stilling, medisinsk faglig rådgiver i 20 % stilling, mens det kjøpes hjelpepersonellressurs fra sykehuset. Legene i kommunene betjener ordningen etter oppsatt plan med 2 på kveld og 1 på natt.

4.3.2 Institusjonsplasser

Tabell 3: Institusjonsplasser i INVEST-kommunene

	Befolkning	Institusjonsplasser					Tilsynsleger
		Antall	Korttid	Akutt	Langtid	Liggedøgn korttid	
Steinkjer	20 672	127 B/O 15 H /R	19 B/O 15 H/R		108 0	36 B/O 35 H/R	1 årsv. (8 leger)
Verran	2 623	30	6		24		0,2 årsv
Inderøy	5 920	40	12	4	24	50 (1800)	0,2 årsv * ⁵)
Snåsa	2 197						
Sum	31 632						

4.3.3 Inderøy

Kommunen har 40 plasser på sykeheimen, alle enerom, hvorav 12 plasser er avsatt til korttid for avlastning og rehabilitering, mens 4 er avsatt til akuttplasser.

Akuttplassene er definert benyttet til en ikke planlagt korttidsplass, men et straksbehov for personer som medisinsk faglig ikke er vurdert for innleggelse i sykehus.

For å oppnå full utnyttelse av korttid og akuttplassene må kommunen realisere utbygging av 16 omsorgsboliger for demente i henhold til eldreplan.

I 2007 benyttet kommunen gjennomsnittlig 6 av plassene til korttid/akuttplasser, og disse var opptatt 300 dager av året (1800 liggedøgn), ca 7 uker pr. pas på korttid.

Stillingstørrelse tilsynslege på sykeheimen er vedtatt utvidet til fra 0,2 til 0,4 årsverk fra 1.1.2009.

Inderøy har 42 omsorgsboliger med døgnbemanning og i tillegg 8 ”psykiatriboliger” og 11 andre omsorgsboliger

4.3.4 Verran

Kommunen har en sykeheim med 6 korttidsplasser og 24 langtidsplasser, og med tilsynslege i 20 % stilling. Korttidsplassene har avsatt en plass til døgnrehabilitering, og de fem plassene benyttes til avlastning, observasjon og lettere medisinsk behandling. Plassene har tilnærmet 100 % dekning til enhver tid.

Langtidsplassene benyttes i hovedsak til eldre med to eller flere hoveddiagnoser.

Gjennomsnittsalderne var i 2007 på 86 år, med en overvekt av kvinner. En plass i langtidsenheten er avsatt til terminalpleie / lindrende behandling

Verran kommune har lagt en stor del av demensomsorgen til tilrettelagte bofellesskap som er tilknyttet heldøgns bemanning. Botilbudene består av i alt 16 boenheter fordelt på to grupper. Beboerne har ukentlig tilgang til tilsynslege, ca 10 % stilling. Det legges vekt på aktiv og meningsfull omsorg.

Det er i alt 9 omsorgsboliger innen psykisk helse, med stasjonær bemanning på dag og kveld hele uka.

Videre har kommunen heldøgns bemanning i tre andre omsorgsboliger for personer med nedsatt funksjonsevne.

4.3.5 Steinkjer

Kommunen har til sammen 38 korttidsplasser, hvorav 15 plasser innen rehabilitering. Antall liggedøgn er i gjennomsnitt 43,5 døgn, ca. 6,2 uker pr. pasient. Innenfor rehabilitering er antall liggedøgn ca. 5 uker.(2007) Antall innskrivninger / utskrivninger: 193 (utskrevet til langtidsplass, hjem, død, sykehus, eller annen bolig.)

Kommunen har innen rehabilitering hatt 120 inn/utskrivninger, hvorav 99 til heimen.

Kommunen har til sammen 127 langtidsplasser i sykehjem.

Tilsynsleger: Til sammen 8 tilsynsleger som har avtale om 38 t arbeid, ca.10 % stilling hver.)

Steinkjer sykehjem har 4 tilsynsleger/16 timer, Egge Helsetun 2 leger/11 timer, Stod sykehjem 6 timer, og Betania 7 tilsynslegetimer.

Videre har Steinkjer flere omsorgsboliger med heldøgns omsorg (HDO). Dette er boliger tilknyttet ett eldresenter, og kriteriet for heldøgns nattevakt / alarm og hjelp på natt innen 5 -10 minutter. Til sammen 240 fordelt på 7 eldresenter. I tillegg er det 26 omsorgsboliger for spesielle behov (16 psykiatri, 10 for demente) med heldøgnsomsorg.

Steinkjer har også til sammen 75 boliger hvor man har heldøgns tilbud for funksjonshemmede (HDU).

4.4 Kreftsykepleier

Steinkjer kommune har kreftsykepleier i 50 % stilling. Kreftsykepleier er koordinator for kreftsykepleien i kommunen, og skal være bindeledd mellom Helseforetakets kreftavdeling, opp mot fastlegene og innad mot sykepleierne i kommunen.

Det siste året har tjenesten hatt fokus på barn og unge, og det er kjørt flere opplæringsprogram for ungdomsskolene, for pårørende og for syke. Det er et godt samarbeidet med Kreftforeningen, og antall pasienter som henvender seg til kreftsykepleier er sterkt økende. Kommunen har utnyttet kreftsykepleierkompetanse både i hjemmesykepleien og i sykehjemmene.

Inderøy kommune har sykepleier med kreftsykepleie som spesialisering, men kompetansen benyttes ikke spesielt, og inngår i den ordinære bemanningen ved sykehjemmet.

Verran kommune har opprettet 40 % stilling for kreftsykepleier. Stillingen er også tillagt et ansvar ovenfor pasienter med kroniske smerter og da i nært samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet mellom Helse NT, fastlegene og kreftsykepleierne kan og bør forbedres

4.5 Helsenet

Fastlegene i Inderøy og Steinkjer samt legevakta er knyttet til Helsenet. Dette er på langt nær godt nok hvis flyten av pasientinformasjon skal fungere i alle ledd. Utbygging av Helsennettets funksjoner til å innbefatte flere helse og omsorgstjenester er derfor nødvendig. Her kan blant andre nevnes pleie og omsorgstjenester, rehabiliteringstjenester, helsesøstertjenester, jordmortjenester og privatpraktiserende fysioterapeuter.

Samhandling ved hjelp av videokonferanser mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene vil være et viktig hjelpemiddel for å sikre kvalitet i oppfølgingen og samtidig bidra til at eksempelvis turnuslegen og andre nyutdannede helsearbeidere føler trygghet i arbeidssituasjonen.

5. Målsetting for og forventninger til et DMS i INVEST-området

5.1 Målsetting

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*
- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

5.2 Forventede effekter

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre reinnleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - mindre behov for pleie- og omsorgstjenester
 - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Mindre tidsbruk og kortere reise er i seg selv en kvalitetsforbedring for spesielt for pasienter og pårørende som har behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten f eks dialysepasienter. Nærhet til hjemmemiljøet og de kommunale tjeneste tilbud skaper større trygghet, med et større fokus på rehabilitering og pasientens totalsituasjon. Behandling i intermediærenhet forventes å føre til færre reinnleggelser, og å gi pasientene en bedre overlevelsessevne og funksjonsevne.

Et distriktsmedisinsk senter er en samhandlingsarena hvor aktører fra kommunene og spesialisthelsetjenesten møtes. Dette gir mulighet for gjensidig kompetanseoverføring mellom nivåene og ikke minst mulighet for å utvikle en tverrfaglig samhandlingskompetanse, særlig i forhold til pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Internt i kommunene vil et distriktsmedisinsk senter med en intermediæravdeling kunne føre til en kompetanseoverføring til den øvrige sykehjemstjenesten og hjemmetjenestene. Det er ønskelig at sykehjemmene i fremtiden blir i stand til å gi noe mer krevende behandling for dermed å unngå innleggelser i sykehus. En hospiteringsordning knyttet til DMS vil bidra til både et tettere samhandlingsrom og øke kompetansen, samt bidra til å beholde og rekruttere ressurser internt i hver kommune.

Både helseforetak og kommuner bør kunne høste økonomiske fordeler av et distriktsmedisinsk senter. Utgiftene til syketransport utgjør en stor del av budsjettet til HNT. Et DMS i INVEST vil føre til betydelige reduksjoner i syketransport. Behandlingskostnadene i en intermediærenhet er

lavere enn i sykehus og resultatene fra Trondheim tilsier reduksjon i de kommunale utgiftene til omsorgstjenester.

Behovet for institusjons plasser i helsetjenesten forventes å øke betydelig de neste tiårene pga økt andel eldre i befolkningen. En intermediæravdeling ved DMS i INVESTområdet vil redusere presset på sengekapasiteten ved sykehusene i fylket og på langtidssykehjemsplasser i kommunene.

En mulig negativ effekt av å desentralisere spesialisthelsetjenester er en svekkelse av fra før små fagmiljøer i sykehusene.

En annen mulig negativ effekt i kommunene kan være økte oppgaver og kostnader knyttet til tidligere utskriving fra sykehuset, samt dyrere medisiner, uten at finansieringen følger pasienten.

6. Aktuelle funksjoner i et DMS i INVEST

Følgende hovedfunksjoner bør ligge i et distriktsmedisinsk senter i INVEST-området

- *Sengepost m/intermediærenhet*
- *Dialyse*
- *Spesialistpoliklinikker*
- *Røntgenenhet*
- *Kommunale tjenester*
- *Administrasjon og støttefunksjoner*

6.1 Sengepost med intermediær enhet (etterbehandlingsenhet)

Det bør etableres en sengepost med ca 16 døgnplasser, hvorav 12 senger bør inngå i intermediærenheten, de øvrige 4 er kommunale akutt plasser.

Intermediærenheten skal motta pasienter som skrives ut fra sykehusene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Pasientene skal være ferdig medisinsk utredet i sykehus, men ha behov for fortsatt medisinsk behandling/pleie/rehabilitering/oppfølging i institusjon, før de kan komme hjem til egen bolig eller kan overflyttes til en rehabiliteringsinstitusjon. Pasienter med behov for lindrende behandling/terminal pleie bør også kunne få et kvalitativt godt tilbud i en slik enhet.

En grunnleggende forutsetning er at pasientene skal ha en forventet nytte av et oppholdet, som er minst like god som fortsatt opphold i sykehusavdeling. Det skal ikke være krav til spesielle diagnoser. De mest aktuelle pasient grupper er eldre pasienter med kroniske/sammensatte lidelser hvor forverring har ført til funksjonsreduksjon. Eksempler er lungesvikt (KOLS), hjertesvikt, angina pectoris, hjerneslag, kreft, lungebetennelser, fallskader, brudd.

Intermediærenheten må ha en forsterket sykepleiebemanning, en forsterket legetjeneste og en forsterket fysio- og ergoterapitjeneste sammenlignet med vanlig sykehjemsbemanning. Enheten må ha gode rutiner for samhandling med kommunenes øvrige tjenestetilbud; fastleger, rehabilitering, hjemmesykepleie, hjemmehjelp.

En intermediærenhet er å betrakte som en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Det må utarbeides bestemte kriterier for hvilke pasienter som kan overføres fra sykehusavdeling til intermediæravdelingen. Kriteriene må utarbeides i felleskap mellom personalet i respektive sykehusavdelinger og intermediærenheten. Personalet i DMS/intermediærenhet må få opplæring/hospitering i de respektive sykehusavdelinger for å tilegne seg nødvendig kompetanse til å ta seg av de enkelte pasientgrupper, f. eks KOLS-pasienter.

Spesialisthelsetjenesten (Moderavdelinger i Helse Nord-Trøndelag) skal ha et veiledningsansvar et faglig ansvar for å oppdatere personalet i DMS og skal også godkjenne de behandlingsprosedyrer som utarbeides.

Ambulerende spesialister kan gi råd og tilsyn vedrørende pasientene som er innlagt i intermediærenheten. Den daglige legetjenesten forøvrig skal ivaretas av allmennlege(r) og vaktjenesten på kveld og natt må dekkes av den kommunale legevaktjenesten

Enheten må ha tilgang på en del utstyr utover det som er vanlig i sykehjem..

6.2 "Kommunale" sengeplasser - akutt plasser

Faglige og driftsøkonomiske hensyn taler for at kommunale sengeplasser bør integreres i en sengepost sammen med en intermediærenhet. Dette skal ikke være ordinære og varige sykehjemsplasser, men sengeplasser for å ivareta brukere som trenger rehabilitering eller brukere som har behov for en korttidsplass f. eks i påvente av permanent sykehjemsplass, eventuelt akuttinnleggelse som alternativ til innleggelse i sykehus.

Arbeidsgruppen mener at det bør prøves ut en ordning med akuttplasser i et fremtidig DMS i INVEST-området. Slike akutt plasser skal dekke behovet for tidsavgrenset observasjon, behandling og pleie for pasienter med kjent sykdom og hvor det ikke er behov for medisinsk utredning i sykehus

Eksempler er pasienter med intermitterende eller nyoppståtte behov for

- Observasjon og pleiemessig bistand
- Intravenøs væsketilførsel
- Diureticabehandling ved kronisk hjertesvikt
- Smertelindring
- Nedleggelse av ernæringssonde
- Blodtransfusjon
- Enkle blod/urinundersøkelser

Akuttplassene bør være integrert i sengeposten sammen med etterbehandlingsenheten med forsterket sykepleie og legetjeneste. Akuttplasser forutsetter tilgang på legetilsyn på døgnbasis. En samlokalisering med legevaktjenesten er derfor hensiktsmessig. Kommunal akuttplass må ha legeressurs på døgnbasis. Arbeidsgruppen tilrår å legge 4 - 6 sengeplasser til en slik enhet.

6.3 Dialyse/dagenhet

En del pasienter har behov for langvarig eller medisinsk dagbehandling. Dette gjelder særlig pasienter med nyresvikt (dialyse), kreftpasienter (cytostatika) og revmatikere (remicade). I et DMS vil nyresviktpasienter kunne få et tilbud om dialysebehandling nær hjemstedet. Disse pasientene må ha behandling noen timer to – tre ganger ukentlig. Tilbudet betyr redusert reisetid for pasientene og store besparelser i reiseutgifter.

Det medisinsk faglige ansvaret for behandlingen må ivaretaes av medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger. Avdelingen mener det er behov for 5-6 plasser for dialyse i INVEST-området.

Dialyseplassene vil være belagt 3 dager pr uke. De øvrige dager kan behandlingsplassene benyttes til andre pasienter som har behov for desentralisert dagbehandling, eksempelvis kreftpasienter og blodgivere.

Dialyse/dagenheten bør ligge i fysisk nærhet til sengeposten, med tanke på sambruk av personell, lokaler og utstyr

6.4 Spesialistpoliklinikk

I et DMS i INVESTområdet bør det etableres en poliklinikk hvor sykehusenes spesialister kan undersøke og behandle pasienter.

Reiseavstanden fra INVESTområdet til Sykehusene i Levanger og Namsos er overkommelige, men for en del pasientgrupper vil en spesialistpoliklinikk i lokalmiljøet likevel bety store fordeler. Det gjelder særlig eldre pasienter og pasienter med kroniske/sammensatte lideleser med behov

for mange kontakter med spesialisthelsetjenesten, og hvor selv en times reising vil bety en belastning. Eksempler på dette er pasienter med psykiske lidelser, hjertesvikt, diabetes, KOLS, kontroller etter brudd og proteseoperasjoner, kreftpasienter, mv.

For å sikre en rasjonell utnyttelse av personellressurser (spesialister) og utstyr må spesialistpoliklinikkene ha et visst volum, dvs at en spesialist som reiser ut (ambulerer) har arbeidsoppgaver nok til å fylle en arbeidsdag, samtidig må grunnlaget være så stort at det kan være en poliklinikkdag minst en gang pr mnd. Det er videre en forutsetning at spesialisten har tilgang på utstyr og medisinsk dokumentasjon som sikrer en kvalitet på konsultasjonen som er like god som i sykehuspoliklinikken.

De enkelte poliklinikker vil være bemannet enkelte dager pr uke og det kan derfor legges opp til sambruk av lokaler, utstyr og hjelpepersonell

Følgende poliklinikker er mest aktuelle og bør vurderes i planleggingen av et DMS i INVEST-regionen:

6.4.1 Ortopedisk kirurgi

Dette vil dekke et behov for en stor pasientgruppe; bl.a. kontroller etter bruddbehandling og protesekirurgi, samt vurdering av nyhenviste pasienter som har behov for undersøkelse hos spesialist med tanke på operasjon. En forutsetning for en slik poliklinikk er tilgang røntgenundersøkelse.

Poliklinikken kan betjenes av ortopeder fra avdelingene i Levanger eller Namsos.

6.4.2 Gynekologi og svangerskap

Denne poliklinikken er allerede etablert i Steinkjer, se kapitel 4. Den kan med fordel integreres i DMS. Tjenesten bør utvides til å omfatte rutine ultralyd for gravide.

Den kommunale jordmortjenesten bør lokaliseres til DMS.

6.4.3 Øyesykdommer

Dette er en svært stor pasientgruppe. Nærmeste spesialist tilbud er Levanger eller Namsos. En spesialistpoliklinikk i Steinkjerområdet vil kunne gi et fullgodt tilbud til pasientene, med store besparelser i utgiftene til syketransport. Tilbudet kan etableres gjennom en avtalehjemmel for privat praksis, eller som en desentralisert poliklinisk tilbud fra Øyeavdelingen, Sykehuset Namsos

6.4.4 Psykiatri

Tilbudet i voksenpsykiatri er allerede godt etablert gjennom psykiatrisk poliklinikk, se kap.4, samt private avtalehjemler. Det vil være aktuelt å samlokalisere psykiatrisk poliklinikk i DMS når nåværende leieavtaler utløper.

Det er også ønskelig å utvide tilbudet til også å omfatte barne- og ungdomspsykiatri.

6.4.5 Indremedisin/geriatri

Dette vil være et aktuelt tilbud til en stor gruppe (eldre) pasienter.

6.4.6. Kreftpoliklinikk

Antall kreftpasienter er stadig økene. Begge sykehus har etablerte kreftpoliklinikker. Noe av denne virksomheten kan flyttes ut til DMS, hvor det bør legges opp til et integrert samarbeid med kommunal kreftsykepleier.

6.5 Røntgen

Tilgang til de mest vanlige røntgenundersøkelser lokalt er en forutsetning (støttefunksjon) for enkelte desentraliserte poliklinikker. En del pasienter som blir henvist til røntgenundersøkelse fra primærlege kan også få gjort denne undersøkelsen lokalt. Tjenesten kan derfor også karakteriseres som en desentralisert spesialisttjeneste.

Røntgenavdelingene i Helse Nord-Trøndelag utfører i dag ca 4000 konvensjonelle røntgenundersøkelser på pasienter henvist fra INVESTområdet. Mange av disse kan få utført røntgenundersøkelsen ved DMS INVEST. For pasientene betyr dette spart reisetid og for Helse Nord-Trøndelag betyr det sparte reiseutgifter..

Arbeidsgruppen tilrår at DMS INVEST utstyres med en røntgenenhet. Det må anskaffes (kjøp eller leasing) digitalt røntgenutstyr for enkle undersøkelser (skjelett, thorax) med elektronisk tilknytning til sykehusene i Levanger og Namsos og PACS/RIS systemet i Helse Midt-Norge. Virksomheten organiseres som en filial tilknyttet Røntgenavdelingen, Helse Nord-Trøndelag. Enheten må betjenes av en radiograf tilknyttet denne avdelingen. Avdelingen får ansvar for billedtolkning og administrasjon/allokering av henvisninger.

En egen arbeidsgruppe ved medisinsk serviceklinikk har utarbeidet en vurdering av desentraliserte røntgen tilbud.

6.6 Kommunale tjenester

INVEST kommunene ønsker å etablere kommunale akutt plasser i tilknytning til etterbehandlingsenheten. (se ovenfor).

De fleste ordinære helse- og omsorgstjenester må fortsatt utgå fra den enkelte kommune, men det vil være aktuelt å samarbeide om evt. å ha enkelte tjenester felles og legge disse til et DMS Inn-Trøndelag. Hvilke dette gjelder må avklares i hovedprosjektet:

- Fysio- og ergoterapi
- Rehabilitering
- Jordmortjeneste
- Legevakt/Laboratorium
- Kreftomsorg/kreftsykepleier
- Forebyggende helse, rådgivning, mestring, kosthold etc.
- Smittevern/Miljørettet helsevern
- Tilsynslegefunksjon
- Kommunal psykiatriomsorg
- Rusomsorg
- Ressurssenter for eldre

Målsetting er å forbedre samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten - det sømløse helsevesen. En eventuell organisering av enkelte og/eller alle disse tjenestene innenfor en felles organisering, skal ikke *nødvendighvis* medføre at personellet har arbeidssted ved DMS, dvs at brukerne skal få levert sine tjenester på normalt sted på linje med dagens ordning. Imidlertid er det en klar målsetting at man gjennom at flere spesialtjenester evner å etablere sterke faglige miljø/enheter (organisatorisk) som vil kunne medføre en økt kvalitet av tjenestene. Ordningen vil også kunne være viktig element i å kunne legge til rette for god tilgang på fagfolk. En viss sentralisering av enkelte høyt spesialiserte tjenester bør vurderes, spesielt på områder hvor omfanget er lite, men kravet til tjenesten er stort (enkeltpasienter med spesielle behov).

Å opprette fagteam/interkommunale kompetanseteam på tvers av de kommunale tjenestene kan være aktuelt. Et eksempel er "Geriatrisk team" som kan gi veiledning og opplæring innenfor demens.

For å sikre en optimal pasientflyt mellom DMS, herunder de kommunale plassene og kommunens ordinære tilbud, bør det vurderes et samarbeid også mht å kunne tilby plasser, utnytte ledighet og lignende innenfor INVEST-samarbeidet

6.7 Ledelse og støttefunksjoner

Støttefunksjonene må være felles for spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene; vaktmester, kjøkken/kantine, resepsjon/kontor, IKT. Det må legges opp til utstrakt sambruk av personale, lokaler og utstyr. Senteret må ha en felles ledelse med spesielt ansvar for koordinering og samhandling.

7. Økonomi

En etablering av et DMS Inn-Trøndelag bestående av spesialistpoliklinikk, intermediærenhet og kommunale tjenester forventes å gi flere positive økonomiske effekter. Oppsummert ventes blant annet følgende effekter

- Kortere reise for pasienter og pårørende ved innleggelse i intermediærenhet. Dette vil oppleves som positivt for pasient og pårørende.
- Reduserte transportkostnader
- Større fokus på rehabilitering enn det som gis på sykehuset vil gjøre pasientene bedre i stand til å bo i egen bolig etter oppholdet. Dette vil redusere kommunenes kostnader til kommunale omsorgstjenester
- Samfunnsøkonomiske gevinster i form av redusert tidstap for pasienter og arbeidsgivere, ved at det er kortere vei til spesialisthelsetjenesten og dermed går bort mindre tid til reiser og venting.
- En intermediærpost vil avlaste sengepostene ved Ortopedisk og Medisinsk avdeling ved sykehusene i Levanger og Namsos i en tid da vi opplever en økning i tallet på eldre, syke pasienter. Etablering av senger i Steinkjer er derfor et rimelig alternativ til å øke sengekapasiteten på sykehuset.
- Færre reinnleggelser
- Lavere gjennomsnittlige behandlingskostnader pr pasient i en
- Redusert liggetid på våre sykehus

Under følger vurderinger og beregninger for de enkelte funksjoner som skal inngå i DMS Inn-Trøndelag.

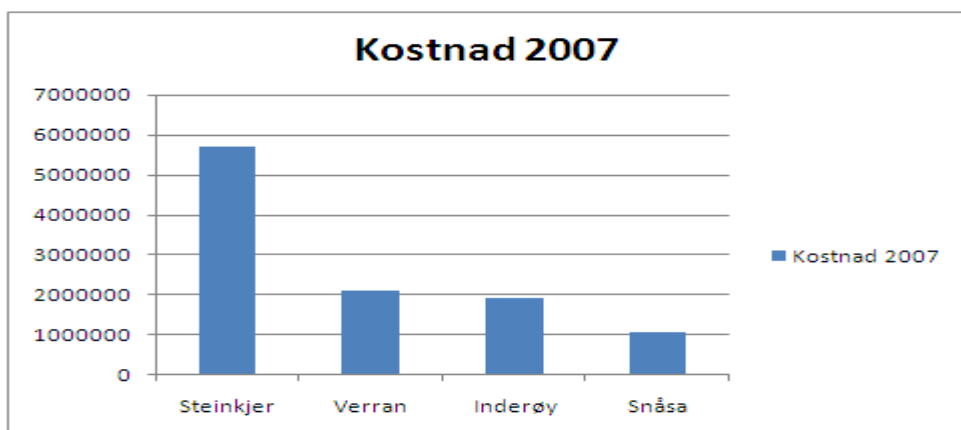
7.1 Spesialistpoliklinikk

7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader:

Det forutsettes at antallet poliklinikkonsultasjoner totalt i foretaket vil være stabilt, dette fordi man kun flytter på pasienter, og ikke får nye. Poliklinikkinntektene for foretaket er derfor anslått til å være uforandret.

7.1.2 Reduserte transportkostnader

En etablering av et DMS vil gi reduserte transportkostnader for foretaket. Denne besparelsen vil kunne finansiere deler av driften ved DMSet. Kartlegginger som er foretatt viser at 15 % av pasientene som kommer inn til våre sykehus, kommer med drosje. De resterende kommer med egen bil, buss, tog og annen transport.



Oversikt drosjekostnader i de aktuelle kommunene

Beregning reduserte transportkostnader

Reduserte transportkostnader for HNT beregnes under som summen av reduserte antall kilometer ved at pasientene hjemmehørende i disse kommunene oppsøker spesialist ved DMS INVEST i stedet for ved Sykehuset Levanger. Vi anslår at gjennomsnittlig reduserte antall kilometer utgjør 80 km tur/retur

	Pasienter pr dag	Dager pr uke	Antall uker	Andel taxi	Sats pr km	Antall km	Sum besparelse
Ortopedisk poliklinikk	15	1	44	15 %	11	80	87 120
Medisinsk poliklinikk	10	1	44	15 %	11	80	58 080
Gyn poliklinikk	Allerede igangsatt						0
Konvensjonell røntgen	Fra investeringsanalyse						439 000
Dialyse	5	3	44	80 %	11	80	464 640
Sum reduserte transportkostnader							1 048 840

7.1.3 Økte driftskostnader

Viser til vedlegg for en mer detaljerte beregninger av spesialistpoliklinikkens driftskostnader. Under følger en tabellarisk oppsummering av beregningene

Tabellarisk oppsummering

Beskrivelse	Sum
Redusert kostnad pasienttransport	-1.050.000
Husleiekostnad kr 2.300 pr m2	460.000
Årlig utstyrs-kostnad røntgen (leasing + serviceavtale)	490.000
Årlig utstyrs-kostnad dialyse (leasing + service)	485.000
Årlig utstyrs-kostnad med.pol (leasing)	30.000
Avskrivninger annet utstyr/inventar	49.000
Lønnskostnader	1.410.000
Andre driftskostnader	100.000
Sum kostnader	3.024.000
Netto drift	1.974.000
Andel HNT	1.729.000
Andel INVEST	245.000

Av tabellen over ser vi at drift av spesialistpoliklinikk og dialyse vil medføre en årlig merkostnad på kr 1.974.000. Medisinsk Klinikk på Levanger har varslet at de sannsynligvis vil etablere en dialysepost bestående av 5 plasser på Steinkjer uavhengig av en etablering av DMS Steinkjer. Legges dette til grunn vil etableringen av en spesialistpoliklinikk ved DMS INVEST gi en årlig merkostnad på kr 1.231.000

7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser

Intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag planlegges å ha det samme omfanget som intermediærposten ved DMS Stjørdal. Intermediærposten ved DMS Stjørdal har 12 senger, samt at det i tillegg er 4 er helkommunale sengeplasser. Driftskostnaden for intermediærposten fordeles likt mellom HNT, HMN RHF og kommunen. Kostnaden for driften av de helkommunale sengeplassene dekkes av kommunen. Vi foreslår at kostnaden fordeles på tilsvarende måte ved etablering av en intermediærpost ved DMS Inntrøndelag.

7.2.1 Driftskostnader

Da det planlegges at intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag skal ha det samme omfanget som ved DMS Stjørdal, forutsetter vi at det totale kostnadsbildet for drift av disse enhetene er den samme. Intermediærposten inklusive de helkommunale sengeplassene på DMS Stjørdal har i 2007 en budsjettert kostnad på 15.180.000. Justert for et antatt høyere husleienivå ved DMS Inn-Trøndelag og lønns og prisstigning i perioden antar vi at denne enheten vil ha en årlig driftskostnad på kr 17.300.000

Det forutsettes videre at alle ansatte ved intermediærposten ansettes i kommunen(e).

7.2.2 Kostnadsfordeling

Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord-Trøndelag HF og kommune(ne) hver dekker 1/3 av driftskostnadene for intermediærenheten (12 senger). Kostnaden for driften av de 4 helkommunale sengene dekkes i sin helhet av INVEST kommunene. Kostnaden er beregnet ved å ta den totale driftskostnaden for intermediærposten fordelt på antall senger. Dette gir følgende kostnadsfordeling

	Totalkostnad	Andel	Sum
HNT	12.975.000	1/3	4.325.000
HMN RHF	12.975.000	1/3	4.325.000
INVEST	12.975.000	1/3	4.325.000
Kommunale sengeplasser			4.325.000

7.3 Andre gevinster

En etablering av en intermediærpost antas å gi en rekke positive økonomiske effekter. Da disse gevinstene er vanskelige å tallfeste uten å foreta en utvidet analyse som går utenfor forprosjektets rammer velger vi å vise til evalueringer foretatt ved hhv. Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter og Søbstad Sykehjem

7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter

I Bærum kommune er det ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter etablert et tilbud med 16 plasser til pasienter som er ferdig utredet i sykehus, men som fortsatt er i behov for videreføring av sykehusbehandlingen. Hensikten med tilbudet er å

- redusere antall liggedøgn i sykehus
- utnytte ressursene på en kvalitets- og kostnadseffektiv måte
- hindre reinnleggelser

- vurdere pasientens funksjonsnivå
- bidra med oppfølging og videreføring av rehabiliteringstilbud

Tiltaket er evaluert med henblikk på kvalitetsmessig nytte for pasientene, kostnadmessige effekter for sykehuset og kostnadmessige effekter for kommunen. Sintef har foretatt kost-nytte beregningene. Svakheten ved analysene er at de er gjort uten kontrollgruppe. Konklusjonene fra analysene basert på 356 pasientopphold i perioden 2003-2004 er

- pasientene er fornøyde med behandling og blir raskere i stand til å komme hjem
- redusert liggetid i sykehuset (snitt 2.8 døgn)
- reduserte reinnleggelser (8 %)
- sparte kostnader for sykehuset: størrelsesorden 1.9 – 3.8 mill
- sparte kostnader for kommunen: størrelsesorden 1.2 – 7.4 mill

7.3.2 Intermediæravdeling ved Søbstad Sykehjem

I en randomisert studie av intermediæravdelingen ved Søbstad Sykehjem har man fulgt en gruppe pasienter som har fått slutt og etterbehandling ved Søbstad Sykehjem og sammenlignet med en gruppe pasienter som har fått slutt og etterbehandling ved St. Olavs Hospital. Studien konkluderer med følgende

- Færre reinnleggelser (19,4 % reinnlagt av intermediærgruppen sammenlignet med 35,7 % av sykehusgruppen)
- Mer kostnadseffektiv behandling (lavere gjennomsnittlig behandlingskostnad pr pasient)
- Flere klarer seg uten kommunale omsorgstjenester (25 % av intermediærgruppen klarte seg selv sammenlignet med 10 % i sykehusgruppen)

7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag

Hovedprosjekt fasen vil kreve en prosjektleder som ivaretar etableringen av den juridiske enheten DMS Inntrøndelag, samt en prosjektleder som ivaretar planleggingen av det medisinske tilbudet. Det vil også være kostnader knyttet til følgende områder

- Innhenting av informasjon og erfaring fra andre ”samhandlingsprosjekter”
- Kurs og konferanser
- Innhenting av informasjon fra ulike fagmiljø, brukergrupper og andre aktører
- Informasjonsutveksling internt og eksternt i kommunene og HNT

Det forutsettes at HNT og kommune stiller med prosjektdeltakere til dette arbeidet. Varighet av hovedprosjektfasen vil være fra vedtak til dannelsen av den organisatoriske enheten DMS Inn-Trøndelag.

Beskrivelse	Kostnad
Lønn Prosjektledere (totalt 14 månedsverk)	750.000
Kjøp av tjenester	100.000
Frikjøp av helsepersonell	100.000
Kurs – konferanser	60.000
Hospitering	50.000
Reise og opphold	60.000
Materiell	10.000
Inventar og utstyr	15.000
Telefon	5.000
Sum	1.150.000

8. Lokaler

8.1 Arealbehov

Arealbehovet for sengeposten er anslått til 650 m² og poliklinikken inkl rtg og dialyse er anslått til 200m². Arealbehovet for de kommunale tjenestene må man komme tilbake til i hovedprosjektet ut fra hvilke tjenester som blir samlokalisert.

8.2 Lokalisering

Arbeidsgruppen mener at Steinkjer by er naturlig og funksjonelt riktig lokalisasjon for et DMS Inn-Trøndelag.

Det er ønskelig med samlokalisering eller nærhet til legevakt m/laboratorium, fysio-/ergoterapi (behandlings-/treningslokaler), brukerkontor, kommunale omsorgstjenester.

Lokalisering avhenger også av hvilke tjenester man legger inn, og hva som kan samlokaliseres.

Det er et hovedmål for INVEST-kommunene og Helse Nord-Trøndelag at noen ”nøkkel-tjenester” for god samhandling skal plasseres under samme tak. Fysisk nærhet mellom tjenestene vil lette og kvalitetssikre kommunikasjonen mellom dem og gi større muligheter for å kunne yte sømløse helse og omsorgstjenester.

For å realisere disse planene, må det bygges eller omdisponeres arealer som vil være funksjonelle til dette formålet.

8.2.1.Alternativ 1/ prioritet 1:

Den best egnede plassering av disse arealene vil være i tilknytning til nåværende Steinkjer Sykehjem. Dette ut fra at det er et forholdsvis nytt bygg med tekniske løsninger, de sykehjemstjenester som er der pr i dag, og poliklinikk etablert av helseforetaket. Hjemmetjenestene i (Steinkjer) Sentrum BO er stasjonert der, og den kommunale hjelpemiddelformidlingens lokaler, Arbeidssentralen, ligger i en av nabobygningene.

Her er det muligheter for utvidelse av arealene ved nybygg, samt at institusjonen er forholdsvis sentralt plassert med tanke på transport og øvrige kommunikasjonslinjer. Området er flatt og gir muligheter for flotte naturopplevelser både ved sjøen og i ”skogsterreng”, også for de som har en eller annen form for fysisk funksjonssvikt. Det å ha muligheter for å bevege seg utendørs så tidlig som mulig etter en sykdomsperiode, er en viktig faktor i opptreningen for å komme tilbake til egen bolig.

Av andre kommunale tjenester er fysioterapi og ergoterapi viktige oppfølgingstjenester mht tilbakeføring til egen heim etter opphold i etterbehandlingsenheten (intermediærenheten). Det kan også være naturlig å vurdere flytting av Steinkjer Legevakt inn i disse arealene, da denne tjenesten knyttes til røntgenlab. og akutt-plasser/observasjons-plasser. Fastlegene i kommunene og tilsynslegene i institusjonene innehar nøkkelfunksjoner i samhandlingen. Innlemming av et legesenter i nybygget vil dermed kunne gi et godt utgangspunkt for lettere samarbeid mellom de ulike nivåene og fag-tjenestene.

I tett samhandling og samlokalisering med en kreftpoliklinikk, er kommunenes kreftomsorg med sykepleiere og fysioterapeuter aktuelle bidragsytere.

Konkret hvilke tjenester som man bør være samlokalisert med, vil avklares først i hovedprosjektet.

8.2.2 Alternativ 2:

INVEST må være byggherre, eller leietaker. Dersom prioritet 1 ikke er gjennomførbart, så kan ledige kommunale lokaler vurderes, alternativt kan også det eksterne/markedet utfordres mht løsningsforslag lokaler i Steinkjer sentrum.

Imidlertid gir ikke disse alternativene tilsvarende synergieffekter som alternativ 1.

8.2.3 Alternativ 3:

Dersom man ønsker samlokalisering av tjenester og lokalisering som omtalt under alternativ 1, men at det tidsmessig ikke er gjennomførbart til ønsket oppstartstidspunkt for Inn-Trøndelag DMS, så kan midlertidige løsninger på lokalisering være aktuelle. Dette synes imidlertid ikke å være ønskelig, bl.a. i forhold til investering i tekniske løsninger.

9. Organisering, ansvar, ledelse, evaluering

Tre eller flere kommuner skal samarbeide internt, samt eksternt med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter. Arbeidsgruppen mener at de samarbeidende kommuner bør etablere en organisatorisk enhet, selskap, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene.

INVEST kommunene anser det som helt avgjørende at man på kommunal side velger en organisering som er tydelig, for derigjennom å sikre likeverdighet. Organisasjonsmodellen skal også hensynta at fellesenheten (DMS Inn-Trøndelag) gjøres i stand til finansiering på en for kommunene gunstig måte.

Hovedprosjektet skal utrede hvilken enhetsmodell som bør anbefales overfor kommunene:

- Vertskommunemodellen (Kommuneloven)
- IKS (interkommunalt selskap) (IKS loven)
- Aksjeselskap (aksjeloven)

Uavhengig av hvilket alternativ organisering som anbefales, utredes vedtekter for organisasjonsmodellen som spesielt ivaretar faglighet og økonomisk kontroll.

Arbeidsgruppen mener kommunene Snåsa og Mosvik bør inviteres til å delta i et likeverdig samarbeid om DMS Inn-Trøndelag

Spesialist helsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forankret i forskjellige lovverk.

Organiseringen må avklare tydelig rollefordelingen mellom helseforetaket og kommunene vedr ledelse, personalansvar, økonomi, systemansvar og medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte delfunksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet.

Arbeidsgruppen mener etableringen av et DMS Inn-Trøndelag er et modellforsøk som bør evalueres. Hovedprosjektet må avklare hvordan dette skal skje.

10. Fremdriftsplan

I mandatet for forprosjektet/skissen er arbeidsgruppen bedt om utarbeide en mulig fremdriftsplan etablering av et distriktsmedisinsk senter. Det ligger mange utfordringer i en slik etableringsfase. Den skisserte virksomheten er kompleks. Mange instanser må involveres, mange detaljer må avklares, mange avtaleparter må bli enige om løsningene. Tidsaspektet er derfor usikkert og vil også påvirkes av hvilken løsning som blir valgt mht lokaliteter. Nedenfor er opplistet noen milepæler i en fremdriftsplan

- d) *Vedtak om hovedprosjekt.* Foreliggende skisse/prosjektrapport vil danne grunnlag for å fatte beslutning om å gå videre med å planlegge og realisere et DMS Inn-Trøndelag. Det må gies informasjon/innhentes høringsuttalelse til/fra politikere, faginstanser og administrative organer i kommunene og helseforetaket og Helse Midt-Norge. Saken må så legges frem for kommunestyrene i de tre INVEST-kommunene, samt for styret i Helse-Nord-Trøndelag. Slike vedtak kan foreligge tidligst i november 2008. Dersom kommunene og Helse Nord-Trøndelag fattet positive vedtak må det etableres et hovedprosjekt.
- e) *Invitasjon om deltakelse til nabokommunene Snåsa og Mosvik*
- f) *Etablere hovedprosjekt DMS Inn-Trøndelag.*
Målsettingen er todelt:
 - a. Dannelse av interkommunalt selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
 - b. Utarbeide detaljplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Det må etableres en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppe bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og primærhelsetjenesten, byggeteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering)

Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

- g) *Kommunale vedtak om etablering av driftsselskap*
- h) *Interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v*
- i) *Oppstart av et DMS Inn-Trøndelag - tidligst ved årsskiftet 2009/2010.*

Arbeidsgruppen takker for oppdraget!

Steinkjer, Inderøy, Verran, Namsos, Levanger, Stjørdal, 1.oktober 2007

Ingeborg Laugsand Marit Myrhaug Lisbeth Ystmark

Mari Holien Jacob Br. Almlid Frode Myrland

Øivind Stenvik Ann Sissel Helgesen Dagfinn Thorsvik



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

MOTTATT
19 OKT 2009

Steinkjer kommune
Serviceboks 2530
7729 STEINKJER

Deres ref

Vår ref
200904599-/KL

16 Dato
.10.2009

Steinkjer DMS

Jeg viser til tidligere dialog om støtte til DMS i Steinkjer i størrelsesorden 3 mill. kroner.

I Prop. 1 S(2009- 2010) er det foreslått bevilget totalt 33 mill. kroner til utvikling av lokalmedisinske sentra som del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å tildele midler på dette. I tildelingsbrevet vil Helse- og omsorgsdepartementet vise til dialog med DMS i Steinkjer og be om at Steinkjer prioriteres gitt at søknaden tilfredsstiller formelle krav.

Med vennlig hilsen

Bjarne Håkon Hanssen

DMS Inn-Trøndelag

HELSE NORD-TRØNDELAG

HELSE MIDT-NORGE



SLUTTRAPPORT FRA DELPROSJEKTET ”SAMHANDLING SPESIALISTHELSETJENESTEN/KOMMUNENE”

**Perioden 15.4.09-15.10.09
Prosjektleder Ingrid Hallan**

DMS INN-TRØNDELAGE

SLUTTRAPPORT VEDR. OPPSTARTFASEN

15.4.09-15.10.09

Prosjektleder Ingrid Hallan

Bakgrunn:

Kommunene Inderøy, Verran og Steinkjer (INVEST-kommunene), henvendte seg til Helse Nord-Trøndelag HNT med ønske om et samarbeid om helsetjenesten. Dette resulterte at partene møttes og i juni 2008 besluttet adm. direktør Arne Flaatt å utarbeide en skisse/forprosjekt for et mulig distriktsmedisinsk senter i INVEST-område.

En arbeidsgruppe med representanter fra de ulike parter ble oppnevnt og fikk i oppdrag å foreta denne utredningen.

Arbeidet ble avsluttet med rapport overlevert 1. oktober 2008.

Etter at oppdraget var fullført kom også kommunene Mosvik og Snåsa med i samarbeidet, slik at det i dag er 5 kommuner som sammen med Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge ønsker å planlegge og å etablere et distriktsmedisinsk senter.

Til sammen utgjør de fem kommunene ca. 32.600 innbyggere, dvs ca.25% av fylkets befolkning.

Prosjektsøknad med skissert ressursbehov på 3,9 mill ble utarbeidet og sendt. Denne resulterte i en bevilgning på 1,5 mill fra Kommunal-og regionaldepartementet og 0,5 mill fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Prosjektet fikk således ikke en finansiering som skissert, men nyoppnevnt styringsgruppe fra januar 2009, besluttet at det skulle arbeides videre med planene for oppstart.

Organisering:

Prosjektet har vært organisert med prosjektleder Mari Holien som overordnet for tre delprosjekt som hver hadde sin prosjektleder.

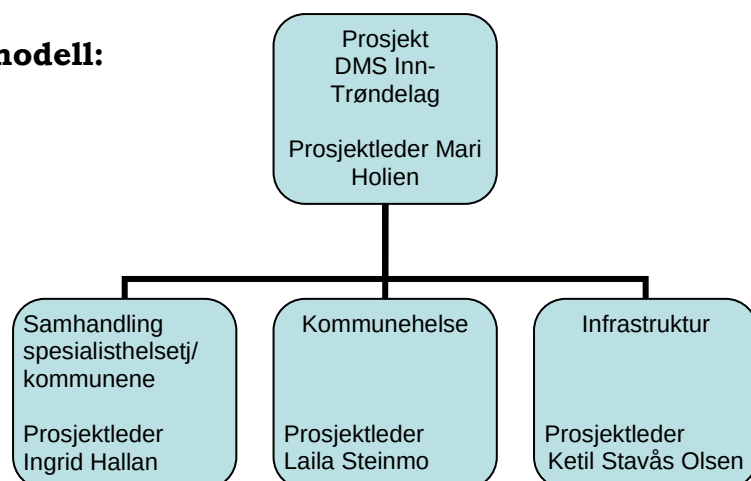
De tre delprosjekt var:

1. Delprosjekt **Samhandling spesialisthelsetjenesten/kommunene** med leder Ingrid Hallan, Helse Nord-Trøndelag i 60% stilling i 6 måneder.

2. Delprosjekt **Kommunehelse** med leder Laila Steinmo, Steinkjer kommune i 100% stilling i 6 måneder.

3. Delprosjekt **Infrastruktur** med leder Ketil Stavås Olsen, Steinkjer kommune i 50% stilling i 10 måneder.

Organisasjonsmodell:



Prosjektets styringsgruppe:

Gruppen består av representanter fra de fem samarbeidende kommunene, Helse Nord-Trøndelag, Helse Midt-Norge, brukerorganisasjonene og tillitsvalgte.

Styringsgruppen har hatt møte hver 14 dag i denne periode.

Aktuelt om delprosjektet

Samhandling spesialisthelsetjenesten/kommunene:

Undertegnede har vært ansatt som prosjektleder i delprosjektet i 60% stilling fra 15.04.09, og ansettelsen avsluttes 15.10.09.

Prosjektgruppen har bestått av:

Eivind Steen, fastlege, Steinkjer kommune

Ingeborg Laugsand avd. leder helse og rehab., Steinkjer kommune

Astrid Hynne Grut, enhetsleder sykehjem, Steinkjer kommune

Bente Molde, enhetsleder helse, rehab. og barnevern, Inderøy kommune

Lisbeth Ystmark, kommunalsjef, Verran kommune

Ann Sissel Helgesen, leder DMS Stjørdal

Hans Hallan, klinikkleder med. klinikk HNT

Kjell Griegel, avd. overlege ortopedisk avd HNT

Ivar Haarstad, avd. overlege gyn.avd. HNT

Inger Risan, leder for sykepleietjenesten HNT

Prosjektleder Ingrid Hallan er gruppas sekretær.

Gruppen har hatt fire møter og har kommet med innspill og anbefalinger til styringsgruppen vedrørende plassering og innhold i DMS Inn-Trøndelag. Dette både mht antall senger og drift i intermediaærenheten, plassering og utforming av dialyseenhet og spesialistpoliklinikk.

Lokalisering:

Prosjektgruppa har anbefalt at man utvikler og oppgraderer Egge Helsetun til et funksjonelt DMS Inn-Trøndelag.

Denne gruppa har vært opptatt av intermediærsengepost, dialyse/dagbehandlingsplasser og spesialistpoliklinikk.

Intermediærsengeposten:

Egge Helsetun har plass til intermediær sengepost i 1.etg. hvor det i dag er sykehjemsavdeling.

Denne avdeling blir i disse dager pusset opp og bade- og toalettrom oppgraderes.

Prosjektgruppa anbefaler å opprette 16 intermediære senger i denne sengeposten pga et nedslagsfelt på mer enn 32.000 innbyggere.

Tilbudet vil dekke opp for det økende sengebehov i medisinske og kirurgiske avdelinger i Helse Nord-Trøndelag. Dette behovet er en følge av den stadig voksende andel av eldre i befolkningen.

Dette vil det gi pasientene et bedre tilbud vedr. overgang fra spesialisthelsetjenesten til eget hjemsted.

Erfaringer fra lignende virksomhet som bl.a. DMS Stjørdal, rapporterer om større pasienttilfredshet, kortere liggetid på sykehuset, færre reinnleggelser, lettere overgang til eget hjem og bedre samarbeid mellom de ulike nivå i helsetjenesten.

Legetjenesten i avdelingen vil være 100% fordelt på to stillinger tilsvarende 50% på hver. Dette vil medføre at det vil være mulig å ha lege i avdelingen hver ukedag.

Det er en forutsetning at man har et nært samarbeid med Sykehuset Levanger. Medisinsk avd. har ansvar for tett oppfølging av legetjenesten i intermediæravdelingen.

Det tilrettelegges for at legene i intermediærsengeposten ved DMS Inn-Trøndelag kan være i telemedisinsk kontakt direkte med med.avd., samtidig som de kan følge internundervisningen i denne avdeling.

Dette gjelder også andre faggrupper i sengeposten.

Bemanningsplan er lagt med 5/3/2 på ukedagene, lørdag og søndag 3/3/2.

Dette gir behov for 14,75 årsverk for å dekke en slik turnus.

I tillegg kommer enhetsleder 100%, lege 100%, ergoterapeut 50%, fysioterapeut 100% og sekretær 60%.

Leder av sengeposten og spesialistpoliklinikken er tilsatt.

Videre utlysning av stillinger blir gjort så snart man vet realistisk tidspunkt for oppstart av sengeavdelingen.

Oppstart av intermediærsengeposten planlegges til høsten 2010/våren 2011.

Man må først opprette nye sykehjemsplasser som erstatning for de man mister ved denne omorganiseringen.

Areal intermediærsengepost 975 kvm.(inkludert fellesareal)

Det bygges trapp fra intermediaersengeposten ned til dialyse/spesialistpoliklinikken slik at det blir nær atkomst mellom enhetene.

Dialyse/Dagbehandlingsenhet/Spesialistpoliklinikk:

Dialyseenhet/dagenhet/spesialistpoliklinikk lokaliseres til underetg.

Antallet pasienter tiltrengende dialysebehandling er økende og pasientene er i behov av denne behandling tre ganger pr uke.

Dialyseenheten planlegges derfor med 9 dialyseplasser.

Dialyserommet må være 100 kvm.

De øvrige dager kan lokalene benyttes som dagbehandlingsenhet.

Spesialistpoliklinikken vil bli lokalisert i tilstøtende område, det samme vil rtg.enheten.

Denne er pr i dag satt i bero pga foretakets økonomiske situasjon.

Det planlegges to legekontor i dette lokalet.

Skyllerommet vil bli felles med dialyseenheten.

Kommunehelsetjenesten vil ha noen lokaler i samme areal slik at man kan få et nært samarbeid (kreftspl.etc.).

Det planlegges oppstart av dialyse/spesialistpoliklinikk våren 2010/høst 2010, tidspunktet avhenger av fremdriften i prosjektet.

Totalt areal dialyse/spesialistpoliklinikk/rtg (inkludert fellesareal) 350 kvm.

Status pr. 15.10.09:

- Prosjektgruppe opprettet i april 2009 har hatt fire møter
- Prosjektleder har orientert styringsgruppa for prosjektet DMS Inn-Trøndelag i to møter 4.mai og 18.mai 2009.
- Prosjektleder har orientert Styret for Helse Nord-Trøndelag i styremøte 18. juni 2009.
- Prosjektleder har informert om prosjektet i Inderøy kommunestyremøte 31.august 2009.
- Prosjektleder har informert Hovedutvalg for helse og omsorg i Steinkjer kommune 22.september 2009.
- Bemanningsplan, utstyrbudsjett og driftsbudsjett for intermediaær sengepost er utarbeidet.
- Bemanningsplan, utstyrbudsjett og driftsbudsjett for dialyseenhet/spesialistpoliklinikken/rtg.enheten er utarbeidet.
- Arbeidsgruppe vedrørende ombygging av midtsonen i sengeposten er opprettet. Gruppa har bestått av:
Jon Aksel Johnsen, Rådet for likestilling av funksjonshemmede i NT
Ketil Stavås Olsen, prosjektleder DMS Inn-Trøndelag
Ann Sissel Helgesen, leder DMS Stjørdal
Marit Strugstad, leder rehab.avd., Egge Helsetun
Ingrid Hallan, prosjektleder DMS Inn-Trøndelag
Gruppa har hatt sitt første møte og kommet med forslag til utforming.
- Arbeidsgruppe vedrørende utforming av dialyse/spesialistpoliklinikk er opprettet. Gruppa er i gang og består av:
Jon Aksel Johnsen, Rådet for likestilling av funksjonshemmede i NT
Einar Kaspersen, avd.spl. Dialyseavd. HNT

Inger Risan, leder for pleietjenesten, med.avd. HNT
 Ketil Stavås Olsen, prosjektleder DMS Inn-Trøndelag
 Ann Sissel Helgesen, leder DMS Stjørdal
 Gunnvor Brandseth, avd. leder rtg.avd. HNT
 Ingrid Hallan, prosjektleder DMS Inn-Trøndelag
 Gruppa hadde sitt første møte 2.september 2009 og er godt i gang med planleggingsarbeidet i samarbeid med arkitekten.

- Intensjonavtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag ble undertegnet i forbindelse med Verrankonferansen 22. juni 2009.
- Inger Risan er tilsatt som leder for intermediaærsengepost og dialyse/spesialistpoliklinikken i DMS Inn-Trøndelag.
 Det var planlagt at hun skulle tiltre 12.oktober 2009.
 Da det ennå gjenstår å få endelig behandling av samarbeidsprosjektet i de fem kommunestyre er prosjektet noe forsinket.
 Dette medfører at hun vil ha oppstartdato 1.januar 2010.

Økonomi.

1. Intermediærsengeposten.

Utstyr.

Dette inkluderer senger, møbler, utstyr av ulik art.
 Til sammen 2,6 mill

Det er ikke avklart hvem som skal dekke utgiftene til utstyr vedrørende intermediaærsengeposten.

Om man kan tenke seg at denne deles på de tre samarbeidende parter HMN, HNT og de fem kommunene vil dette utgjøre:

Til sammen 2,6 mill som deles på tre parter= **0,9 mill pr. part**

Drift av intermediaærsengeposten.

Husleieprisen pr kvadratmeter beregnet til kr. 2500 ut fra de kalkyler man har pr. i dag.

Dette vil beløpe seg til ca. 2,5 mill som er lagt inn i driftsbudsjettet.

Personellkostnader utgjør 12 mill

Driftsutgifter (inkludert husleie) utgjør 4 mill

	Beløp	Kommentarer
Lønn personell	12 mill	Turnusgående, leder, lege, ergo-/fysioterapeut, sekretær
Driftskostnader	4 mill	Inkl. husleie kr. 2500 kvm.
Sum	16 mill	

Til sammen 16 mill som deles på tre parter = **5,4 mill pr. part**

2. Dialyse/Spesialistpoliklinikk:

Dialyseenheten:

Utstyr:

Dette inkluderer bl.a. møbler, blodgassapparat, videokonferanseutstyr og annet mindre utstyr.

Til sammen 0,4 mill.

Drift av dialyseenheten:

Personellbehovet er 2,4 årsverk pga at det planlegges 9 dialyseplasser.

Kostnader til sammen 1,2 mill

Leasing av dialysemaskiner, stoler, søyler, vannrenseanlegg, service

Til sammen 0,65 mill

	Beløp	Kommentarer
Lønn personell	1,2 mill	Beregnet 2,4 stillinger dagarbeid
Leasingutgifter	0,55 mill	
Service	0,1 mill	
Husleie	0,25 mill	100 kvm/2500 kr pr kvm- ytre rom/fellesareal ikke tatt med
Sum	2,1 mill	

Røntgenenheten.

Utstyr:

Dette inkluderer bl.a. møbler og annet mindre utstyr.

Til sammen 0,1 mill.

Drift av røntgenenheten:

Lønn til radiograf 40 % (2 dager pr uke)

Kr. 180.000

Leasing av røntgenapparat og service på dette

Til sammen kr. 375.000 mill

	Beløp	Kommentarer
Lønn personell	180.000	Beregnet 40% stilling dvs 2 dager pr. uke
Leasingutgifter	315.000	
Service	60.000	
Husleie	125.000	50 kvm/2500 kr pr kvm- ytre rom/fellesareal ikke tatt med
IT utstyr/service	20.000	
Sum	0,7 mill	

Spesialistpoliklinikk.

Utstyr:

Innkjøp av møbler og mindre utstyr. Det forutsettes at eksisterende utstyr i gyn. poliklinikk som i dag er i Steinkjer sykehjem, flyttes opp i DMS Inn-Trøndelag.

Til sammen 0,2 mill

Drift av poliklinikken:

Lønn til sykepleier 40 % (2 dager pr uke) og sekretær 40 %

Kostnader til sammen kr. 230.000

Driftsutgifter reise spesialister etc. kr. 200.000

Husleie 150 kvm/2500 kr. pr kvm kr. 355.000. Her regner man med tre legekontor, skyllerom, et undersøkelsesrom, ventesone for pasientene og toalett.

Dette er **ikke** tatt med i de andre tabellene vedr. underetg.

	Beløp	Kommentarer
Lønn personell	230.000	Beregnet 40% stilling sykepleier og 40% sekretær
Driftsutgifter-reise, it-leie etc.	200.000	
Husleie	500.000	200 kvm/2500 kr pr kvm- ytre rom/fellesareal tatt med
Sum	0,9 mill	

Poliklinikkdrift:

Prosjektleder har tatt kontakt med ulike klinikker i HNT for å få et bilde av hvem som kan være aktuelle for spesialistpoliklinikk ved DMS Inn-Trøndelag.

Det er tidlig i prosessen og derfor ikke så enkelt å få konkrete svar.

-Dialysevirksomheten i fylket er stadig økende og denne enheten vil ha behov for de planlagte plasser så snart det er mulig å ta disse i bruk.

-Gynekologisk avd. Sykehuset Namsos har pr i dag etablert poliklinikk i Steinkjer sykehjem. De ser positivt på å flytte inn i DMS Inn-Trøndelag og vil kunne være på plass så snart lokalene er klare.

-Rtg.enhet er sterkt ønsket i tilslutning til spesialistpoliklinikk. Dette vil kommenteres senere.

-Ortopedisk avd. Sykehuset Namsos kan være interessert i poliklinikkvirksomhet.

De er da avhengig av at røntgen er på plass i samme lokaler.

Øye – og ØNH i HNT har gitt tilbakemelding om at de pga av bemanningssituasjonen pt ikke har mulighet for å drive poliklinikk utenom sykehuset.

-Psykiatrisk klinikk leier lokaler i Høvdinggården. De har behov for 5-6 kontor og mener å ha en tilfredsstillende plassering der de er i dag.
 -Det samme signaliseres fra BUPP som ikke ønsker å flytte lengre bort fra sentrum, men kan evt. tenke seg å benytte kontorer for å utvide sin virksomhet.
 De ønsker å lokaliseres nærmere de kommunale tjenester innen feltet.

Oppsummering vedr. kostnader:

Utstyrsutgifter (engangsinvestering) for HNT:

	Beløp	Kommentarer
Utstyr intermediær sengepost	0,9 mill	Totalt 2,6 mill - delt på de tre samarbeidsparter
Utstyr dialyse/poliklinikk/rtg	0,7 mill	
Sum	1,6 mill	

Årlige driftsutgifter for HNT:

	Beløp	Kommentarer
Drift av intermediær sengepost	5,4 mill	Totalt 16 mill- delt på de tre samarbeidsparter/
Drift dialyse	2,1 mill	
Drift rtg	0,7 mill	Forutsatt bemannet 2 dager pr uke
Drift poliklinikk	0,9 mill	Forutsatt bemannet 2 dager pr uke
Sum	9,1 mill	

Aktuelt:

Forprosjektet beskrev en situasjon hvor utgiftene vedr. poliklinikkdriften delvis ble kompensert ved sparte reisekostnader for pasientene.

Da vi nå har anbud på fellestransport vedr. pasientreiser, har denne gevinsten blitt kraftig redusert.

Dette medfører at noen viktige forutsetninger for å desentralisere poliklinikkvirksomheten er endret i løpet av 2009.

Helse Nord-Trøndelag har derfor signalisert at man vil vente med videre oppstart av poliklinikkvirksomheten ut over dialyse- og gynekologisk poliklinikk.

Styringsgruppen har derfor bedt prosjektleder om å utarbeide en økonomisk oversikt over ulike alternativ vedr. innkjøp og drift av en røntgenenhet på DMS Inn-Trøndelag.

Vedrørende Rtg.enhet DMS Inn-Trøndelag

Alternativ A

HNT tar alle kostnader vedr. rtg. (samme tabell som ovenfor).

Drift av røntgenenheten:

Lønn til radiograf 40 % (2 dager pr uke)– alternativt 20% (1 dag pr uke – gir kr.90.000 i reduksjon).

	Beløp	Kommentarer
Lønn personell	180.000	Beregnet 40% stilling dvs 2 dager pr. uke
Leasingutgifter	315.000	
Service	60.000	
Husleie	125.000	50 kvm/2500 kr pr kvm- ytre rom/fellesareal ikke tatt med
IT utstyr/service	20.000	
Sum	700.000	

Alternativ B

Kommunene leaser rtg.utstyr og samtidig betaler den årlige service på dette (315.000 + 60.000 = 375.000)

Rtg.apparat koster 1,8 mill i innkjøp

	Beløp	Kommentarer
Lønn personell	180.000	Beregnet 40% stilling dvs 2 dager pr. uke
Husleie	125.000	50 kvm/2500 kr pr kvm- ytre rom/fellesareal ikke tatt med
IT utstyr/service	20.000	
Sum	325.000	

Sammenligning Stjørdal DMS

Personellutgifter er ikke tatt inn i dette da det pr i dag dekkes innenfor det eksisterende personalet rtg.avd har.

	Beløp	Kommentarer
Leasingutgifter	315.000	
Service	60.000	
Husleie	65.000	50 kvm/1300 kr pr kvm- ytre rom/fellesareal er gratis
IT utstyr/service	20.000	
Sum	460.000	

DMS Stjørdal:

- DMS Stjørdal tar pga av sin beliggenhet, mange pasienter fra Selbu og Tydal som ellers ville reist til private rtg. institutt i Trondheim eller St. Olavs Hospital.
- DMS Stjørdal stopper også "lekkasje" av nordtrøndere som ellers ville benyttet Trondheim pga at de jobber i nærheten.
- På grunn av ulik avtale vedr. pasienttransport, er det en økonomisk besparing å unngå reiser til sykehus for pasienter tilhørende Stjørdalsregionen.
- Man regner derfor med at rtg.enheten på DMS Stjørdal vil være svært lite ressurskrevende i løpet av den nærmeste fremtid og kunne sies å gå i økonomisk ballanse i løpet av 2010.
- Helse Nord-Trøndelag har uten å øke antall stillinger, klart å bemanne rtg.enhet på DMS Stjørdal med de personellressurser de har pr i dag.

DMS Inn-Trøndelag

- I Steinkjerregionen hvor det er fastprisavtaler vedr. kjøring (unntatt Verran og Snåsa) vil man ikke få den samme innsparingseffekt.
 - Det er heller ikke behov for å "tette" lekkasje av pasienter, da disse uansett vil gå til et av foretakets sykehus.
 - Ved en videre økning av rtg.virksomheten utenfor sykehusene vil det bli behov for å opprette ny stillingsressurs.
 - For øvrig er det viktig å presisere at uten rtg.enhet vil det være lite aktuelt å drive ortopedisk poliklinikk i DMS Inn-Trøndelag.
 - Da dette utgjør en stor pasientgruppe med mange eldre er det et viktig tilbud til befolkningen.
 - Når intermediærsengeposten åpner med 16 senger vet man av erfaring at behovet kontrollrtg. av pasienter er til stede.
 - En stadig økende pasientgruppe er KOLS pasienter og mange av de vil være brukere av intermediærposten. Det samme vil pasienter med lungebetennelse.
- For disse ville rtg. på stedet være en avlastning i det at de slipper å sendes til sykehus.
- Det er viktig at en slik service som rtg. er lett tilgjengelig.
- I det tidligere økonomiske oppsett har man gått ut i fra 40% stilling som radiograf. Det vil tilsier 4 dagers drift av enheten.
- Om man velger å ha enheten åpen hver dag, men med noe kortere åpningstid, kan man gi bedre service med at tilbudet er til stede hver dag.
 - Det forutsettes at fastleger og legevaktleger benytter tilbudet.

Den type rtg.undersøkelser det her er tale om er rtg. av skjelettet som for eksempel hånd og for, samt rtg. av lungene.

Denne type undersøkelser er det liten ventetid på i sykehusene pr. i dag.

Større undersøkelser som for eksempel CT og MR må uansett til sykehus for å bli tatt.

Oppsummering:

Prosjektleder har så langt det er mulig fremskaffet de beregninger det er mulig å få frem etter ønske fra styringsgruppen.

Da vi har over 2 års erfaring fra driften av DMS Stjørdal, har det vært naturlig å bruke denne til sammenligning for det vi har planlagt vedr. DMS Inn-Trøndelag.

-Intermediærsengeposten vet vi gir stor pasienttilfredshet, mindre reinnleggelser og gir pasientene anledning til lengre liggetid.

Dette oppleves trygt og gir tid for rehabilitering, informasjon og forberedelse for utskriving.

-Dialyseavd. i DMS Stjørdal rapporterer stor pasienttilfredshet, korter ned reisetiden for de det gjelder og pasientene opplever ro og trygghet i dagbehandlingstilbudet.

-Erfaringen fra DMS Stjørdal viser også at det tar tid å bygge opp det polikliniske tilbudet, da dette er avhengig av om sykehuset har spesialist som kan reise ut. Det er imidlertid uten tvil svært positivt med denne type samarbeid, og de som er i gang er svært godt fornøyd med denne måte å arbeide på.

Prosjektet går så videre inn i en ny fase når man har innstillingen fra de fem kommunene som samhandler i prosjektet.

Da vil det være Inger Risan som overtar "stafettpinnen".

Vi vil ha et nært samarbeid i denne perioden slik at ting ikke forsinkes pga av denne overlapping.

Undertegnede takker for hyggelig samarbeid i et spennende prosjekt og ønsker hell og lykke videre med etablering av DMS Inn-Trøndelag.

Det vil bli et kvalitetsløft for befolkningen i de fem samarbeidende kommuner!

Levanger 14.10.2009

Ingrid Hallan
prosjektleder

DMS Inn-Trøndelag



Sluttrapport delprosjekt KommuneHelse

Dato 31.08.09

.....
Laila Steinmo

Delprosjektleder

Delprosjekt kommunehelse har hatt følgende sammensetning:

Laila Steinmo, prosjektleder

Øivind Stenvik, medisinsk faglig rådgiver Helse Nord-Trøndelag

Kjetil Landsem, kontroller Verran kommune

Ester Brønstad, rådgiver helse og pleie- og omsorg i Snåsa kommune

Ulf Seljelid, fastlege og spesialist i allmennmedisin i Snåsa kommune

Jorid Melhus, enhetsleder pleie og omsorg i Inderøy kommune

Heidi Vennes/Arnold Lorenzen, ledere for pleie og omsorg tjenestene i Mosvik kommune

Trond Waldal, rådgiver økonomi i strategigruppa til rådmannen i Steinkjer kommune

Kirsten Lange, avdelingsleder bistand og omsorg i Steinkjer kommune

Kommunehelsegruppa hadde følgende saker som skulle utredes:

- Kommunale helsetjenester, herunder akuttplaner
- Forberede og etablere det interkommunale driftsselskapet.
- Økonomi/finansiering
- Helsekommunen
- Kompetanseutvikling
- Kompetanseallokering mellom sykehus, DMS og kommunal helse/pleie
- Personal (rekruttering, bemanning, ...)

Kommunehelsegruppa har hatt 8 prosjektmøter 24.03, 17.04, 28.04, 07.05, 26.05, 09.06, 02.07 og 24.08.

I tillegg er det gjennomført 2 arbeidsmøter med KS advokat Øyvind Renslo angående organisering 22.04 og 30.04, samt uttalelser fra advokat Jostein Østeraas og Fylkesmannens i Nord-Trøndelag sine advokater Stein Jøssund og Snorre Aurstad, (se side 16 og 30), 3 møter med helselederne i de 5 kommunene, 24.04, 27.05 og 23.06, 1 møte med KomRev angående momskompensasjon 29.06, 1 møte med leder for omsorgsforskning, Asbjørn Okstad angående forskningskommune, 25.06, og 1 møte med fylkeskommunens forebyggende avdeling 25.06., angående felles forebyggingssatsing, og 1 informasjonsmøte til 9 ulike tillitsvalgtorganisasjoner i Steinkjer, den 18.juni.

Sammendrag fra delprosjekt Kommnehelse:

1. Kommunale helsetjenester

Flertallet i gruppa går inn for at DMS starter med samorganisering av følgende helsetjenester, mellom de fem kommunene Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa og Mosvik, ved Egge Helsetun i 2010:

1. 9 dialyseplasser (Helseforetaket i Nord-Trøndelag)
2. Spesialistpoliklinikker (Helseforetaket i N-T)
3. 16 intermediaærsenger (Interkommunalt)
4. Kompetansesenter for ansatte (Interkommunalt)
5. Ambulante team (Helseforetaket)

I perioden 2011-2012

1. Kommunalt lærings- og mestringssenter for pasienter (Interkommunalt)
2. Forebyggende helseenhet (Interkommunalt)
3. Fagnettverk for ansatte i kommunene (Interkommunalt)
4. Helsestasjon for eldre (Interkommunalt)

(1 i gruppa ønsket færre tjenester samorganisert med DMS og 1 ønsket flere tjenester under DMS)

2. Akuttplasser/akutte omsorgsplasser:

Faglederne og gruppemedlemmene i fire av fem kommuner anbefaler ikke opprettelse av akutte omsorgsplasser i DMS. Kommunene Inderøy, Snåsa, Mosvik og Steinkjer ønsker å ivareta denne tjenesten på lokalt kommunalt nivå. Juridiske, økonomiske, behovsmessige og praktiske hindringer er begrunnelsen for standpunktet. Alle kommunene bruker årene 2010 og 2011 til å loggføre om kommunen selv kan håndtere dette. Verran kommune ønsker akutte observasjonsplasser i DMS og samlokalisering med legevakt.

3. Organisering av et fremtidig DMS Inn-Trøndelag:

Prosjektgruppa har vurdert ulike organisasjonsmodeller:

- Aksjeselskap (AS)
- Interkommunalt selskap (IKS)
- Interkommunalt samarbeid etter paragraf 27 i kommuneloven
- Samkommune etter modell fra Innherred samkommune og Midtre Namdalspilot.
- Bestiller/utførermodell
- Vertskommunemodell med eget styre
- Vertskommunemodell med folkevalgt nemnd

Flertallet i prosjektgruppa anbefaler "vertskommune med folkevalgt nemnd etter § 28 c i kommuneloven" som midlertidig organisasjonsmodell for det interkommunale samarbeidet. Det er den eneste lovlige modellen når intensjonen er å delegere lovpålagte oppgaver (se

Kommunehelsetjenestelovens § 2) på helsesiden over til interkommunalt samarbeid. Fire ulike jurister har vært med og gitt anbefalinger til valg av organisasjonsmodell. Vertskommunemodell med folkevalgt nemnd er anbefalt av samtlige, og Steinkjer kommune forslås som vertskommune. "Vertskommune med folkevalgt nemnd" er en ny modell som ikke er forsøkt på helsetjenester før. Gruppen betrakter DMS Inn-Trøndelag som et strategisk viktig prosjekt for de samarbeidende kommunene. Derfor er det viktig å velge en modell hvor både faglederne, rådmennene og politikerne i alle de fem kommunene er med og utvikler prosjektet i fellesskap fremover. Modellen skal vurderes underveis, med sikte på andre modeller som kan være bedre egnet for interkommunalt samarbeid på helsesiden. Helseforetaket som står for 2/3 av kostnadene ønsker å være leietaker, ikke eier i dette samarbeidet.

4. Økonomi og finansiering

Delprosjektgruppa har lagt frem en kostnadskalkyle for årene 2010 -2015. Fire regneark er utarbeidet:

1. Budsjett for intermediærenheten: (Intermediærenhet = de 16 sengene Helseforetaket og kommunene sammen tenker opprettet) Drift 16,2 millioner, investering 2,4 millioner. Beregnet kostnader fra de andre to delprosjektgruppene er tatt inn i dette oppsettet.
2. Kostnader til drift og erstatning av kortidsplasser for å få til fire omsorgsplasser/akuttplasser er satt opp i eget regneark.
3. Det er laget eget oppsett for administrasjon og interkommunale tjenester. Gruppen har anbefalt en del kommunale tjenester med ulike årsverk lagt inn i perioden. Politikerne må vurdere hvor stor ressurs som skal legges inn for hvert år og hvor raskt oppbyggingen skal foregå.
4. Det er utarbeidet seks ulike fordelingsnøkler for fordeling av kostnader mellom de fem samarbeidende kommunene. Eget regneark med oversikt for hver kommune. Erfaringene fra andre interkommunale samarbeid av nyere dato, viser at det er vanlig å fordele en del av driften likt på kommunene og en del etter folketallet. Fordelingsnøkler som er mest brukt er 40/60 eller 50/50. Beslutning i forhold til fordelingsnøkler tas på styringsgruppemøtet den 06.09

5. Kompetanseutvikling

Medlemmene i delprosjektgruppa er samstemte på at man ønsker at satsingen på DMS skal gi regionen og kommunene et kompetanseløft, både i form av nye tjenester til innbyggerne, nye kompetente ansatte til intermediærenheten, og ved at ansatte fra alle de fem samarbeidende kommunene får tilgang til et kompetansesenter, enten fysisk, via telemedisin eller videokonferanseoverføring til sin kommune. Det samme gjelder muligheten til å danne interkommunale nettverksgrupper innen de ulike fagene (kreft, ergo - og fysioterapi, helsesøstre). Det må være en forutsetning at intermediærenheten er et sted hvor ansatte i kommunene, med ulik yrkesbakgrunn, kan komme og hospitere og få oppdatert sine praktiske ferdigheter. Det er viktig med samhandling mot HINT, HUNT og NTNU. Det er store forventninger til det nye interkommunale lærings - og mestringssenteret og forebyggende

avdelingen. Forebygging på tidlig stadium og til risikopasienter vil ha fokus her. Kommunene ser viktigheten av å rekruttere, utvikle og beholde kompetent fagpersonale i alle de samarbeidende kommunene fremover. Og man ønsker kommunal satsing på omsorgsforskning og utvikling.

1. Kommunale tjenester i tilknytning til DMS

Vedlegg :

1. Oversikt over kommunenes ønsker pr. 11.05.09
2. Tegning av DMS – oversikt over tjenester samorganisert i DMS
3. Tjenester som kan samorganiseres i DMS– kommunegruppas anbefalinger.
4. Oversikt over tjenester Steinkjer ønsker samlokalisert med DMS

Delprosjekt kommunehelse har fått som ett av mandatene å utrede hvilke kommunale helsetjenester som ønskes i tilknytning til DMS. Alle de fem kommunene som er med i prosjekt DMS Inn-Trøndelag, fikk 12.mars tilsendt spørreskjemaet ” Informasjon og analyser fra kommunene om kommunehelse/DMS”. Her ble hver kommune utfordret til å kjøre en bred prosess i sin kommune for å gjøre prosjektet kjent, og for å kartlegge hvilke av sine kommunale tjenester, (spesielt de tjenestene som var opplistet i forprosjektrapporten) de ønsket innenfor et DMS. Og hvordan de ville at disse tjenestene skulle være organisert:

1. Være samlokalisert med DMS,
2. Ha felles eierskap med DMS. (Samorganisert)
3. Samhandle med DMS - men lokal tjeneste
4. Organisert i fagteam/fagnettverk under DMS
5. Eller om det var uaktuelt at denne tjenesten skal kobles mot DMS.

Kommunene ble samtidig spurt om tidspunkt for eventuelt samarbeid. Svarfrist ble satt til 17.04.09. Svarene tyder på at det er jobbet godt og bredt i de fleste kommuner, med involvering på tvers av enheter og fagprofesjoner.

Prosjektgruppa gikk gjennom svarene i gruppemøter den 23.03, 17.04 og 28.04. Svarene er også kvalitetssikret opp mot de kommunale helselederne i fellesmøte mellom dem og delprosjektleder den 22.04.09., 27.05.

Foreløpig konklusjon ble tatt i møtet den 28.04.09. Saken ble lagt frem for styringsgruppa til orientering og for å få innspill til det videre arbeid. Prosjektgruppa ble bedt av styringsgruppa om å se på om ikke flere tjenester kan samorganiseres med DMS, for å få større bredde i satsingen. Saken ble deretter drøftet inngående på nytt i prosjektgruppa den 07.05.

Flertallet i prosjektgruppa anbefaler Samorganisering av følgende kommunale tjenester:

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

Prosjektgruppa forslår enstemmig at de ønsker følgende tjenester som kommunenes ”fyrtårn” for satsing interkommunalt mellom de 5 kommunene:

1. Samhandling med ambulante team fra spesialisthelsetjenesten eller ambulante fagteam fra kommunal helsetjeneste(helsestasjon for eldre, kreft, risikogravide?)
2. Kompetansesenter for ansatte i alle deltakerkommunene
3. Lærings og mestringssenteret for pasienter
4. Folkehelsesenter

Å få spesialisthelsetjenestens ambulante team ut til brukerne, i samhandling med kommunehelsetjenestene er også et ønsket satsingsområde i alle kommunene.

Det er store forventninger til kompetansesenteret for ansatte ved DMS, kompetansesenter for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt muligheten for praktisk hospitering på DMS for kommunalt ansatte i alle kommuner. Dette vil styrke fagtjenestene og holde små tjenester à jour med moderne behandlingsprinsipper, både i teori og praksis. Fagnettverk er det store stikkordet for kommunene. Dette å ha et fora for å utveksle erfaringer, vurderinger og diskutere vanskelige dilemmaer og nyere utviklingstrekk er viktig for rekruttering i småkommuner og for å kunne beholde dyktige helsepersonell i fremtiden.

Vi ser også for oss bruk av telemedisin og videokonferanse i denne satsingen. Dette for å spre kompetanse og redusere reisetid, så ansatte kan bruke mest mulig tilmålt tid ute i felten blant pasientene i kommunene. Fagledere i kommunene har presisert at det er viktig at en samorganisering ikke tar tiden til fagarbeiderne ute i pasienttjenester. For å få til koordinering mellom fem kommuner, trengs det derfor en ekstra koordinatorfunksjon.

Kommunenes kommentarer til de tjenester som er foreslått samorganisert under DMS Inn – Trøndelag i prosjektperioden:

Jordmortjenesten:

4 av 5 kommuner kjøper i dag jordmorressurs fra Helse Nord-Trøndelag. Snåsa har kommunalt ansatt jordmor. Den jordmora har mye følgetjeneste av gravide til sykehus, og ønsker å beholde tjenesten som den er i dag, som en del av lokalberedskapen. Kommunene kan fortsette å kjøpe tjenesten fra Helse NT selv om tjenesten er organisert under DMS. Dette for å beholde fagnettverket av jordmødre opp mot spesialisthelsetjenesten. Men foreslått ordning kan gi tungvint administrasjon. Herr må en i samhandling med aktuelle jordmødre vurdere virksomhetsoverdragelse og ansettelse i DMS.

Kommuneoverlegestillingen

Stillingen ønskes samorganisert i DMS. Kommunene ønsker en felles kommuneoverlegestilling som en sterk samhandlingspillar i folkehelsesenteret. Det er tatt politisk initiativ i INVEST kommunene om felles kommuneoverlegestilling i 100 %. Stillingen er utlyst, søknadsfrist i september. Prosjektgruppa mener ressursen er for liten i forhold til de oppgavene som kommunelegen har og de oppgavene som tenkes lagt til kommuneoverlegestillingen i fremtiden. Samhandlingsreformens signaliserer at kommuneoverlegen skal være motor i forebyggende helsetjeneste i kommunene. Ressursen anbefales doblet. Samfunnsmedisinsk legekompentanse ønskes til denne stillingen, med god kompetanse innen forebygging. Og forskning. Engasjement og egnethet er viktigste faktorer for denne stillingen. Samhandlingsreformen foreslår også at ansvar for offentlig legearbeid skal legges under kommuneoverlegen. Det vil si legeoppgaver innenfor helsestasjon, skolehelsetjeneste, tilsynsleger, veileder turnusleger. Ressursen må styrkes mot 2012.

Miljørettet helsevern

4 kommuner kjøper i dag tjenester innen miljørettet helsevern fra PreBIO. (PreBIO er en veletablert laboratoriebedrift innen kjemiske og mikrobiologiske analyser) Samhandlingen med yrkeshygieniker derfra er god. Inderøy kjøper tjenesten fra Innherred HMS og er fornøyd med det. Alle avtalene har oppsigelsestid. Ved samorganisering bør det vurderes om yrkeshygieniker skal ansettes i DMS, eller om kommunene samlet skal kjøpe tjenester fra samme leverandør. Stordriftsfordeler forventes.

Sannsynlig kommunal BUP

Det er signaler fra Helsereformen om at BUP (barne- og ungdomspsykiatrien) bør få en desentralisert struktur og ved reformen bli en kommunal oppgave. Tjenesten ønskes samorganisert for å få mer nærhet mellom tjenesten og kommunene. Trenger nødvendigvis ikke være samlokalisert. Men det er viktig at tjenesten er lokalisert der ungdommene er. For eksempel i sentrum av Steinkjer og sentrum av Inderøy, der de store ungdomsskolene og videregående skolene ligger. Det er viktig at BUP dreier behandlingen og satsingen mer over til forebyggende helse, for å fungere forebyggende opp mot barnevern og spare samfunnsutgifter. Det tar tid for ungdom å reise. Mange av dem er mye borte fra skolen i dag, og de blir lett stigmatisert når de må reise til behandling så mye som trengs, og derfor dropper de også ut behandlingen for tidlig. Her er det viktig å komme inn tidlig. Også opp mot

veiledning til foreldre, lærere, skoler/barnehager, og venner. Her haster det å satse. Og god samhandling med fastlegen må være en av pilarene. Prosjektgruppa mener det er viktig å komme tidlig i gang, og derfor bør det vurderes om kommunene i fellesskap kan søke om pilot på forhånd for å komme i gang med interkommunalt BUP kontor før 2012.

Kommunale psykologhjemler

Det er store behov for psykologhjemler i kommunene. Kommunene venter på at det skal opprettes kommunale psykologhjemler snarest mulig. Da er det viktig at de 5 kommunene søker samlet evt. på flere hjemler og at disse organisatorisk legges under DMS.

Treningsleilighet

Steinkjer kommunes rehabiliteringsenhet har en treningsleilighet i lokalene i nærheten til DMS. Småkommunene ønsker sambruk på denne leiligheten for personer som trenger opplæring i å bo og fungere i en leilighet før de skrives ut til egen leilighet. Denne tjenesten kan samorganiseres eller hver kommune kan kjøpe tid og tjenester i leiligheten fra Steinkjer kommune.

Kreftomsorgen, ergoterapitjenesten, fysioterapi, rehabilitering/habilitering, helsesøstertjenesten, tilsynslege/skole/helsestasjonslegevirksomheten, inntaksteamene ønsker å ha fagnettverk med klar struktur, samorganisert i DMS, men ønsker at tjenestene i seg selv skal være kommunale. Vurdering om samorganisering må komme på et senere tidspunkt. Se vurdering og oversiktsplan.

Fagnettverk for følgende tjenester kan være organisert i DMS, men tjenestene styres lokalt som før.

- **Kreftomsorgen.** Mange små tjenester i hver kommune(0,2- 0,5 årsverk) Fagpersonene trenger tiden til pasientbehandling, vil ikke at tiden skal brukes til koordinering, reising og mange møter. Redd det kan bli dårligere tjeneste av det i alle kommuner. Men fagnettverk viktig for kompetanse og utvikling av tjenesten.
- **Ergoterapi.** Kun fagnettverk er aktuelt. Organiseres fortsatt lokalt sammen med fysioterapeuter. Kan vurdere samorganisering på sikt. Redd tjenesten kan bli redusert for pasientene hvis de er samorganisert og må sendes til andre kommuner som ikke har ergoterapeut i dag.
- **Inntaksteam.** Må være som i dag med inntaksteam i hver kommune. Kommunene har kompetansen på lokalforhold. Viktigere med tverrfaglig samarbeid i sin kommune. Koordinator i DMS må samarbeide med alle kommunene.
- **Fysioterapi:** Steinkjer har mange fysioterapeuter, de andre kommunene få. Store deler av tjenestene er privat næringsdrivende. De kan ikke tilpliktes offentlig arbeid, men kan samarbeide på systemnivå. Samme gjelder de kommunale fysioterapeutene. Vil bli stor motbør fra fagtjenestene hvis de samorganiseres nå. Fra 01.07.09 kommer det sentrale endringer for private fysioterapeuter, med mer kommunal styring for fysikalske institutt og behandling. Ok med nettverkssamarbeid med viss struktur. Kan vurdere samorganisering på sikt.

- **Legevakt:** Ny landsomfattende organisering kommer i samme periode. Samorganisering er uaktuelt for Inderøy og Steinkjer. Vil bli stor motstand i faggruppene. Samorganisering vurderes ved omlegging av legevaktstjenesten i 2014-2015.
- Legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa har bare 1 lege og 1 sykepleier på vakt og har kapasitetsproblemer på kveld og helg, samt høytider. Ved økt aktivitet må legevakta bemannes opp med 1 lege og 1 sykepleier til. Det vil gi store økonomiske konsekvenser.
- I brev av 14.04.09 skriver enhetsleder og medisinsk faglig ansvarlig ved legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa følgende begrunnelse for at legevakta ikke bør samlokaliseres med DMS.

”Legevaktas primære oppgave er å betjene akuttmedisin og beredskap. De viktigste samarbeidspartnere vil da være ambulansetjeneste, brannvesen og politi. Nærhet til disse vil da være viktig.

Nåværende lokalisering på en akse som går gjennom Steinkjer gjør felles utrykning med ambulanse mulig slik at lege og ambulansepersonell kan arbeide sammen i et lokalt akuttmedisinsk team.

Lokalisering sammen med brannvesen gir en betydelig trygghet for sykepleierne og en forebyggende effekt i forhold til uro og utagering ved Legevakta.

Lov om helsemessig og sosial beredskap (juni 2000) pålegger kommuner ansvar for planverk, kompetanse og materiell for å kunne håndtere også ekstraordinære hendelser. Dette medfører behov for å kunne utvide behandlingskapasiteten betydelig i en gitt situasjon. Man må ha tilgang på lokaler og materiell. Legevakten har i den sammenheng ervervet en del beredskapsmateriell som krever lagringsplass og god tilgjengelighet. Disse hensyn er godt ivarettatt i lokalene ved brannstasjonen. En vil spesielt understreke at gymnastikksal og vognhall kan ha viktige funksjoner ved masseskadesituasjoner. Utbygging av tilstrekkelig reservekapasitet mht. lokaler og lagringsplass vil bli svært kostnadskrevende ved en ny lokalisering. Det er større behov for slik reservekapasitet i en kommune som ikke har sykehus. Legevakta har eget nødstrømsaggregat som kan forsyne legevaktslokalene med strøm.

En har nylig drøftet på nytt med sykepleiere og leger tanken om evt. flytting av Legevakta til et DMS. De samme argumenter gjøres igjen gjeldende, og det er i begge yrkesgrupper en klar motstand mot flytting. En vil derfor tilrå at Legevakta blir i nåværende lokaler og ikke pålegges nye oppgaver i forbindelse med oppretting av DMS i Steinkjer.”

Samlokalisering av legevakt legges ikke som en forutsetning i den nye Helsereformen. En legevakt 5 – 10 minutter unna mener ekspert Daniel Haga, er helt ok. Erfaringer fra DMS Stjørdal tilsier at legevakta ikke brukes i større omfang enn til et vanlig sykehjem. Legevakt trenger 410 kvm med lokaler. Det har ikke Egge Helsetun rom for.

Kommunelegen i Inderøy med legegruppen bak seg melder også om stor motstand i faggruppen til annen organisering og flytting av legevakta i Inderøy til Steinkjer.

Sentrale myndigheter vurderer i disse dager en reform innen legevaksorganisering og tjenesteutøvelse. Føringer i den vil bli lagt frem om ett års tid. Annen samorganisering avventes derfor vurdert til omlegging av legevaktstjenestene er klarert i forhold til endringer.

Tilsynslegefunksjonen/offentlig legearbeid på sykehjem, helsestasjon/skolehelsetjeneste og flyktningetjeneste

- Samhandlingsreformen legger opp til at disse tjenestene bør bli underlagt kommuneoverlegens ansvar. Viktig med lokal tjeneste.
- Dagens stillingsressurs til kommuneoverlege er for liten til å ta høyde for at interkommunalt offentlig legearbeid skal bli lagt under foreslått kommuneoverlegestilling.
- I dag kan fastlegene bare tilpliktes 7,5 t pr uke til offentlig legearbeid. Dårlig kommunal økonomi gjør at denne ressursen ikke kan nyttes fullt ut. Det gir mange små stillinger og mange leger ved hvert sykehjem. Kommunene ønsker seg helstillinger på sykehjemmene for å få bedre tjenester til brukerne(eller deltidsstillinger med mulighet for spesialisering i spesialisthelsetjenesten)Må være lege som er interessert i geriatri. Kan ikke tilpliktes. Samme gjelder ansvarspulverisering mellom fastlege og beboere på eldresentre. Alle beboere på samme eldresenter burde hatt samme lege. I dag er dette fastlegenes ansvar. Kan bli mange fastleger til beboere på eldresentra. Mye organisering for pleiepersonalet; Ikke god modell
- Ønske om samarbeid med faste kommunalt tilsatte leger i nettverk, for å få robuste enheter, på tvers av kommunegrenser. Må da være kommunalt ansatte leger med stor stillingsressurs. Ønskes ved reformen i 2012.
- **Rusområdet.** Det ønskes også fagnettverk innen rusområdet. Et viktig satsingsområde der det skjer mye utvikling sentralt og lokalt. Viktig med felles møteplass for denne gruppa
- **Ønske om at DMS har kompetanseregister for spesielle og sjeldne sykdommer i hver kommune:**(Eks: Inderøy er god på Huntingtons sykdom). Får en kommune en pasient med den sykdommen, kan kompetanseregisteret søkes for å finne ut hvilken kommune en kan få råd og kompetanse hos.

Vedtak i delprosjekt Kommunehelse:

- Flertallet i prosjektgruppa gikk inn for at revidert oppsett pr 07.05.09 over kommunale tjenester som kan samorganiseres i DMS, blir fremlagt som gruppas samlede fremlegg til styringsgruppa den 18.05.09. (En i gruppa ønsket færre tjenester samorganisert, og 1 ønsket ytterligere samorganisering av tjenester)

Vedtak i styringsgruppa ble:

1. Styringsgruppa tar fremlagt anbefaling fra delprosjekt Kommunehelse, angående kommunale tjenester som kan samorganiseres med DMS, til orientering.
2. Styringsgruppa ber delprosjekt Kommunehelse komme med estimerte kostnadsoverslag .

2. **Kommunale akuttplaner i DMS**

Vedlegg:

- Oversikt over kommunenes ønsker om akuttplaner.
- Oversikt over kommunale kostnader ved opprettelse av fire kommunale akuttplaner.
- Brev fra legene i allmennlegeforum, fremtatt av deres valgte representant, Eivind Steen

Saksfremlegg:

Forprosjektrapporten ba hovedprosjektet utrede muligheten for fire kommunale akuttplaner i tilknytning til DMS Inn-Trøndelag.

Delprosjekt kommunehelse har lagt frem sak i forhold til akuttplaner: **Viser til saksutredning angående akuttplaner, sak 28/09 av 04.05.09.**

I styringsgruppemøte den 02.06 ble delprosjekt kommunehelse bedt om å legge frem ny saksbehandling angående observasjonsplasser, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Samhandlingsreformen, som kom ut den 19.juni som Stortingsmelding nr. 47, legger opp til at man må vurdere å bygge opp kommunale tilbud *før, istedenfor og etter sykehusopphold:*

Og de skriver følgende om **observasjonsplasser:** " Behandling av pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av KOLS, infeksjoner, personer med psykiske lidelser og eller rusproblemer, kan gis et tilbud før innleggelse, i stedet for innleggelse i sykehus. Kan også være observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.

Slike oppgaver kan lokaliseres til lokalmedisinske sentra eller forsterkede sykehjem utviklet i den enkelte kommune eller gjennom ulike former for kommunesamarbeid. Der sies det også at det er opp til vurderinger i den enkelte kommune eller kommunesamarbeid å vurdere hvilke funksjoner som er egnet til å legge inn i et lokalmedisinsk senter ut fra lokale forhold og behov.

Mange mennesker vil på grunn av akutt sykdom eller sykdomsforverring ha behov for heldøgnstilsyn og medisinsk oppfølging over en kortere periode.

Observasjonssenger brukes som arena for å avklare om pasienten har behov for sykehusinnleggelser eller ikke. Bruken av slike senger vil for eksempel kunne forebygge innleggelser av kronikere som har mange opphold i sykehus ved forverring av sin tilstand, som KOLS og diabetes.

Basiskompetansen vil i prinsippet være den samme som ved ordinære sykehjem, men forsterket med rehabiliteringspersonell, tilgang på sykepleietjeneste på 24 timers basis.

I tilfelle der det velges organisatoriske samarbeidsløsninger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må det legges særlig vekt på at det ikke skal oppstå uklarheter om ansvarsforhold."

Saksvurderinger:

Juridiske utfordringer:

1. I dag er lovverket slik at fastleger og legevaktsleger ikke har anledning til å legge pasienter inn på kommunale institusjoner. Det er det kun inntakskontorene i kommunene som har anledning til. Juridisk bearbeidelse av Samhandlingsreformen forventes å komme med lovendringer på dette punktet til 2012.
2. Legevaktslegene står for 50 % av alle øyeblikkelig hjelps innleggelser til sykehus. Legene som betjener legevaktsamarbeidene er fra mange kommuner. Turnusleger som bare er 6 mnd i kommunene, kjører mye av vaktene kvelder og helger. Legevaktslegene kjenner sjelden pasienten fra før, og ofte kjenner heller ikke legen det lokale hjelpeapparatet. For samarbeidet mellom de 5 kommunene er det to legevaktsamarbeid, ett for kommunene Inderøy og Mosvik lagt til Levanger sykehus og samorganisert med Levanger, Verdal og Frosta kommuner. Her jobber fastleger og turnusleger fra de involverte kommuner samt vikarer, turnusleger fra sykehuset og sykehusleger. Det andre er legevaktsamarbeidet for Snåsa, Verran og Mosvik, lokalisert til Steinkjer. Her jobber fastleger og turnusleger fra de 3 respektive kommuner + noen vikarer. Få av legene vil være godt kjent med pasientenes tidligere diagnoser ved vurdering av innleggelse til sykehus eller DMS. Området består av 32 600 innbyggere og ca 50 leger som kjører legevakt.
3. Legene i Inderøy, Steinkjer og Snåsa har skriftlig sagt at de ikke ønsker kommunale observasjonssenger. Dette med bakgrunn i pasientsikkerhet. Pasienter som trenger observasjon har ofte uavklarte tilstander. De vanskeligste vurderingene er av små barn og eldre med mange diagnoser. For legene som kjenner pasienten veldig godt og har et godt samspill med hjemmesykepleien, er det ofte ikke problematisk. Men for nye leger, turnusleger og leger som er ukjente med pasienten, er det lett å overse viktige observasjoner. Legevaktsleger har lite diagnostisk utstyr å støtte seg til. En vurdering fra spesialisthelsetjenesten er som regel påkrevet. Dette også for å unngå rettslige utfordringer og klager hvis man foretar feilvurdering. Og reiseavstanden til sykehus er bare 4 mil fra Steinkjer

IKT begrensninger

4. Legevaktslegen har ingen tilgang til pasientenes journalsystem fra fastlegen, sykehjem/hjemmesykepleien eller fra sykehuset. Datatilsynet gir ikke anledning til kobling mellom disse IKT systemene. Samhandlingsreformen må komme med nye lovregler på dette området først, slik at legevaktslegene kan ha nødvendig informasjon tilgjengelig for vurdering av innleggelse i sykehus kontra kommunale sykehjem. Dette håper vi kommer på plass til 2012.

Økonomiske utfordringer

5. I dag betaler Helseforetakene for pasienter som legges inn på sykehus, enten det er på akutt plasser, planlagt innleggelse eller observasjonsplasser. For kommunene er denne tjenesten da gratis, og det blir den frem til samhandlingsreformen settes i verk i 2012. Undersøkelsen fra Namsos sykehus tyder på at 6 % av de som innlegges kunne vært behandlet i kommunal helsetjeneste.

6. De fleste kommunene i dette samarbeidet håndterer sine kommunale pasienter godt i egen kommune. Med innføring av nytt inntakskontor i Steinkjer, håndterer også Steinkjer disse innleggelsene selv.
7. Ved flere DMS rundt i Norge er det Helseforetaket som betaler for observasjonsplassene. For Helseforetakene gir det halvert kostnad å ha dem i DMS istedenfor sykehus.
8. Ved å opprette 4 **kommunale** observasjonsplasser fra 2011 i intermediearenhetene, får kommunene en merkostnad på **ca 4 mill kroner pr år for drift av disse plassene.**(2009 kroner) Dette blir da nye kostnader for det som er gratis i dag. I tillegg kommer en merkostnad på personellsiden, da 16 intermedieærplasser er optimalt i forhold til bemanning. Med 16 intermedieærplasser og 4 observasjonsplasser, får vi en lite rasjonell løsning bemanningsmessig, både på intermediearenheten og Steinkjers samlokaliserte korttidsplasser. Intermediearenheten får da 20 plasser som er lite effektiv bemanningsmessig og Steinkjer kommunale korttidsavdeling får bare 9 plasser, som også er lite gunstig bemanningsmessig. Det vil gi sløsing med bemanningsressurser. Alternativet kan være å kjøpe korttidsplasser kommunene imellom ved behov. Eller at kommunene etablerer kommunale akutt-plasser som en del av korttids-plassene i sin kommune.
9. Dette blir kommunale plasser, og kommunene må i fellesskap stå for disse kostnadene, eller inngå forhandlinger med Helse Nord-Trøndelag om en kostnadsfordeling. Uansett hvilke kostnadsfordelingsnøkler man bruker, vil Steinkjer kunne få opp til 64 % av kostnadene til observasjonsplassene. Steinkjers prosjektgruppedeltakere og fagledere har sagt at de ikke ønsker observasjonsplassene. Faglederne og prosjektlederne fra Snåsa, Inderøy og Mosvik kommuner har også sagt at det er mest lønnsomt for dem å ha disse 4 sengene som kommunale korttidssenger i egen kommune fremfor senger i et DMS. De ønsker å ta pasientene hjem til egen kommune, og bruke årene 2010 og 2011 til å registrere hvor ofte, og når det eventuelt er behov for å legge kommunale pasienter inn på sykehus. Verran ønsker observasjonsplasser i tilknytning til DMS, og legevakt samlokalisert.
10. Steinkjer kommune har ingen lokaler stående ledig for opprettelse av slike observasjonssenger. I tilfelle disse sengene besluttet opprettet som interkommunale observasjonssenger, så må man omdisponere 4 korttids-plasser ved Egge Helsetun/Steinkjer sykehjem. Det vil redusere antall korttids-plasser i Steinkjer kommune. Eller nye korttids-plasser må bygges annet sted. **Merkostnad nybygg for Steinkjer på 4,2 mill.** Årlige avskrivningskostnader er på 84 000 kr med 50 års avskrivningstid.

11. Behovsanalyse:

I 2007 ble til sammen 1692 pasienter innlagt på Sykehuset Levanger og sykehuset Namsos fra de fem kommunene. I rapporten til medisinsk faglig rådgiver i Helse Nord-Trøndelag, Øivind Stenvik, som viser registrering av innleggelsesgrunner ved sykehuset Namsos, står det blant annet at 6 % av innleggende pasienter burde vært håndtert i kommunal helsetjeneste istedenfor sykehus. Det er grunnen til at forprosjektrapporten peker på behovet for akutt-plasser og foreslår at det vurderes opprettet fire kommunale akutt-plasser i tilknytning til DMS. 6 % av 1692 pasienter vil si 101,5 pasienter. Med et gjennomsnitt på 2 liggedøgn per pasient, vil det gi 203 liggedøgns forbruk, og med 3 liggedøgn per pasient vil det gi vel 304 forbrukte liggedøgn pr år. 1 seng renes å gi opptil 350 liggedøgn per år. Og pasientene kan

ligge maks tre døgn i ei observasjonsseng. Det vil si at behovet for et slikt tilbud er i underkant av 1 akuttseng/omsorgsseng pr år for alle kommunene samlet. Fire senger er for mange senger. Mye av de tiltenkte leggedøgnene vil da stå ubenyttet til en prislapp på opptil 3,5 millioner kroner.

Fremtidig økonomisk vurdering:

12. Samhandlingsreformen(St.melding nr. 47) legger frem forslag om 20 % kommunal medfinansiering fra 2012 for innleggelse av pasienter fra kommunehelsetjenesten. Dette for å få kommunene til å vurdere alternativ pleie/behandling for alle innleggende pasienter. Kostnadene på sykehuset Levanger er ca 5500 pr. døgn, på DMS Stjørdal ca 2500, en kommunal korttids plass 1500 – 1800. Ringerike sykehus oppgir 7000 kr pr døgn på sykehus, mot tilsvarende 3000 kr pr døgn ved Hallingdal sjukestugu (DMS). St.melding nr 47 opererer med tallende 5000 pr døgn på sykehus og 1575 for intermediaærenhet ved sykehjem (Garaasen et al 2008). Ved å styrke kompetansen på observasjon og enkel behandling ved kommunenes egne sykehjem, vil kommunene redusere merutgiften som vil komme ved innføring av medfinansieringssystemet.

Organisatoriske begrensninger.

13. I en vertskommunemodell med nemnd, må alle kommuner legge inn likt med tjenester. Dette vil da også gjelde akuttsenger/observasjonssenger og legevakter for alle 5 kommunene.

Erfaringer fra andre kommuner:

14. Det er billigere for Helseforetaket å legge pasientene til et DMS eller kommunalt sykehjem istedenfor å ha dem liggende på sykehus. Ved Hallingdal sjukestugu er det Ringerike sykehus som har ansvar for de 4 observasjonssengene både økonomisk og faglig. Her er det stasjonert ambulansehelioper. Anestesileger der har hovedansvar for tilsyn med akutt plassene, ikke legevakta. De hadde ikke villet ha observasjonssenger hvis det ikke var for kompetansen og tilgjengeligheten til anestesilegene.
15. Nøtterøy kommune er brukt som eksempel på en kommune som har akuttplasser. Ved sjekk viser det seg at det er inntakskontoret i kommunene som har opprettet akuttvakt på dagtid og sykehjemmene på kveld. Pasienter kan få tildelt kommunal observasjons plass i egen kommune for 1 uke. Hjemmesykepleien kan legge inn på disse plassene, men ikke legene og sykehuset. Hvem kan legges inn på akuttsengene? Pasienter med bakgrunn i bekymringsmeldinger, pasienter med endring i funksjonsnivå, pasienter som trenger avklaring av sitt omsorgsnivå, pasienter hvor omsorgspersonen er blitt akutt syk, pasienter som trenger hjelp i konkret helsemessig problemstilling av akutt eller forbigående karakter. Der legges det til rette for at akuttplassene er ledige før høytider.
16. Fosen DMS har 3 observasjonssenger. Fosen er i en særstilling i og med at de har anestesilege på døgnvakt ved Ørlandet militære flyplass som har lokaler vegg i vegg med DMS. Anestesilegene har god tidskapasitet. Forsvaret eier 1 av observasjonssengene. I tillegg

er det 16 mil fra Fosen til St.Olav. Driften her kan således ikke sammenlignes med det som er tenkt med DMS Inn-Trøndelag.

17. Sykestuene i Finnmark har 1 -2 observasjonsplasser ved sykestuene. De er samlokalisert med kommunens korttidsplasser. I Finnmark er det lang reiseavstand til sykehus og legevaktslegene har god kapasitet på sine vakter til å se om disse pasientene.

18. DMS på Stjørdal, Otta, Florø, Valdres og Finsnes har ikke observasjonssenger.

Tilbakemeldinger fra kommuner i samarbeidet

19. Snåsa, Inderøy, Mosvik har signalisert at de pr i dag stort sett håndterer disse pasientene i egen kommune. Samme kommunene har få overliggere i sykehus pr 2008. Disse kommunene ser det ikke som naturlig at de skal legge pasienter inn på korttidsobservasjon ved intermediærenheten. De ønsker at pasientene skal få være i sin hjemkommune. Og de organiserer sin virksomhet ut fra at observasjonssengene organiseres lokalt i kommunene og ikke på intermediærenheten. Observasjonssenger er dyre senger for kommunene.

Steinkjer har omorganisert sitt inntakskontor, og de opplyser pr 24.06 at de har klart å håndtere de henvendelser de har fått fra legevakt og fastleger siden tildelingskontoret ble opprettet i mars 2009. De ønsker ikke observasjonsplasser i tilknytning til intermediærenheten, men heller i kommunal regi. Det er billigere for kommunen.

Verran kommune har stort press på sykehjemsplassene og ønsker kommunale observasjonssenger opprettet fra oppstart av DMS, og samlokalisert legevakt.

Saken om kommunale observasjonssenger ble drøftet på nytt i prosjektmøtet den 02.07.09. Ingen av medlemmene har endret standpunkt i forhold til tidligere uttalelser, etter fremlegging av Samhandlingsreformen.

Lokaliteter

17. Den interkommunale legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa har i dag lokaler tilsvarende 310 kvm ved Brannstasjonen i Steinkjer. En flytting vil gi en merkostnad på ca 600 000 kr pr år. I tillegg kan det komme ekstrakostnader til ved at kommunen ikke får leid ut lokalene ved Brannstasjonen, da de er spesiallaget for legevakta. Ved lokalisering til Egge, vil en flytting ødelegge legens mulighet til akuttuttrykning sammen med ambulansen. Dette vil gi kommunenes innbyggere dårligere akutt-tilbud.

Ved lokalitet Egge Helsetun er det ikke plass til legevakta og deres behov for arealer. I tillegg vil man dra bråk og støy som det er mye av i helger og høytider, narkomane og urokråker, ambulansesirener og politi til et senter der folk trenger fred og ro.

Daniel Haga, som har sittet som rådgiver i gruppen som har utarbeidet Samhandlingsreformen, sier på forespørsel, at det er ingen grunn til å samlokalisere legevakta når den bare er 5-7 minutter unna.

Vedtak i Kommunehelsegruppa:

Representantene i Helsekommunegruppen og helselederne i de 4 kommunene Snåsa, Inderøy, Mosvik og Steinkjer anbefaler ikke å opprette kommunale akutt/omsorgssenger i DMS ved oppstart. De sier videre at de ønsker å bruke to år til å evaluere behovet i egne kommuner. Til det vil de bruke år 2010 og 2011. De ønsker å finne ut om det er behov for kommunale akuttsenger/observasjonssenger i tilknytning til intermediaærenheten, eller om de får til å håndtere dette også fremover ved kommunale løsninger.

Og de ønsker å se effekten av 16 nyopprettede senger på intermediaærenheten, om dette blir å avlaste korttidsplassene i alle kommunene, slik at det heller kan opprette nye akuttsenger/omsorgssenger i egen kommune. For å beholde og rekruttere dyktig personell til sykehjemmene, må de ha interessante og utfordrende oppgaver. Derfor er det viktig å beholde disse akutte omsorgssengene lokalt i hver kommune.

Verran ønsker opprettelse av akutt/observasjonssenger fra 2011. Og de ønsker legevakta samlokalisert med intermediaærenheten for å oppnå best mulig legetilsyn gjennom hele døgnet.

Vedtak i styringsgruppen den 24.08.09 ble:

- 1. Det anbefales ikke å opprette akutte observasjonsplasser i tilknytning til DMS.**
- 2. Kommunene evaluerer sine behov i 2010 og 2011, og legger frem resultatet av sine evalueringer høsten 2011. Resultatet av evalueringene avgjør om saken skal tas opp på nytt da.**
- 3. Høsten 2011 evalueres også driften av de 16 intermediaærsengene. Det må vurderes om noen av sengene der kan konverteres til observasjonssenger. Forutsetter at samhandlingsreformens styringssystemer - juridisk og økonomisk kommer på plass.**

3. Midlertidig organisering av et fremtidig DMS Inn – Trøndelag

Kommunehelsegruppas fikk i mandat å forberede dannelse og etablering av et interkommunalt selskap for drift av DMS Inn-Trøndelag.

Vedlegg :

- 3 Juridiske vurderinger fra KS- advokat Øyvind Renslo
- 1 Juridisk vurdering fra advokat Jostein Østerås
- Juridisk vurdering fra Fylkesmannen
- Mail fra Geir Vinsand i NIVI analyse
- Utredning: § 27 samarbeid som organisasjonsmodell

- Utredning: Interkommunalt selskap – IKS som organisasjonsmodell
- Utredning: Vertskommunesamarbeid, en enhet under avdeling helse og rehabilitering.
- Utredning: Vertskommune med folkevalgt nemnd.

Saksutredning:

Opprettelse av DMS Inn-Trøndelag innebærer at det må tas standpunkt til hvordan det skal organiseres. Styringsgruppa har lagt i mandatet til delprosjekt Kommunehelse å utrede alternative organiseringsformer i hovedprosjektet.

I møte den 17.04 i delprosjektgruppa, var rådgiver hos fylkesmannen, Snorre Aurstad, bedt inn for å gå gjennom de ulike organisasjonsmodeller som finnes og se på fordeler og ulemper ved de ulike modellene. Dette fordi gruppa hadde behov for informasjon om de ulike modellene og hvilke muligheter og begrensninger de ulike modellene ville gi.

Deretter ble det nedsatt ei egen arbeidsgruppe som skulle utrede organisasjonsmodeller for DMS Inn-Trøndelag. Gruppa har hatt to møter, den 22.04 og den 30.04. Før arbeidsgruppas møte den 30.04.09, hadde gruppa leid inn KS advokat Øyvind Renslo for å bistå gruppa med juridiske vurderinger rundt fremtidig interkommunal organisering av DMS Inn-Trøndelag.

Delprosjektgruppa har i tillegg hatt 5 møter hvor organisering av DMS har vært sak til diskusjon.

Hovedoppdrag:

Hovedprosjektet skal utrede hvilken organisasjonsmodell som bør anbefales overfor kommunene:

- Vertskommunemodellen(Kommuneloven)
- IKS(interkommunalt selskap) (IKS loven)
- Aksjeselskap

I forprosjektrapporten "Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag" av 1.oktober 2008 er oppdraget utformet slik:

"Tre eller flere kommuner skal samarbeide internt, samt eksternt med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter. Arbeidsgruppen mener at de samarbeidende kommuner bør etablere en organisatorisk enhet, selskap, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene.

INVEST kommunene anser det som helt avgjørende at man på kommunal side velger en organisering som er tydelig, for derigjennom å sikre likeverdighet. Organisasjonsmodellen skal også hensynta at felleseenheten (DMS Inn-Trøndelag) gjøres i stand til finansiering på en for kommunene gunstig måte.

Uavhengig av hvilken alternativ organisering som anbefales, utredes vedtekter for organisasjonsmodellen som spesielt ivaretar faglighet og økonomisk kontroll.

Arbeidsgruppen mener kommunene Snåsa og Mosvik bør inviteres til å delta i et likeverdig samarbeid om DMS Inn-Trøndelag.

Spesialist helsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forankret i forskjellige lovverk. Organiseringen må anklare tydelig rollefordelingen mellom helseforetaket og kommunene vedr ledelse, personalansvar, økonomi,

systemansvar og medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte delfunksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet"

A Dokumentasjon:

1. Rapport fra arbeidsgruppe 1.oktober 2008: "Distriktsmedisinsk senter"
2. Behandling i kommunestyrene i de ulike kommuner høsten 2008.
3. KommuneLOVEN – kapittel. 5 , Interkommunalt samarbeid
4. Lov om interkommunale selskaper
5. "All makt i denne sal" – KS-utredning fra 2006 om politiske styringsmuligheter ved samarbeid hjemlet i kommuneloven, aksjeloven og lov om interkommunale selskaper.
6. "Midtre Namdal som pilot i samhandlingsreformen – forslag til prinsipper og mandat for utredning av en styrket primærhelsetjeneste" Sluttrapport tenkes ferdig til 1.oktober 2009.
7. MandagMorgen: Samkommunen skal sikre god helse til alle. Bestillerreform for bedre helse i samhandlingen.
8. Organisering av DMS- Inn-Trøndelag - Arbeidsgruppas utredning av alternative organisasjonsformer
9. Juridiske vurderinger av organisasjonsmodeller fra advokat Øyvind Renslo, datert 07.05.09, 29.05, og 10.06., og fra advokat Jostein Østerås av 10.06.09, samt fra fylkesmannens jurister den 12.06 og 16.06.09
10. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47., utgitt 19.juni 2009.

B DMS Inn - Trøndelag formålsbeskrivelse:

Målsettingen for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er:

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*
- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket.*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre reinnleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingsskostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
 - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Hensikten med organisasjonen: Gjennom samarbeid vil kommunene og helseforetaket være bedre i stand til å oppfylle lovkrav og utnytte sine ressurser mer koordinert og effektivt enn hver for seg. Det vil være en viktig oppgave for organisasjonen å drive et kontinuerlig utviklingsarbeid med tanke på både innhold og kvalitet i tilbudene.

C *Forutsetninger som må ligge til grunn for kommunene sin deltakelse i DMS Inn-Trøndelag:*

1. Kommunene sin deltakelse i ulike samarbeidsområder og prosjekt

Det bør være et hovedmål at alle medlemskommunene ser på det som formålstjenlig å delta i de samarbeidsordninger som ligger under DMS Inn-Trøndelag. Styringsgruppa anbefaler "vertskommune med folkevalgt nemnd" etter § 28 c i kommuneloven som den eneste lovlige modell for samarbeid innen lovpålagte oppgaver. (Kommunelovens § 1-2). Modellen krever at alle kommuner legger samme tjenester inn i samarbeidet. For at alle kommunene skal få et eierforhold til DMS Inn-Trøndelag bør det tas sikte på å iverksette noen samarbeidsprosjekter (fyrstårn) som alle synes det er interessant å delta i. Eksempel på dette vil være samarbeid om intermedisærheten, kompetanseutvikling, fagnettverk, læringsmestringssenter, folkehelse og helsestasjon for eldre. Se egen plansje over tjenester som kan tenkes organisert under DMS og tidsintervallet.

2. Finansiering

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge i en 5 års periode deltar med en tredjedel hver for driftsutgiftene til intermedisærsengene, og at spesialisthelsetjenesten i sin helhet tar kostnadene ved spesialistpoliklinikkene og dialysen.

Kommunal kostnadsfordeling: Det bør være et hovedprinsipp for fordeling av kostnader at tilnærmet 50 % fordeles likt mellom kommunene og 50 % etter folketall, uansett hvilke organisasjonsform som velges. I prosjekter der alle kommuner deltar kan dette være et greit prinsipp å følge innenfor DMS. Erfaringene fra andre selskap som driver interkommunale selskaper av nyere dato, viser at denne kostnadsfordelingsnøkkelen er den vanligste.

3. Avtaler med Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag

Det må være en forutsetning at samarbeidsavtalen med Helse Midt Norge og Helse Nord-Trøndelag inngås med en varighet på 5 år. Dette for å sikre forutsigbar og langsiktig drift av både sengeavdelingen og de polikliniske tilbudene.

4. Avtaler med andre

Det er oppsigelsestid på en del inngåtte kommunale avtaler. Innen miljørettet helsevern har Inderøy avtale med IHN med oppsigelsestid. Snåsa, Steinkjer og Verran har med PreBio. Den avtalen går ut i løpet av 2009. Andre kommuner har andre avtaler. Legevakta i Inderøy og Mosvik har avtaler med Innherred interkommunale legevakt IKS, hvor det er 1 års oppsigelsestid, samme oppsigelsestid er det for Legevaktssamarbeidet Steinkjer, Snåsa og Verran. Mosvik har avtaler om legevakt og legetjenester med Leksvik, som også har oppsigelsestid. Mosvik og Snåsa har også avtaler opp mot henholdsvis Fosensamarbeidet og Indre Namdalssamarbeidet.

D. Organisasjonsmodellen må tilfredsstille følgende krav:

1. Organiseringen må være tydelig, for ved det å sikre likeverdighet
2. Åpenhet og muligheter for innsyn
3. Reell styring av daglig drift
4. Reell styring av utviklingsarbeid
5. Ivareta faglighet
6. Ivareta økonomisk kontroll og effektiv ressursutnyttelse
7. Eierskapsforankring
8. Handlekraftig organisasjon
9. Samarbeidsrelasjonene til Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag og andre mulige samarbeidspartnere
10. Verdiforvaltning/formuesforvaltning
11. Delegasjonsadgang/delegasjonsmuligheter

E. Kort beskrivelse av de aktuelle organisasjonsmodellene

1. Aksjeselskap (AS)

Aksjemodellen er den eneste modellen som kan gi både kommunene og Helse Midt-Norge/Helse Nord-Trøndelag muligheter til å eie DMS Inn-Trøndelag sammen.

- Brukes primært til forretningsmessig drift.
- Ivaretar eierens interesser
- Begrensning av egen risiko

Arbeidsgruppa vurderer aksjeselskapsmodellen(AS) som uaktuell fordi man ikke kan delegere myndighetsutøvelse til et AS. Virksomhet som blir drevet i regi av aksjeselskapet er ikke kommunal virksomhet etter § 2 i kommuneloven. Organisasjonsmodellen er i utgangspunktet myntet på private. Denne modellen er bergegnert mer på foretningsdrift og den er derfor ikke omtalt nærmere i dokumentet, selv om den er den eneste aktuelle modell hvis Helse Midt-Norge og Helse Nord Trøndelag skal være medeiere. Tilbakemeldinger fra Helse Nord-Trøndelag tilsier at de ikke ønsker å være med på eiersiden, bare på leiesiden.

2. Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens paragraf 27

- Regulert i kommunelovens § 27
- Virksomheten er direkte underlagt de deltakende kommunenes budsjett- og instruksjonsmyndighet
- Styret vil kunne utsettes for sterk grad av politisk styring.
- Kan være eget rettssubjekt, men mange er det ikke. Om samarbeidet er et eget rettssubjekt avhenger av en konkret vurdering av den enkelte virksomhet, som for eksempel formuesmassen, graden av selvstendighet styret har til å ta opp lån, budsjettmyndighet mv.
- Det vil kunne avtales at de ansatte vil være ansatt i en av kommunene
- Viktig med langsiktig og detaljert avtale mellom deltakerkommunene
- Underlagt lov om offentlighet

- Ingen formelle begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid

For å løse felles oppgaver kan kommunene opprette felles styre etter kommunelovens § 27. Styret kan få delegert beslutningsmyndighet til å treffe avgjørelser som angår ”**drift og organisering**” av de felles oppgavene. Det enkelte kommunestyre kan ikke instruere styret, men må styre gjennom representantene sine.

Arbeidsgruppa vurderer denne modellen som uaktuell for interkommunalt samarbeid om DMS Inn-Trøndelag, da det ikke kan delegeres myndighet i forhold til lovpålagte oppgaver etter kommunelovens § 2 til dette styret. Kun oppgaver angående drift og organisering.

3. Administrativt vertskommunesamarbeid

- Regulert i kommunelovens § 28b
- Modellen har som overordnet mål å legge til rette for samarbeid om kommunenes lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettsikkerhet gjør seg gjeldende
- Krav om at samarbeidet reguleres gjennom en avtale som hvert kommunestyre vedtar. Gjennom avtalen overfører samarbeidskommunen myndighet til en vertskommune
- Flere oppgaveområder kan legges til vertskommunen
- Vertskommunen er arbeidsgiver for de oppgaver som er lagt til samarbeidsordningen
- Utviklet for samarbeid mellom kommuner på områder av forvaltningsmessig karakter
- Underlagt lov om offentlighet
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid

Råd fra KS advokat Øyvind Renslo og Jostein Østerås sier at vertskommunemodellen er den eneste modellen for interkommunalt samarbeid om lovpålagte oppgaver som er lovlig i forhold til myndighetsutøvelse.

4. Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd

- Regulert i kommunelovens § 28c
- Der kommunen vurderer at et samarbeidsområde er av prinsipiell betydning, skal modellen med felles folkevalgt nemnd benyttes. Nemnda har ansvaret for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltakerkommunene
- Modellen har som overordnet mål å legge til rette for samarbeid om kommunenes lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettsikkerhet gjør seg gjeldende
- Krav om at samarbeidet reguleres gjennom en avtale som hvert kommunestyre vedtar. Gjennom avtalen overfører samarbeidskommunen myndighet til en vertskommune
- Flere oppgaveområder kan legges til vertskommunen
- Vertskommunen er arbeidsgiver for de oppgaver som er lagt til samarbeidsordningen
- Utviklet for samarbeid mellom kommuner på områder av forvaltningsmessig karakter
- Underlagt lov om offentlighet
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid

Råd fra KS advokat Øyvind Renslo og Jostein Østerås sier at vertskommunemodellen er den eneste modellen for interkommunalt samarbeid om lovpålagte oppgaver som er lovlig i forhold til myndighetsutøvelse. En folevalgt nemnd gjør at den politiske ledelsen i hver av de samarbeidende kommunene får innflytelse på en så viktig prosess som interkommunalt samarbeid om DMS Inn Trøndelag er. Hver kommune stiller med minst 2 representanter i nemnda. Flertallet i kommunehelsegruppa anbefaler denne modellen som organisasjonsmodell for et fremtidig DMS Inn-Trøndelag.

5. Interkommunalt selskap (IKS)

- Regulert i Lov om interkommunale selskap. Loven kan ikke fravikes ved avtale, dersom dette ikke står eksplisitt i den enkelte paragraf i loven.
- Et interkommunalt selskap er et eget rettssubjekt med ubegrenset deltakeransvar
- En skriftlig selskapsavtale angir selskapets formål, deltakere, deltakernes eierandel i selskapet, antall medlemmer i Representantskapet og antall styremedlemmer
- Kommunene utøver styring ved valg av representant (-er) i Representantskapet
- Representantskapet er virksomhetens øverste myndighet. Medlemmene oppnevnes av kommunestyrene i deltakerkommunene. Kommunene har instruksjonsrett overfor sine medlemmer i representantskapet.
- Representantskapet kan instruere styret og omgjøre dets beslutninger
- Representantskapet vedtar budsjettet. Forutsettes tilskudd fra deltakerne, er budsjettet ikke endelig før deltakerkommunene har behandlet det
- Selskapet er underlagt lov om offentlighet
- Selskapet skal ha ansatt daglig leder
- Arbeidsgiveransvaret ligger hos selskapet
- Styret har samme myndighet som i et aksjeselskap
- Ingen formelle begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid
- Selskapet kan ta opp lån såfremt dette er avtalt i selskapsavtalen
- Selskapet kan ikke gå konkurs

Kommunene kan fritt velge denne modellen for oppgaver som Kommunene påtar seg frivillig (ofte foretningsdrift). Når kommunen skal samarbeide om lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, innebærer dette at IKS modellen ikke kan brukes hvis det ikke er gitt unntak gjennom særlover.

6. Samkommune helse etter modell fra Levanger og Verdal

- Denne modellen er modell som tar høyde for behovet for politisk kontroll,
- Administrativ styring,
- effektiv ressursbruk
- kommunale myndighetskrav
- Den ivaretar offentlighetslovens fordeler for brukerne
- Men den gir mer administrasjon i og med at samkommunene har sitt eget kommunestyre. Her styrer ordførerne og kommer dermed tett på vedtakene. Rådmennene deler på ledelsen i Samkommunen, og er således også en aktiv medspiller i systemet.

7. Samhandling etter samme modell som "Pilot Midtre Namdal – samkommune" har skissert.

- Målet med den modellen er en mer sammenhengende helsetjeneste der det investeres mer i forebyggende tiltak, styrket primærhelsetjeneste og utvikling av nye samarbeidsløsninger med spesialisthelsetjenesten.
- Forsøket skal forankres i nasjonale føringer, helseforetakts behov og lokale utfordringer i deltakende kommuner.
- Det legges til grunn at Regionstyret som generalistorgan for samarbeidet skal ha ansvar for nye desentraliserte spesialisthelsetjenester og andre oppgaver som krever høy kompetanse og/ eller stort befolkningsgrunnlag.
- Kommunene skal fortsatt ha ansvar for hoveddelen av dagens omsorgstjenester, inkludert heldøgns omsorg.
- Det skal vurderes endret oppgavefordeling mellom helseforetaket, regionstyret og kommunene, og endring i systemet for planlegging av løpende samhandling
- Det vil bli behov for utvikling av nye finansieringsutfordringer. Dette bør skje med utgangspunkt i nasjonale føringer og lokale løsninger.

Ved samtale med prosjektleder, kommunelege Per Tvete, forteller han at de så vidt har startet opp utredningen. Sluttrapport ventes til 1.oktober. Modellen ser spennende ut og tenkes utformet slik at den tar høyde for de utfordringer kommunene støter på når de skal samhandle med hverandre og spesialisthelsetjenesten – sømløst, billigst mulig og effektivt.

8. MandagMorgens forslag til bestiller/utførermodell(i samhandling med ulike private aktører.)

De har analysert en samhandlingsreform med hovedprinsipp: Bestiller – utførermodell.

Analysen gjengitt i MandagMorgen nr.13 av 30.mars 2009

- Bodø kommune har innført bestiller/utførermodell i samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Modellen er lite utviklet og brukt ennå, men tenkes videreutviklet for å ta høyde for utfordringene kommunene vil støte på i valg av organisasjonsmodeller som skal ta høyde for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, der også private aktører kan være en del av utførertjenestene.

F Eierstyring samt fordeler og utfordringer/ulempes ved alternative organisasjonsmodeller

Interkommunalt samarbeid (kl. § 27) = både kommunalt og eget rettssubjekt
Eierstyring: Fullt ut underlagt kommunenes styringsrett. Styret velges av kommunestyrene. Ansvar for drift i samsvar med formålsvedtekter, kommunenes økonomiplan og årsbudsjett og evt. andre vedtak og retningslinjer. Kan delegeres myndighet til å fatte beslutninger om virksomhetens drift og organisering.
Fordeler:

• Stordriftsfordeler • Politisk innflytelse sikret gjennom vedtekter, økonomiplan og budsjett. Underlagt kommunenes instruksjonsmyndighet. • Gir skille mellom drift og forvaltning. • Poner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses. • Kommunene har arbeidsgiveransvar (kan avtales lagt til en av kommunene) • Muligheter for å drive utviklingsarbeid • Utløser ikke mva ved levering av tjenester til deltakerkommunene • Følger kommunale regnskapsprinsipper
Utfordringer og/eller ulemper:
• Kommunene har ubegrenset ansvar for sin del av virksomhetens forpliktelser • Slike virksomheter kan legge inn andre vekstforutsetninger (kan gå begge veier) enn det deltakerkommunene gjør. Kan oppstå angel på ansvar mellom samarbeidsordningens prioriteringer og deltakernes. • Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kv alitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å utføre bestillerrollen, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv. • Vanskelig å finne fram til endringer i fordeling av kostnader hvis faktiske forhold og forutsetninger endrer seg. • Budsjettspørsmål og vedtekts endringer krever stor grad av enighet mellom kommunene. Kan være vanskelig å finne løsninger på interessekonflikter mellom eierne. • Kan kun utøve forvaltningsmyndighet når det er hjemlet i lov • Forholdet til formuesforvaltning krever avklaring

Vertskommunemodell (kl. § 28 b) = kommunalt rettssubjekt
Eierstyring: Fullt underlagt kommunenes styringsrett. Ansvar for drift i henhold til samarbeidsavtale.
Fordeler: • Gir stordriftsfordeler • Krever få organisatoriske grep – klare ansvarsforhold • Gir skille mellom drift og forvaltning • Poner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses. • Utløser ikke mva ved levering av tjenester til deltakerkommunene • Følger kommunale regnskapsprinsipper • Vertskommunen har arbeidsgiveransvaret

Utfordringer og/eller ulemper:

- Samarbeidskommuner kun sikret innflytelse over kvalitet og omfang på tjenestene gjennom kontrakt/avtale
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å håndtere de delegerte rollene, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Endringsdrifter krever endringer i avtalen/kontrakten mellom kommunene. Kan være et problem å finne fram til en akseptert endring i fordelingen av kostnader hvis faktiske forhold endres.
- Vertskommunen kan utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene når det er hjemlet i lov
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid
- Forholdet til formuesforvaltning krever avklaring

Vertskommunemodell (kl. § 28 c) = kommunalt rettssubjekt

Eierstyring: Fullt underlagt kommunenes styringsrett. Ansvar for drift i henhold til samarbeidsavtale. Folkevalgt nemnd har ansvaret for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltakerkommunene

Fordeler:

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

- **Utfordringer og/eller ulemper:**

- Kjøpende kommuner kun sikret innflytelse over kvalitet og omfang på tjenestene gjennom kontrakt/avtale
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å utføre bestillerrollen, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Endringskrav krever endringer i avtalen/kontrakten mellom kommunene. Kan være et problem å finne fram til en akseptert endring i fordeling av kostnader hvis faktiske forhold endres.
- Vertskommunen kan utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene nå det er hjemlet i lov
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid
- Forholdet til formuesforvaltning krever avklaring

Interkommunalt selskap – IKS = eget rettssubjekt

Eierstyring: styring/myndighet utøves gjennom representantskapet – selskapets høyeste organ. Kommunene har instruksjonsrett overfor sine medlemmer i representantskapet.

Representantskapet kan instruere styret og omgjøre dets beslutninger

Behandler selskapets regnskap, budsjett og økonomiplan. Investeringer av betydning behandles av representantskapet.

Fordeler:

- Gir stordriftsfordeler
- Politisk styring utøves via valg til og deltakelse i representantskapet
- Gir klart skille mellom drift (selskapet) og forvaltning (kommunen)
- Erettslig og økonomisk skilt fra deltakerkommunene. En juridisk enhet.
- Kommunene har ikke arbeidsgiveransvar
- Ansatte har representasjonsrett i styret
- Pår opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses.
- Kan utøve selvstendig formuesforvaltning
- Eget til bruk innenfor områder der det er behov for korte beslutningsveier
- Muligheter for å drive utviklingsarbeid
- Regnskapsloven gjelder for IKS med forretningsmessig drift

- **Utfordringer og/eller ulemper:**
- Kun kommuner og interkommunale selskaper kan være eiere, ikke Helseforetaket
- Politikerne har begrensa styringsmulighet
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å utføre bestillerrollen, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Kan i utgangspunktet ikke ta opp lå eller stille garantier såfremt dette ikke er avtalt i selskapsavtalen
- Kommunene har ikke arbeidsgiveransvar
- Kommunene har ubegrenset ansvar for sin del av selskapets forpliktelser
- Kan utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene nå det er hjemlet i lov

Eierstyring:

Uavhengig av hvilken samarbeidsform som velges (unntatt vertskommunemodellene § 28 b og c) anbefales det at kommunene etablerer retningslinjer for utøvelse av kommunene sitt eierskap, slik at kommunenes representasjon i selskapets organer utøves i samsvar med deltakerkommunene sine forventninger og målsettinger. I noen sammenhenger kan det være viktig at det er utarbeidet klare kravspesifikasjoner og systemer for vurdering av den tjenesten som leveres med hensyn til kvalitet og omfang.

Mulighetene for eierstyring er muligens minst ivarettatt i de to vertskommunemodellene etter kommunelovens § 28 b og c, alt avhengig av hvor dekkende samarbeidsavtalen er for premissene for samarbeidet.

Interkommunalt samarbeid etter § 27-modellen ivarettar eierstyringen gjennom at selskapet er direkte underlagt de respektive kommunene sin instruksjonsrett. Et § 27-samarbeid stiller krav til godt samarbeid mellom deltakerkommunene, samtidig som selskapets mulighet til å fatte raske beslutninger og forretningsmessig frihet blir mindre. Eierstyringen kan bli lite effektiv.

I interkommunale selskaper (IKS) kan mulighetene for eierstyringen oppfattes som redusert, da kommunenes eierskap i hovedsak utøves gjennom deltakelse i representantskapet. På den annen side så har dette organet muligheter til å instruere samt overprøve styrets vedtak. Viktige styringsdokumenter for eierne i et IKS vil være selskapsavtale, nedfesta eierstrategier samt vedtekter for selskapet.

G *Mulig organisatorisk oppbygging av de alternative modellene i DMS Inn-Trøndelag*

1. Administrativt vertskommunesamarbeid (kommunelovens § 28b)
Ansvaret for administrasjon og drift ligger hos vertskommunen.
2. Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd (kommunelovens § 28c)
Ansvaret for administrasjon og drift ligger hos vertskommunen.

3. Samkommune på helse – etter Midtre Namdals forsøksmodell.
Kommunene må da søke om å få være pilot

H Økonomi:

Oppgaver som kommunene må ta standpunkt til finansiering av:

- Intermediærenheten/ etterbehandlingsenheten
- Kompetansesenter for ansatte, kostnader til læring og mestringssenter, kostnader til folkehelsearbeid.
- Leie av lokaler til kommunale tjenester
- Kostnader til ledelse og administrasjon
- Kostnader knyttet til ansatte

I Forholdet til loven om offentlige anskaffelser:

Lov om offentlige anskaffelser av 27/11-92 og anskaffelsesforskriften (ny forskrift fra 1. januar 2007) gir nærmere saksbehandlingsregler kommunene er forpliktet til å følge i forbindelse med inngåelse av kontrakter om anskaffelser.

J Noen betraktninger om norske selskaps/samarbeidsformer i forhold til kontrollkriteriet:

Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27:

Samarbeidet innebærer at det utarbeides vedtekter, etableres et felles styre og at det gis innskudd eller at det kan tas opp lån. Samarbeidsorganet kan drive ulike typer av samarbeid, og det kan overføres ansvar og myndighet i saker som angår virksomhetens drift og organisering. Samarbeid etter kommunelovens § 27 vil normalt sett oppfylle kravet til kontroll, og således falle innenfor loven om offentlige anskaffelser.

Interkommunale selskaper(IKS).

Denne loven gir eierkommunene en større grad av mulighet for styring og kontroll over foretaket enn et aksjeselskap. Departementet mener at en eierkommune i utgangspunktet vil oppfylle kontrollkriteriet for bruk av egenregi til et interkommunalt selskap. Slik selskap vil følgelig i utgangspunktet falle utenfor loven om offentlige anskaffelser.

Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28 b og c:

Deltakerkommunene vil normalt oppfylle kontrollkriteriet om bruk av egenregi i et vertskommunesamarbeid. Avtalen mellom de enkelte kommuner og vertskommunen vil derfor normalt ikke reguleres av lov om offentlige anskaffelser.

K KS advokat Øyvind Renslos kommentarer og arbeidsgruppas vurderinger

Administrativt vertskommunesamarbeid etter §§ 28 b og § 28 C

- Kommuner kan i utgangspunktet samarbeide om alt. Unntak er myndighetsutøvelse etter kommunelovens § 2. Der må kommunene ha en hjemmel for å kunne overføre myndighet til en annen organisasjon. Helsetjenester må ha en hjemmel i kommunehelsetjenesteloven for sine vedtak om delegering av lovpålagte oppgaver. Det er bare vertskommunemodellen som gir mulighet for det.. Pr i dag er det bare den modellen som er lovlig i forhold til myndighetsutøvelse. Enkeltvedtaksretten kan også kun delegeres til en vertskommune.
- Samarbeidende kommuner kan delegerer myndighet til vertskommunen. I vertskommunemodellen har man beslutningsfunksjon. Hver kommune har instruksjonsrett overfor sin pasient. Kan ha styring via det.
- Kan ha administrativt samarbeid, med styre. Ansatte er da ansatt i vertskommunen, har kommunetilknytning. Leder kan nyttiggjøre seg det kommunale tjenesteapparatet. Kommunene kan gi myndighet til styret, som kan fastsette budsjettet. Må drive effektivt og styre effektivt.
- Rettsikkerheten for brukerne er bedre ivaretatt, fordi forvaltningsloven gjelder. Vertskommunemodellen mer sikker i forhold til gjeldende rett. Strukturen for klagebehandling er etablert i kommunen, og er bedre enn ved IKS.
- Nærhet til andre ledere i kommunen, enklere å koordinere, kjappere å ta enklere grep. Må ikke bygge opp egen administrativ ressurs for ansettelse, økonomi/regnskap, innkjøp, HMS tjenester, IKT tjenester.
- Eksempel på vertskommunemodell: Økonomifunksjonen i INVEST

I Stortingsmelding nr 47 står det:

”Samarbeid etter disse modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Modellene inneholder forholdsvis detaljerte regler om organisering og delegering. Bakgrunnene for modellene er særlig å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune har vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet.

Det er lagt vekt på å sikre rettsikkerhet der myndighet blir overdratt til en annen kommune(vertskommune) gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke er aktuelt å overføre beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan man opprette et administrativt vertskommunesamarbeid. Dersom det skal overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker, må det oppnevnes en felles folkevalgt nemnd for samarbeid som skal treffe avgjørelser i disse sakene. Hver deltakerkommune skal være representert med minst to representanter i denne nemnden. Dersom vedtaksmyndighet skal overlates til et interkommunalt samarbeid, er det bare vertskommune og samkommunemodell som er aktuelle.”

Interkommunalt selskap(ICS)

ICS er ikke en ulovlig modell, men den er ullen i forhold til hvilke oppgaver som kan delegeres till et rettssubjekt. Samhandlingsreformen peker ikke på denne som aktuell modell. ICS har i seg selv selskapsrettslige prinsipper, den har klar styring, klare linjer og klar beslutningsstruktur. Kommunene kan lage seg klare avtaler på hva som skal være innenfor og hva som skal være utenfor. Instruks går via styret. Alle kommunene har styringsmuligheter. Gir større muligheter til å påvirke, kontrollere og styre, men ulemper for ansatte og økonomisk en dyrere løsning for kommunene. Forvaltningsloven gjelder ikke ved vedtak. Pasientens har dermed ikke klageadgang/informasjonsrett. Blir det mange ulike kommunale tjenester som legges inn i DMS, da er ICS en uhensiktsmessig styringsmodell. ICS kan kjøpe tjenester fra en kommune. Fosen DMS er organisert som et ICS med ansettelse av leder i 60 % stilling. Fosen ICS har ansvar for strategiene til de samarbeidende kommunene. Ansatte ved observasjons og etterbehandlingsenheten er ansatt i Ørland kommune etter § 28 b, kjøp av tjenester fra vertskommune. Innherred legevaktsentral er organisert som ICS. De kjøper tjenester fra Helse Nord-Trøndelag(ansettelser, IT, vaskeri, innkjøp) De fattet ikke enkeltvedtak, men det er her snakk om myndighetsutøvelse etter § 2 i kommuneloven. Lang praksis har gjort at mange legevakter har organisert sin interkommunale virksomhet etter ICS loven. Inn-Trøndelag brannvesen er også organisert som ICS, men der er ansatte ansatt i ICS et, og de er av kommunestyret delegert å foreta enkeltvedtak gjennom særlov.

I Stortingsmelding nummer 47, punkt 6.11.3 står det: " Skal kommunene samarbeide om oppgaver som medfører utøvelse av myndighet, må disse organiseres etter en vertskommunemodell i kommuneloven (§§ 28 a-k)"

Samkommunemodell

Er et sterkere styringssubjekt. Har eget kommunestyre. Det politiske styringsbehovet blir bedre ivaretatt. Ordførerne sitter i styret og er mer tett på. Rådmennene skifter på ledelsen. Representanter fra hver kommune har ansvar for å ta den politiske prosessen i sin kommune. Saksflyten er bedre ved en slik organisering. Må vente til den blir lovlig, må søke om forsøksordning nå.

I Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreformen står det: Det vurderes å åpne for mulighetene til å samarbeide om lovpålagte oppgaver som krever myndighetsutøvelse gjennom en samkommunemodell, som var på høring i forbindelse med innføring av ny vertskommunemodell.

KS advokat Øyvind Renslos anbefaling:

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

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

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

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

L Vurderinger fra andre advokater:

Det er tatt kontakt med Arnt Robert Haugan, fungerende kommunaldirektør, ved kommunal og administrasjonsavdelingen hos fylkesmannen. Han ble bedt om å se på forespørselen om det finnes andre egnede modeller for interkommunalt samarbeid på helsesiden som er mulige ved dette samarbeidet. Han så på saken sammen med jurist fra helseavdelingen, Stein Jøssund. Jurist ved helseavdelingen tok deretter kontakt med Helsedepartementet for å få råd og veiledning. Departementet og fylkesmannen har fått problemstillingen oversendt pr. 10.06.09. Tilbakemeldingen derfra er at de råd KS advokaten har gitt er korrekte.

Advokat Jostein Østerås ble kontaktet, for å kvalitetssikre at de råd som er gitt fra KS advokat Øyvind Renslo, er korrekte. Brev fra advokat Østerås er vedlagt saken. KS advokat Renslos tilleggsutredning legges også ved saken.

En kan ikke se at de andre advokatenes råd endrer delprosjekt KommuneHelse sitt vedtak om organiseringsmodell: Vertskommune med nemnd som midlertidig organisering av DMS Inn-Trøndelag. Grappa ser at modellen har en del begrensinger og vil medføre mye byråkrati for å klare å ivareta god samhandling opp mot faglederne og rådmennene i de 5 kommunene samt opp mot Helse Nord-Trøndelag.

Samhandlingsreformen har ikke gitt anbefalinger om andre bedre modeller og gir ikke løfter om endringer i IKS loven for å gjøre den som brukbar modell. Det arbeides for å gjøre Samkommunemodellen etter Midtre Namdalsmodellen som aktuell modell. Samhandlingsreformen

oppfordrer kommunene selv til å finne gode samhandlingsmodeller, og komme med forslag til piloter på området.

Prosjekt Kommunehelse sitt vedtak.

Ut fra en totalvurdering vil en tilrå at kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Snåsa og Mosvik sin deltakelse i DMS Inn-Trøndelag organiseres midlertidig som "vertskommune med folkevalgt nemnd" etter § 28 c i kommuneloven. Dette er for tiden den eneste lovlige modellen for interkommunalt samarbeid om lovpålagte oppgaver. Organisasjonsmodellen er midlertidig og skal vurderes underveis.

Vedtak i styringsgruppa den 15.06.09

- 1 Vertskommunesamarbeid med nemnd blir anbefalt som DMS Inn – Trøndelags organisasjonsmodell i oppstartfasen.
- 2 Steinkjer kommune velges som vertskommune
- 3 Organisasjonsmodellen vurderes underveis.
- 4 Det skal arbeides videre med å foreslå en mer hensiktsmessig organisasjonsmodell som hensyntar de organisasjonsutfordringer man har i forbindelse med interkommunalt samarbeid om helsetjenester.

4. Kostandskalkyle for et fremtidig DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer

Vedlegg :

- Kostnads-kalkyle 2011- 2014, PR 13.07.09, 3 regneark
- Kostnadsfordelingsnøkler pr 13.07.09, 2 regneark
- KomRevs foreløpige vurderinger angående moms i forhold til organisasjonsmodell.
- Kommunevis oversikter over kostnader i perioden 2010- 2015

Saksutredning:

Delprosjekt Kommunehelse ble i styringsgruppa den 18.05.09, bedt om å legge frem estimerte kostnader for DMS Inn-Trøndelag. I styringsgruppa den 02.06, ble gruppa bedt om å lage flere kostnadsfordelingsnøkler.

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

Kommunehelsegruppa har utarbeidet kostnads-kalkyle for de 5 årene prosjektet varer, for ledelse og administrasjon og personal – og driftskostnader til ulike yrkesgrupper som vurderes lagt inn i DMS organisasjonen. **Alle kostnader er basert på 2009 kroner, og ikke indeksregulert eller justert for kommende lønnsoppgjør. Det er utarbeidet egne oppsett for hver av de fem kommunene.**

Saksvurderinger:

Daglig leder og enhetsledere:

Enhetsleder til intermediaørenheten, dialyse og poliklinikker er allerede ansatt. Personalkostnader er lagt inn i budsjett til intermediaørenheten. Helseforetaket kjøper personellressurs av dette til sin dialyse og poliklinikkavdeling.

Daglig leder for DMS bør ansettes vår 2010. Dette for å kunne være med fra oppstart, skrive avtaler mellom kommuner og Helseforetak, samt lede utviklingen av prosjektet, gjennomføre innfasingen av ulike kommunale tjenester, gi informasjon til innbyggere, pasienter og administrativ og politisk ledelse i alle kommunene, samt Helse Midt og Helse N-T. Et så stort og strategisk viktig prosjekt trenger raskt tydelig ledelse på plass. Derfor er det beregnet helårsressurs til den stillingen i 2011.

Helseforetakets dialyseavdeling og poliklinikker:

Det planlegges at dialyseavdelingen og spesialistpoliklinikkene starter opp sin virksomhet våren 2010. Kostnader til drift og investering dekkes av Helse Nord-Trøndelag i sin helhet.

Intermediaørenheten og observasjonssenger/akuttsenger

Helseforetaket, KommuneHelsegruppa og styringsgruppa har vært enig i at det planlegges med oppstart av intermediaærpost med 16 senger. Forprosjektet anbefalte 12 intermediaærsenger og 4 akuttsenger. Representanter fra 4 av 5 kommuner i KommuneHelsegruppa og faglederne er enig i at man ikke starter med fire observasjonssenger før man har avklart behov og sett om ikke kommunene kan håndtere dette internt, samt at man får erfaring med virkningene i den enkelte kommune av de 16 intermediaærsengene. Alternativt kan kommunene kjøpe denne tjenesten fra hverandre ved behov.

Kompetansesenteret for ansatte:

Kompetansesenteret for ansatte opprettes i forkant av oppstart av intermediaærposten. Kostnader til fellesopplæringen på intermediaørenheten er budsjettert under drift av sengeposten. Samme gjelder kostnader til videokonferanseutstyr og IKT infrastruktur.

Senteret skal gi mulighet for hospitering og opplæring av personell fra alle kommunene. Kostnader for ansatte i kommunene til opplæring via videokonferanse, vikar for de som er på hospitering, arrangering av fagkursdager/ fagnettverk må dekkes av den enkelte kommune i tillegg til de kostnader som er satt opp her. Kompetansesenteret kan ledes av daglig leder og fagkonsulent det første året, og så eventuelt bygges videre opp etter behov. **KommuneHelsegruppa og faglederne i kommunene har satt kompetanseopplæring, som kommer hver kommune til gode, som en av de høyst prioriterte oppgaver senteret skal ha.**

Kommunale tjenester(jordmor, kreftsykepleier, kommunelege osv)

Når det gjelder kommunale tjenester, så er det satt en forsiktig oppbygging av hver tjeneste, ut fra den prioritering og oppbygging som pr i dag ser mest realistisk ut for gruppa og faglederne i de ulike kommunene.

Forebyggende enhet: Økonomiske midler til forebyggende tjenester har helseministeren lovt skal komme alt høsten 2010. Derfor må aktivitet på den siden komme i gang i 2011.

Kommunalt lærings- og mestringssenter:

Lærings - og mestringssenteret for pasienter bør planlegges og komme i drift i 2011. Sykehusene Levanger og Namsos har lærings og mestringssenter i dag. De skal bestå i fortsettelsen, men ha hovedfokus på opplæring av pasienter som er blitt syke. Samhandlingsreformen legger føringer for at kommunene må komme opp med lærings - og mestringssenter i en mye tidligere fase i et pasientforløp, som forebyggende behandling og tilbud til risikoutsatte grupper, for å bremse sykdomsutvikling og hindre unødige sykehusinnleggelser. I oppstartfasen må dette nye senteret samhandle godt med begge sykehusene sine lærings og mestringssenter og lære/ erfare av dem, før lærings og mestringssentrene blir kommunalt ansvar i 2012. For å kunne planlegge oppstart av senteret fra 2012, trengs det fagkonsulentstilling. Derfor er den satt inn fra 2011.

Politiske utfordringer:

I oversikten på personell er det regnet ut ulike årsverk i de ulike stillingene, men politikerne må ut fra økonomiske og strategiske målsettinger klargjøre hvilke tjenester som skal inn, størrelsene på stillingene og hvilke år de skal organiseres under DMS, i de årene prosjektet skal vare.

Inventar og utstyr:

Kostnader til utstyr og inventar ved sengeposten og lokalene for kommunale tjenester er fordelt over 5 år. Det tas utgangspunkt i lånefinansiering for disse to beløpene med en avskrivning over 5 år. Det forutsetter at det er tredeling av kostnadene til utstyr og inventar ved sengeposten, slik at Helse Midt, Helse Nord-Trøndelag og de 5 kommunene betaler en tredjedel hver. Ved forespørsel til KomRev, den 29.06.09, svarte de at mesteparten av inventar og utstyr som skal investeres ved oppstart, kan sees på som en helhet/en pakke og føres i investeringsbudsjettet. Ca 200 000 tilhører driftsposten.

Moms:

KomRev ble i samme møte den 29.06.09, bedt om å orientere noe om momsregler i forhold til ulike organisasjonsmodeller, og da spesielt vertskommunemodell med nemnd. Modellen er ukjent for dem i forhold til helsetjenester. Det ble derfor i møtet besluttet at de kommer med et skriv om hvilke utfordringer de ser i forhold til moms i denne saken, samtidig som de sjekker med skattedirektoratet hvordan moms skal håndteres ved slik organisering.

Kostnadsfordeling mellom de 5 kommunene.

Kommunehelsegruppa har gjennomgått forslag til kostnadsfordeling mellom de 5 kommunene. I første oppsett er det tatt utgangspunkt i en fordelingsnøkkel på 50 % lik fordeling av kostnader og 50 % etter folketall. Det er regnet ut fordeling mellom kommuner i forhold til sengeposten, administrasjon og ledelse og kommunale helsetjenester, vist i vedlegg "Kostnadsfordeling mellom 5 kommuner"

Erfaringstall i forhold til fordelingsnøkler mellom kommunene viser at nye IKS modeller bruker fordelingsnøkler slik: Fosen DMS IKS har fordelingsnøkkel 60/40. Namdal rehabilitering IKS har fordelingsnøkkel 50/50, Innherred interkommunale legevakt har fordelingsnøkkel 40/60, Drammen interkommunale legevakt IKS har fordelingsnøkkel 50/50. Gruppa bruker derfor fordelingsnøkkel 50/50 i første oppsettet.

I styringsgruppemøte den 02.06.09, ble prosjekt Kommunehelse bedt om å komme med flere kostnadsfordelingsnøkler. Derfor er det utarbeidd 5 nøkler til: Nøkler i forhold til innbyggertall, nøkler lik 30/70, 40/60, 50/50, 60/40 og 70/30. Hvilke fordelingsnøkkel som skal brukes i fremtidig DMD Inn-Trøndelag, blir forhåpentligvis vedtatt på styringsgruppemøte den 07.09.09.

Vedtak i kommunehelsegruppa 26.05.09

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

Kommunehelsegruppa vedtok på møtet den 09.06.09 enstemmig å legge frem

- Kostnadskalkyle intermediærenhet og administrasjon
- Kostnadskalkyle 2011- 2014 Personell kommunale tjenester DMS pr 10.06.09.
- Kommuneberegninger pr 05.06.09(Se ark 2 – fordelingsnøkler samlet)

som gruppas reviderte forslag til kostnadskalkyler og mulige fordelingsnøkler kommunene imellom. Oversikt over hver kommunes utgifter ved ulike kostnadsfordelingsnøkler er av 25.07.09.

Vedtak i styringsgruppa den 15.06.09

Styringsgruppa ber prosjektledelsen om å utrede og konkretisere potensialet for kommunene med henvisning i erfaring fra etablerte forsøk, og beskrive mulige innsparinger ved tiltakene fram til 2012.

5. Potensielle innsparinger ved etablering av DMS Inn-Trøndelag

- Vedlegg :
- SINTEF Helses rapport : Evaluering av Henie-Onstad bo - og Rehabiliteringssenter, februar 2005.
 - Evaluering av Fosen DMS ved Ernst & Young og HIST. Gjennomgang av hovedkonklusjoner

Saksutredning:

Viser til sak 38/09 og sak 33/09. Delprosjekt kommunehelse ble i styringsmøte den 15.06.09, bedt om å utrede og konkretisere potensialet for kommunene med henvising i erfaringer fra etablerte forsøk, og beskrivemulige innsparinger ved innføring av DMS Inn- Trøndelag fram til 2012.

Vi skal her se nærmere på innsparingspotensialet ved:

1. Interkommunalt samarbeid – 16 intermediærsenger
2. 4 akutte omsorgsplasser
3. Forebyggende satsing

Faktaopplysninger:

5.1. Potensielle innsparinger ved innføring av 16 intermediærsenger

Det er opprettet flere DMS'er rundt om i landet. Men det er få som har gjennomført kostnadsevaluering av virksomhetene sine. De fleste DMS som jeg har kontaktet, viser til at det **er viktig her å se at satsingen på DMS har gitt en stor kvalitetsmessig gevinst for innbyggerne i kommunene, ikke minst for de eldre pasientene og kronisk syke**. Deres forbedrede livskvalitet er beskrevet i mange evalueringer, men er vanskelig å tallfeste i kroner og øre. Andre peker på at dette er et **strategisk viktig valg for deres kommune**, for å møte fremtidens utfordringer innen helse og omsorgstjenesten, med eldrebølgen og færre yrkesaktive.

Det primære formålet med tiltaket er ikke å oppnå innsparing, men å arbeide for en omfordeling av oppgaver, kompetanse og ressursbehov mellom nivåene, slik at pasienter i en fremtidig situasjon kan få god tilgjengelighet til en kvalitativt forbedret tjeneste i samarbeidende kommuner, og slik at de kommunale helsetjenestene gjennom sterkere satsing på forebyggende strategier og formalisert samarbeid blir bedre i stand til å oppfylle målsettingen om å løse oppgaver på laveste effektive omsorgsnivå

Av de DMS er som har gjennomført kostnadsanalyser finner vi følgende:

- SINTEF helse har evaluert virksomheten ved Henie Onstad bo - og rehabiliteringssenter(16 plasser), som er at samarbeid mellom sykehuset Asker og Bærum og kommunene Asker og Bærum. Analysen er fra 2005.
- Sjøstad DMS er analysert gjennom doktorgradsarbeidet til kommunelege Helge Garaasen i Trondheim,
- Ernst and Young har foretatt analyse av Fosen Distriktsmedisinske Senter.
- DMS Stjørdal holder på med sin evaluering. Tilbakemeldinger derfra er at rapport forventes ferdig rundt årsskiftet 2009/2010.
- Prosjekt sykestuer i Finnmark kjøres i 2009. Rapport forventes å foreligge i 2010. Gjelder 16 sykestuer i Finnmark, den største er i Alta. Helsedirektoratet skal via prosjektet prøve en enkel modell av innsatsfinansiering av sykestuene. Sykestuesengene i Finnmark dekkes 50 % av spesialisthelsetjenesten(490 000 pr seng i 2008)og 50 % av kommunene

- Sjukestugu i Hallingdal finansieres i sin helhet av Sykehuset Ringerike. Ingen kommunal betaling.
- Valdres, Otta og Florø DMS har ikke intermedieersenger ennå, bare polikliniske spesialisthelsetjenester.
- DMS Lenvik(Midt-Troms) er ennå på prosjektstadiet i samarbeid(mellom 10 kommuner og Helse Nord) Helsedirektoratet har gitt Finsnes en nasjonal koordineringsfunksjon for distriktsmedisinske sentre og lignende institusjoner. De er nyetablert og har ennå ingen informasjon eller økonomiberegninger i forhold til effektiviseringsgevinster for kommuner ved innføring av DMS.

Eksempler på vurderinger i andre kommuner:

5.1.1 SINTEF Helse skriver i sin analyse av Hennie – Onstads bo og rehabiliteringssenter (HOBR)

Her presenteres en kostnadsanalyse som vurder kostnadmessig effekt for staten ved Sykehuset Asker og Bærum HF, og for kommunene Asker og Bærum som følge av tiltaket **spesialenhet for utskrivingsklare pasienter (SUP) ved Henie-Onstad Bo - og Rehabiliteringssenter(HOBR)**. Kostnadsanalysen tar utgangspunkt i en differansebetraktning, som beregner endring i kostnader i løpet av ett år (2004). Kostnadsanalysen er en kostnadsminimeringsstudie som sammenligner totale kostnader ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter, i relasjon til et mer tradisjonelt behandlingsforløp.

Kostnadsminimeringsstudie er et spesialtilfelle av kostnads-effekt analyse (5), hvor det helsemessige resultatet av de alternative behandlingsmodellene anses som like godt. Årsaken til at en kostnadsminimeringsstudie har blitt valgt, er at kvaliteten på pasientbehandlingen ved SUP antas å være minst like god som et mer tradisjonelt behandlingsforløp. Dette begrunnes ut fra pasienttilfredshetsundersøkelsen presentert i kapittel tre, og lavere reinnleggelsesrate i sykehus for pasientgruppen som har fått et behandlingstilbud ved SUP sammenlignet med tilsvarende pasientgrupper – som vises i dette kapitlet. Det beregnes med andre ord endring i kostnader for stat og kommune i 2004 som følge av en spesialenhet for oppfølging av eldre utskrivingsklare pasienter ved HOBR.

Kostnadmessig effekt for kommunene Asker og Bærum

Et mål for den nye spesialenheten ved HOBR er å tilrettelegge for at de aktuelle pasientene i størst mulig grad skal kunne klare seg med omsorg på laveste mulige effektive omsorgsnivå. I praksis innebærer dette en målsetting om at en høyere andel av de aktuelle pasientene skal kunne unngå bruk av permanent sykehjemsplass. Det innebærer også en målsetting om pasientene som har fått et tilbud fra spesialenheten ved HOBR i større grad er mer selvhjulpne i hjemmet.

I dette avsnittet vil det bli forsøkt å tallfeste kostnadmessig betydning for kommunene av å ha opprettet tilbudet ved SUP. Tidsperspektivet er endring i kostnader i løpet av ett år (2004). Kostnaden ved å drifte spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR vil bli holdt opp mot antatt redusert behov for hjemmesykepleie og mer permanent institusjonsplass. Det vil si at analysen av kostnadmessige effekter for kommunene av tilbudet SUP er en differansebetraktning.

Det foreligger ikke noen kontrollert studie som tallfester endret behov for hjemmebasert omsorg eller institusjonsplass som følge av tilbudet fra SUP. Endret behov for hjemmebasert omsorg og sykehjemsplass har blitt anslått på bakgrunn av rimelighetsbetraktninger.

Nedenfor vil det punktvis redegjøres for hva som her inkluderes som endring i driftskostnader for Bærum kommune i 2004 som følge av at tilbudet ved HOBR har blitt opprettet.

Kostnadsberegningen vil oppsummeres i en tabell etter den punktwise gjennomgangen.

Samlet kostnadsanalyse for SAB HF og kommunene, og forløpsanalyser.

I dette avsnittet oppsummeres resultatene fra kostnadsanalysen i tabell 4.12 nedenfor. For diskusjon om bakgrunn for, og tallfesting av, de ulike kostnadskomponentene vises det til SINTEFS rapport fra Henie Onstads bo og rehabiliteringssenter, avsnittene 4.1 og 4.2.

Tabell 4.12 Samlet kostnadseffekt for SAB HF og kommunene Asker og Bærum som følge av spesialenheten ved HOBR. (2004 Kroner)

Kostnadskomponenter	Kostnadsdifferanse basert på lavt anslag (kr)	Kostnadsdifferanse basert på høyt anslag (kr)
1. Kostnader ved drift av SUP	8 578 800	8 578 800
2. Redusert liggetid på SAB HF m/ SUP	-1 888 588	-2 513 280
3. Redusert rate for reinnleggelser ved SAB HFm/SUP	- 631 948	-1 263 896
4. Redusert behov for hjemmebasert Omsorg m/ SUP1	- 3 557 400	-3 557 400
5. Redusert behov for hjemmesykepleie etterutskrivning fra sykehus m/ SUP	- 4 851 000	-9 702 000
6. Redusert behov for sykehjemsplass m/ SUP	-1 375 000	-2 750 000
SUM kostnadsendring	-3 725 136	-11 207 776

Tabell 4.12 viser at det anslås en årlig kostnadsbesparelse for den samlede helsetjenesten i størrelsesorden 3,7 til 11,2 millioner som følge av å overføre 220 eldre pasienter til en spesialenhet for utskrivingsklare pasienter i 2004. Som det også framgår av tabell 4.12 knyttes den anslåtte kostnadsbesparelsen i stor grad til en vurdering av at pasientene i større grad blir selvhjulpne etter et opphold på SUP, og dermed kan klare seg med et mindre omfang av hjemmebaserte tjenester i etterkant av oppholdet på SUP (se punkt 5 i tabell 4.12).

For nærmere diskusjon av forutsetninger og resultater vises det til avsnittene 4.1 og 4.2

For å ytterligere illustrere kostnadseffekten av mindre behov for hjemmebasert omsorg presenteres det nedenfor regneeksempler som viser årlig driftskostnad for en pasient ved fire ulike behandlingsforløp. Enhetskostnadene som benyttes i regneeksemplene er redegjort i avsnittene 4.1 og 4.2. Eksemplene tar utgangspunkt i en eldre pasient, som kan være en dame på ca 84 år med lårhalsbrudd.

Eksempel 1: Sykehusopphold med påfølgende opphold på SUP, og deretter behov for Hjemmebasert omsorg.

De aktuelle pasientene med lårhalsbrudd som overføres til SUP ligger i gjennomsnitt 11 døgn innlagt på sykehus (se avsnitt 4.1). Et gjennomsnittlig sykehusopphold på 4,2 døgn ved SAB HF koster kr 28 600. Vi antar et påslag per døgn ut over gjennomsnittlig liggetid på kr 4 080, og for 6,8 døgn tilsvarer dette kr 27 444. Kapittel to viser en pasient med lårhalsbrudd i gjennomsnitt ligger i 25 døgn på SUP. Med en døgnkostnad på kr 1 726 ved SUP (se kapittel to) vil oppholdet på SUP koste kr 43 150. I tillegg antas det at pasienten i gjennomsnitt har behov for 3,5 time hjemmebaserte tjenester i form av hjemmesykepleie og rehabiliteringstjeneste i 26 uker. Med en timepris på kr 490 for hjemmebasert omsorg, utgjør dette kr 44 590. Oppsummert vil kostnaden for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold 11 døgn:	Kr 56 344,-
b) Opphold på SUP i 25 døgn:	Kr 43 150,-
c) Hjemmebasert omsorg 3,5 t/uke i 26 uker	Kr 44 590,-
SUM	Kr 144 084,-

Eksempel 2: Sykehusopphold, ikke overført til SUP, påfølgende behov for hjemmebasert omsorg.

De aktuelle pasientene med lårhalsbrudd som ikke overføres til SUP ligger i gjennomsnitt 13 døgn på sykehus. Kostnaden sykehusoppholdet beregnes da til kr 64 504, som består av kostnaden for et gjennomsnittlig sykehusopphold på kr 28 600 pluss et påslag for liggetid 8,8 døgn ut over gjennomsnittlig liggetid på kr 35 904. Rett etter utskrivning fra sykehus antas et behov for hjemmebaserte tjenester på 10,5 timer per uke i fire uker. Dette utgjør kr 20 580. Deretter antas et behov for hjemmebaserte tjenester på 7 timer per uke i 26 uker, noe som tilsvarer en kostnad på kr 89 180. Oppsummert vil samlet kostnad for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Hjemmebasert omsorg 10,5 t/uke i 4 uker	Kr 20 580,-
c) Hjemmebasert omsorg 7 t/uke i 26 uker	Kr 89 180,-
SUM	Kr 174 264,-

Eksempel 3: Sykehusopphold, ikke overført til SUP, påfølgende behov for hjemmebasert omsorg. I tillegg reinnlagt på sykehus etter fire uker.

Det initiale sykehusoppholdet koster som vist under eksempel to kr 64 504. Det antas fortsatt behov for hjemmebasert omsorg i 10,5 timer per uke i fire uker etter det innledende sykehusoppholdet, noe som beregnes å koste kr 20 580. Pasienten antas nå å bli reinnlagt på sykehuset. Frekvensoversikter har vist at gjennomsnittlig liggetid for et reinnleggelsesopphold er 11 døgn. Reinnleggelsesoppholdet på sykehuset vil da i gjennomsnitt koste kr 56 344 (jf eksempel 1). Etter reinnleggelsesoppholdet antas behov for hjemmebasert omsorg i 24 uker med 7 timer per uke, noe som tilsvarer en kostnad på kr 82 320. Oppsummert vil samlet kostnad for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold i 13 døgn:	Kr 64 504,-
------------------------------	-------------

b) Hjemmebasert omsorg 10,5 t/uke i 4 uker	Kr 20 580,-
c) Reinnlagt på sykehus i 11 døgn	Kr 56 344,-
d) Hjemmebasert omsorg 7 t/uke i 24 uker	Kr 82 320,-
SUM	Kr 223 748,-

Eksempel 4: Sykehusopphold, ikke overført til SUP. Deretter overført til sykehjem.

Det initiale sykehusoppholdet vil fortsatt koste kr 64 504. Med en årskostnad på kr 550 000 for en sykehjemsplass vil 11 måneder på sykehjem koste kr 504 167. Samlet år kostnad for et slikt utfall vil se slik ut:

a) Sykehusopphold i 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Sykehjem i 11 måneder:	Kr 504 167,-
SUM	Kr 568 671,-

Det er et visst omfang av reinnleggelser i sykehus for pasientene som overføres til SUP også. I hvor stor grad opphold på SUP fører til redusert behov for sykehjemsplass er usikkert, i og med at pasientene som får tilbudet antas å kunne tilbakeføres til hjemmet etter opptrening.

Eksempelene 3 og 4 viser uansett den kostnadmessige betydningen av å unngå reinnleggelser i sykehus og å utsette behov for sykehjemsplass. Under avsnitt 4.1 har det blitt beregnet en signifikant lavere reinnleggingsrate i sykehus for pasienter som har fått tilbud ved SUP.

Dette betyr at største volumet av tenkte pasientforløp er forløpene skissert under eksempel 1 og 2. Eksempel 1 og 2 viser at koster om lag 30 000 kr mer å følge opp en pasient med lårhalsbrudd som ikke får tilbud fra spesialenheten for utskrivingsklare pasienter. Pasienter med lårhalsbrudd som får et tilbud fra SUP har i gjennomsnitt to døgn kortere liggetid ved SAB HF enn tilsvarende pasienter som ikke får dette tilbudet. Avsnitt 4.1 har vist at gjennomsnittlig kortere liggetid ved SAB HF for pasienter som overføres til SUP er 2,8 døgn. Gjennomsnittlig liggetid ved SUP er 22 døgn, mens pasientene med lårhalsbrudd i gjennomsnitt oppholder seg 25 døgn på SUP. Disse to momentene innebærer at kostnadsbesparelsen for andre pasientgrupper er større.

Kostnadsdifferansen mellom eksempel 1 og 2 er basert på høye anslag for kostnadsbesparelse (se avsnitt 4.2 og 4.3). Hvis lave anslag benyttes vil det for eksempel 1 og 2 innbære at perioden hvor det antas at pasientene som har vært på SUP har redusert behov for hjemmebasert omsorg reduseres fra 26 til 13 uker (punkt c)). Hvis lave anslag legges til grunn reduseres kostnadsdifferansen mellom eksempel 1 og 2 til ca kr 8 000, i favør av å benytte SUP. Imidlertid må det presiseres at positive effekter som redusert reinnleggingsrate kommer i tillegg.

Kommentarer: Kommunehelsegruppa mener at kostnadsbesparelse ved høyt anslag er urealistisk å forvente som innsparingspotensiale ved innføring av DMS Inn-Trøndelag. Se vedtaket.

5.1.2. Fosen DMS – evaluert av Ernst and Young.

(6 intermedisærseger, 2 observasjonssenger(forsvaret har 1)

- Totalt er 229 pasienter lagt inn til etterbehandling ved enheten – 61 % fra Trondheim og 39% fra Orkdal
- 85 % av pasientene som legges inn på etterbehandlingsenheten skrives ut til:
 - hjemmet (ca. 60 %)
 - kommunale korttidsplasser (ca. 10 %)
 - sykehjem (ca. 6 %)
 - andre (ca. 9 %)
- 15 % blir reinnlagt ved St. Olavs Hospital
- Gjennomsnittlig liggetid ca. 11,4 dager, mulig 21 døgn.
- Liggetid observasjonssenger inntil 1 døgn

BUDSJETT OG REGNSKAP 2007		
INNTEKTER	Årsbudsjett	Regnskap pr juni
Observasjon og etterbehandling		
St.Olavs Hospital	2 020 000	1 010 000
Helse Midt-Norge	2 020 000	1 010 000
Skjønnsmidler fra Fylkesmannen	900 000	450 000
Kommuner på Fosen	1 120 000	560 000
Skjønnsmidler fra Fylkesmannen - Legestilling	250 000	125 000
Andre inntekter (ref. fra St. Olavs)		59 125
Sum Observasjon og etterbehandling	6 310 000	3 214 125
Kommunale korttidsplasser		
Kjøp av korttidsplasser - Ørland kommune	1 800 000	900 000
Kjøp av korttidsplasser- Forsvaret	600 000	300 000
Sum Kommunale korttidsplasser	2 400 000	1 200 000
SUM INNTEKTER	8 710 000	4 414 125
KOSTNADER	Årsbudsjett	Regnskap pr juni
Lønns- og personalkostnader	6 944 000	3 455 508
Kjøp av varer og tjenester	800 000	299 249
Kjøp av inventar og utstyr	46 000	478
Internkjøp og husleie	920 000	460 000
SUM	8 710 000	4 215 235
RESULTAT	0	198 890

Kommentarer til tabellen fra Ernst and Young:

- Budsjettet for 2007 er på 8,7 mill kr.
- Estimerer pr. utgangen juni indikerer et lite merforbruk for første halvår 2007 (hensynstatt periodisering)
- Gjøres alle plassene om til observasjon - og etterbehandlingsplasser vil finansieringsbehovet øke med 2,4 mill kr.
- Bortfall av skjønnsmidler vil bety ytterligere økning i finansierings- behovet. Samlet utgjør dette 1,15 mill kr.
- De økonomiske konsekvensene av OE- enheten vurderes å være positive. Spesielt vurderes muligheten på lengre sikt som gode.
- Ingen direkte økonomisk effekt utover årlig driftstilskudd
- Rimelig å anta positive effekter ift. relatert redusert behov for hjemmesykepleie og hjemmehjelp for pasienter som har vært innlagt ved OE enheten før de utskrives til hjemmet

- SINTEF* rapport viser at det ikke er urimelig å anta at disse effektene overstiger årlig driftstilskudd.

5.1.3. Intermediærenheten ved Søbstad Sykehjem i Trondheim

Kommunelege Helge Garaasen i Trondheim kommune, har gjennomført en doktorgradsstudie av intermediærenheten ved Søbstad sykehjem (20 senger med gjennomsnitt 18 liggedager)

Bakgrunn: Formålet med studien var å sammenlikne bruk av helse- og omsorgstjenester, kostnader og død under seks og 12 måneders oppfølging av pasienter sluttbehandlet på en intermediæravdeling i sykehjem, med tradisjonell behandling i sykehus.

Materiale og metode: I en randomisert kontrollert studie ble **142** pasienter over 60 år innlagt St. Olavs Hospital for akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom slutt- og etterbehandlet på en intermediæravdeling i et sykehjem eller på sykehuset. **Intervensjonsgruppen, 72 pasienter**, ble mens de var innlagt på sykehuset, randomisert til sluttbehandling på sykehjemmet, mens **sykehusgruppen, 70 pasienter**, ble randomisert til standard viderebehandling på sykehuset. Resultatene er basert på intention-to-treat analyser og justert for alder, kjønn, ADL og diagnoser.

Resultater

Reinnleggelser: I intervensjonsgruppen ble 14 pasienter (19,4 %) reinnlagt sammenlignet med 25 pasienter (35,7 %) i sykehusgruppen

Resultater etter seks måneder: Etter seks måneder var det 18 (25,0 %) klarte seg selv i intervensjonsgruppen sammenlignet med syv (10,0 %) i sykehusgruppen. Det var en ikke signifikant reduksjon av antall døde i intervensjonsgruppen med en ikke signifikant økning i dager innlagt i institusjon for den initiale behandlingsperioden. Samlede gjennomsnittlige behandlings- og omsorgskostnader per pasient var for de første seks månedene NOK 78632 i intervensjonsgruppen sammenlignet med NOK 112568 i sykehusgruppen **Gjennomsnittlige forskjell behandlings- og omsorgskostnader per pasient og observasjonsdag var NOK 296**

Resultater etter 12 måneder: Etter 12 måneder var 13 (18,1 %) døde i intervensjonsgruppens og 22 døde (31,4 %) i sykehusgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen var under observasjon i en lengre tidsperiode enn sykehusgruppen: 335,7 sammenlignet med 12 292,8 dager ($p=0,01$). Det var ingen statistiske forskjeller i behovet for kommunal langtidsomsorg, antall sykehusinnleggelse eller dager i sykehus mellom gruppene.

Gjennomsnittlige behandlings- og omsorgskostnader per pasient og observasjonsdag var NOK 606 i intervensjonsgruppen sammenlignet med NOK 802 i sykehusgruppen.

Konklusjon studie

Sluttbehandling på intermediært nivå i et sykehjem medførte færre reinnleggelser, at flere pasienter klarte seg selv uten kommunale omsorgstjenester og lavere mortalitet. Samtidig var behandlingstilbudet kostnadseffektivt.

5.1.4. Prosjekt sykestuene i Finnmark

De 16 sykestuene i Finnmark, som har 40 sykestuesenger, er med på et forskningsprosjekt sammen med Helse Nord, Helse Finnmark og Finnmark fylkeskommune. I statsbudsjettet er det satt av 7,5 mill kroner til dette prosjektet i 2009. Helse Nord har gått inn med tilsvarende beløp. Prosjektet ledes av Helsedirektoratet.

Med forsøksordningen ønsker de å få bedre oversikt over aktiviteten og tjenestene som ytes av sykestuene. Og de ønsker å utprøve en modell med enkel aktivitetsbasert finansiering av sykestuene. Erfaringene fra prosjektet håper de vil bidra til økt kunnskap om tilbud som ligger i skjæringspunktet mellom kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten.

De 16 sykestuekommunene er Alta, Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nessby, Nordkapp, Porsanger, Tana, Vadsø og Vardø. Dette er alle kommuner med stor avstand til sykehus.

Ved kontakt til Alta sykestue og Porsanger sykestue blir det opplyst at Helseforetaket betaler 50 % av kostnadene. Pr 2008 – 490 000 pr sykestueseng. Sykestuesengene er oftest samlokalisert med korttidsplasser i kommunene.

5.2. Inn-Trøndelag DMS, potensiell innsparing ved opprettelse av kommunale observasjonsplasser kontra bruk av korttidsplasser i sykehjem.

Utredningen tar utgangspunkt i forprosjektrapporten, som anbefalte at det vurderes opprettet fire kommunale akutt plasser/observasjonsplasser.

Kostnad pr år når alle liggedøgn er utnyttet

4 kommunale senger a 1500	2 190 000
4 kommunale senger a 1800	2 628 000
4 sykehjemssenger a 2100	3 066 000
4 observasjonssenger a 2500	3 650 000

I dag betaler Helseforetakene for pasienter som legges inn på sykehus, enten det er akutt plasser, planlagt innleggelse eller observasjonsplasser. For kommunene er denne tjenesten gratis, selv om Helseforetakene mener at ca 6 % av de som innlegges kunne vært behandlet i kommunal helsetjeneste.

Ved å opprette 4 observasjonsplasser fra 2011, får kommunene en merkostnad på **3, 65 millioner kroner pr år for drift av disse plassene.** (2009 kroner) hvis de tilknyttes intermediearenheten. I tillegg kommer en merkostnad på personellsiden, da 16 intermedieærplasser er optimalt i forhold til bemanning. Med 16 intermedieærplasser og 4 observasjonsplasser, får vi en lite rasjonell løsning bemanningsmessig, både på intermediearenheten og Steinkjers samlokaliserte korttidsplasser. Intermediearenheten får da 20 plasser som er lite effektiv bemanningsmessig og Steinkjer kommunale korttidsavdeling får bare 9 plasser, som også er lite gunstig bemanningsmessig. Det vil gi sløsing med bemanningsressurser og lite rasjonell løsning.

Alternativer:

- Kjøp av korttidsplasser kommunene imellom ved behov, vil koste 1500 – 1800 pr. døgn pr seng, og man kan bedre få dekt sesongvariasjonen ved internkjøp kommunene imellom.
- Eller man kan se effektene av 16 intermedieærplasser og omdefinere egne korttidsplasser til 1-2 akutte omsorgsplasser, og hvor man tar høyde for at sengene er ledige til helger og høytider.

I og med at dette da blir kommunale plasser, må kommunene i fellesskap stå for disse kostnadene, eller inngå forhandlinger med Helse Nord-Trøndelag om en kostnadsfordeling. Behovsanalyser viser at reelt behovet tilsvarer i gjennomsnitt i underkant av en sengeplass for alle kommunene samlet. Fire sengeplasser er for høyt anslag. Sengene vil da stå tomme mesteparten av året og til en kostnad på opptil 3,5 millioner kroner. Faglederne og medlemmene i prosjektgruppa fra Steinkjer, Inderøy, Snåsa og Mosvik kommuner melder tilbake at det er mest økonomisk lønnsomt for dem å ha disse 4 sengene som kommunale korttidssenger i egen kommune og ikke som akutte observasjonssenger.

Vedtar politikerne at det skal opprettes fire interkommunale observasjonsplasser, må dette gå på bekostning av fire kommunale korttidsplasser i Steinkjer. Steinkjer må vurdere om det er behov for å erstatte disse plassene, eller om effekten av intermedieærheten vil tilsi et redusert behov for korttidsplasser. Alternativt må nye korttidsplasser bygges annet sted. **Merkostnad nybygg på 4,2 mill.** Årlige avskrivningskostnader på 85 000 med 50 års nedskrivningstid.

5.3. Forebyggende behandling.

Steinar Krokstad – HUNT er forspurt om innsparingspotensiale ved forebyggende behandling. Han skriver blant annet i email:

"Forskermiljøet mener at den økonomiske effekten av forebygging, ser vi først om 15 år. Økt overlevelse vil dels kunne bety mer utgifter til pleie og omsorg. Det eneste holdbare argumentet for at forebygging lønner seg er at det bidrar til bedre helse. Det er bedre å være frisk enn syk. Vi tror forebygging kan bremse/stoppe utgiftsøkningen på en del områder."

SINTEF Helses forebyggende avdeling refererer til følgende svar ved samme forespørsel:

"Jeg har sjekket rundt med forskerne her. Vi har ikke noen flere undersøkelser eller rapporter om ditt tema."

Kommunal og regionaldepartementet: Saksbehandler hadde ingen tall å gi ut.

Helsedirektoratet: Kaja Cecilie Sillerud har den 11.08 har videresendt saken til divisjon helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet, og bedt dem komme med uttalelser til prosjektet. Pr 31.08 har vi ikke mottatt mer informasjon fra dem.

Prosjekt kommunehelses vurderinger:

Ved opprettelse av 16 intermedieærssenger ved DMS, og med en kostnadsfordeling på en tredjedel på henholdsvis Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag og 5 kommuner, vil det gi en merkostnad på kommunene tilsvarende 5,5 mill det første år. Dette er kostnader kommunene ikke har i dag. Men

ved å opprette 16 senger hvor pasientene kan ligge i inntil 21 dager (gjennomsnitt ved DMS Stjørdal er 10,8 dag), vil det gi pleiemessige andre behov i alle kommuner. Sannsynligvis vil det bli mindre belastning på hjemmesykepleien og korttidsavdelingene i de enkelte kommunene, da pasientene er mer ferdigbehandlet og utredet enn det vi opplever i dag med alt for tidlig utskriving og deretter påfølgende reinnleggelser på ca 20 %.

Ved nyetableringen ønsker vi at pasientens opplevelser står i sentrum. Den kvalitetsmessige forbedring pasientene opplever med å få være i nærheten av familie, starte tidlig opptrening etter operasjon, slippe reinnleggelser etter for tidlig utskriving fra sykehus, er vanskelig å tallfeste. Samme er livskvaliteten på å få reise hjem og mestre selv, kontra bli lagt inn på sykehjem. Og hvordan prissetter vi muligheten til å leve istedenfor å dø, ved at antall dødsfall blir færre?

Tallene som kommer frem ved de ulike analysene fra andre DMS'er er veldig usikre og vanskelig å sette som tall som skal gi potensielle innsparinger i kommunene i dette samarbeidet.

Kommunene har ulikt ståsted og ulik organisering av institusjonsplasser, hjemmebasert omsorg og rehabiliteringstilbud ved oppstart av samarbeidet. KOSTRA tallene for 2008 fra hver kommune viser det. Det gjør det vanskelig å se kommunene under ett. Ulikheter kommunene imellom kan gi ulike anslag på innsparing/utgifter og må utredes før oppstart av samarbeidet.

Vedtak:

Grappa har ikke gode nok forutsetninger til å gi en felles anbefaling på mulige innsparinger på tiltakene ved DMS Inn-Trøndelag frem mot 2012. Grappa avventer rapport fra DMS Stjørdal, som kan si noe om kostnadsbesparelser på tilsvarende prosjekt som det som planlegges hos oss. Grappa ser det som viktig at det gjennomføres intern evaluering for hver kommune ved oppstart og ekstern evaluering både av kvalitet og kostnad underveis i prosjektet.

Styringsgruppas vedtak den 24.08 ble: Framlagt orientering tas til etterretning.

6. Senter for omsorgsforskning

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2008 4 nasjonale sentre for omsorgsforskning, knyttet til høgskolene. Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, er lagt til HINT. Formålet med etableringen av sentrene er å styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren. Sentrenes virksomhet skal omfatte tjenester til brukere i alle aldersgrupper.

Sentrene skal være kommunenes kunnskapsorganisasjon på omsorgsfeltene, og kan innbefatte et bredt spekter av tjenester for å skaffe fram kunnskaper som kommunen har behov for når nåværende og fremtidige tjenestetilbud skal utvikles.

Alle vet at kommunenes utfordringer på omsorgssektoren er betydelige i nær fremtid, og at dette vil legge beslag på store deler av kommunenes ressurser. Samtidig vet vi at mange kommuner i vår region er små og vil få synkende innbyggertall. Dette vil ofte bety lavere andel i arbeidsfør alder og reduserte offentlige inntekter.

De nyopprettede sentrene er ment å være kommunens kompetansetilbyder på dette området og kan tilby tjenester på blant annet:

- Gi råd og vildning i forbindelse med framtidig tilrettelegging av omsorgstilbud.
- Innhente nøkkeldata for framtidig planlegging
- Skrive søknader – søke midler
- Sammenligne omsorgsdata fra andre kommuner
- Trivselsundersøkelser og tiltak for å redusere sykefravær
- Innhente og formidle aktuell kunnskap

I Stortingsmelding nr 7. (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, er innovasjon i helse- og omsorgssektoren et sentralt område. Dette understøttes også Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr.47(2009, hvor det legges vekt på å styrke innovasjonsevnen i helse- og omsorgssektoren). I meldingen pekes det på at større innovasjonsevne i helse- og omsorgssektoren vil gi økt verdiskapning gjennom bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. Og den legger opp til ønske om godt samspill mellom omsorgssektoren og universitets og høyskolesektorene. I statsbudsjettet for 2009 fikk kommunene ca 8 mill til forskning i allmenntilmedisin, mens spesialisthelsetjenesten fikk 445 mill. Denne skjevfordelingen ønsker regjeringen å gjøre noe med.

Vi gjennomførte et møte med daglig leder for Senter for omsorgsforskning i Midt-Norge, Asbjørn Okstad, den 25.06.09. Det ble gitt gjensidig informasjon om DMS Inn-Trøndelag, samt sett på hvilke områder vi kan samarbeide om. Okstad utfordret samarbeidet til å melde seg som forskningskommuner og få et tettere samarbeid med Omsorgsforskningscenteret.

Medlemmene i kommunehelsegruppa anbefaler enstemmig at vi ønsker mer informasjon om omsorgsforskning før vi melder oss som forskningskommuner. Det ønskes samarbeid om praktisk forskning, søknadsskriving, evaluering av likheter/ulikheter kommunene imellom og evaluering av DMS Inn-Trøndelag, innhenting og spredning av nyttig informasjon/forskningskunnskap kontakt med forskermiljøer.

7. Evaluering av DMS Inn-Trøndelag

Delprosjekt kommunehelse ble i styringsgruppemøte den 02.06, bedt om å utrede hvilke datagrunnlag som kan gi prosjektet gode måleindikatorer ved senere evaluering.

Hensikt:

Innhente konkrete størrelse som viser hvor vi stod ved oppstart av prosjektet og hvilke mål vi jobber mot, og til hvilke tidspunkt vi oppnår dem i prosessen. En senere evalueringsprosess vil trenge disse tallstørrelsene for å kunne utføre god evaluering på logistikk, økonomi, kvalitet, kvantitet, brukertilfredshet. I forprosjektrapporten er viktigheten av evaluering beskrevet. Prosjektet fikk imidlertid bare tildelt 2 av de 3,9 mill det ble søkt om fra Helsedepartementet. Dermed måtte posten evaluering strykes. Det er beklagelig, da evalueringserfaringer fra prosjektet er meget viktig.

Saksvurderinger:

Delprosjekt kommunehelse drøftet saken om evaluering i møte den 09.06.09. Det finnes lite tallmateriale fra evaluering av andre DMS. SINTEF har en rapport om Hennie Onstad senteret, men vi mangler evaluering fra DMS Stjørdal. Hvilke økonomiske besparelser DMS satsingen kan gi for helseforetaket og kommunene, og ikke minst samfunnet, finnes det lite forskning rundt.

Derfor ser Kommunehelsegruppa det som viktig at vi allerede nå ved oppstart av DMS Inn-Trøndelag legger til rette for å samle inn data som kan gi hver kommune og Helseforetaket tilbakemeldinger på hvor stod vi, hva oppnådde vi av ulike nyttige goder i de ulike kommuner, og er satsingen etter forventningene?

Det er behov for å evaluere om det blir endring i behov for hjemmesykepleie, korttidsplass og langtidsplass i hver kommune, samt å se forskjellene mellom kommunene. Dette kan vi få gode svar på gjennom KOSTRA og IPLOS og ved en sammenstilling av dataene. Tallene kan også gi en indikasjon på om kommunene har økonomisk vinning ved DMS satsingen. Det er også viktig å se på hvilke konkrete effekter vi får på innleggelser og reinnleggelser på sykehusene. Hvilke effekter har dette på kvaliteten på pasientbehandlingen? Blir de eldre og kronikere å oppleve de nye tilbudene som "sømløse helsetjenester"?

Kompetanse og kompetansestyrking er et av satsingsområdene. For å møte morgendagens utfordringer med "eldrebølgen" og færre arbeidstakere i yrkesaktiv alder, så er det viktig at det satses på kompetanse og attraktive arbeidsplasser for helsetjenestene i alle kommuner. Dette må registreres og evalueres. Oppnås en slik effekt ved denne satsingen?

Og forebyggendeeffekten ønskes målt så godt det lar seg gjøre. Effekten av forebygging kommer ofte 10 år etter. Her må vi se på trender, og koble våre tall med HUNT datatall. Det er mulig vi kan få til et samarbeid med senter for omsorgsforskning, hvor første samarbeid kan gå på evaluering og utarbeidelse av loggføringssystem.

Vedtak i kommunehelsegruppa:

Gruppa konkluderer med at vi må ta vare på 19 ulike tallstørrelser fra hver kommune som skal loggføres ved oppstart og for hvert år deretter. Dataene skal benyttes til intern evaluering.

Vedtak i styringsgruppa 15.06.09:

- 1. Styringsgruppa tar fremlagt oppsett for data til evaluering til etterretning.**
- 2. De foreslåtte dataene velges som datamateriale som skal loggføres ved oppstart og hvert år deretter.**
- 3. Dataene skal benyttes aktivt til intern evaluering.**

DMS Inn-Trøndelag



SLUTTRAPPORT

INFRASTRUKTUR

for

DMS INN-TRØNDELAG

INNHOLD

Beskrivelse prosjekt	side 3
Lokaler	side 4
Finansiering	side 8
IKT	side 9
Omrokking sykehjemsplasser	side 10

Delprosjektet Infrastruktur

Dette har vært et delprosjekt for å utarbeide forslag til lokaler, IKT løsninger og omrokking av sykehjemsplasser i Steinkjer kommune.

Oppdraget er spesifisert i forprosjektet og har vært følgende:

Lokaler:

- Utarbeide forslag lokaler DMS
- Kostnadsoverslag
 - Alternativ 1: Steinkjer sykehjem tilbygg
 - Alternativ 2: Egge helsetun ombygging/ledig areal
- Estimere kostnader
- Utrede finansieringsmuligheter
- Drøfte forslag til tiltak med ulike grupperinger og prosjektansvarlige.

IKT:

- Utarbeide nødvendige IKT løsninger for å ivareta kommunale behov samt HNT sine behov.
- Etablere videokonferanseløsning DMS
- Drøfte forslag til tiltak med ulike grupperinger og prosjektansvarlige.
- Estimere kostnader
- Utrede gjennomføring

Omrokking sykehjemsplasser i Steinkjer kommune

- Drøfte forslag til:
 - Hvilke sykehjemsplasser bør være i sammenheng med DMS
 - Hvilke må flyttes til andre sykehjem
- Estimere kostnader
- Drøfte forslag til tiltak med ulike grupperinger og prosjektansvarlige.
- Utrede gjennomføring

For hvert enkelt delprosjekt har det vært opprettet egne arbeidsgrupper som i tillegg til delprosjektleder har vært:

Lokaler: Ketil Lysheim (Steinkjer kommune) og Jørund Eidsaunet (HNT)

IKT: Viggo Bildal (Steinkjer kommune) og Helge Gundersen (HNT).

Omrokking sykehjemsplasser: Marit Strugstad (Steinkjer kommune) og Astrid Hynne Grut (Steinkjer kommune)

LOKALER

Det ble i forprosjektet påpekt at det var viktig og samle "nøkkeltjenester" for god samhandling under samme tak. Fysisk nærhet mellom tjenestene vil lette og kvalitetssikre kommunikasjonen mellom dem og gi større muligheter for å kunne yte sømløse helse - og omsorgstjenester. For å realisere disse planene, må det bygges eller omdisponeres arealer som vil være funksjonelle til dette formålet.

Steinkjer by ble påpekt som naturlig og funksjonelt riktig lokalisering av et DMS.

Anslått behov:

Arealbehov DMS 1200kvm.
Sengepost med 16 plasser
Røntgen, dialyse (9 plasser), poliklinikker og kommunale tjenester.

Silhuett arkitekter AS har vært engasjert for å tegne en grovskisse på arealløsning samt kostnadsberegne de to alternativene og lage en fremdriftsplan.

Alternativ 1: Steinkjer sykehjem

Det bygges en ny fløy i tilknytning til eksisterende bygg. Den nye fløya vil inneholde DMS og rehabiliteringsavdeling.

Nybygg/tilbygg på 2459 kvm
Totalkostnad bygningsmessige arbeider 59 millioner ink.mva.

Fordeler: Gode muligheter for senere utvidelse.
God adkomst og parkering.
Gode uteområder
Nærhet til hjemmetjenesten.

Ulemper: Utsatt oppstart av DMS pga. lengre byggeperiode. (18 mnd)
Kostnadmessig dyrere.
Lengre byggetid.
Rehabiliteringsavdeling må flyttes fra Egge til Steinkjer sykehjem for å få til en god samhandling.

Vurdering:

Ved en etablering ved Steinkjer sykehjem må fysio/rehab flyttes dit og det må da bygges lokaler til dem (treningssal, kontorer og basseng). Det er påpekt i rapporten fra forprosjektet at en samlokalisering med rehabiliteringsavdeling er viktig for et DMS. Dette er også påpekt fra fagmiljø i Helse Midt-Norge at en samlokalisering er en klar fordel. Uteområder opparbeides for ny hovedinngang ved DMS og ny parkeringsplass samt korttidsparkering.

Byggeperiode:

Man må regne med 6 måneder med prosjektering og anbud. Realistisk byggeperiode er 18 måneder som gir en ferdigstilling i oktober 2011.

Alternativ 2: Egge helsetun

Rehabilitering av lokaler samt utnyttelse av ledig areal i u.etg.
Tilbygg på Steinkjer sykehjem for å erstatte sykehjemsplasser(10 stk)

Totalkost ombygging Egge helsetun	8 millioner ink.mva.
Tilbygg 10 plasser Steinkjer Sykehjem	12 millioner ink.mva
	20 millioner ink.mva

Kostnader er byggekostnader eksklusiv inventar.
I tillegg kommer 9 millioner som erstatning for 6 tapte sykehjemsplasser i Steinkjer kommune.

Fordeler:

Vakkert uteområde med sansehage
Lavere kostnad for å opprette DMS.
Får utnyttet ledig areal.
Nærhet til rehab avdeling
Treningssal
Basseng
Samle korttidspasienter

Ulemper:

Lite parkeringsplasser, men muligheter for utvidelse.
Må rokkere sykehjemsplasser.
Begrensede muligheter for utvidelse.

Vurdering:

Andre leietakere Egge sanitetsforening disponerer nå rom i underetasjen og står for drift av bassenget i dag. Det ble tidlig etablert en dialog med Saniteten. De er fleksible og åpne for å måtte gi plass for et DMS, men vi har lovet dem fortsatt plass på Egge. Det er viktig og spille på lag med sanitet da de driver bassenget og leier rimelig ut til Steinkjer kommune.

Helsestasjon og sanitet flyttes til underetasjen. Rehab.avd.
Treningsleiligheter erstattes i sengepost med en treningsleilighet samt bruk av 2-mannsrom.
Rom/verksted for tekniske hjelpemidler i underetasjen(DMS) flyttes til kjeller i Gluggen hvor teknisk rom avdeles og pusses opp.

Parkering Parkeringsområdet må utvides/reguleres. Det er mulighet for å opparbeide parkeringsplass mellom Egge ungdomskole og helsetun. Ved å få flyttet sanitet samt helsestasjonen i kjeller på rehab.avd blir det frigjort parkeringsplasser på framsiden, da det er 12 p-plasser på baksiden hvor sanitet og helsestasjon blir lokalisert.

Byggeperiode: Det beregnes en byggeperiode på 6 måneder for poliklinikk med ferdigstillelse i juni 2010, sengepost vil kunne stå ferdig årsskiftet 2010/2011.

Sengeposter ved Egge helsetun ble renovert sommeren 2009.

Fremtidig utvidelse: Ved Egge helsetun er det begrensede utvidelsesmuligheter. Skal DMS bygges ytterligere ut med sengeplasser eller annen aktivitet utover de poliklinikker og funksjoner som er planlagt de neste 3 år, må Steinkjer kommune frigjøre areal med å flytte sengeplasser.

Alternativ 3: Private aktører:

Prosjektleder og delprosjektleder har vært presentasjon og omvisning ved Steinkjer medisinske senter og Høvdinggården legesenter i Steinkjer.

Steinkjer medisinske senter har kommet med ett forslag til lokalisering i deres lokaler i sentrum. De har en sentral beliggenhet, men lite uteareal som for øvrig er industripreget. De har kommet med et forslag til løsning på lokaler og kan ha lokaler til poliklinikk ferdig innen 4 måneder fra en beslutning tas og sengepost ferdig innen ett år. De krever en husleie på 2300 kr pr m². Tilpassing av tekniske installasjoner kommer i tillegg.

Høvdinggården har ikke kommet med noe konkret forslag til løsning på et DMS, men ga mer uttrykk for at de ønsket et tettere samarbeid på enkeltfunksjoner mellom kommuner og HNT.

Skal DMS lokaliseres utenom kommunal bygningsmasse må det lyses ut en anbudskonkurranse i henhold til lov om offentlig anskaffelser. En slik prosess vil ta 3-4 måneder.

En privat aktør vil også komplisere eierforhold mellom tekniske installasjoner som ett DMS vil kreve. Dette er installasjoner som er kostbare å flytte i ettertid hvis et leieforhold opphører.

Anbefaling:

Det anbefales at DMS Inn-Trøndelag lokaliseres til Egge helsetun. Dette med bakgrunn i kostnader og byggetid. Egge helsetun er et godt egnet lokale for DMS og vil kunne gi gode løsninger. Det påpekes også at ett DMS i interkommunal regi bør lokaliseres i lokaler som er i kommunalt eie for å skape fremtidig forutsigbarhet.

Flere faglige grupper fra andre delprosjekter har vært på omvisning ved begge de kommunale alternativene.

Egge helsetun har mange positive tilbakemeldinger som lokale for DMS og er anbefalt som lokasjon for DMS i delprosjektet "SAMHANDLING SPESIALISTHELSETJENESTEN/KOMMUNENE".

Lokalisering var fremlagt som sak i styringsgruppen 04.05.09. Egge helsetun ble vedtatt som lokasjon for DMS.

FINANSIERING:

Et DMS må bygges og eies av Steinkjer kommune.

Ved en etablering ved Egge helsetun må Steinkjer kommune få kompensasjon for de 16 sengeplassene som blir DMS. Total kostnad for å bygge 16 nye plasser, samt ombygging til DMS, er kostnadsberegnet til 29 millioner. Dette vil gi en husleie på 2500 kr pr m². Dette er inklusive FDV kostnader.

En etablering ved Steinkjer sykehjem er kostnadsberegnet til 59 millioner.

Dette vil gi en husleie på 4300 kr pr m² inklusive FDV kostnader.

FDV-kostnadene er hentet i fra HoltheProsjekt sin FDV-nøkkel. Av husleien på 2500kr. pr.m² utgjør FDV 750kr. pr.m².

FDV er Forvaltning (avgifter, forsikring og administrasjon). Drift (løpende drift, renhold og energi) og Vedlikehold (vedlikehold av bygningsmassen).

Husleien må justeres årlig i forhold til konsumprisindeks.

En finansiering vil skje via tilskudd fra stat og med delvis eller fullstendig lånefinansiering over kapitalbudsjett. Hvis man får tilskudd til å bygge lokaler kan husleien justeres ned.

DMS er et prosjekt over 5 år. Skulle det skje at DMS ikke videreføres vil lokalene kunne overtas av avd. Bistand og omsorg og avd. Helse og rehabilitering.

Kostnader gjelder kun bygg og ikke inventar/utstyr.

IKT

Gruppen har sett på de utfordringer som er med samkjøring mellom HNT og kommunene. Det etableres ett felles datarom, men egne nett for kommune og HNT. Videokonferanseløsning etableres på to møterom i 1.etg samt på dialyse.

Konklusjon: Prosjektet IKT er ikke avhengig av hvilken lokasjon som blir valgt. Dette delprosjektet starter igjen når lokalitet er valgt. Løsninger som helsenett, telefoni o.l. er tilgjengelig uavhengig av hvilket kommunalt alternativ som velges.

Det er enighet om at kun dagens programvare skal brukes. Det forberedes for trådløst nettverk.

Kostnader for IKT-utstyr til sengepost og poliklinikk er med i budsjettforslag fra de andre delprosjektlederne.

OMROKKERING AV SYKEHJEMSPLASSER I STEINKJER KOMMUNE

Arbeidsgruppen har sett på hvilke plasser som må flyttes innad i Steinkjer kommune for å gi plass til ett DMS.

Gruppen har konkludert med at ved en etablering av DMS må dette samlokaliseres med kommunens rehabiliteringsavdeling. Dette vil gi ett bedre fagmiljø, utnytte hverandres ressurser og kompetanse samt gi pasienter en smidigere overgang fra DMS til rehabiliteringsavdeling når det er riktig pasientforløp.

Det ønskes også å få samlet kortidsplasser og langtidsplasser på hver sin lokasjon.

Alternativ 1: Steinkjer Sykehjem

Ny fløy bygges ved Steinkjer sykehjem. Langtidsplasser flyttes fra Steinkjer sykehjem og til Egge helsetun, mens rehabiliteringsplasser flyttes motsatt.

Omrokking kan skje umiddelbart når nytt bygg står ferdig. Treningssal og rehab. del ved EH kan da ombygges i henhold til tidligere planer som omsorgsboliger med tanke på etterbruk.

Alternativ 2: Egge Helsetun

Det er store fordeler med en etablering ved Egge helsetun, da man rendyrker Egge helsetun som en kortidsavdeling i samlokalisering med DMS.

Langtidsplasser ved Egge helsetun flyttes ned til SS (Steinkjer sykehjem). Avd. Jakob ved SS flyttes opp til Egge helsetun.

Rehab.avd reduserer med 2 plasser for å avgi areal til DMS. Rehab.avd ser gevinst i etablering i ett DMS og mener det vil være med å avlaste på rehabiliteringsplasser.

Steinkjer sykehjem bygges i 2009 ut med 10 plasser, 6 av disse plassene vil være med og kompensere for de 16 som forsvinner på Egge helsetun. Det må bygges til ytterligere 10 plasser ved Steinkjer sykehjem. En etablering av intermedieærpost kan utføres først når disse plassene står ferdige ved Steinkjer sykehjem rundt årsskiftet 2010/2011.

OMROKKERING AV SYKEHJEMSPLASSER I STEINKJER KOMMUNE (Sak Steinkjer kommune)

Arbeidsgruppen har sett på hvilke plasser som må flyttes innad i Steinkjer kommune for å gi plass til et DMS.

Gruppen har konkludert med at ved en etablering av DMS må dette samlokaliseres med kommunens rehabiliteringsavdeling. Dette vil gi et bedre fagmiljø, utnytte hverandres ressurser og kompetanse samt gi pasienter en smidigere overgang fra DMS til rehabiliteringsavdeling når det er riktig pasientforløp.

Det ønskes også å få samlet kortidsplasser og langtidsplasser på hver sin lokasjon.

Alternativ 1: Steinkjer Sykehjem

Ny fløy bygges ved Steinkjer sykehjem. Langtidsplasser flyttes fra Steinkjer sykehjem og til Egge helsetun, mens rehabiliteringsplasser flyttes motsatt.

Omrokking kan skje umiddelbart når nytt bygg står ferdig.

Treningssal og rehab. del ved EH kan da ombygges i henhold til tidligere planer som omsorgsboliger med tanke på etterbruk.

Alternativ 2: Egge Helsetun

Store fordeler med en etablering ved Egge helsetun, da man rendyrker Egge helsetun som en kortidsavdeling i samlokalisering med DMS.

Langtidsplasser ved Egge helsetun flyttes ned til SS (Steinkjer sykehjem). Avd. Jakob ved SS flyttes opp til Egge helsetun.

Rehab.avd reduserer med 2 plasser for å avgi areal til DMS. Rehab.avd ser gevinst i etablering i ett DMS og mener det vil være med å avlaste på rehabiliteringsplasser.

Steinkjer sykehjem bygges i 2009 ut med 10 plasser, 6 av disse plassene vil være med og kompensere for de 16 som forsvinner på Egge helsetun. Det må bygges til ytterligere 10 plasser ved Steinkjer sykehjem. En etablering av intermediepost kan utføres først når disse plassene står ferdige ved Steinkjer sykehjem rundt årsskiftet 2010/2011.

Påbygging av en fløy (2 avdelinger) vil gi en optimalisering av driften ved Steinkjer sykehjem og en økonomisk gevinst. Effektiviseringen ligger i bemanning i forhold til antall pasienter.

Fordelingsmodell akutt plasser - årlige driftskostnader

Total 2 221 700	4 350 000						
	Innbyggere		Etter folketall	30-70	40-60	50-50	60-40
Steinkjer	20 868	0,64	2778738	2206116	2015243	1824369	1633495
Inderøy	5 864	0,18	780838	807586	816503	825419	834335
Verran	2 924	0,09	389353	533547	581612	629677	677741
Snåsa	2 176	0,07	289751	463826	521851	579876	637901
Mosvik	836	0,03	111320	338924	414792	490660	566528
	32 668	1,00	4350000	4350000	4350000	4350000	4350000

Prosent						5 delt fastbeløp
0,3	1305000	0,7	3045000	4350000		261000
0,4	1740000	0,6	2610000	4350000		348000
0,5	2175000	0,5	2175000	4350000		435000
0,6	2610000	0,4	1740000	4350000		522000
0,7	3045000	0,3	1305000	4350000		609000
						2175000

Byggekostander til erstatning av 4 kommunale kortidsplasser er regnet ut til 4,2 mill. Låneopptak gir Årlig avskrivningskostnader over 50 år er 85 000. Inventar og utstyr til 4 plasser kommer i tillegg, ca 650 000

Hvilke kommunehelsetjenester ønsker kommunene i tilknytning til DMS

Legevakt	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer	x					12,2				?
Inderøy	x									
Verran			x					x		
Snåsa										
Mosvik	x									
Verran, Snåsa kjøper tjeneste fra Steinkjer, stasjonert på Steinkjer. Snåsa følger Steinkjers valg. Verran vil ha samlokalisert legevakt med DMS. Inderøy har IKS med levanger, Verdal og Frosta, stasjoner på Sykehuset Levanger										
Jordmorttjenesten	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag				
Steinkjer			X, 1 dag pr uke*	x	x	1	10-15 kvm	x		
Inderøy				x	x	0,2	0	x		
Verran				x	x	0,2				
Snåsa					x	0,5				
Mosvik					x	0,1				
*Ønsker samlokalisering med gynekolog 1 dag pr. uke. Da kan risikogravide som bør konsultere gynekolog settes opp. Ellers er det gunstig at jordmorttjenesten er på Rådhuset hvor de andre samarbeidspartnerne er. Jordmor skal være knyttet til de andre kommunale tjenestene og delta i tverrfaglig arbeid rundt risikogravide. Snåsa: Tjenesten ønskes lett tilgjengelig lokalt i kommunen. Viktig å sørge for fortsatt ledsagertjeneste. Kjøper ikke tjenesten fra Helseforetaket Verran og Mosvik: Kjøper i dag tjenesten fra HNT. Tjenesten gis lokalt i kommunen. Skal alle kommunene gå sammen om en dag pr uke der risikogravide fra alle de 5 kommunene kan settes opp?										
Fysioterapitjenesten	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag				
Steinkjer			x		x	4,45		x		
Inderøy					x	3,4	0	x		

Verran					x	1,0				
Snåsa					x	0,8	0			
Mosvik					x	0,9				
Fysio/ergoterapitjenesten for barn og unge er nyetablert i Rådhuset, og uaktuelt å flytte nå. Men ser at et samarbeid med HABtjenesten og en rehabiliteringsavdeling kan være ønskelig. Inderøy: Ikke inkludert privat fysioterapi i ant årsverk. Snåsa: Mye veiledning og oppfølging av funksjonshemmede barn og eldre hjemmeboende på sykehjemmet. Mye tverrfaglig samarbeid. Derfor må være stasjonert lokalt. Privat psykomotorisk fysioterapeut ønsker 12-15 kvm. Fagnettverket samles 2-4 ganger pr år.										
Ergoterapitjenesten	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer			x		x	3,0		x		
Inderøy						0				
Verran					x	0,5				
Snåsa						0,6	0			
Mosvik					x	0,1				
Inderøy og Mosvik: Kan være interessant å samarbeide om en ergoterapiressurs. Snåsa: Mye veiledning/oppfølging av funksjonshemmede barn og eldre hjemmeboende på sykehjem, mye tverrfaglig samarbeid 1 årsverk tjen barn/unge funksjonsh. Lokal avlastningsbolig har kapasitet til å motta barn fra andre kommuner. Mulighet for samarbeid med andre kommuner om å tilrettelegge fritidstilbud for funksjonshemmede barn. Ergoterapinettverket samles også 2-4 ganger pr år. Kanskje sammen med fysioterapeutene.										
Kreftomsorg/kreftspl	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk Pr i dag				
Steinkjer			X		X x	0,5	20 kvm	x		X(BO)
Inderøy		x		x	x	0,2	Må samordnes	x		
Verran					x	0,2			x	
Snåsa					x			x		
Mosvik				x	x				x	
Snåsa: Har 1 kreftspl utdannet. Er en del av hjemmetjenesten + av de andre Ikke egen stillingsandel. Verran: Tjenesten inngår i fagteam, men har lokal tilhørighet. Steinkjer BO har ingen hjemmel for kreftsykepleier i hjemmetjenesten Fagnettverket ønskes sa mlet 4-6 ganger pr år.										

Forebyggende helse, rådgiving, mestring og kosthold	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men tjenesten lokalt	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer			x		X(BO)	0		X(HERE)		X(BO)
Inderøy					?					
Verran					x	0,5				x
Snåsa				x		0				
Mosvik				x	x					
Må kunne utnytte den kompetanse som rehabiliteringstjenesten allerede har med sine lærings/mestringstiltak. Barn og unge har dette i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Ønskelig med slik tjeneste for voksne. Må avklares nærmere hva som legges i dette. Inderøy har helsesøstertjenesten primæransvaret. Dette er forløperen til de nye lærings og mestringssentrene som skal komme til kommunene med Helsereformen. Helselederne stiller seg bak felles pilotsøknad til Fylkesmannen. Hovedfokus Folkehelse og læring/mestring. Viktig område som Mosvik ser vil bli aktuelt å tilpasse etter de vet mer om helsereformen. Mosvik har kommunelege felles med Leksvik. Han ivretar folkehelseperspektivet(samf.med.kompetanse)										
Smittevern	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer					X(BO)	0,2		x	x	
Inderøy		x	x		x	0,2	Må samordnes videre	x		
Verran				x		0,1	Ca 25 kvm		x	
Snåsa				x	x			x		
Mosvik										
INVEST har undertiden tatt politisk avgjørelse på å utlyse felles 100 % kommunelege 1 stilling.										
Miljørettet helsevern	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer			x		x	0,8		x		
Inderøy		x	x		x	0,2		x		
Verran			x			0,1			x	
Snåsa			x			0,2				
Mosvik				x	x					

Inderøy kjøper miljørettet helsevern fra IHM. Avtalen har oppsigelsestid. Snåsa kjøper tjenester fra PreBio, avtalen går ut i løpet av 2009. Verran: Mulighet for å øke status og fokus i et større miljø, sjekker når dagens avtale går ut.										
Tilsynslegefunksjonen	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling men lokal tjeneste	Fagteam	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer				X(BO)	X(HERE)			X(HERE)	X(BO)	
Inderøy		x		x	x	0,4	Må samordnes	x		
Verran					x	0,2		x		
Snåsa	x					0,1				
Mosvik	x				X?	0,1				
Verran, Inderøy: Denne tjenesten må ha lokal forankring fordi de fleste og mest syke pasientene i kommunehelsetjenesten fortsatt befinner seg i sykehjem										
Kommunal psykiatriomsorg	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling men lokal tjeneste	Fag nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer	x		x		x	NAV		x		
Inderøy				x	x	4,75	Kun for møter	x		
Verran	x					4,5				
Snåsa	x					2,8	0			
Mosvik					x	1,0				
NB Barne og ungdomspsykiatrien. Her må vi få felles interkommunale hjemler for psykologer.: Gjerne felles rådgivings, opplærings, veiledningsinstans, men tjenestene lokalt. Samarbeid mellom de psykososiale støtteteamene ved kriser										
Rusomsorg	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag				
Steinkjer					X(HERE)				x	
Inderøy				x	x		Kun for møter	x		
Verran	x									

Snåsa					x					
Mosvik	x									
Snåsa: Gjerne samarbeid ved spesielle utfordringer LAR, tvangsinnleggelser. Ha en instans som har kompetanse og kan hjelpe/rådgi kommunene.										
Ressurssenter for eldre	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling men lokal tjeneste	Fag-nettverk	Årsverk pr i dag	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer			x		X(BO)	0 årsv(BO)	0	X(HERE)		X(BO)
Inderøy					x		0			
Verran			x				20 kvm		x	x
Snåsa					x	0	0			
Mosvik										
Lavterskelstilbud som helsestasjon for eldre kan utvikles i et interkommunalt samarbeid. Uavhengig av modell må det være nærhet i tjenesten. Det kan opprettes et samarbeidsorgan for fagutvikling og som vurderer muligheter for å benytte kompetansen ut over kommunegrensene. Felles kompetanseutvikling, fagoppdateringer. Verran: Ønsker mestringssenter for personer med kroniske lidelser, eks KOLS ,muskel og skjelettlidelser og psykiske problemer. Mosvik: Må tilpasses helsereformen, men klart et behov og et område for samhandling.										
Tildelingskontor/ inntaksteam	Uaktuelt	Felles eierskap	Samlokalisert	Samhandling, men lokal tjeneste	Fag nettverk	Årsverk	Stipulert arealbehov	Fra oppstart	Om 1 år	Om 2 år
Steinkjer			X(HERE)			6 årsv (BO)		x		
Inderøy					x	Ingen	Ingen			x
Verran			x				20 kvm	x		
Snåsa	x									
Mosvik										
Dette inntaksteamet må være tverrfaglig sammensatt, og må være i nærheten av tjenestene i DMS-et. Det kan være aktuelt å samarbeide på området, men et tildelingskontor ut over kommunegrensene kan bli svært utfordrende. Dette må vurderes nærmere i prosessen. Inderøy har ikke drøftet dette spørsmålet. Snåsa: Viktig at inntaksteamet er lokalt. Beste beslutning for pasienten lokalt. Dette lokale inntaksteamet blir viktig samarbeidspart for inntaksteam for DMS/akuttplass.										

Andre viktige områder for samarbeid:

Kriseberedskap i helse og sosial, interessante jobber for fremtiden, feles opplæring for nytilsettinger, kompetanseutvikling, kvalitet. Diabetessykepleier, folkehelsekoordinator. Veiledning og kvalitetssikring på alle ledd. Viktig å få samlokalisert tjenester som kommunen ikke har så god tilgang på i dag -

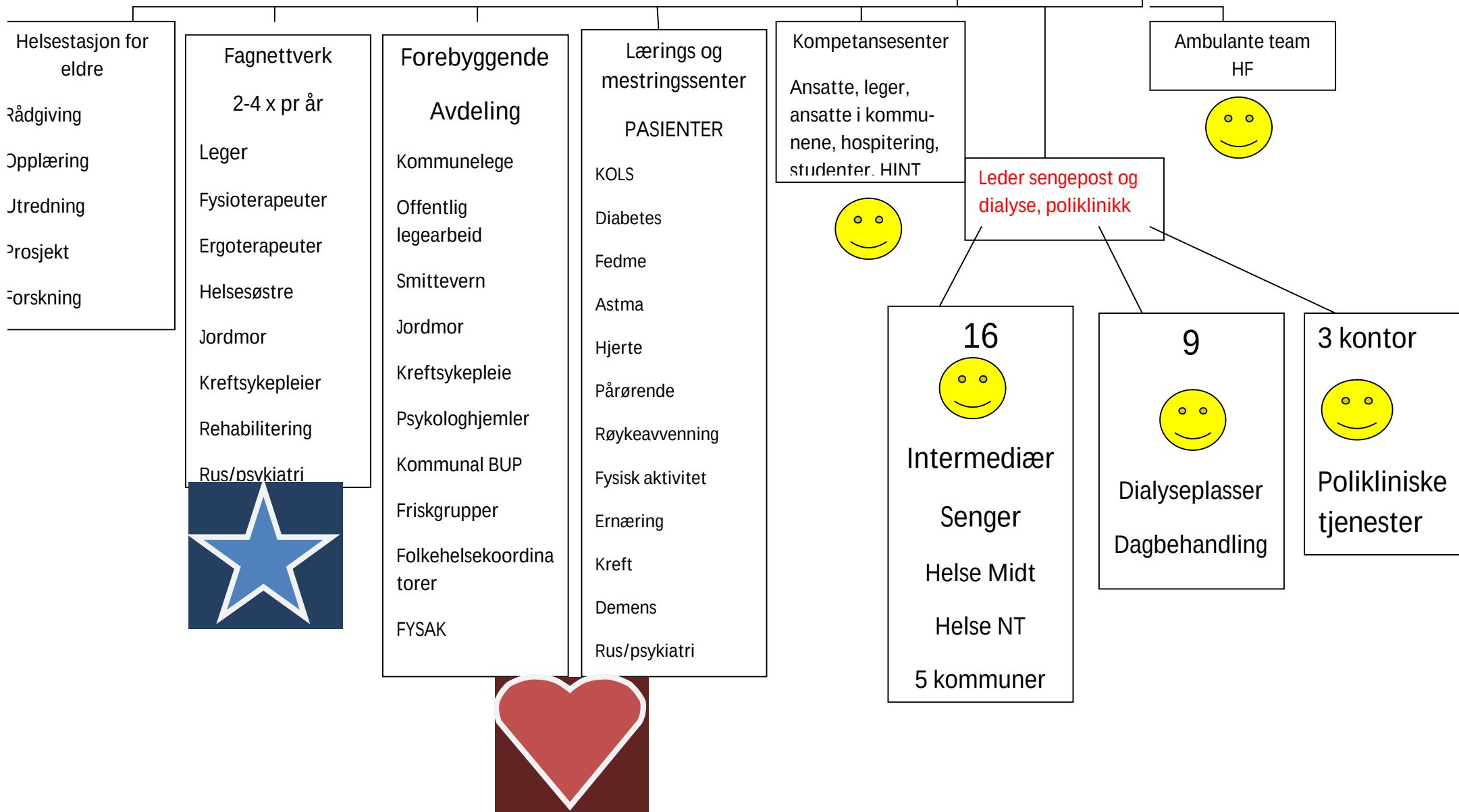
PRIORITERING AV DE 6 VIKTIGSTE

Tjenester	Steinkjer	Inderøy	Verran	Snåsa	Mosvik	Kommentarer
Fysioterapi	X(HERE)	6				HERE = avdeling for helse og rehabilitering BO =avdeling bistand og omsorg
Ergoterapi	X(HERE)					
Jordmor	X(BO) X(HERE)	3				
Rehabilitering	X(BO) X(HERE)		1			Rehabilitering for personer som i tillegg er avhengig av omfattende. Trenger tilbud om systematisk rehab.prosess
Legevakt			2	1		Legevakt må videreføres med Steinkjer som i dag
Laboratorium	X(BO)			??		
Kreftsykepleie	X(BO) X(HERE)	2		5		
Forebyggende helse, rådgiving, mestring, kosthold	X(BO)		5	4		
Smittevern			6	3		
Miljørettet helsevern		1	3	2		
Rusomsorgen		4				
Psykiatri		5				
Tildelingskontor/inntaksteam	X(HERE)		4			
Ressurskrevende tjenester – sjeldne diagnoser		7				
Inntaksteam: For disse tjenestene er det nødvendig med tett samhandling for å lykkes.Andre: Samfunnsmedisin og miljørettet helsevern må være satsingsområder for å gjøre mennesker i stand til å ta vare på egen helse og egne ressurser lengst mulig. Dette betinger kunnskap, bevissthet og systematisk jobbing. Et samarbeid mellom flere kommuner må ha en møteplass for å vurdere og tilrettelegge overgang mellom DMs og kommunetiltakene.						

DMS INN-TRØNDELAG

LEDER DMS

28.05.09 Laila Steinmo



2012

2011-2012

2010

Tjenester som kan samorganiseres med DMS – Kommunegruppas anbefalinger

Tjenester	Arealbehov	Forutsetninger	Ved oppstart 2010?	2011	2012 Ved innføring av helsereformen
Kompetansesenter for ansatte ved DMS og ansatte i alle kommuner	Fordelt på to rom som kan slås sammen ved behov. 50 kvm? Opptil 40 ansatte om gangen.	Veiledere fra HF kommer ut og tar opplæring desentralisert Opplæring av leger til spesialisering Opplæring ansatte i ulike kroniske sykdommer, geriatri, psykiatri. Opplæring ansatte på DMS Opplæring i ulike fagnettverk Opplæring ute i kommunene Kan bruke videokonferanse der det er formålstjenelig i opplæring Hospitering fra kommunene på DMS	Opplæring ansatte DMS, leger Hospitering fra kommunene Årsoversikt/møteplan	Planlegging Videokonferanse ute i småkommunene. Kvalitetsmal. Etablering av interkommunale fagnettverk. Nettverkene organiserer møtene selv	Innføring av interkommunalt kompetansesenter for fagpersonell
Lærings og mestringssenter for pasienter	Må ha plass til ca 8 rullestoler/rulotorer samtidig. Kan bruke samme rom som ovenfor	Tilrettelagt for funksjonshemmede Desentralisert pasientopplæring. Helse NT trekker sine lærings og mestringssenter ut til DMS. Kompetanseoverføring til kommunene Forutsetter midler fra helsereformen Prosjektmidler søkes Kan også bruke videokonferanse og telemedisin der det er foremålstjenelig. Hospitering fra kommunene	HF sitt lærings og mestringssenter tar ansvar for opplæringen Ambulante team fra HF Kommunehelse og leger kan ta med pasienter med vanskelige diagnoser og få utredning sammen med spesialisthelsetjenesten	Flere nettverk Tett samhandling mellom HF sine lærings og mestringssenter. Planlegging av det interkommunale Lærings og mestringssenteret	Innføring av interkommunalt lærings og mestringssenter for pasienter
Forebyggende helse, rådgiving, mestring og kosthold	Kan bruke samme lokaler som ovenfor	Desentralisert opplæring fra spesialisthelsetjenesten Eget pilotprosjekt Forutsetter midler fra	Prosjekter innen folkehelse "Friskhus" Folkehelsekoordinator ,	Fokus på KOLS, ernæring, fysisk aktivitet, tobakkavvenning	Interkommunalt samarbeid om folkehelse

		fylkeskommunen/helsereformen Samhandle om prosjekt med fylkesmannen, HUNT, HINT, fylkeslegen og kommunene Lokale tjenester	og FYSAK forum? Samfunnsmedisinsk kompetanse ?		
Ressurssenter for eldre/Helsestasjon for eldre	15 kvm til legekantor Samlokalisert med helsestasjon for barn, eller eget kontor ved poliklinikken.	Kompetanseoverføring fra HF Geriatrikompetanse Lavterskel Forutsetter interkommunale midler eller midler fra helsereformen Tilbud og tjenesten i alle kommuner	Prøve ut modellen og samarbeid med HF, spesielle grupper gis informasjon/opplysning For eksempel KOLS, diabetes, ernæring Geriater /Ambulante team fra HF	Planleggingsår Samhandling med brukerorganisasjoner	Interkommunalt senter etableres?
Jordmortjenesten	15 kvm kontorplass	4 kommuner kjøper jordmor fra Helse NT pr i dag. Avtaler må revideres. Forutsetter lokal tilstedeværelse i den enkelte kommune. Det Tverrfaglige samarbeid i kommunen meget viktig for arbeidet med de gravide		Samorganisert Samlokalisert 1 dag pr uke, risikogravide. Samhandle med gynekolog fra Helse N-T. Fagnettverk 2-4 ganger pr år.	Felles ledelse Sterkere satsing på gravide – et forebyggende tiltak i reformen?
Kommuneoverlege Smittevern	12 kvm kontorplass	Søkere til nyopprettet kommunelegestilling i INVEST Vedtak i kommunestyre med delegasjonsmyndighet ang myndighetsutøvelse	Samorganisert fra oppstart 1 årsverk Fagteamarbeid med alle 5 kommuner		
Miljørettet helsevern		Inngåtte avtaler i de ulike kommuner må sies opp – oppsigelsestid. Kjøp av tjenester av yrkeshygieniker	Samorganisert fra oppstart. Kjøp av tjenester felles. 1 årsverk		
Kommunal BUP	Lokalisering sentralt, nær ungdommene	Desentralisert modell av BUP. Spesialisthelsetjenesten dreier tjenesten mot forebygging og samhandler med kommunene og legene		Samorganisert fra 2011	Interkommunal BUP fra 2012

Voksenpsykiatrien		Samorganisert, men ikke nødvendigvis samlokalisert		Samorganisert fra 2011	Interkommunalt fra 2012
Kommunale Psykologer		Psykologhjemler Også drive forebyggende Midler fra helsereformen Tett samhandling med kommunene	Samorganisering haster	Interkommunale psykologer nær ungdommene	
Tilsynsleger		Ønsker tilsynsleger i store stillinger til sykehjem og eldresenter. Lokal tjeneste til lovendringer er innført eller interessert geriater søker. Vanskelig med søkere Forutsetter tilførte midler fra helsereformen			Organiseres under kommuneoverlege i 2012?
Kreftomsorgen		Kommunal tjeneste Annen organisering forutsetter midler fra helsereformen		Samorganiserte fagnettverk	Vurderes samorganisert etter 2012?
Ergoterapi		Kommunal tjeneste Annen organisering forutsetter midler ved helsereformen		Samorganiserte fagnettverk	Vurderes samorganisert etter 2012?
Fysioterapi		Kommunal tjeneste Fleste er private næringsdrivende Nye sentrale føringer om kommunal styring kommer 01.07.09		Samorganiserte fagnettverk	Vurderes samorganisert etter 2012?
Inntaksteam		Kommunal tjeneste		Samorganiserte fagnettverk	
Helsesøstertjenesten		Kommunal tjeneste Forutsettes styrket ved helsereformen		Samorganiserte fagnettverk	Vurderes samorganisert i 2012 ?
Kompetanseregister			Organisert under DMS		
Rusområdet				Samorganiserte fagnettverk	

Oversikt over kommunale tjenester Steinkjer ønsker samlokalisert med DMS

Tjenester	Arealbehov	Forutsetninger	2011	Ved innføring av Helsereformen
Legevakt	410 kvm	Penger fra staten ved oppstart 2 leger til på vakt kveld og helg Alle legene i 5 kommunene deler på vaktene. Lokaliteter ved Steinkjer Sykehjem En del spes behov Ny strategi for LV organisering må komme først	Ny nasjonal legevakt-strategi og organisering utredes Konsekvenser lokalt	Ikke anbefalt av faglederne i 4 av 5 kommuner, heller ikke av legene i samme kommuner.
Fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering	Som dagens ved Egge Helsetun, sengeavdeling og dagbehandling, samt basseng og rehabiliteringssal	Steinkjers kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter må være samlokalisert med DMS fra oppstart. Et av suksesskriteriene Fagnettverk med de andre kommunene Hva skjer med Indre Namdal Rehabilitering og Kastvollen sine avtaler? Vil påvirke Snåsa og Inderøy kommuner sine rehab.tilbud	X Fagnettverk 2-4 ganger pr år Tilbud om kjøp av rehabiliteringssenger fra Steinkjer til andre kommuner, ved behov. Forlag om samme tilbud på treningsleiligheten	
Kommunal korttidsavdeling i Steinkjer (avdeling Jakob)	12 plasser	Samlokalisert med DMS Ett av suksesskriteriene for Steinkjer	x	
Kreftsykepleiertjenesten	For Steinkjer, 2 døgnssenger legges til korttidsavdelingen, som er samlokalisert med DMS	Barn og unge/voksne med kreft kan komme til ei avdeling hvor det er yngre brukere. DMS må ha egen kreftsykepleier. Fagnettverk av kreftsykepleier i alle kommuner Ambulante team fra HF	Sengene X Tett samhandling palliativt team HF og kreftsykepleiertjenesten i alle kommunene	

Dato 30.04.09

INTERNT NOTAT

Kommunale akuttplasser	4 plasser 80 kvm? Helst i tilknytning til korttidsplasser ved avdeling Jakob eller rehabiliteringsavdelingen	Eksterne midler hvis de skal legges i DMS, ellers omrokking ved dagens kommunale korttidsplasser, spesielt de som er samlokalisert med DMS Alt Helse NT/Helse Midt er med og dekker mye av kostnadene til observasjonsplasser i intermediærenheten	Omrokking i kommunale plasser X Forhandlinger med Helse NT /Helse- Midt Kjøp og salg av observasjonssenger fra Steinkjer til andre kommuner bør vurderes	Årene 2010 og 2011 brukes som evalueringsår i hver kommune for å se om egen kommunal organisering blir greit.
---------------------------	---	---	--	---

ØNSKE OM AKUTTPLASSER og DMS PLASSER

Kommune	16 DMS senger	12 DMS senger og 4 akuttplasser	Kommentarer
Steinkjer	X		Kommunen kan opprette 4 akuttplasser i kommunenes sengepost, ved korttidsplasser. Ikke intermediærplasser. I et DMS er det viktig å tenke 0-100 år. Barn og ungdom trenger intermediære plasser på lik linje med eldre. Når gjennomsnittlig liggedøgn har gått ned fra 9 til 4, gjelder det hele befolkningen. Vi trenger ofte plasser til personer som ikke passer inn i tradisjonelt sykehjem, for eksempel premature som trenger O2behandling på natt, trafikkskadde barn og ungdom
Inderøy	X		Behovet for akuttinnleggelser ved et DMS er vanskelig å se som aktuelt. Inderøy har mulighet for plasser på sykeheimen lokalt. Både avlastningsplasser, ved akutt sykdom som kan takles lokalt og for pasienter som er ferdigbehandlet.
Verran		X	Innleggelse i akuttplass på DMS er vanskelig å tenke seg så lenge man ikke vet hvordan legedekningen skal være. Det er viktig for pasienten at akuttplassen på DMS sikrer observasjon og behandling på like god måte som ved innleggelse i sykehus
Snåsa	X		Snåsa lege og leder melder tilake at de går for 16 DMS plasser. Ønsker seg erfaringer med DMS og kommunens kapasitet ved ferier og høytider.
Mosvik	X		Mosvik melder 20.04 at de går for 16 DMS senger
Helseforetaket	X		Tilbakemelding fra Helseforetaket ved administrasjonen og delprosjektgruppe Samhandling mellom HF og kommunene.

Vertskommuneavtale

(avtalen)

Mellom

Inderøy kommune

Mosvik kommune

Snåsa kommune

Verran kommune

(kommunene/deltakerkommunene)

og

Steinkjer kommune

(kommune/vertskommune)

om

DMS Inn - Trøndelag

1. Bakgrunn og formål

Kommunene er etter kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 pålagt myndighet og ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunene.

For på best mulig måte å ivareta de oppgaver og myndighet som kommunene er gitt, inngås avtale om vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28 c for drift av intermediaær avdeling. Driften av den intermediaære avdelingen omtales også som DMS (Distriktsmedisinsk senter) Inn – Trøndelag.

Driften av DMS Inn – Trøndelag skjer i et samarbeid med Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt Norge (foretakene). Det inngås en separat avtale med foretakene.

Formålet med avtalen er å;

- Legge forholdene til rette for et kostnadseffektivt og nyskapende interkommunalt drevet intermediaær avdeling i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Legge forholdene til rette for et likeverdig samarbeid mellom deltakerkommunene og mellom deltakerkommunene og foretakene.
- Fastsette en fremdrift og prosess for å vurdere om det er grunnlag for å legge øvrige helsetjenester inn under samarbeidet, og slik utvide driften av DMS Inn–Trøndelag.

Formålet med å etablere DMS Inn-Trøndelag gjennom inngåelse av nærværende avtale og eventuelt senere utvidelser av samarbeidet er;

- DMS Inn-Trøndelag skal bidra til at kommunen har høy faglig kompetanse, kostnadseffektiv utførelse av lovpålagte oppgaver, en åpen og tilgjengelig tjeneste for brukerne, rask saksbehandling, habilitet og rettssikkerhet i saksbehandlingen, og et godt samarbeid med andre offentlige instanser.
- Utforme en helhetlig tiltakskjede til pasientenes beste.
- Skape en faglig god samhandlingsarena for bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig.

2 Organisering

Steinkjer kommune er vertskommunen.

Det opprettes en felles folkevalgt nemnd (nemnda) i vertskommunen. Nemnda opprettes med følgende sammensetning:

- Inderøy kommune – 3 representanter
- Verran kommune – 2 representanter
- Steinkjer kommune – 4 representanter
- Mosvik kommune – 2 representanter
- Snåsa kommune – 2 representanter

Medlemmene velges for fire år med en funksjonstid som følge av valgperioden. Nemnda velger selv leder og nestleder. Ledervervet skal gå på omgang mellom deltakerne.

Vertskommunens rådmann er sekretær for nemnda og har møte- og talerett i nemnda.

En representant fra brukergruppene har møte- og talerett i nemnda.

Lokalene som skal benyttes til intermediær avdeling er markert på vedlagt tegning (vedlegg 1). Det opprettes 16 intermediære sengeplasser. Det skal ansettes en leder for den intermediære avdelingen.

Vertskommunen organiserer selv for øvrig arbeidet ut fra de oppgaver den etter avtalen skal løse.

3. Den folkevalgte nemndas myndighet og oppgaver

Kommunene delegerer til nemnda følgende myndighet og oppgaver;

- I) Myndighet til å treffe beslutninger om innleggelse og utskrivning av pasienter fra den intermediære avdelingen og fastsette retningslinjer for dette, herunder både for innskrivning av pasienter og utskrivning av pasienter til hjemkommunene.
- II) Drift av avdelingen.

- III) Utarbeide forslag til driftsbudsjett og økonomiplan for driften av intermediær avdeling.
- IV) Fremforhandle og godkjenne finansierings- og samarbeidsavtalen med foretakene, og eventuelle senere tilleggsavtaler. Det kreves enstemmighet i nemnda for at avtaler med foretakene skal være gyldig.

Det ligger herunder til nemnda å treffe beslutninger i prinsipielle saker.

Nemnda skal godkjenne ansettelse av leder for intermediær avdeling, samt fastsette instruks for stillingen.

Nemnda delegerer myndighet og oppgaver, herunder den løpende driften av avdelingen, til vertskommunens administrasjon.

Beslutningskompetanse til å skrive ut pasienter og legge inn pasienter delegeres til vertskommunens rådmann, som skal videredelegere kompetansen til leder for den intermediære avdelingen.

4. Begrensninger i den folkevalgte nemndas myndighet

Det ligger utenfor nemndas kompetanse å beslutte å varig endre antall sengeplasser. Det ligger tilsvarende utenfor nemndas kompetanse å ta ut søksmål eller inngå forlik i forbindelse med eventuell rettsvist knyttet til myndighet eller oppgaver som ligger til nemnda.

Nemnda har ikke kompetanse til å utøve instruksrett knyttet til arbeidsgiverrollen. Det er videre vertskommunen som eier som treffer beslutninger knyttet til den alminnelige løpende forvaltning av bygningsmassen og utstyr.

5. Nærmere om innskrivning og utskrivning av pasienter

Beslutning om innskrivning og utskrivning av pasienter, samt fastsettelse av retningslinjer for dette skal skje etter samråd med foretakene. Den nærmere prosessen for å løse eventuell uenighet mellom foretakene og vertskommunen beskrives i avtalen med foretakene.

Ved utskrivning av pasienter, skal leder for den intermediære avdelingen varsle hjemkommunen og drøfte utskrivning med hjemkommunen i god tid før utskrivning. Hjemkommunen plikter å rette seg etter beslutning av vertskommunen.

Det skal ved beslutningen om innskrivning og utskrivning av pasienter ikke legges vekt på hvilke antall plasser en kommune eventuelt disponerer fra før.

Inn og utskrivning av pasienter i henhold til reglene i pasientrettighetsloven.

6. Vertskommunens ansvar

Vertskommunen skal;

- I Være arbeidsgiver for ansatte ved avdelingen, herunder ansatte personell og utøve arbeidsgiverfunksjoner også for leder av intermediær avdeling.

- II Stille til disposisjon bygg og alt utstyr, herunder eie og forvalte bygg og utstyr.
- III Stille til disposisjon nødvendige støttefunksjoner for drift av intermediær avdeling, herunder IKT - tjenester.
- IV Drifte avdelingen.
- V Utarbeide regnskap for drift av avdelingen. Regnskapet føres som eget regnskap i kommunens driftsregnskap. Et utkast til regnskapet forelegges nemnda til uttalelse.
- VI Være partsrepresentant ved inngåelse av avtaler, herunder med foretakene Helse-Nord Trøndelag og Helse-Midt Norge.
- VII Være partsrepresentant ved eventuelle rettssaker og tvister som knytter seg til oppgaver som ligger til nemnda og hvor Steinkjer kommune er rett saksøker/saksøkt.

7. Etablering av kontaktutvalg

Det etableres et kontaktutvalg hvor administrasjonen i hver kommune er representert med to representanter fra henholdsvis rådmannsnivå og helseledere i kommunen. Foretakene er representert med to deltakere hver.

Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom deltakerne. Kontaktutvalget har ikke beslutningskompetanse, men uttalelsesrett i spørsmål som berører driften av intermediær avdeling, herunder fastsettelse av budsjett.

Kontaktutvalget organiserer forøvrig selv sitt arbeid.

8. Underretning og rapportering

Vertskommunen skal underrette representanter i nemnda, samt deltakerkommunene om vedtak som treffes i vertskommunen. Vertskommunen utarbeider nærmere rutiner for slik underretning.

Vertskommunen oversender årsrapport og regnskap til deltakerkommunene.

En kopi av innkalling til møter, saksdokumenter og referater sendes til deltakerens postmottak.

9. Budsjett og kostnader

Nemnda fremmer forslag til driftsbudsjett og økonomiplan og oversender disse til kommunene innen utgangen av oktober. Nemnda skal på forhånd ha sendt et utkast til driftsbudsjett og økonomiplan til foretakene med frist for eventuell godkjenning. Budsjett og økonomiplan er gyldige når samtlige kommuner har vedtatt disse.

Budsjettet skal være basert på at vertskommunens drift av den intermediære avdelingen skal gå i økonomisk balanse, dvs. at vertskommunen skal ha dekket alle sine utgifter til driften

(med fradrag av egen andel), herunder andel av generelle kostnader til støttetjenester for kommunen som knytter seg til samarbeidet, uten at driften skal gi fortjeneste.

Budsjettet fastsettes ut fra ordinære og påregnelige driftsutgifter, og inntekter. Eventuelle utgifter eller reduksjon i inntekter i løpet av året som ikke er budsjettert, fordeles mellom deltakerkommunene gjennom neste års budsjett. Dette gjelder selv om kostnader er pådratt som følge av at vertskommunen/vertskommunens ansatte har opptrådt uaktsomt/grovt uaktsomt/forsettlig, for eksempel hvor en innbygger fremmer erstatningskrav mot vertskommunen som følge av feilbehandling, mv.

Avtalepartene er pro rata ansvarlig for å dekke de budsjetterte utgifter og eventuelle senere utgifter som vertskommunen pådras under utføring av arbeidet, herunder også kostnader for eksempel i forbindelse med rettstvister som knytter seg til driften av avdelingen.

10. Finansiering

Vertskommunens utgifter finansieres gjennom innbetaling fra deltakerkommunene, samt innbetaling fra foretakene Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge. Deltakerkommunene betaler 1/3 av kostnadene, mens Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge betaler hver 1/3 av kostnadene.

Kommunens kostnader fordeles slik at hver av kommunene betaler en fast andel på 10 % av kostnadene, mens 90 % av kostnadene fordeles mellom kommunene etter folketallet.

Vertskommunen skal avregne regnskapsresultatet (overskudd/underskudd). Eventuelle øvrig underskudd/overskudd på øvrige sider av virksomheten overføres tilsvarende til neste års budsjett.

11. Forfall

Foretakene og de enkelte kommunens andel av fastsatte utgifter forfaller til betaling henholdsvis 1. mars, 1. juli og 1. november. Vertskommunen utsteder faktura.

12. Klageinstans

Det opprettes en egen klageinstans oppnevnt av kommunestyrene i deltakerkommunene, jf kommuneloven § 28 g.

Nemnda er underinstans ved klagebehandling.

13. Evaluering – herunder vurdering om utvidelse av samarbeidet og forholdet til samhandlingsreformen

Det legges opp til en gjennomgang og drøftelse av avtalen i løpet av 2011. Det skal da også vurderes hvorvidt avtalen skal utvides til å omfatte samarbeid om andre helseoppgaver. Dette skal utredes både av kontaktutvalget, nemnda og vertskommunen. Det skal utarbeides en skriftlig rapport. For øvrig organiserer kommunene selv dette arbeidet.

Det kreves enighet for å endre avtalen, herunder for å legge nye oppgaver til vertskommunen.

Finansieringsmodell skal evalueres og vurderes på ny i løpet av 2011, og sees i sammenheng med statens finansiering av samhandlingsreformen som planlegges innført fra 1.1.2012. Dersom innføring av samhandlingsreformen for øvrig påvirker rammebetingelsene eller balansen mellom partene, eller på annen måte forrykker forutsetningene for inngåelsen av avtalen, kan hver av deltakerne kreve reforhandling av avtalen.

14. Avtalens varighet

Avtalen er tidsubegrenset, men med rett til oppsigelse for den enkelte deltaker i samsvar med avtalen punkt 15.

15. Oppsigelse

Avtalepartene kan ved skriftlig varsel til vertskommunen si opp avtalen med to års varsel regnet fra tidspunktet vertskommunen mottar oppsigelsen.

Ved uttreden av avtalen bortfaller kommunens forpliktelse til å betale innskudd regnet fra 1.1. påfølgende år etter at uttreden har skjedd.

Ved uttreden av samarbeidet refunderes ikke utlegg eller øvrige kostnader som kommunen har hatt gjennom samarbeidet.

16. Mislighold

Dersom en av kommunene vesentlig misligholder sine forpliktelser etter vertskommuneavtalen, kan de øvrige kommunene ved enstemmighet beslutte at kommunen skal utelukkes fra samarbeidet.

Dersom vertskommunen vesentlig misligholder sine forpliktelser, opphører samarbeidet med øyeblikkelig virkning.

17. Tvister

Eventuelle uenigheter mellom partene skal søkes løst i minnelighet. Dersom partene ikke kommer til enighet, kan tvisten bringes inn for de ordinære domstolene. Vernetting i slike saker skal være Inderøy tingrett.

18. Kontaktperson

Underretning om vedtak, informasjon, forespørsler, mv skal sendes til en kontaktperson i deltakerkommunene. Rådmannen, eller den rådmannen utpeker, er kontaktpersonen i kommunene.

19. Ikrafttredelse

Avtalen trer i kraft fra undertegnelse.

20. Forbehold om kommunestyrets godkjenning

Avtalens gyldighet forutsetter etter kommuneloven § 28 e godkjenning av kommunestyret selv i den enkelte kommune.

Avtalen er ikke gyldig før samtlige kommuner har akseptert avtalen.

* * *

Vedlegg 1; Tegning av lokalet

Denne avtalen er utstedt og undertegnet i 5 – fem - eksemplarer, hvorav partene beholder 1 - ett - eksemplar hver.

Inderøy kommune

Verran kommune

Dato, sted:.....

Dato, sted:.....

.....
Ordfører

.....
Ordfører

Steinkjer kommune

Snåsa kommune

Dato, sted:.....

Dato, sted:.....

.....
Ordfører

.....
Ordfører

Mosvik kommune

Dato, sted:.....

.....
Ordfører

Avtale

(avtalen)

Mellom

Steinkjer kommune
(kommune/vertskommune)

og

Helse Nord - Trøndelag

og

Helse Midt - Norge
(foretakene)

om

DMS Inn - Trøndelag

1. Bakgrunn og formål

For å på en best mulig måte følge opp pasientgrupper som har behov for intermediære senger før/etter behandling på sykehus inngås en finansierings- og samarbeidsavtale mellom Steinkjer kommune som vertskommune og Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge for drift av intermediær avdeling. Driften av den intermediære avdelingen omtales også som DMS (Distriktsmedisinsk senter) Inn – Trøndelag.

Det er inngått en egen avtale mellom kommunene Inderøy, Mosvik, Snåsa, Verran og Steinkjer om et vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28, hvor Steinkjer kommune er vertskommune. Foretakene er kjent med vertskommuneavtalen, og den myndighet/kompetanse som er lagt til nemnda i vertskommunen. Vertskommuneavtalen vedlegges denne avtalen (vedlegg 1).

Formålet med avtalen er å;

- Legge forholdene til rette for et kostnadseffektivt og nyskapende interkommunalt drevet intermediær avdeling i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Legge forholdene til rette for et likeverdig samarbeid mellom vertskommunen og foretakene.
- Fastsette en fremdrift og prosess for å vurdere om det er grunnlag for å legge øvrige helsetjenester inn under samarbeidet, og slik utvide driften av DMS Inn-Trøndelag.

Formålet med å etablere DMS Inn-Trøndelag gjennom inngåelse av nærværende avtale og eventuelt senere utvidelser av samarbeidet er;

- DMS Inn-Trøndelag skal bidra til at kommunen har høy faglig kompetanse, kostnadseffektiv utførelse av lovpålagte oppgaver, en åpen og tilgjengelig tjeneste for brukerne, rask saksbehandling, habilitet og rettssikkerhet i saksbehandlingen, og et godt samarbeid med andre offentlige instanser.
- Utforme en helhetlig tiltakskjede til pasientenes beste.
- Skape en faglig god samhandlingsarena for bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig.

2 Organisering

DMS Inn - Trøndelag er et kommunalt organ. Det innebærer at det er vertskommunen som stiller lokaler til disposisjon, som treffer beslutninger om organisering og drift av avdelingen, herunder treffer beslutningene om inn og utskrivning av pasienter til avdelingen i henhold til de prosedyrer som under punkt 4 er fastsatt.

Foretakene er gitt medvirkning på driften og organiseringen av avdelingen gjennom fastsettelse av budsjett, gjennom den medisinske behandling av pasienter på den intermediære avdelingen, etablerte prosedyrer ved inn- og utskrivning av pasienter fra den intermediære avdelingen og gjennom deltakelse i kontraktutvalget.

Det opprettes 16 intermediære sengeplasser. Lokalene som benyttes til intermediær avdeling er markert på vedlagt tegning (vedlegg 2)

3. Foretakenes arbeidsgiveransvar og medisinske ansvar

Foretakene har arbeidsgiveransvaret for legespesialister og helsepersonell som er ansatt i foretakene. Foretakene har også veiledningsansvar for virksomheten i intermediær sengepost, jf også spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Foretakene skal så langt mulig samarbeide med leder for intermediær om slik veiledning.

Foretakene og vertskommunen skal i samarbeid sette opp vaktlistene for avdelingen.

Foretakene har det medisinske ansvaret for behandling av pasienter så lenge behandlingen ligger inn under spesialisthelsetjenestens ansvar.

4. Inn- og utskrivning av pasienter

Det er vertskommunen ved leder for intermediær avdeling som beslutter inn- og utskrivning av pasienter. Vertskommunen ved nemnd fastsetter retningslinjene for innskrivning og utskrivning. Beslutningene og fastsettelsen skal skje etter samråd med foretakene.

Dersom det oppstår uenighet mellom vertskommunen og foretakene enten om inn- og utskrivning, eller fastsettelse av retningslinjene, så skal spørsmålet forelegges for en nemnd bestående av to utpekte personer fra foretakene, leder av intermediær avdeling og leder for nemnda i vertskommunen, som sammen skal foresøke å komme til enighet. Leder for nemnda går på omgang og leder sitter ett år om gangen. Leder for intermediær avdeling er leder det

første året. Hvis det er stemmelikhet, så er leders stemme avgjørende. For øvrig organiseres nemnda selv sitt arbeid.

Partenes skal fastsette nærmere prosedyrer for utskrivning av pasienter fra intermediær avdeling, herunder hvordan hjemkommunene skal involveres ved utskrivning.

Forskrift om kommunal betaling for utskriftsklare pasienter gjelder ikke.

For øvrig gjelder pasientrettighetsloven.

5. Finansiering

Vertskommunens utgifter finansieres gjennom innbetaling fra deltakerkommunene, samt innbetaling fra foretakene. Deltakerkommunene betaler 1/3 av kostnadene, mens Helse Nord – Trøndelag, og Helse Midt-Norge betaler hver 1/3 av kostnadene.

Vertskommunen fremmer forslag til driftsbudsjett og økonomiplan og oversender disse til kommunene innen utgangen av oktober. Vertskommunen skal på forhånd ha sendt et utkast til driftsbudsjett og økonomiplan til foretakene med frist for eventuell godkjenning. Budsjett og økonomiplan er gyldige når foretakene og samtlige kommuner har vedtatt disse.

Budsjettet skal være basert på at vertskommunens drift av den intermediære avdelingen skal gå i økonomisk balanse, dvs. at vertskommunen skal ha dekket alle sine utgifter til driften (med fradrag av egen andel), herunder andel av generelle kostnader til støttetjenester for kommunen som knytter seg til samarbeidet, uten at driften skal gi fortjeneste.

Budsjettet fastsettes ut fra ordinære og påregnelige driftsutgifter, og inntekter. Eventuelle utgifter eller reduksjon i inntekter i løpet av året som ikke er budsjettert, fordeles mellom deltakerkommunene gjennom neste års budsjett. Dette gjelder selv om kostnader er pådratt som følge av at vertskommunen/vertskommunens ansatte har opptrådt uaktsomt/grovt uaktsomt/forsettlig, for eksempel hvor en innbygger fremmer erstatningskrav mot vertskommunen som følge av feilbehandling, mv.

Vertskommunen skal avregne regnskapsresultatet (overskudd/underskudd). Eventuelle øvrig underskudd/overskudd på øvrige sider av virksomheten overføres tilsvarende til neste års budsjett.

6. Forfall

Foretakenes andel av fastsatte utgifter forfaller til betaling henholdsvis 1. mars, 1. juli og 1. november. Vertskommunen utsteder faktura.

7. Etablering av kontaktutvalg

Det etableres et kontaktutvalg hvor administrasjonen i hver kommune er representert med to representanter fra henholdsvis rådmannsnivå og helseledere i kommunen. Foretakene er representert med to deltakere hver.

Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom deltakerne. Kontaktutvalget har ikke beslutningskompetanse, men uttalelsesrett i spørsmål som berører driften av intermediaær avdeling, herunder fastsettelse av budsjett.

Kontaktutvalget organiserer forøvrig selv sitt arbeid.

En kopi av innkalling til møter, saksdokumenter og referater sendes til partenes postmottak.

8. Evaluering – herunder vurdering om utvidelse av samarbeidet og forholdet til samhandlingsreformen

Det legges opp til en gjennomgang og drøftelse av avtalen i løpet av 2011. Det skal da også vurderes hvorvidt avtalen skal utvides til å omfatte samarbeid om andre helseoppgaver. Det skal utarbeides en skriftlig rapport av partene i fellesskap.

Det kreves enighet for å endre avtalen.

Finansieringsmodell skal evalueres og vurderes på ny i løpet av 2011, og sees i sammenheng med statens finansiering av samhandlingsreformen som planlegges innført fra 1.1.2012. Dersom innføring av samhandlingsreformen for øvrig påvirker rammebetingelsene eller balansen mellom partene, eller på annen måte forrykker forutsetningene for inngåelsen av avtalen, kan hver av deltakerne kreve reforhandling av avtalen.

9. Avtalens varighet

Avtalen er tidsubegrenset, men med rett til oppsigelse for den enkelte deltaker i samsvar med avtalen punkt 10.

10. Oppsigelse

Avtalepartene kan ved skriftlig varsel si opp avtalen med to års varsel regnet fra tidspunktet vertskommunen mottar oppsigelsen.

Ved uttreten av avtalen bortfaller partenenes forpliktelse til å betale innskudd regnet fra 1.1. påfølgende år etter at uttreten har skjedd.

Ved uttreten av samarbeidet refunderes ikke utlegg eller øvrige kostnader som kommunen har hatt gjennom samarbeidet.

11. Mislighold

Dersom en av partene vesentlig misligholder sine forpliktelser etter vertskommuneavtalen, kan de øvrige partene ved enstemmighet beslutte at parten skal utelukkes fra samarbeidet.

Dersom Steinkjer kommune vesentlig misligholder sine forpliktelser, opphører samarbeidet med øyeblikkelig virkning.

12. Tvister

Eventuelle uenigheter mellom partene skal søkes løst i minnelighet. Dersom partene ikke kommer til enighet, kan tvisten bringes inn for de ordinære domstolene. Vernetting i slike saker skal være Inderøy tingrett.

13. Kontaktperson

Det skal utpekes en kontaktperson for hver av partene. Rådmannen, eller den rådmannen utpeker, er kontaktpersonen i kommunene. Underretning om vedtak, informasjon, forespørsler, mv skal sendes til en kontaktperson i deltakerkommunene.

14. Ikrafttredelse

Avtalen trer i kraft fra undertegnelse.

Avtalens gyldighet forutsetter at vertskommunens nemnd enstemmig har godkjent avtalen.

Avtalen er ikke gyldig før samtlige parter har akseptert avtalen.

* * *

Vedlegg 1; Tegning av lokalet
Vedlegg 2; Vertskommuneavtalen

Denne avtalen er utstedt og undertegnet i 3 – tre - eksemplarer, hvorav partene beholder 1 - ett - eksemplar hver.

Steinkjer kommune

Dato, sted:.....

.....
Ordfører

Helse Nord Trøndelag HF

Dato, sted:.....

.....

Helse Midt – Norge HF

Dato, sted:.....

.....



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	17/10	17.03.2010
Inderøy kommunestyre	11/10	03.05.2010

Internasjonal koordinator. Medfinansiering.

Rådmannens forslag til vedtak

Inderøy kommune støtter etableringen av det treårige prosjektet Internasjonal koordinator i KS-regi.

Under forutsetning av tilstrekkelig totalfinansiering, bevilges inntil kr. 8000,- fra Inderøy kommune til delfinansiering av prosjektet i 2010. Inntil kr. 16.000,- og inntil kr. 23500,- innarbeides i budsjett for 2011 og 2012.

Beløpet dekkes over Tilleggsbevilgning til formannskapets disposisjon for 2010. Det innarbeides ordinær dekning for tilskudd i 2011 og 2012 over kommende budsjetter.

Rådmannen vedtar detaljert budsjett.

Behandling i Formannskapet - 17.03.2010

Avstemming

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Formannskapet - 17.03.2010

Inderøy kommune støtter etableringen av det treårige prosjektet Internasjonal koordinator i KS-regi.

Under forutsetning av tilstrekkelig totalfinansiering, bevilges inntil kr. 8000,- fra Inderøy kommune til delfinansiering av prosjektet i 2010. Inntil kr. 16.000,- og inntil kr. 23500,- innarbeides i budsjett for 2011 og 2012.

Beløpet dekkes over Tilleggsbevilgning til formannskapets disposisjon for 2010. Det innarbeides ordinær dekning for tilskudd i 2011 og 2012 over kommende budsjetter.

Rådmannen vedtar detaljert budsjett.

Vedlegg

- 1 Kopi av Statistikk Comenius
- 2 Kopi av Statistikk AU
- 3 Kostnadsfordeling

Bakgrunn

Da Rådmennene var på besøk ved Midt- Norge-kontoret i Brussel i fjor vå vår ble det en diskusjon om hvorfor det var så få søknader og dermed lite bruk av de muligheter som ligger i de forskjellige programmene som er tilgjengelig etter EØS-avtalen.

Konklusjonen på denne problemstillingen var at det trolig var for liten kompetanse i den enkelte kommune for å kunne

- a) sette seg inn i programmene
- b) initiere prosjekter og skrive søknader og
- c) få prosjektene til å fungere i den enkelte kommunes kjernevirksomhet.

Ideen om å se på mulighetene for å få på plass en internasjonal koordinator ble tatt opp.

Denne er senere utredet i KS rådmanns utvalg og behandlet i AU.

På dette grunnlag foreligger en konkret anbefaling fra KS om å:

1. Etablere et tre-årig prosjekt med en prosjektrådgiver lokalisert til – og organisert under – KS-Nord-Trøndelag

2. Årlig budsjetttramme kr. 720.000,- som finansieres med 75% på Nord-Trøndelag fylkeskommune og 25 % på kommunene første år – for deretter opptrapping med 25% årlig på kommunene.
3. Kommunenes utgifter fordeles etter følgende nøkkel:
 - a. 40 % av årlig totalkostnad fordeles likt
 - b. 60% av årlig totalkostnad fordeles etter innbyggertall

Dette gir i så fall en årlig totalkostnad på ca kr. 8000,- i 2010, ca kr. 16000,- i 2011 og ca kr. 23500,- i 2012.

Vurdering

Inderøy kommune har vært en relativt aktiv bruker av EU-midler og hatt flere prosjekter på gang ved ulike skoler.

Erfaringen med slike prosjekter er gjennomgående gode og beriker åpenbart så vel det faglige som sosiale miljø.

Rådmannen anser likevel at Inderøy kommune vil kunne nyttiggjøre seg støtte av en slik felles koordinator - i forhold til å identifisere og implementere nye engasjementsområder. Inderøy kommune ønsker å fremstå som en "internasjonal" kommune både formelt og reelt.

Så langt oppfatter rådmannen at et betydelig antall kommuner allerede har vedtatt og slutte seg til ordningen og at det er grunn til å tro at så godt som samtlige NT-kommuner vil tilslutte seg til og bidra til finansieringen av prosjektet. Med en så vidt bred oppslutning er det uansett hensiktsmessig for Inderøy kommune – ut fra en overordnet samarbeidsstrategi – å medvirke til gjennomføring og finansiering.

Konklusjon

Inderøy kommune medvirker til etablering og finansieringen av det tre-årige prosjektet Internasjonal koordinator i KS-regi.

Ettersom prosjektet binder kommunen over flere budsjettår, er det naturlig å forelegge saken til kommunestyret for endelig behandling.

Antall søknader til Aktiv Ungdom pr. fylke

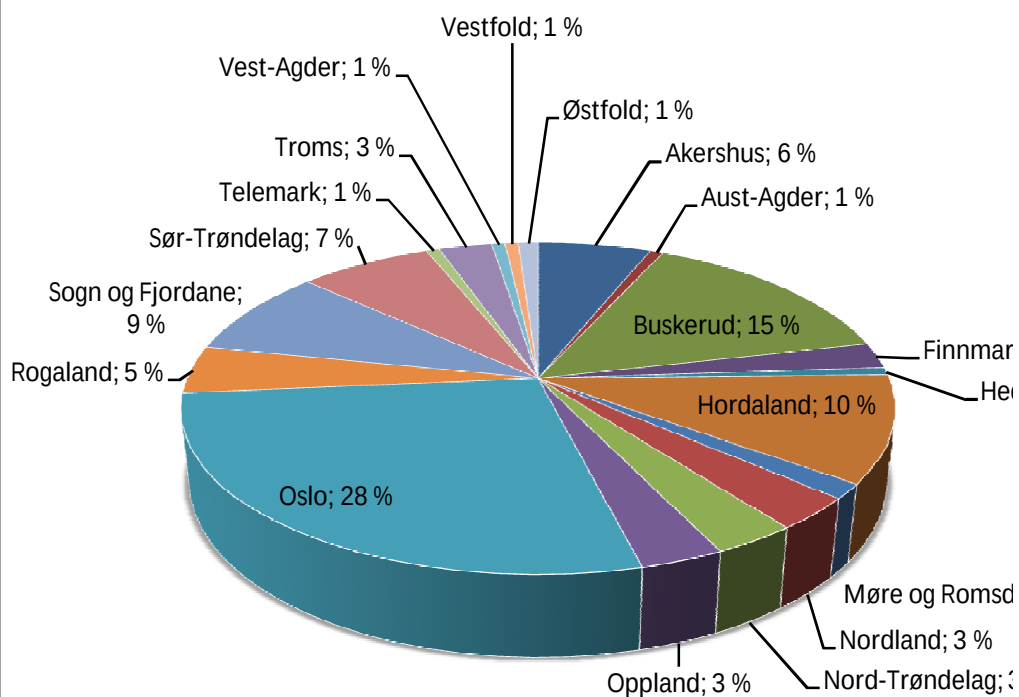
2005	Fylke	Antall	Prosent
1	Akershus	17	6 %
2	Aust-Agder	2	1 %
3	Buskerud	41	15 %
4	Finnmark	7	3 %
5	Hedmark	2	1 %
6	Hordaland	29	10 %
7	Møre og Romsdal	4	1 %
8	Nordland	9	3 %
9	Nord-Trøndelag	9	3 %
10	Oppland	9	3 %
11	Oslo	77	28 %
12	Rogaland	13	5 %
13	Sogn og Fjordane	24	9 %
14	Sør-Trøndelag	20	7 %
15	Telemark	2	1 %
16	Troms	8	3 %
17	Vest-Agder	2	1 %
18	Vestfold	2	1 %
19	Østfold	3	1 %
	Totalt	280	100 %

2007	Fylke	Antall
1	Akershus	6
2	Aust-Agder	1
3	Buskerud	8
4	Finnmark	5
5	Hedmark	5
6	Hordaland	16
7	Møre og Romsdal	3
8	Nordland	12
9	Nord-Trøndelag	13
10	Oppland	2
11	Oslo	47
12	Rogaland	3
13	Sogn og Fjordane	9
14	Sør-Trøndelag	10
15	Telemark	3
16	Troms	8
17	Vest-Agder	0
18	Vestfold	1
19	Østfold	2
	Totalt	154

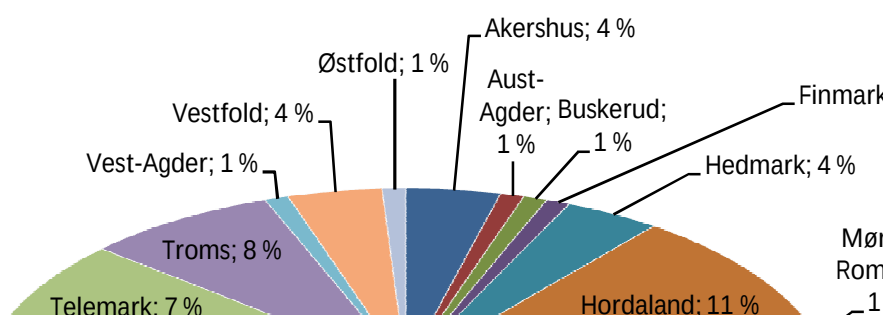
2008	Fylke	Antall	Prosent
1	Akershus	6	4 %
2	Aust-Agder	2	1 %
3	Buskerud	2	1 %
4	Finmark	1	1 %
5	Hedmark	5	4 %
6	Hordaland	15	11 %
7	Møre og Romsdal	1	1 %
8	Nordland	10	7 %
9	Nord-Trøndelag	8	6 %
10	Oppland	1	1 %
11	Oslo	32	23 %
12	Rogaland	9	6 %
13	Sogn og Fjordane	8	6 %
14	Sør-Trøndelag	10	7 %
15	Telemark	10	7 %
16	Troms	12	8 %
17	Vest-Agder	2	1 %
18	Vestfold	5	4 %
19	Østfold	2	1 %
	Total	141	100 %

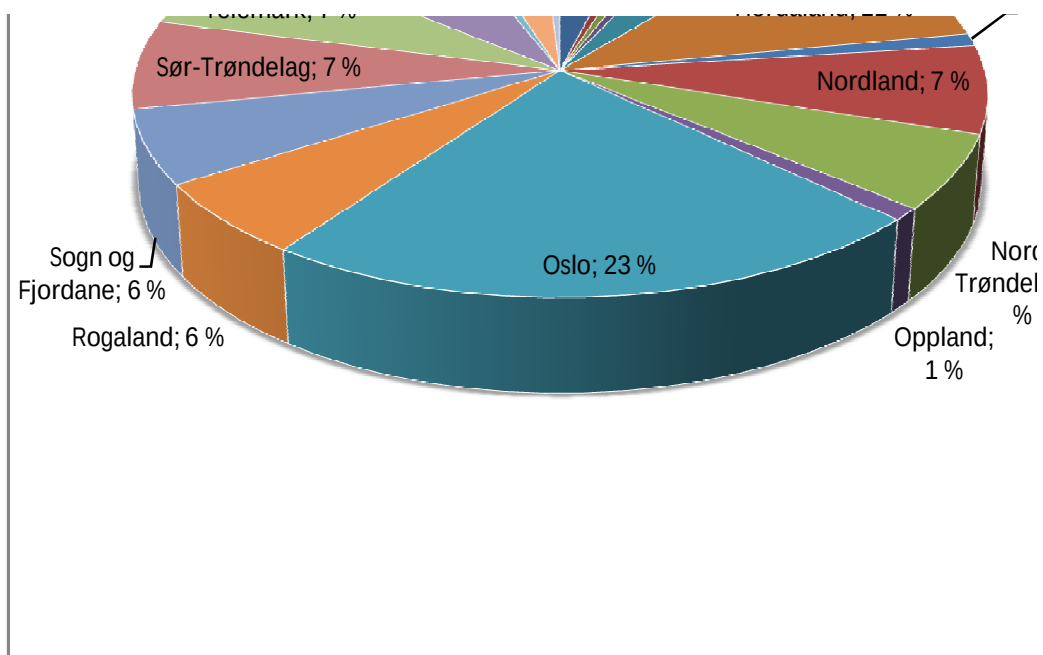
Prosent
4 %
1 %
5 %
3 %
3 %
10 %
2 %
8 %
8 %
1 %
31 %
2 %
6 %
6 %
2 %
5 %
0 %
1 %
1 %
100 %

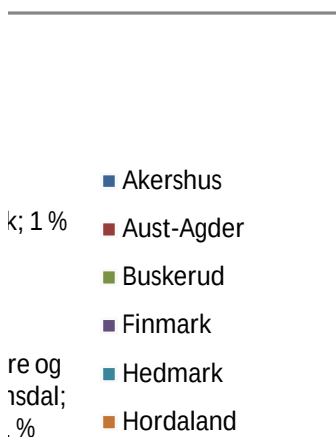
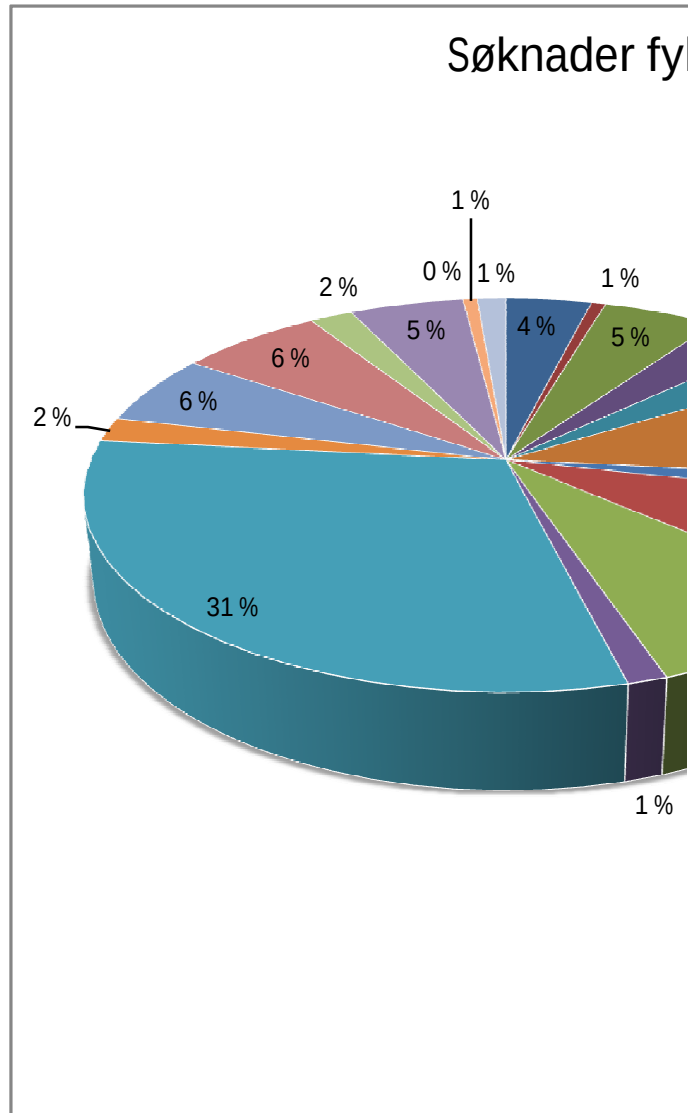
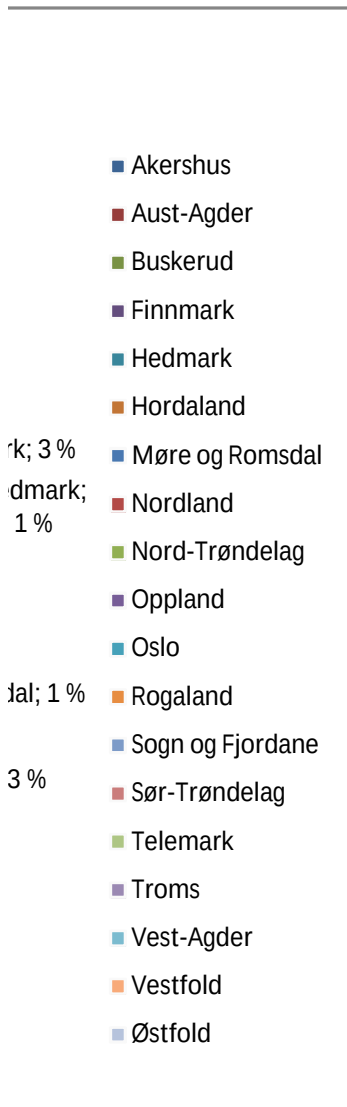
Søknader fylkesvis 2005



Søknader fylkesvis 2008



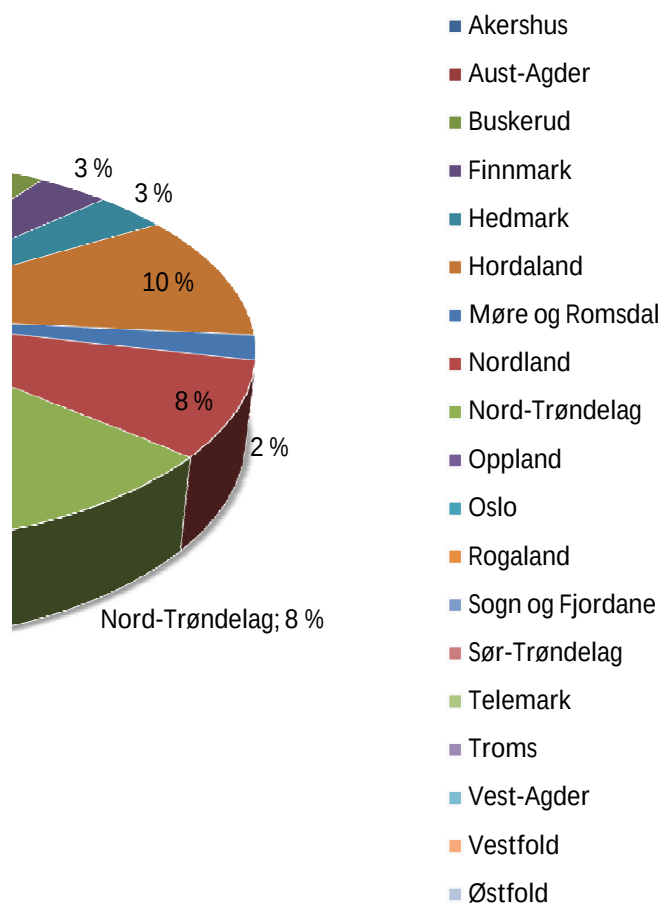




d-
lag; 6

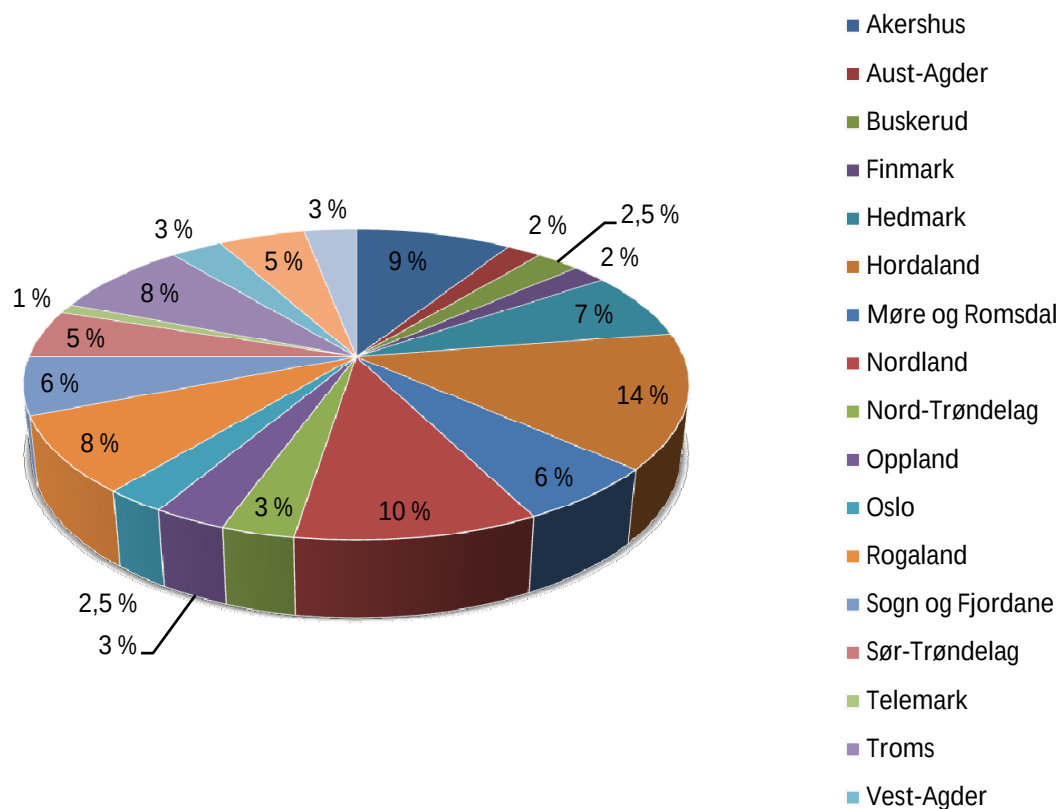
- Møre og Romsdal
- Nordland
- Nord-Trøndelag
- Oppland
- Oslo
- Rogaland
- Sogn og Fjordane
- Sør-Trøndelag
- Telemark
- Troms
- Vest-Agder
- Vestfold

Ikesvis 2007



2008	Fylke	Antall	Prosent
1	Akershus	18	9 %
2	Aust-Agder	4	2 %
3	Buskerud	5	2,5 %
4	Finmark	3	2 %
5	Hedmark	13	7 %
6	Hordaland	28	14 %
7	Møre og Romsdal	12	6 %
8	Nordland	19	10 %
9	Nord-Trøndelag	6	3 %
10	Oppland	6	3 %
11	Oslo	5	2,5 %
12	Rogaland	15	8 %
13	Sogn og Fjordane	12	6 %
14	Sør-Trøndelag	10	5 %
15	Telemark	2	1 %
16	Troms	15	8 %
17	Vest-Agder	6	3 %
18	Vestfold	9	5 %
19	Østfold	6	3 %
	Total	194	100 %

Søknader fylkesvis 2008



|

Leonardo Partnerskap	Søkt 2007	Innv 2007	Søkt 2008	Innv 2008	Søkt 2009	Innv 2009
----------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Nord -Trøndelag				0		1
Sør-Trøndelag				5		1

Leonardo Mobilitet

Nord-Trøndelag				3		5
Sør-Trøndelag				3		5

Comenius Partnerskap

Nord-Trøndelag	9	6	6	4	6	3
Sør-Trøndelag	16	9	10	6	8	4

Totalkostn. 720000

		1. året			2. år			3. år		
		25 %	0,82	Sum pr.	50 %	1,65	Sum pr.	75 %	2,48	Sum pr.
Kommune	Innbyggere	Fast kost	Innb.andel	kommune	Fast kost	Innb.andel	kommune	Fast kost	Innb.andel	kommune
Flatanger	1 134	3000	930	3 930	6 000	1 871	7 871	9 000	2 812	11 812
Fosnes	680	3000	558	3 558	6 000	1 122	7 122	9 000	1 686	10 686
Frosta	2 487	3000	2 039	5 039	6 000	4 104	10 104	9 000	6 168	15 168
Grong	2 350	3000	1 927	4 927	6 000	3 878	9 878	9 000	5 828	14 828
Høylandet	1 274	3000	1 045	4 045	6 000	2 102	8 102	9 000	3 160	12 160
Inderøy	5 846	3000	4 794	7 794	6 000	9 646	15 646	9 000	14 498	23 498
Leka	582	3000	477	3 477	6 000	960	6 960	9 000	1 443	10 443
Leksvik	3 517	3000	2 884	5 884	6 000	5 803	11 803	9 000	8 722	17 722
Levanger	18 464	3000	15 140	18 140	6 000	30 466	36 466	9 000	45 791	54 791
Lierne	1 461	3000	1 198	4 198	6 000	2 411	8 411	9 000	3 623	12 623
Meråker	2 476	3000	2 030	5 030	6 000	4 085	10 085	9 000	6 140	15 140
Mosvik	836	3000	686	3 686	6 000	1 379	7 379	9 000	2 073	11 073
Namdalseid	1 720	3000	1 410	4 410	6 000	2 838	8 838	9 000	4 266	13 266
Namsos	12 723	3000	10 433	13 433	6 000	20 993	26 993	9 000	31 553	40 553
Namsskogan	924	3000	758	3 758	6 000	1 525	7 525	9 000	2 292	11 292
Nærøy	4 988	3000	4 090	7 090	6 000	8 230	14 230	9 000	12 370	21 370
Overhalla	3 562	3000	2 921	5 921	6 000	5 877	11 877	9 000	8 834	17 834
Røyrvik	499	3000	409	3 409	6 000	823	6 823	9 000	1 238	10 238
Snåsa	2 176	3000	1 784	4 784	6 000	3 590	9 590	9 000	5 396	14 396
Steinkjer	20 868	3000	17 112	20 112	6 000	34 432	40 432	9 000	51 753	60 753
Stjørdal	20 960	3000	17 187	20 187	6 000	34 584	40 584	9 000	51 981	60 981
Verdal	14 157	3000	11 609	14 609	6 000	23 359	29 359	9 000	35 109	44 109
Verran	2 924	3000	2 398	5 398	6 000	4 825	10 825	9 000	7 252	16 252
Vikna	4 100	3000	3 362	6 362	6 000	6 765	12 765	9 000	10 168	19 168
130 708		72 000	107 181	179 181	144 000	215 668	359 668	216 000	324 156	540 156



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Inderøy kommunestyre	12/10	03.05.2010

Skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune - Kontrollrapport og årsrapport 2009

Kontrollutvalgets forslag til vedtak

1. Kommunestyret tar Skatteoppkreverens årsrapport for skatteregnskapet 2009 til orientering.
2. Kommunestyret tar Skatteetatens kontrollrapport 2009 vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune til orientering.

Vedlegg

- 1 Kontrollrapport 2009 vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune
- 2 Årsregnskap sammendrag og detaljert
- 3 Årsrapport 2009
- 4 Kontrollutvalgets sak 09/10

Bakgrunn

Kontrollutvalget behandlet ovennevnte sak i møte den 24.03.10, sak nr. 009/10, og fattet slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar Skatteoppkreverens årsrapport for skatteregnskapet 2009 til orientering.
2. Kontrollutvalget tar Skatteetatens kontrollrapport 2009 vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune til orientering.
3. Saken oversendes kommunestyret.
4. Kontrollutvalget innstiller på at kommunestyret gjør slikt vedtak:
 1. Kommunestyret tar Skatteoppkreverens årsrapport for skatteregnskapet 2009 til orientering.

2. Kommunestyret tar Skatteetatens kontrollrapport 2009 vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune til orientering.

Vurdering

Det vises til saksframlegg for kontrollutvalget – se vedlegg.

Konklusjon

I henhold til Kontrollutvalgets vedtak pkt. 3 og 4 legges saken fram for kommunestyret til behandling.



Komunestyret i Inderøy kommune

7670 INDERØY

Kontrollrapport 2009 vedrørende skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune

Vi har gjennomført kontroller knyttet til skatteoppkreverfunksjonen for Inderøy kommune for 2009. Regnskapet viser per 31. desember 2009 en skatte- og avgiftsinngang¹ til fordeling mellom skattekreditorene (etter fradrag for avsetning til marginkonto) på kr 385 667 240 og utestående restanser² på kr 4 593 404 herav berostilte krav på kr 951 994. Skatteregnskapet er avgitt av kommunens skatteoppkrever den 17. januar 2010.

1. Oppgaver og kontroll

Grunnlaget for skatteetatens kontroll av skatteoppkreverfunksjonen er "*Instruks for skattekontorenes kontroll av skatteoppkreverne*" av 29. november 2007.

Skattekontoret har ansvaret for å avklare at skatteoppkreverfunksjonen utøves tilfredsstillende i henhold til gjeldende regelverk på følgende områder:

- Ressurser og tilpasset organisering
- Regnskapsføring, rapportering og avleggelse av skatteregnskapet
- Skatte- og avgiftsinnkrevning
- Arbeidsgiverkontroll

Riksrevisjonen har ansvaret for revisjon av skatteoppkreverfunksjonen. Skatteetaten utfører oppgavene med kontroll av skatteoppkreverfunksjonen.

¹ Sum innbetalt og fordelt til skattekreditorene

² Sum åpne (ubetalte) forfalte debetkrav



2. Omfanget av kontrollen

Skattekontoret har ikke gjennomført stedlig kontroll av skatteoppkreverkontoret i 2009. Siste stedlige kontroll ble avholdt 15 og 16 12 2008.

Skattekontoret har i 2009 gjennomført kontorkontroll av skatteoppkreverkontoret for områdene skatteregnskap, innkreving og arbeidsgiverkontroll.

3. Resultat av utført kontroll

Basert på utført kontroll mener skattekontoret følgende:

- ***Ressurser og tilpasset organisering***

Etter en samlet vurdering finner skattekontoret at skatteoppkreverkontoret er organisert slik at gjøremålene i henhold til skatteoppkreverinstruksen kan utføres tilfredsstillende. Skattekontoret har ingen spesielle anmerkninger til kontorets ressursituasjon.

- ***Regnskapsføring, rapportering og avleggelse av skatteregnskap***

Etter en samlet vurdering finner skattekontoret at regnskapsføringen, rapporteringen og avleggelsen av skatteregnskapet i det alt vesentlige er i samsvar med gjeldende regelverk og gir et rettviseende uttrykk for skatteinngangen i regnskapsåret.

- ***Skatte- og avgiftsinnkrevingen***

Etter en samlet vurdering finner skattekontoret at utførelsen av innkreivingsarbeidet og oppfølgingen av restansene i det alt vesentlige er i samsvar med gjeldende regelverk.

- ***Arbeidsgiverkontroll***

Etter en samlet vurdering finner skattekontoret at utførelsen av arbeidsgiverkontrollen i det alt vesentlige er i samsvar med gjeldende regelverk og retningslinjer, men utføres ikke i tilstrekkelig omfang da det bare er utført 2,6 % kontroller mot et krav på 5 %.



4. Ytterligere informasjon om kontrollene

Skattekontoret har ikke gitt pålegg og anbefalinger etter sine kontrollhandlinger i 2009.

Vennlig hilsen



Rune L. Johansen
Avdelingsdirektør
Innkrevingsavdelingen
Skatt Midt-Norge



Stein-Ove Hjortland

Kopi til:

- Kontrollutvalget i Inderøy kommune
- Skatteoppkreveren i Inderøy kommune
- Riksrevisjonen
- Skattedirektoratet

Årsregnskap - kommune - sammendrag



018307

Utvalgskriterier: Komm nr : '1729', År : '2009', Hovedbokstype : 'k'

	Valgt år	Forrige år
Likvider	30 959 530	31 130 852
Skyldig skattecreditorer	-2 585 736	-3 860 198
Skyldig andre	-76 374	-363 607
Innestående margin	-28 297 417	-26 907 045
Udisponert resultat	-4	-2
Sum	0	0
Arbeidsgiveravgift	-59 356 370	-54 061 847
Kildeskatt	0	0
Personlige skatteyttere	-313 597 370	-303 556 452
Selskapsskatt	-12 988 648	-8 679 167
Renter	284 503	578 932
Innfordring	-9 355	15 555
Sum	-385 667 240	-365 702 978
Fordelt til Folketrygden - arbeidsgiveravgift	59 356 369	54 061 847
Fordelt til Folketrygden - medlemsavgift	89 836 724	84 804 586
Fordelt til Fylkeskommunen	19 375 800	19 080 880
Fordelt til kommunen	97 674 448	90 687 899
Fordelt til Staten	119 423 897	117 067 766
Krav som er ufordelt	2	0
Sum	385 667 240	365 702 978
Sum totalt	0	0

Skatteoppkreveren i Inn-Trøndelag

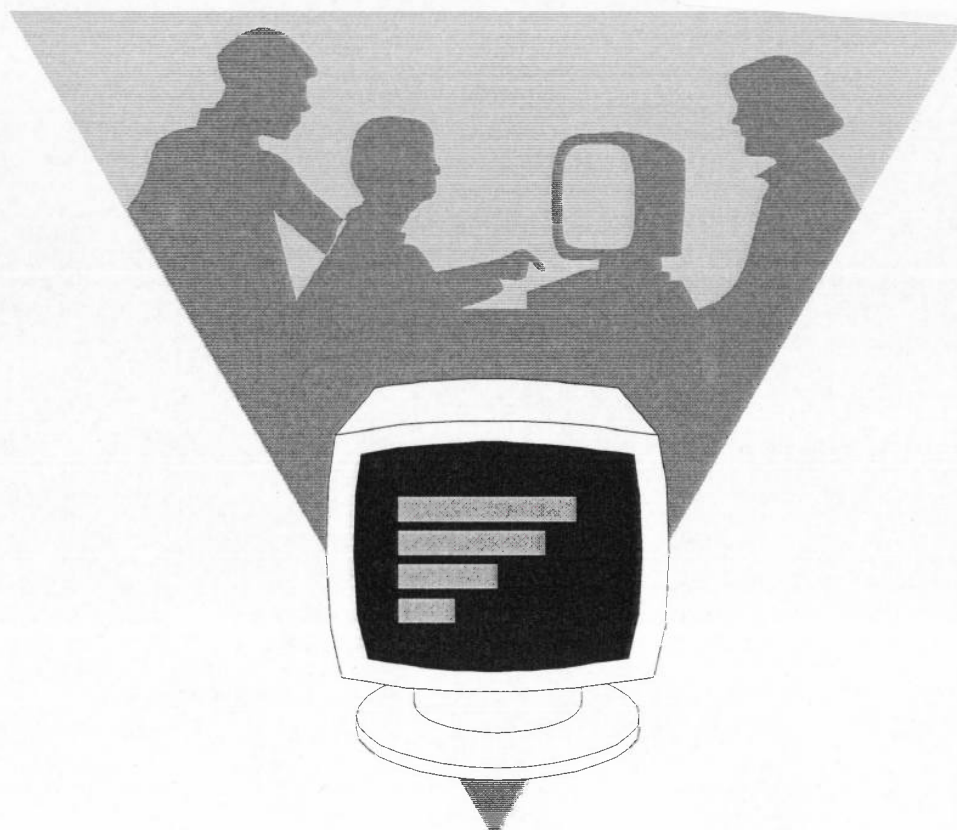
17/01-10 *[Signature]*

Årsregnskap - kommune - detaljert

Utvalgsriterier: Komm nr : '1729', År : '2009', Måned : '12', Hovedbokstype : 'K'

	Valgt år	Forrige år
Bank	30 959 530	31 130 852
Kontanter	0	0
Utbetalinger som ikke er gjennomført	0	0
Likvider	30 959 530	31 130 852
Int fordelt folketr arbavg	-33 811	16 942
Int fordelt folketr medlav	-842 280	-1 647 948
Int fordelt stat FS	-1 022 843	-1 807 884
Int fordelt til fylkeskomm	-188 463	-390 536
Int fordelt til kommunen	-907 143	-1 867 004
Int fordelt til stat TS mv	-130 472	-538 221
Mellomregnskapskonto	300 360	187 361
Oppgjørskonto FLT	238 916	2 187 093
Skyldig skattekreditorene	-2 585 736	-3 860 198
Diverse debitorer og kreditorer	-30 050	-352 457
Innbetalinger ikke inntektsført	-15 748	-9 338
Uidentifiserte innbetalinger	-30 576	-1 812
Skyldig andre	-76 374	-363 607
Innestående margin	-28 297 417	-26 907 045
Udisponert resultat	-4	-2
Ikke fordelt til skattekreditorer	-28 297 421	-26 907 047
Arbeidsgiveravgift	-59 356 370	-54 061 847
Kildeskatt	0	0
Personlige skatteyttere	-313 597 370	-303 556 452
Selskapsskatt	-12 988 648	-8 679 167
Innbetalt skatter og avgifter	-385 942 388	-366 297 465
Renteinntekter	-533 566	-557 689
Renteutgifter	818 069	1 136 622
Renter	284 503	578 932
Innfordringsinntekter	-12 765	-1 862
Innfordringsutgifter	3 411	17 417
Innfordring	-9 355	15 555
Fordelt til Folketrygden - arbeidsgiveravgift	59 356 369	54 061 847
Fordelt til Folketrygden - medlemsavgift	89 836 724	84 804 586
Fordelt til Fylkeskommunen	19 375 800	19 080 880
Fordelt til kommunen	97 674 448	90 687 899
Fordelt til Staten	119 423 897	117 067 766
Fordelt skattekreditorene	385 667 238	365 702 978
Krav som er ufordelt	2	0
Sum totalt	0	0

Skatteoppkreveren i Inn-Trøndelag
17/01-19
Hildebrand



Årsrapport for 2009

**Skatteoppkreveren i
Inn-Trøndelag,
Inderøy kommune**

1. Generelt om skatteoppkreverens virksomhet

1.1. Skatteoppkreverkontoret

1.1.1 Ressurser

Ressursfordeling (samlet for kontoret)

	Årsverk	%-andel fordelt
Antall årsverk ved SKO som kun er benyttet til SKO-funksjonen i regnskapsåret	4,5	100 %
Ressursbruk ved SKO, fordeling av årsverk	-----	-----
Skatteregnskap	1,5	34 %
Innfordring av skatt/arbeidsgiveravgift	1,5	34 %
Kontrollvirksomhet	1,0	22 %
Informasjon og veiledning overfor skatte- og avgiftspliktige og regnskapsførere/revisorer	0,2	4 %
Skatteutvalg	0,0	0 %
Administrasjon	0,3	6 %
(Andel fordelt skal være 100 %)	Sum	100 %

1.1.2 Organisering

Arbeidet ved kontoret er organisert slik at det innebærer en spesialisering av oppgavene knyttet til tyngre innfordring og arbeidsgiverkontroll. Det legges stor vekt på enhetlig opptreden utad og likebehandling av skattytere uavhengig av skattekommune.

1.1.3 Ressurser og kompetanse

På grunn av vakanser har bemanningen ved kontoret vært lavere enn forutsatt store deler av året. Etter nyrekruttering høsten 2009 har kontoret igjen tilstrekkelige ressurser og kompetanse til å sikre forsvarlig drift på alle hovedarbeidsområder.

1.2. Intern kontroll

Arbeidet med å utarbeide lokale rutinebeskrivelser i tillegg til generelle rutinebeskrivelser gitt fra overordnet nivå pågår.

Etter pålegg fra Arbeidstilsynet er det foretatt en kartlegging og risikovurdering av faren for vold og trusler knyttet til driften. På grunnlag av kartleggingen og vurderingen er det utarbeidet rutinebeskrivelse.

1.3. Vurdering av skatteinngangen

1.3.1. Total skatte- og avgiftsinngang i regnskapsåret

	2009		2008	
Fordelt til Folketrygden - arbeidsgiveravgift	kr	59 356 369	kr	54 061 847
Fordelt til Folketrygden - meldlemsavgift	kr	89 836 724	kr	84 804 586
Fordelt til Fylkeskommunen	kr	19 375 800	kr	19 080 880
Fordelt til Kommunen	kr	97 674 448	kr	90 687 899
Fordelt til Staten	kr	119 423 897	kr	117 067 766
Krav som er ufordelt	kr	2	kr	-
SUM	kr	385 667 240	kr	365 702 978

1.4. Skatteutvalg

Det er i perioden ikke fremmet saker for det regionale skatteutvalget.

2. Skatteregnskapet

2.1. Avleggelse av skatteregnskapet

Skatteoppkreveren i Inn-Trøndelag bekrefter at skatteregnskapet for Inderøy kommune i 2009 er ført, avstemt og avlagt i samsvar med gjeldende forskrifter og retningslinjer, jf Instruks for skatteoppkrevere § 3-1.

- Det er ikke mottatt pålegg om regnskapsføringen, rapporteringen og avleggelsen av skatteregnskapet fra regional kontrollenhet.

Årsregnskapet for 2009 følger som vedlegg til årsrapporten, og er signert av skatteoppkreveren.

2.2 Margin

2.2.1 Marginoppgjøret for 2008

Avsetning margin for 2008 pr 31.12.2008		kr	26 907 045
Avsetning margin for 2008 periode 1-6 i 2009	+	kr	5 617 704
= sum avsetning margin for 2008	=	kr	32 524 749
- bruk av margin for 2008	-	kr	33 865 648
= resultat marginoppgjøret (overskudd/underskudd)	=	kr	-1 340 899

Prosentmarginavsetning: 10 %.

2.2.2 Kommentar om marginoppgjøret:

Det har ikke vært endringer i prosentmarginen for avsatt margin.

3. Innfordring av krav

3.1. Restanseutviklingen

3.1.1 Totale restanser (forfalte debetkrav) for skatt og arbeidsgiveravgift

Kravtype	2009		2008	
Arbeidsgiveravgift	kr	79 743	kr	395 035
Forsinkelsesrente	kr	133 923	kr	526 999
Forskuddstrekk	kr	38 692	kr	436 731
Restskatt	kr	205 637	kr	95 683
Restskatt, person	kr	3 165 072	kr	3 700 104
Utskrevet forskuddsskatt	kr	42 000	kr	-
Utskrevet forskuddsskatt, person	kr	672 127	kr	650 807
Annet (øvrige summert fra Restanseliste)	kr	260 435	kr	30 686
Sum	kr	4 597 629	kr	5 836 045

3.1.3 Kommentar om restansesituasjonen og utviklingen i restanser

-

3.1.4 Restanser eldre år

År	Restskatt	Øvrige restanser samlet
2007	kr 867 351	kr 195 492
2006	kr 270 203	kr 163 021
2005	kr 21 246	kr 11 442
2004-1998	kr 194 264	kr 212 954
1997-1994	kr 457 713	kr 125 661

3.1.5 Kommentar om restanseoppfølgingen på eldre år

-

Kontoret har gjennomgått rapporten "Restanseliste – forelda krav" dato tom 31.12. foregående år og sikret at krav ikke foreldes uten at det er iverksatt tiltak.

Antall krav som var foreldet per 31.12.i regnskapsåret: 0

Samlet beløp på krav som var foreldet pr 31.12. i regnskapsåret: 0

3.2. Innfordringens effektivitet

3.2.1 Vurdering av kontorets resultat per 30.06 i regnskapsåret.

Innfordringsresultatene pr 30.06.09 var noe lavere enn forutsatt.

3.2.2 Vurdering av i hvilken grad, og hvordan innfordringsaktiviteten har påvirket innfordringsresultatet

Lavere innfordringsresultater enn forutsatt pr 30.06.09 må ses i sammenheng med at kontoret spesielt første halvår hadde for lav bemanning. Økte ressurser og aktiv innfordring i andre halvår har imidlertid ført til at innfordringsresultatene ved utgangen av 2009 lå noe foran innfordringsresultatene ved utgangen av 2008.

3.2.3 Omtale av spesielle forhold

-

3.2.4 Kontorets eventuelle tiltak for å bedre effektiviteten i innfordringen

Skatteoppkreveren kan ikke se at det er grunnlag for å iverksette særskilte tiltak for å bedre effektiviteten i innfordringen. Det legges imidlertid til grunn at planlagte endringer i skatteregnskapssystemene herunder innføring av DTI (debitortilpasset innfordring), vil bidra til ytterligere effektivisering av innfordringen.

3.3. Særnamskompetanse

Skatteoppkreverne kan i henhold til skattebetalingslovens § 14-3 avholde forretning for utleggspant i sitt distrikt for skatte- og avgiftskrav som de har innkrevingsansvaret for. Inn-Trøndelag skatteoppkreverkontor benytter denne særnamskompetansen i stor grad. Dette anses som en viktig forutsetning for gode innfordringsresultater.

4. Arbeidsgiverkontroll

4.1. Kontorets resultat per 31.12 i regnskapsåret

Antall gjennomførte kontroller for regnskapsåret: 6

Som utgjør 2,6% av totalt antall leverandører av LTO i kommunen.

4.1.1 Organisering av arbeidsgiverkontrollene – deltakelse i interkommunal samarbeidsordning eller annen løsning.

Arbeidsgiverkontrollen inngår i kontorets ordinære aktivitet.

4.1.2 Antall kontroller med resultat, herunder avdekket beløp, egenretting og avdekking av uregistrerte arbeidstakere:

Ved 2 av 6 kontroller ble det avdekket beløp og det er foreslått at grunnlaget for arbeidsgiveravgift økes med kr 142 193.

4.1.3 Vurdering av aktiviteten på arbeidsgiverkontrollområdet i regnskapsåret

Aktiviteten på kontrollområdet anses som tilfredsstillende. Kontoret ligger meget godt an i forhold til målsettingen om å etablere kontrollvirksomheten på et akseptabelt nivå i løpet av en tre-årsperiode.

4.1.4 Omtale av samarbeidet med andre kontrollaktører

Det gode samarbeidet med Trondheim kemnerkontor og Skatt Midt-Norge er videreført.

4.1.5 Gjennomførte informasjonstiltak

Det er gjennomført informasjonstiltak rettet mot regnskapsførere og arbeidsgivere for å øke andelen elektroniske innlevering av oppgaver.

4.1.6 Kontorets eventuelle tiltak for bedring av arbeidsgiverkontrollen

Malm, 17. januar 2009

Skatteoppkrever i Inn-Trøndelag



Skatteoppkreverens signatur

Vedlegg: Årsregnskapet for 2009. Signert av skatteoppkreveren.

SAK 009/10

SKATTEOPPKREVERFUNKSJONEN 2009

Saksgang	Møtedato	Saksbehandler	Saksnr.	Arkiv
Kontrollutvalget	24.03.2010	Per Helge Genberg	009/10	421-1729-5.3

Saksbehandlerens forslag til vedtak:

1. Kontrollutvalget tar *Skatteoppkreverens årsrapport for skatteregnskapet 2009* til orientering.
2. Kontrollutvalget tar *Skatteetatens kontrollrapport 2009 vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune* til orientering.
3. Saken oversendes kommunestyret.
4. Kontrollutvalget innstiller på at kommunestyret gjør slikt vedtak:
 - 1) Kommunestyret tar *Skatteoppkreverens årsrapport for skatteregnskapet 2009* til orientering.
 - 2) Kommunestyret tar *Skatteetatens kontrollrapport 2009 vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune* til orientering.

Vedlegg

1. Skatteoppkreverens årsrapport om Inderøy kommunes skatteregnskap for 2009
2. Skatteetatens kontrollrapport 2009 vedrørende skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune

Andre saksdokumenter – ikke vedlagt
(Ingen)

Saksopplysninger

Skatteoppkreverens årsrapport om Inderøy kommunes skatteregnskap for 2009

Den totale skatteinngangen for 2009 utgjorde kr. 385.667.240.

Tilsvarende tall for 2008 er i årets rapport oppgitt å være kr. 365.702.978, mens 2008-rapporten oppga kr 366.360.288. Skatteoppkreveren har på forespørsel opplyst at dette skyldes ulike føringsmetoder, og at det korrekte tallet for 2008 er 365.702.978.

Tallmaterialet er nærmere forklart i skatteoppkreverens årsrapport.

Skatteetatens kontrollrapport vedr. skatteoppkreverfunksjonen i Inderøy kommune

Skatteetaten gjennomfører jevnlig kontroll med skatteoppkreveren, og utarbeider hvert år en kontrollrapport som sendes til kommunestyret, med gjenpart til kontrollutvalget.

Rapporten gir en tilbakemelding på hvordan skatteoppkreverfunksjonen er ivaretatt og utført, og vil også kunne inneholde konkrete forslag til tiltak og forbedringer.

Det er ingen krav til kommunens formelle behandling av kontrollrapporten. Kontrollutvalget har likevel plikt til å følge opp at kommunen ivaretar skatteoppkreverfunksjonen på en tilfredsstillende måte og at den utøves i samsvar med regelverket og eventuelle pålegg fra skatteetaten.

Kontrollrapporten for skatteoppkreverfunksjonen i 2009 finner regnskapsføringen og utførelsen av skatte- og avgiftsinnkrevingen og arbeidsgiverkontrollen "i det alt vesentlige" i samsvar med gjeldende regelverk, men viser til at det er utført færre arbeidsgiverkontroller enn kravet tilsier.

Skatteetaten har ingen spesielle bemerkninger til ressurssituasjonen ved skatteoppkreverkontoret.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Inderøy kommunestyre	13/10	03.05.2010

Kontrollutvalget - Årsrapport 2009

Kontrollutvalgets forslag til vedtak:

Kommunestyret tar Kontrollutvalgets årsrapport for 2009 til orientering.

Vedlegg

1 Kontrollutvalgets Årsrapport 2009

Bakgrunn

I henhold til Kommune-lovens § 77 skal kommunene ha et kontrollutvalg. Kontrollutvalget forestår på vegne av kommunestyret det løpende tilsyn med forvaltningen i kommunen. Utvalget skal påse at revisjon og kontrolltiltak fungerer på betryggende måte.

Kontrollutvalget behandlet sin årsrapport i sak 4/10, og gjorde slikt vedtak:

1. Det framlagte forslaget til Kontrollutvalgets årsrapport for 2009 vedtas.
2. Årsrapporten oversendes kommunestyret.
3. Kontrollutvalget innstiller på at kommunestyret vedtar:
Kommunestyret tar Kontrollutvalgets årsrapport for 2009 til orientering.

Vurdering

Det vises til Kontrollutvalgets behandling.

Konklusjon

Kontrollutvalgets årsrapport for 2009 legges med dette fram for kommunestyret til behandling, jfr. utvalgets vedtak, pkt. 2 og 3.



Inderøy kommune
Kontrollutvalget

Kontrollutvalgets årsrapport for 2009 til kommunestyret

Vedtatt av kontrollutvalget i møte den 18.2.2010

KomSek Trøndelag IKS
-sekretariat for kontrollutvalgene



Fylkets Hus, 7735 Steinkjer
Telefon 74 11 14 76
E-post: post@komsek.no
Web: www.komsek.no

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	3
2 KONTROLLUTVALGETS VIRKSOMHET I 2009	3
2.1 MØTER	3
2.2 BEHANDLING AV KOMMUNENS REGNSKAPER	3
2.3 FORVALTNINGSREVISJON	3
2.4 SELSKAPSKONTROLL	4
2.5 GJENNOMGANG AV MØTEPROTOKOLLER	4
2.6 TILSYN MED REVISJONEN	4
2.7 ORIENTERING FRA KOMMUNENS ADMINISTRASJON	4
2.8 BEFARING/BESØK	4
2.9 DELTAKELSE I KURS/KONFERANSER	4
3 AVSLUTNING	4
4 VEDLEGG	6
OVERSIKT OVER KONTROLLUTVALGETS SAKER I 2009	6

1 INNLEDNING

Kontrollutvalget har som oppgave å føre den løpende kontroll og tilsyn med den kommunale forvaltning på vegne av kommunestyret, jfr. kommuneloven med forskrifter.

Kontrollutvalget kan i prinsippet ta opp et hvert forhold ved kommunens virksomhet så lenge det kan defineres som kontroll og tilsyn, men kan ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens folkevalgte organer. For nærmere informasjon om kontrollutvalgets hjemmel og mandat, viser en til kontrollutvalgets årsplan.

Kommunestyret i Inderøy valgte i møte den 15.10.2007, sak 48/07 et kontrollutvalg på 3 faste medlemmer og 3 personlige varamedlemmer for perioden 2007 – 2011.

Faste medlemmer

Leder Svein Jørum
Nestleder Anstein Lyngstad
Medlem Karin Kjølmoen

Varamedlemmer

Øystein Lorentsen
Astri Marie Wessel
Bente Melhus

Fra og med valgperioden 2007-2011 er det lovfestet at minst ett av utvalgets medlemmer skal velges blant kommunestyrets medlemmer (Kommuneloven § 77 nr. 1).

Svein Jørum er fast medlem av kommunestyret.

2 KONTROLLUTVALGETS VIRKSOMHET I 2009

2.1 MØTER

Kontrollutvalget har i 2009 holdt 5 møter og behandlet 23 saker, se vedlegg. Til sammenligning var tilsvarende tall for 2008 5 møter og 27 saker.

Møtene i utvalget er med hjemmel i kommunelovens § 77, nr 8 holdt for lukkede dører. Kommunens revisor benytter seg rutinemessig av sin møte- og talerett i kontrollutvalgets møter.

Ordføreren har møte og talerett i kontrollutvalget, og mottar møteinnkalling og møteprotokoll. Rådmannen mottar også møteinnkalling og møteprotokoll.

2.2 BEHANDLING AV KOMMUNENS REGNSKAPER

Når kontrollutvalget er blitt forelagt revisjonsberetningen fra revisor, skal utvalget uttale seg om årsregnskapet før det vedtas av kommunestyret. Uttalelsen går til kommunestyret, men kopi skal være formannskapet i hende tidsnok til at formannskapet kan ta hensyn til uttalelsen før dette organet avgir sin innstilling til kommunestyret, jfr. forskr. § 7.

I møte 28.04.2009 ga kontrollutvalget uttalelse til kommunestyret om kommunens årsregnskap med revisjonsberetning (sak 08/09) og kommunens årsmelding for 2008 (sak 09/09).

2.3 FORVALTNINGSREVISJON

Det er ikke gjennomført forvaltningsrevisjonsprosjekt i 2009.

2.4 SELSKAPSKONTROLL

Ingen selskapskontroll er gjennomført i 2009.

I møter 07.05.2009 vedtok representantskapene i KomSek Trøndelag IKS og KomRev Trøndelag IKS å flytte oppgaven med å utføre selskapskontroll fra sekretariatet til revisjonen, med virkning fra denne datoen. Jfr. også kontrollutvalgets sak 017/09.

2.5 GJENNOMGANG AV MØTEPROTOKOLLER

Kontrollutvalget behandler jevnlig rapporter etter revisjonens gjennomgang av møteprotokoller fra formannskap og kommunestyre. Hensikten med denne gjennomgangen av saksframlegg og vedtak er å påse at av vesentlig økonomisk betydning er i tråd med lov, forskrift, regelverk og overordnede planer.

Kontrollutvalgets inntrykk er at kvaliteten på den kommunale saksbehandling i hovedsak er god.

2.6 TILSYN MED REVISJONEN

Gjennom behandling av revisjonsstrategier og statusrapporter fra revisjonen fører kontrollutvalget tilsyn med at revisjonsarbeidet er à jour og foregår i samsvar med god kommunal revisjonsskikk. I denne sammenhengen holdes det et årlig kontaktmøte mellom KomSek og KomRev. Oppsummering etter møtet presenteres for kontrollutvalget.

Oppdragsansvarlig revisor skal årlig avgi erklæring om sin uavhengighet, jfr. forskrift om revisjon § 15. Denne ble forelagt kontrollutvalget i møtet den 24.09.09, sak 015/09.

2.7 ORIENTERING FRA KOMMUNENS ADMINISTRASJON

Disse har møtt og orientert kontrollutvalget i møte:

- Kommunalsjef Marit Myrhaug 27.02 under sak 02/09
- Rådmann Jon Arve Hollekim 28.04 under sak 08/09
- Rådmann Jon Arve Hollekim 04.06 under sak 11/09
- Rådmann Jon Arve Hollekim 25.11 under sak 23/09

Kommunens administrasjon har orientert om aktuelle forhold ved driften av kommunen.

2.8 BEFARING/BESØK

Kontrollutvalget har ikke gjennomført besøk i 2009, men vedtatt å gjennomføre to besøk i 2010.

2.9 DELTAKELSE I KURS/KONFERANSER

Karin Kjølmoen og Svein Jørum deltok på Norsk Kommunerevisorforbunds kontrollutvalgskonferanse på Gardermoen 4.-5. februar.

3 AVSLUTNING

Kontrollutvalget er valgt av kommunestyret - som har det øverste ansvaret - for på dets vegne å føre tilsyn med øvrige folkevalgte organer og administrasjonen. I praksis blir forhold som kontrollinstansen avdekker, løst på lavest mulig nivå, og bare unntaksvis formelt rapportert til

kommunestyret. Den årlige meldingen er derfor viktig informasjon om det tilsyn kontrollutvalget utøver på vegne av kommunestyret.

Kontrollutvalget ser positivt på innspill fra kommunestyret i form av forslag på oppgaver det vil være ønskelig at kontrollutvalget ser nærmere på.

Inderøy den 18. februar 2010

Svein Jørum
leder

Anstein Lyngstad

Karin Kjølmoen

4 VEDLEGG

OVERSIKT OVER KONTROLLUTVALGETS SAKER I 2009

Møtedato	Saksnr.	Sakstittel
27.02.	001	Referatsaker
	002	Orientering fra administrasjonen
	003	Orientering fra revisor
	004	Kontrollutvalgets årsrapport 2008 til kommunestyret
	005	Gjennomgang av saker behandlet av formannskapet og kommunestyret 2. halvår 2008
	006	Skatteoppkreverfunksjonen 2008
28.04.	007	Orientering fra revisor
	008	Inderøy kommunes årsregnskap for 2008
	009	Inderøy kommunes årsmelding for 2008
04.06.	010	Referatsaker
	011	Orientering fra administrasjonen
24.09.	012	Referatsaker
	013	Kommunens bruk av engangstilskudd til vedlikehold og rehabilitering (tiltaksapakken)
	014	Orientering fra revisjonen
	015	Revisjon 2009
	016	Forslag til driftsbudsjett for 2010 for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen
	017	Selskapskontroll – valg av utfører
	018	Gjennomgang av møteprotokoller 1. halvår 2009
25.11.	019	Referatsaker
	020	Orientering fra revisjonen
	021	Oppfølging av saker behandlet i kontrollutvalget
	022	Kontrollutvalgets årsplan / møteplan for 2010
	023	Orientering fra administrasjonen



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	25/10	28.04.2010
Inderøy kommunestyre	14/10	03.05.2010

Delegasjon av myndighet etter ny havne- og farvannslov

Rådmannens forslag til vedtak

Kommunestyret i Inderøy delegerer myndighet som etter havne- og farvannsloven tilligger kommunen til Indre Trondheimsfjord havnevesen, jmfør Lov om havner og farvann av 17.04.09 § 10 og i samsvar med vedtektene for Indre Trondheimsfjord havnevesen § 2.

Behandling i Formannskapet - 28.04.2010:

Avstemming:

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Formannskapet - 28.04.2010:

Kommunestyret i Inderøy delegerer myndighet som etter havne- og farvannsloven tilligger kommunen til Indre Trondheimsfjord havnevesen, jmfør Lov om havner og farvann av 17.04.09 § 10 og i samsvar med vedtektene for Indre Trondheimsfjord havnevesen § 2.

Bakgrunn

Den nye havne- og farvannsloven ble vedtatt 17.4.2009, og trådte i kraft fra 1.1.2010. I henhold til § 9 i den nye havne- og farvannsloven legges forvaltningsansvar og myndighet for kommunens sjøområde direkte til den enkelte kommune:

§ 9. Kommunens forvaltningsansvar og myndighet

Kommunen har forvaltningsansvar og myndighet etter denne loven innenfor området hvor kommunen har planmyndighet etter plan- og bygningsloven, med mindre noe annet følger av bestemmelser gitt i eller i medhold av denne loven.

Kommunen skal sørge for sikkerhet og fremkommelighet i havner og i kommunens sjøområde.

Departementet kan gi forskrift og treffe vedtak om kommunens forvaltningsansvar og myndighet etter denne loven, herunder gjøre unntak fra eller utvidelse av kommunens forvaltningsansvar og myndighet.

Kommunene vil blant annet som følge av den nye loven få ansvar for kontroll med farvannet og sjøsikkerheten innenfor kommunale sjøgrenser.

Indre Trondheimsfjord havnevesen (ITH) har siden 1.1.2004 utført forvaltningsoppgaver og utøvd myndighet etter havne- og farvannsloven av 8. juni 1984 på vegne av eierkommunene.

ITH ble opprettet etter havne- og farvannsloven av 08.06.84. Den nye havne- og farvannsloven opphever tidligere vedtatt forskrift om havnedistrikt i sjøen, også for ITH, og legger som tidligere nevnt forvaltningsansvar og myndighet for kommunens sjøområde direkte til den enkelte kommune. Det er derfor nødvendig å delegere myndighet etter den nye loven. Det er lagt til rette for at kommunens forvaltningsoppgaver og myndighet kan delegeres til ITH, jmfør lovens § 10:

§ 10. Delegasjon av kommunens myndighet

Myndighet som etter denne loven tilligger kommunen, kan delegeres til interkommunalt samarbeid, jf. lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), og til selskap etablert i henhold til lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper.

Departementet kan ved enkeltvedtak eller i forskrift fastsette at en nærmere bestemt del av kommunens myndighet etter denne loven kan delegeres til private.

Vurdering

Det er Inderøy kommunestyre som må ta stilling til hvorvidt oppgaver og myndighet som nevnt ovenfor på nytt skal delegeres havnevesenet. ITH har i brev av 11.1.2010 signalisert at de fortsatt ønsker å ivareta disse oppgavene på vegne av sine medlemskommuner.

ITH forvalter følgende offentlige kaianlegg: Levanger, Verdal, Malm, Steinkjer Sørsia, Steinkjer Bogen, Verran, Leksvik og Vanvikan. Inderøy kommune har ingen offentlige havner. Dette

medfører at man innenfor kommunen heller ikke har bygd opp vesentlig kompetanse innenfor havne- og farvannsforvaltning.

Rådmannen mener med bakgrunn i det ovennevnte at det vil være en stor fordel for Inderøy kommune å få delegert myndigheten i henhold til havne- og farvannsloven til et kompetent organ som Indre Trondheimsfjord havnevesen. Dette er i tillegg en ordning som har fungert godt over flere år.

Konklusjon

Rådmannen mener at Inderøy kommune bør delegere myndighet som etter havne- og farvannsloven tilligger Inderøy kommune til Indre Trondheimsfjord havnevesen, jamfør Lov om havner og farvann av 17.4.2009 §10, og i samsvar med vedtektene for Indre Trondheimsfjord havnevesen § 2.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg Folk	14/10	16.03.2010
Inderøy kommunestyre	15/10	03.05.2010

Endring av reglement for Inderøy Kulturskole

Rådmannens forslag til vedtak:

Vedlagte forslag til Reglement for Inderøy kulturskole erstatter tidligere Elevinstruks for Inderøy musikk- og kulturskole.

Behandling i Hovedutvalg Folk - 16.03.2010

Avstemming

Rådmannens forslag enstemmig

Innstilling i Hovedutvalg Folk - 16.03.2010

Vedlagte forslag til Reglement for Inderøy kulturskole erstatter tidligere Elevinstruks for Inderøy musikk- og kulturskole.

Vedlegg

- 1 Elevinstruks for Inderøy musikk- og kulturskole
- 2 Reglement for Inderøy Kulturskole

Bakgrunn:

Elevinstruks for kulturskolen foreslås endret på bakgrunn av følgende:

1. Inderøy musikk- og kulturskole endret i 2003 navn til Inderøy kulturskole.
2. Forenkling av opptaksrutiner ved kulturskolen ved innføring av digitalt søknadsskjema og endring av tidsfrist, gjør at det er nødvendig å justere nåværende elevinstruks. Det er også bl.a. behov for presisering av forhold ved organisering av undervisningen.

Endringsforslaget er utarbeidet i samråd med rektor ved Inderøy kulturskole, og har vært drøftet i personalmøte ved skolen.



Elevinstruks for Inderøy musikk- og kulturskole

1. Elevene tas opp for ett skoleår av gangen. Hvis man ikke skal fortsette i vårsemesteret, må dette meddeles skolen skriftlig innen 1. desember. Innen 15. mai må man gi melding om man skal fortsette ved musikk- og kulturskolen neste skoleår. Alle elevene får utdelt en svarslipp i april der de krysser av om de skal fortsette, søker permisjon eller slutte.
2. Regning på semesteravgift og instrumentleie sendes ut i midten av semesteret. Dersom en elev begynner sent i semesteret eller ikke kan fullføre påbegynt semester, må elevavgiften allikevel betales i sin helhet. Dette gjelder ikke nybegynnere som slutter etter 2 timer.

For lengre tids sykdom (mer enn 4 uker), og ved fraflytting kan semesteravgiften reduseres i forhold til den tid eleven ikke har fått undervisning. Forutsetning for slik reduksjon er at rektor får beskjed om sykdom/fracflytting så tidlig som mulig.

3. Elevene skal møte i rett tid til alle undervisningstimer og/eller samspilløvinger. Dersom en elev blir forhindret fra å møte til en undervisningstime, må det gis melding om dette i god tid på forhånd, enten til lærer eller til musikk- og kulturskolens administrasjon.
4. Elevene skal rette seg etter de bestemmelser som blir gitt av skolens undervisningspersonale.
5. Blir et av skolens instrumenter påført skade ved uforskyldt uhell, rapporteres dette så raskt som mulig til rektor dersom retten til fri reparasjon ikke skal tapes. Dersom skaden skyldes skjødesløs behandling, må elevene selv betale reparasjonene.
6. Elever som uteblir fra undervisningen flere ganger uten å gi melding, og/eller som ikke viser tilstrekkelig interesse, kan utelukkes fra videre undervisning neste semester.
7. Etter forslag fra *Komite Folk* kan denne instruks endres av *kommunestyret*.

Sakshaug, 1. november 1997



020598

REGLEMENT FOR INDERØY KULTURSKOLE

1. *Opptak, permisjon og endring av disiplin. Utmelding.*

Søknad om opptak ved kulturskolen skjer elektronisk via kommunens hjemmeside (<http://www.inderoy.kommune.no/>). Søknader om permisjon eller endring av disiplin, samt utmelding, skal skje **skriftlig**. Frister: **1. mai** og **1. desember**.

Elever som er tildelt plass i kulturskolen, betraktes som elever inntil plassen er sagt opp, eller kulturskolen sier opp plassen. Begge deler skal skje skriftlig.

2. *Skolerute*

Kulturskolen følger grunnskolens skolerute.

3. *Undervisning.*

- a) Eleven skal møte presis til alle undervisningstimer og samspilløvinger.
- b) Ordinær undervisning gis individuelt eller i grupper. I løpet av året er forestillinger og utstillinger en del av undervisningen. Derfor vil ordinær timeplan i perioder bli brutt opp, og undervisningstiden komprimert.

4. *Semesteravgift og instrumentleie.*

- a) Semesteravgift og instrumentleie fastsettes av kommunestyret, og betales i midten av hvert semester. For elever som slutter uten at det gis skriftlig melding innen fristene, skal elevavgiften for påfølgende semester betales. For elever som begynner sent i semesteret, eller ikke fullfører påbegynt semester, skal semesteravgiften betales i sin helhet.
- b) Nybegynnere som slutter etter 2 undervisningstimer slipper å betale elevavgift.
- c) Ved lengre tids sykdom (mer enn 4 uker), og ved fraflytting kan semesteravgiften reduseres i forhold til den tid eleven ikke har fått undervisning. Forutsetning for slik reduksjon er at ledelsen ved skolen får beskjed om sykdom / fraflytting så tidlig som mulig.

5. *Skade på utstyr.*

Dersom kulturskolens eiendom, for eksempel instrumenter, blir påført skade, skal skaden rapporteres til rektor snarest mulig.

Foresatte er erstatningsansvarlig etter Lov om skadeerstatning § 1-2 for inntil kr. 5000.- for hvert skadeverk.

6. *Fravær.*

- a) Elever som er forhindret fra å møte til en undervisningstime, må gi melding til lærer eller kulturskolens administrasjon i god tid.
- b) Elever som uteblir fra undervisningen flere ganger uten å gi melding, kan miste elevplassen.

7. Kommunestyret vedtar reglement eller endring av reglement etter innstilling fra Hovedutvalg Folk.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg Folk	15/10	16.03.2010
Formannskapet	19/10	17.03.2010
Inderøy kommunestyre	16/10	03.05.2010

Vinmonopol i Inderøy. Forespørsel om etablering.

Rådmannens forslag til vedtak:

Det søkes om etablering av vinmonopol i Inderøy kommune.

Behandling i Hovedutvalg Folk - 16.03.2010

Avstemming

Innstilling i Hovedutvalg Folk - 16.03.2010

Det søkes om etablering av vinmonopol i Inderøy kommune.

Behandling i Formannskapet - 17.03.2010

Avstemming

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Formannskapet - 17.03.2010

Det søkes om etablering av vinmonopol i Inderøy kommune.

Bakgrunn

Vinmonopolet ønsker å åpne 11 nye butikker i 2010, forutsatt at det finnes egnede lokaler i den enkelte kommune. Vinmonopolet har vært opptatt av å sikre geografisk spredning og å prioritere kommuner som ikke har Vinmonopol. Ingen av de 11 nye butikkene vil etter planene bli lokalisert i Nord-Trøndelag.

Etablering av butikker i nye kommuner er basert på en samlet vurdering av geografisk dekning på landsbasis og kravet til lønnsom drift av butikkene. De viktigste enkeltkriteriene som legges til grunn for etablering er:

- Befolkningsgrunnlag og bosettingsmønster i kommunen.
- Etablerte handelsmønstre i eller omkring kommunen.
- Nærhet til eksisterende Vinmonopolbutikk.
- At nyetableringen dekker sine egne kostnader.

85 % av Norges befolkning bor i en kommune med eget vinmonopol. I Nord-Trøndelag har 8 av kommunene eget vinmonopol (Grong, Kolvereid, Levanger, Namsos, Namskogan, Steinkjer, Sjøtørdal og Verdal).

En av Vinmonopolets målsettinger er å bidra til reduksjon av det totale alkoholforbruket i Norge, samtidig som befolkningen skal tilbys et godt totalprodukt. Iflg. Vinmonopolet er dette "samfunnets viktigste virkemiddel for å sikre ansvarlig salg av alkohol", noe som skal sikres gjennom bl.a. "fravær av kjøpepress, effektiv sosial kontroll, holdningsskapende tiltak, etisk adferd og effektiv drift".

Når folk må reise ut av bygda for å få tilgang på polvarer, er det naturlig at det gjøres flere innkjøp samtidig. Derfor er det et vanlig argument for å søke etablering av vinmonopol, at en slik etablering vil hindre handelslekkasje til byer og større tettsteder med etablert vinmonopol.

Prosessen med å søke etablering av vinmonopol er som følger:

"Kommunen henvender seg til Vinmonopolet med forespørsel om poletablering. Som oftest har kommunen behandlet saken i kommunestyret.

Når Vinmonopolet mottar henvendelsen skifter kommunens status fra passiv til aktiv. For alle aktive kommuner gjøres en dypere analyse.

Alle aktive kommuner er med i Vinmonopolets årlige vurderinger av nye butikker. Kommunen trenger ikke henvende seg til Vinmonopolet på nytt.

Vinmonopolets styre vedtar hver høst (oktober – desember) nye butikketableringer for neste år.

Vinmonopolet søker kommunen om salgsbevilling (etter styrevedtaket).

Etter innvilget salgsbevilling har Vinmonopolet en tilbudsforespørsel (annonser i lokalpresse etc.) om lokaler.

Lokalbesittere henvender seg til Vinmonopolet.

Vinmonopolet befarer alle egnede tilbudte lokaler.

Etter befarung velger det best egnede butikklokalet. Vi ønsker: sentral beliggenhet i nærheten av annen handel, gode parkeringsmuligheter, alt på ett plan, god adkomst for varebilene.

Butikken er sjelden innflytningsklar. Dette innebærer at det må tegnes på nye løsninger. Denne delen av prosessen kan ta fra 3 til 12 uker.

Kommunen godkjenner Vinmonopolets valg av lokaler.

Kontrakt undertegnes etter at tegningene er på plass.

Tilpassing/utbygging av lokalene. Ombyggingens omfang og tilgang på lokale håndverkere avgjør hvor raskt butikken kan åpne.

I de fleste tilfellene åpner butikkene fra 6 til 12 måneder etter at vedtaket om butikketablering er fattet.”

Vurdering

Etablering av vinmonopol i Inderøy kommune kan ses som et forebyggende tiltak ift. å sikre alkoholomsetning i regulerte og lovlige former og dermed et bidrag til å forebygge eller redusere ulovlig omsetning av alkohol. Også for vår kommune vil selvsagt etablering av vinmonopol ha en næringspolitisk begrunnelse – spesielt gir det nye muligheter for handelsnæringen.

Inderøy kommune er Nord-Trøndelags 6 største kommune og med Straumen som kommune og handelssentrum. Naturlig nedslagsfelt for et vinmonopol omfatter et område med en befolkning på ca 7000. Det synes naturlig at et neste vinmonopol i Nord-Trøndelag lokaliseres til Inderøy.

Rådmannen anser det unødvendig å problematisere spørsmålet om intern lokalisering av et vinmonopol. I denne sammenheng anses det åpenbart at Straumen peker seg ut som mulig lokaliseringssted; jeg viser i den sammenheng til Nessjordplanene og mulighetene for å styrke handelsnæringen i Inderøy. Uansett vil dette være en sak hvor Vinmonopolet gjør sluttvurderingene og konkluderer.

Konklusjon

Det søkes om etablering av vinmonopol i Inderøy kommune.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Valgnemnda	1/10	28.04.2010
Inderøy kommunestyre	17/10	03.05.2010

Valg av varamedlem til styret for Inderøy museum

Rådmannens forslag til vedtak:

Som nytt varamedlem i styret for Inderøy museum/kontaktperson Stiklestad museene velges:

.....

Behandling i Valgnemnda - 28.04.2010:

Ordføreren foreslo Nils Undersåker som nytt varamedlem i styret for Inderøy museum/kontaktperson Stiklestad museene.

Avstemming:

Ordførerens forslag enstemmig.

Innstilling i Valgnemnda - 28.04.2010

Som nytt varamedlem i styret for Inderøy museum/kontaktperson Stiklestad museene velges:
Nils Undersåker.

Bakgrunn

I kommunestyrets møte den 12.12.2007, sak nr. 68/07, ble følgende medlemmer og varamedlemmer valgt til styret for Inderøy museum/kontaktperson Stiklestadmuseene:

Medlem

1. Trond Næss
2. Inger Johanne Grønnesby

Varamedlem i rekkefølge:

1. Per Odd Tronstad
2. Magnus Balgaard

De er valgt for perioden 2007-2011.

I desember 2009 døde Per Odd Tronstad. Nytt varamedlem i styret for Inderøy museum må således velges.

Vurdering

Konklusjon

PS 18/10 Referatsaker



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg Folk	22/10	27.04.2010
Inderøy kommunestyre	19/10	03.05.2010

Strategi 2020 - Høriøngsutkast til strategi for spesialhelsetjeneste i Helse Midt-Norge

Rådmannens forslag til vedtak

Inderøy kommune slutter seg til hovedtrekkene i utkast til felles uttalelse fra KS Nord-Trøndelag vedrørende Helse Midt-Norge Strategi 2020.

Behandling i Hovedutvalg Folk - 27.04.2010:

Skriv/forslag til vedtak fra KS Nord-Trøndelag ble delt ut i møtet.

Avstemming:

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Hovedutvalg Folk - 27.04.2010:

Inderøy kommune slutter seg til hovedtrekkene i utkast til felles uttalelse fra KS Nord-Trøndelag vedrørende Helse Midt-Norge Strategi 2020.

Vedlegg

- 1 Strategi 2020 - Høringsutkast til strategi for spesialhelsetjenesten i Helse Midt-Norge
- 2 Plan 2020 - Kommunene i Nord-Trøndelag, helsetilbud
- 3 Fylkesmøtet i KS Nord-Trøndelag sin uttalelse til "Strategi 2020"

Bakgrunn

Saksframlegget nedenfor er utarbeidet av KS-Nord-Trøndelag som grunnlag for behandling i fylkesmøtet 23.04. Fylkesmøtet vedtar endelig uttalelse.

Styret for Helse Midt Norge RHF har til behandling ny oppgavedeling og strukturendring innenfor spesialisthelsetjenesten. Saken berøre alle Helseforetakene i helseregion Midt Norge. Den berører også innbyggerne og kommunene i Nord-Trøndelag. Selve prosessen har navnet "Strategi 2020". Styret for Helse Midt Norge RHF sendte i brev av 4. mars 2010 ut et høringsdokument i anledning saken, med høringsfrist 20. mai 2010. Endelig beslutning skal tas i styremøte den 24. juni 2010.

Bakgrunnen for strategiprosessen er at man de neste 10 - 20 årene vil stå ovenfor sentrale utfordringer på en rekke områder. Styret har vurdert fire utfordringer som de viktigste for perioden fram til 2020:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Det vil bli tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Høringsutkastet skisserer videre fem forbedringsområder for å møte disse utfordringene.

Det er i forkant av prosessen foretatt beregninger av forskjellene i ressursbruk i beredskapen til et sykehus som har full døgnerberedskap i både kirurgi og indremedisin, mot et sykehus der det er full beredskap i indremedisin, men uten døgnerberedskap i kirurgi (5-døgnspost for planlagte kirurgiske inngrep).

Det er også gjennomført kostnadsanalyser over økte transportkostnader dersom den kirurgiske akuttberedskapen samles i ett sykehus i hver region. Dette skal konsekvensvurderes videre fram mot endelig avgjørelse i saken.

KS Nord Trøndelag ga allerede i brev til Helse Midt-Norge RHF datert 16.02.10 en entydig anbefaling om at to fødeavdelinger i Nord-Trøndelag var viktig for trygghet og trivsel for store og viktige grupper av befolkningen..

Oppgavedelingen som er foreslått kan i hovedsak oppsummeres slik:

- Inndeling av sykehusene i "akuttsykehus" og lokalsykehus. Forskjellen ligger i hovedsak i hvem som får ansvaret for akuttkirurgisk beredskap.
- Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert Helseforetak. Dette sykehuset får status som "akuttsykehus" i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

- Lokalsykehusene skal gi et helhetlig tilbud til pasientene, og skal derfor tilby kirurgiske tjenester i ulike spesialiteter, men skal ikke ha akuttberedskap innenfor kirurgiske spesialiteter.
- Planlagte døgn tjenester i lokalsykehusene skal være basert på 5-døgnsdrift. Planlagte pasienter med behov for lengre liggetid enn 5- døgn skal behandles ved akutt sykehusene.
- Alle lokalsykehusene skal ha døgnberedskap innenfor indremedisin med tilhørende nødvendige støttefunksjoner som bla. vaktberedskap innenfor anestesi.
- Antallet fødeavdelinger bør reduseres for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingen. Geografiske ulikheter i de fire sykehusområdene kan gjøre av løsningen ikke nødvendigvis blir de samme.
- Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to i Helseregion Midt-Norge (St. Olavs og Ålesund). I de øvrige helseforetakene etableres barneavdelinger med akuttberedskap i 5-dagersposter.
- Ressursveksten i somatikk skal reduseres. Den reduserte veksten i somatikk skal bidra til å bygge opp tjenester og øke kapasiteten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.
- Helseforetakene skal etablere desentralisert poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediæravdelinger.
- Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenester til å samarbeide om etablering av FAM (felles akutt mottak).
- Pasientforløpene skal bedres gjennom standardisering og ved at de ulike deltjenestene knyttes bedre sammen.
- Ved akutt skade og sykdom vil de prehospitale tjenestene (syketransporttjenestene) være en del av pasientforløpet.
- Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, hvor hoveddelen av pasientgruppene sine behov for spesialiserte helsetjenester skal dekkes av lokalsykehus, eller gjennom desentraliserte poliklinikk-/dagtilbud.
- På alle fagområdene i Helseforetakene, der det er mulig, så skal det frigjøres ressurser gjennom redusert vaktberedskap.

I tilknytning til høringen bes høringsinstansene besvare fem spørsmål. Disse spørsmålene vil bli vurdert nedenfor, og besvart i form av en konkret uttalelse formet som et vedtak i saken.

Vurdering

Høringsuttalelsen bygges opp i forhold til hva Helse Midt Norge etterspør. Det åpnes i spørsmål 5 for å legge inn andre tilbakemeldinger, enn de som direkte etterspørres.

1. Er det enighet om de fire hovedutfordringene som beskrives i Strategi 2020? Er det andre utfordringer som er like viktige?

De fire hovedutfordringene synes riktige.

I tillegg vil en påpeke tre andre meget viktige utfordringer:

- Det er en stor utfordring å opprettholde trygghet og tillit hos befolkningen som får lengre avstand til evt. færre fødeavdelinger.
- Konkurransen om arbeidskraft mellom kommunene og helseforetakene.
- Arbeidsdeling og finansieringen som del av Samhandlingsreformen.

2. Er det enighet om de 5 strategiske målene som Helse Midt Norge har satt for spesialisthelsetjenesten mot 2020? Er det andre strategiske mål som vurderes som like viktige?

I hovedsak er en enig om de fem strategiske målene, men vi har synspunkter på følgende forhold:

- Flytting av ressurser fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet: Det synes nødvendig å flytte ressurser over mot aktiv behandling på bekostning av passiv beredskap. Kommunen tar derimot et klart forbehold på dette punktet når det gjelder forslaget om færre fødeavdelinger. Færre fødeavdelinger vil ha som konsekvens betydelig økt geografisk avstand for mange fødende, og dermed redusert trygghet og tillit til fødetilbudet.
 - Organisering som underbygger trygge pasientforløp:
Dette målet vil måtte medføre flere fødeavdelinger enn det som er foreslått av styret, der avstandene er store, for eksempel i Nord-Trøndelag. **Eksempelvis så er avstanden fra Austafjord i Vikna til Levanger 227 km og turen tar 3 t 25 min. Turen fra Leka er på 240 km og tar 3 t og 18 min.**
 - Rett kompetanse på rett sted til rett tid:
Dette er viktig i forhold til behovet for kvalitet og trygghet.
Fødeavdelingene er også her i en særstilling.
 - Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunene slik at man kan lykkes med forebyggende arbeide.
Ett gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til forebyggende arbeid er helt avgjørende for å lykkes.
3. Er det enighet om de prinsippene for oppgavedeling som styret har vedtatt sendt ut på høring? Er det andre måter å organisere tjenestene på som vil gi rom for å møte de utfordringene som er beskrevet? (Se også pkt. 4.8 i høringsdokumentet)

Styret legger i høringsdokumentet opp til flere prinsipper for oppgavedelingen mellom Helseforetakene i regionen, mellom sykehusene i det enkelte Helseforetak, internt i det enkelte sykehus, og mellom Helseforetak og kommune.
(se oppsummering foran under Saksopplysninger)

Begrunnelsen i høringsdokumentet for en ny oppgavedeling, er at for mange pasienter i dag får tilbud om helsehjelp sent i sykdomsutviklingen, at for mange pasienter reinnlegges, og at for mange pasienter i sykehus kunne ha fått et tilbudet på et mer effektivt omsorgsnivå.

Videre at det er en voksende etterspørsel etter dagbasert behandling og poliklinikk som en ønsker å foreta endringer i oppgavedelingen for å kunne imøtekomme.

Videre er endringer i oppgavedelingen nødvendig for å bygge sterkere fagmiljø for å sikre framtidig rekruttering og kvalitet i tilbudene.

Rådmannen ser behovet for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt Norge. Dette for bl.a. å frigjøre ressurser fra vaktberedskap til planlagte aktivitet, og for å sikre robuste fagmiljø og sikre kvaliteten i tjenesten.

Utfordringen som følge av forslag til ny oppgavefordelingen ligger bl.a. i nærheten til akuttfunksjoner, og da spesielt nærheten til gode og trygge fødetilbud i Nord-Trøndelag med en kompliserte og utfordrende geografi, samt kvaliteten på og tilliten til gode og faglig avanserte pre-hospitale tjenester. Det er helt nødvendig å opprettholde, og om mulig utvikle, kvalitative pre-hospitale tjenester i regionen for å fortsatt ha tillit hos brukere og befolkning ellers.

Rådmannen kan ikke se at geografisk avstand og trygghet til bl.a. et godt fødetilbud er nok vektlagt i høringsforslaget. Dette er tilbud som det har store bosettingsmessige konsekvenser å endre på. Befolkningen forventer og forutsetter at slike tilbud er i en rimelig akseptabel avstand til eget bosted.

Når det er etablert gode fagmiljø med tilgang til spesialister som ønsker å gå i en vaktberedskap som er høyere enn hva som uttales som et mål i strategidokumentet, og det ligger store utfordringer med å sikre trygghet for innbyggerne gjennom å øke geografisk avstand til alternativt

gode tilbud, så er det rådmannens oppfatning at tilbudet må bestå. Spesielt når en endring av tilbudet vil føre til et nytt behov for å måtte øke kapasiteten ut over hva som det er tilrettelagt for i dag andre steder.

Rådmannen er derfor tydelig på at fødeavdelingen ved Sykehuset Namsos må bestå som et fullverdig og godt fødetilbud for befolkningen i Nord-Trøndelag.

Rådmannen forventer derfor at Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprettholde begge fødeavdelingene, og finansierer tilbudet som del av den planlagte oppgavedelingen, og ikke lar spørsmålet om å opprettholde tilbudet bli en sak for Helse Nord-Trøndelag HF.

Det ligger i forslaget til ny oppgavedeling en betydelig utfordring knyttet til å takle behovet for økt kapasitet for de fagområdene som får ansvaret for 7 dagers beredskap. Konsekvensene med tanke på behovet for økt kapasitet synes ikke å være tilstrekkelig avklart i forkant.

Det vil også bli behov for å flytte flere pasienter mellom sykehusene i større utstrekning enn i dag som følge av prinsippet om 5-dagers tilbud på de lokalsykehusene, som ikke får akuttstatus.

Rådmannen vil i den forbindelse også peke på forslaget om endringer av barneavdelingene, med omlegging til 2 barneavdelinger med 7 dagers døgnberedskap i helseregion Midt Norge, og ellers 5-dagersposter ved de andre helseforetakene.

Både kapasitetsmessig forhold, behovet for økt transport, og hensynet til barna og deres pårørende må vektlegges sterkere av styret i forhold til forslaget til endring av strukturen på antallet barneavdelinger, med forslag om 7 dagers døgnbasert akuttberedskap reduseres til to

Rådmannen mener at forslagene til endringer i struktur og oppgavedeling kan få konsekvenser i forhold til framtidig tilgang til og utvikling av lokal/regional spesialistkompetanse på de fagområdene som ikke får status som akutfunksjoner, men som er tiltenkt å drive med mer planlagt aktivitet.

Dette både i forhold til rekruttering til utdanningsløp for spesialister og senere rekruttering av ferdige spesialister for å sikre faglig stabilitet i tilbudene. En slik utvikling vil føre til en ytterligere sentralisering av spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig at styret i Helse Midt Norge RHF har med seg i sine vurderinger hva som også skjer utenfor helseregion Midt Norge, der pasienter og innbyggere utenfor regionen velger vår region som følge av endringer i egen region. Dette gjelder for eksempel endringer i fødetilbud i søndre Nordland. Dette er av stor betydning for Helse Nord-Trøndelag, og spesielt Sykehuset Namsos.

Rådmannen mener at strategidokumentet ikke har gode nok beskrivelser over de konsekvenser endringene vil bety for kommunene. Rådmannen forventer at endringene ikke skal svekke tryggheten for tilgang til og kvaliteten på helsetjenesten til innbyggerne. Endringene vil kreve et systematisk og tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til oppgavefordeling.

Tidspunktet for å behandle ny strategi for Helse Midt Norge synes ikke å være godt nok tilpasset de sentrale politiske vedtak som er forventet som del av St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen".

Rådmannen mener at styret i Helse Midt Norge RHF burde i en slik viktig sak ha avventet behandlingen av "Strategi 2020" til den sentrale politiske behandlingen av Samhandlingsreformen er gjennomført før Helse Midt-Norge RHF utmeisler sin egen strategi fram mot 2020.

Strategi 2020 har fokus på et tettere og et mer utvidet samarbeid med kommunene. Skal kommunen settes i stand til å håndtere nye oppgaver som vil kreve ny og endret kompetanse, så forutsetter dette en sterkere sentral avklaring av både lovgrunnlag, finansiering og ny organisering av den tradisjonelle oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Rådmannen mener at "Strategi 2020" legger opp til at den framtidig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal bygges på prinsippene som er foreslått i St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen". For kommunene er det viktig at denne oppgavedelingen er vedtatt av sentrale myndigheter før den blir iverksatt, da en slik ny oppgavedeling vil ha store konsekvenser for kommunene som tjenesteyter.

4. Har høringsinstansene konkrete forslag til oppgavedeling/tjenesteorganisering som kan bidra til å løse de målene som er satt, herunder forholdet mellom å sentralisere noen spesialiserte tjenester og desentralisere andre oppgaver?

Det legges opp til en desentralisering av flere oppgaver, spesielt for de største pasientgruppene, hvor behovet for spesialisthelsetjenester skal dekkes av lokalsykehusene, eller gjennom desentraliserte poliklinikker/dagtilbud.

Samarbeidet med helseforetakene og kommunene må stykes betydelig. Samhandlingsreformen er på høringstidspunktet innholdsmessig meget uavklart, selv om retningen er tydelig.

Rådmannen ser det derfor som en vanskelig oppgave å foreslå konkret oppgavedeling/tjenesteorganisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene uten å kjenne til økonomien som en forutsetning for det kommunale handlingsrommet.

5. Andre tilbakemeldinger

På side 30 i strategidokumentet så er antall fødsler i 2007 i Helse Midt-Norge tatt inn som en oversikt.

Rådmannen mener at fødselstallene for årene 2008 og 2009 også burde ha vært tatt inn som informasjon i høringsdokumentet.

Rådmannen ser det som viktig å klargjøre flere av de begrepene som i dag brukes i dialogen om forskjellige løsninger innenfor helseområdet, og som også berøres i strategidokumentet.

Det gjelder i første rekke hva som legges av faglig innhold i begrepene, rolle og ansvar for aktørene, og hva som er planlagt organisering av de forskjellige tilbudene, herunder finansiering og lovgrunnlag.

Dette gjelder for eksempel FAM (felles akuttmottak), lokalmedisinsk senter (LMS), distriktsmedisinsk senter (DMS), og tilsvarende betraktninger rundt desentraliserte intermedierposter, forsterket sykehjem osv. Det er viktig at aktørene i helsedebatten snakker om det samme når løsninger blir diskutert og vedtatt.

Konklusjon

Rådmannen har ingen vesentlige merknader til utkast til uttalelse og tilrår at Inderøy kommune i all hovedsak slutter seg til denne.

- 9 MARS 2010

HELSE ●●● MIDT-NORGE

Besøksadresse
Strandveien 1
7500 Stjørdal

Postad
Postbo
7501 S



020833

Org.nr. 983 658 776

0

midt.no

Til høringsinstansene
Se liste over høringsinstanser

Vår referanse

Deres referanse

Dato 04.03.2010

Strategi 2020 - Høring

Styret for Helse Midt-Norge RHF sender med dette ut høringsutkast til strategi for spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge mot 2020, med høringsfrist 20. mai 2010. Endelig beslutning skal etter planen tas i styremøtet 24. juni 2010.

Bakgrunn for Strategi 2020

Samfunnet vil de neste 10 – 20 årene stå overfor utfordringer som vil berøre på en rekke områder. Endringer i befolkningssammensetningen gjør at vi må løse helsetjenestens oppgaver med relativt sett færre hender. Samtidig vil behovene endres betydelig, med en økning av aldersrelaterte sykdommer, og sykdommer som er en følge av livsstil. Strategi 2020 handler først og fremst om hvordan vi må omstille helsetjenesten for å møte disse utfordringene.

Helse Midt-Norge har som mål å gi befolkningen spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet, uavhengig av bosted, sosial status og etnisk bakgrunn. Vi kan konstatere at spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge holder høy standard. Det er likevel områder vi kan forbedre når vi sammenligner oss med andre regioner. Gjennom Strategi 2020 vil vi legge til rette for å yte helsetjenester av høy kvalitet også i framtiden.

Styret for helse Midt-Norge har vurdert følgende fire utfordringer som de viktigste for perioden fram til 2020:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Det vil bli tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Flere av disse er sammenfallende med det utfordringsbildet som beskrives i St.meld. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Dette er et utfordringsbilde det synes å være bred helsepolitisk enighet om.

I høringsutkastet til Strategi 2020 skisseres forbedringsområder for å møte disse utfordringene. Disse kan oppsummeres slik:

- En effektiv tjenesteproduksjon - vi kan bli bedre
- Riktig prioritering - tilpasset endringer i behov
- Mindre ressurser til passiv beredskap og mer til aktiv pasientbehandling
- Styrking av fagmiljøene for å sikre stabil rekruttering
- Bidra aktivt til omfordeling av oppgaver i tråd med Samhandlingsreformen

Helsetjenesten har lang tradisjon for å møte nye utfordringer og nye behandlingsmetoder gjennom økt vekst. Ressursbruken i spesialisthelsetjenesten er da også mer enn fordoblet fra 2002 til 2010. Hovedstrukturen i spesialisthelsetjenesten har imidlertid vært uendret i mange år. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at vi ikke kan møte de utfordringene som er beskrevet uten også å se på sykehusstrukturen og måten vi har organisert oss på. Det høringsutkastet som nå sendes ut, peker styret på flere mulige endringer i tjenesteorganiseringen.

Tilbudet til pasientgruppene med størst behov må styrkes. Utvikling av ulike desentraliserte tjenester må prioriteres slik at pasientene får hjelp nær bosted i større deler av behandlingen. Lokalsykehusene er den viktigste ressursbasen for primærhelsetjenesten. For å møte utfordringene med stadig flere eldre og kronisk syke, er kompetanse fra lokalsykehuset nødvendig for å understøtte tjenester på lavere omsorgsnivå. Et godt tilbud i lokalsykehuset for pasienter med kroniske og/eller sammensatte sykdommer vil være et viktig tiltak for å møte behovet for de pasientgruppene som vil øke mest, og som vil ha størst problem med å reise langt.

Høringsutkastet peker på nødvendigheten av å redusere ressursbruken til passiv beredskap der det er mulig. Planlagt og tilrettelagt virksomhet på dagtid gir mer kostnadseffektiv pasientbehandling. Konkret bør akuttberedskap innenfor kirurgi og ortopedi samles på ett sted i hvert HF. Antall steder med fødeavdeling bør reduseres. Dette vil bidra til å sikre mer robust rekruttering i fagområder der dette i dag ikke er tilfredsstillende.

Styret vil peke på at de prehospitale tjenestene (bil-, båt- og luftambulanse) utgjør en svært viktig del av akuttilbudet. Det er av stor betydning for tryggheten til befolkningen at konsekvensene av endringer i akuttilbudet ved noen av sykehusene blir håndtert på en god måte. I slike tilfeller vil det være nødvendig å gjennomgå de prehospitale tjenestene for å vurdere både kapasitet og kompetanse.

Spesialisthelsetjenesten har fra 2010 fått ansvaret for følgetjeneste for fødende som har lang reisetid til fødeinstitusjon. Helse Midt-Norge vil sammen med de lokale helseforetakene og kommunene utarbeide en plan for hvordan følgetjenesten skal organiseres. Arbeidet skal være klart i løpet av 1. halvår 2010. En følgetjeneste der jordmor kan følge den gravide vil øke tryggheten for de som har lang reisetid til fødestedet.

Behov for videre konsekvensvurderinger

Som grunnlag for de alternativene som er skissert er det bl.a. gjort beregninger av forskjellene i ressursbruk til beredskap i et sykehus som har full døgnerberedskap i både kirurgi og indremedisin, mot et sykehus der det er full beredskap i indremedisin, men uten døgnerberedskap i kirurgi (5-døgnspost for planlagte kirurgiske inngrep). Dette er modellberegninger som viser til dels betydelig redusert ressursbruk for leger og sykepleiere/pleiepersonale. Det vil være nødvendig med grundigere analyser knyttet til det enkelte sykehus for å sikre at denne effekten kan tas ut, dersom det blir aktuelt å gjennomføre slike omstillinger.

Det er også gjennomført en kostnadsanalyse over økte transportkostnader (ambulansetransporter) dersom den kirurgiske akuttberedskapen samles til ett sykehus i hver region. Analysen tar utgangspunkt i at alle som i dag legges inn ved kirurgisk avdeling ved de minste sykehusene alternativt ble transportert til det andre sykehuset i foretaket. Disse beregningene er tilgjengelige i bakgrunnsnotatet.

Fram til styremøte 24. juni vil det være nødvendig å gjøre konsekvensvurderinger for tilpasning av kapasitet både ved det sykehuset som evt. får økte oppgaver og for det som får en endret status med tanke på akuttberedskap. Konsekvensvurderingene vil gjelde både bygningsmessige og personellmessige forhold.

Forholdet til strategiprosesser i de lokale helseforetakene

Flere av helseforetakene har satt i gang egne strategiprosesser for å sikre en bedre tjenesteorganisering innad i helseforetaket. Dette er viktige prosesser for å sikre et godt tilbud innenfor tilgjengelige rammer, og for å synliggjøre de lokale mulighetene for å bedre tjenestetilbudet. De lokale prosessene bygger på de samme utfordringene som er skissert i Strategi 2020.

Helse Nordmøre og Romsdal HF har på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i foretaket satt i gang en prosess for å utrede ytterligere funksjonsfordeling mellom de to sykehusene i Helse Nordmøre og Romsdal og samle akutfunksjonene til ett av sykehusene. Foretaket har engasjert SINTEF i dette arbeidet. Rapporten vil bli styrebehandlet i Helse Nordmøre og Romsdal HF i mars 2010.

Adm. direktør har tatt initiativ til en dialog med Helse Vest RHF med tanke på å utrede et mulig samarbeid om tjenester til befolkningen på Søre Sunnmøre og i Nordfjord/Hornindal. Det er grunnlaget for fødeavdeling i Volda som har utløst dette arbeidet. En ny tunnel vil endre kommunikasjonen i området. Det er i dag fødeavdeling også ved Nordfjord sykehus. Helse Sunnmøre HF og Helse Førde HF vil innen april ha avklart mulighetene for samarbeid.

Styrets vurdering

En av styrets viktigste oppgaver er å legge til rette for at befolkningen i Midt-Norge også i framtiden skal tilbys spesialisthelsetjenester av høy kvalitet, og en organisering som gjør det mulig å desentralisere det vi kan, og samle det vi må.

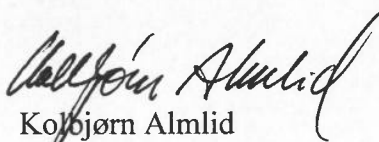
Spesialisthelsetjenesten står overfor betydelige utfordringer i strategiperioden. Spesialisthelsetjenesten består av store og til dels komplekse organisasjoner, og omstillinger vil derfor ta tid. Dessuten har vi gjennom arbeidet med Strategi 2020 pekt på en rekke områder der vi kan bli bedre, sammenliknet med andre regioner. Styret vil derfor være tydelig på at det er ingen grunn til å vente med de omstillingene som skal gjøres.

En god helsetjeneste er av stor betydning for samfunnet, og betyr mye for den enkelte. Derfor har styret vært opptatt av en åpen prosess i forberedelsen til dette dokumentet, og ønsker gjennom en bred høring å sikre at alle sider blir belyst. Styret vil understreke at vi legger opp til en grundig gjennomgang av alle høringssvarene, og har derfor lagt opp til et eget styremøte 3. juni der høringssvarene diskuteres.

For at vi skal få vurdert alle sider ved dokumentet, har vi lagt til rette for at høringsinstansene besvarer spørsmål som er knyttet til både utfordringsbildet, de strategiske målene og de mer konkrete konsekvensene vi har skissert for tjenesteorganiseringen. Vi ber høringsinstansene så langt det er mulig å utforme høringssvaret i tråd med den malen som er gjengitt nedenfor.

Høringsfrist 20. mai 2010

Med vennlig hilsen


Kolbjørn Almlid
Styreleder Helse Midt-Norge RHF

Vi ber derfor høringsinstansene besvare følgende:

- 1. Er det enighet om de fire hovedutfordringene som beskrives i Strategi 2020**
 - Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?
- 2. Er det enighet om de 5 strategiske målene som Helse Midt-Norge har satt for spesialisthelsetjenesten mot 2020?**
 - Er det andre strategiske mål som vurderes som like viktige?
- 3. Er det enighet om de prinsippene for oppgavedeling som styret har vedtatt sendt ut på høring?**
 - Er det andre måter å organisere tjenestene på som vil gi rom for å møte de utfordringene som er beskrevet? (Se også pkt 4.8 i høringsdokumentet)
- 4. Har høringsinstansene konkrete forslag til oppgavedeling/tjenesteorganisering som kan bidra til å løse de målene som er satt, herunder forholdet mellom å sentralisere noen spesialiserte tjenester og desentralisere andre oppgaver?**
- 5. Andre tilbakemeldinger**

Høringsinstanser – Helse Midt-Norge Strategi 2020

Møre og Romsdal

Aukra kommune
Aure kommune
Averøy kommune
Eide kommune
Fræna kommune
Giske kommune
Gjemnes kommune
Halsa kommune
Haram kommune
Hareid kommune
Herøy kommune (Møre og Romsdal)
Kristiansund kommune
Midsund kommune
Molde kommune
Neset kommune
Norddal kommune
Rauma kommune
Rindal kommune
Sande kommune (Møre og Romsdal)
Sandøy kommune
Skodje kommune
Smøla kommune
Stordal kommune
Stranda kommune
Sula kommune
Sunndal kommune
Surnadal kommune
Sykkylven kommune
Tingvoll kommune
Ulstein kommune
Vanylven kommune
Vestnes kommune
Volda kommune
Ørskog kommune
Ørsta kommune
Ålesund kommune

Nord-Trøndelag

Flatanger kommune
Fosnes kommune
Frosta kommune
Grong kommune
Høylandet kommune
Inderøy kommune
Leka kommune
Leksvik kommune
Levanger kommune
Lierne kommune
Meråker kommune
Mosvik kommune
Namdalseid kommune

Namsos kommune
Namsskogan kommune
Nærøy kommune
Overhalla kommune
Røyrvik kommune
Snåsa kommune
Steinkjer kommune
Stjørdal kommune
Verdal kommune
Verran kommune
Vikna kommune

Sør-Trøndelag

Agdenes kommune
Bjugn kommune
Frøya kommune
Hemne kommune
Hitra kommune
Holtålen kommune
Klæbu kommune
Malvik kommune
Meldal kommune
Melhus kommune
Midtre Gauldal kommune
Oppdal kommune
Orkdal kommune
Osen kommune
Rennebu kommune
Rissa kommune
Roan kommune
Røros kommune
Selbu kommune
Skaun kommune
Snillfjord kommune
Trondheim kommune
Tydal kommune
Ørland kommune
Åfjord kommune

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan
Akademikerne
Aktiv Omsorg AS
Aleris sykehus og medisinske senter
AMATHEA Rådgivningstjeneste for gravide
Ananke, Norsk OCD-forening
Angstringen
Apotekforeningen
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
Betania Rehabiliteringssenter
Bioingeniørerne
BUF-etat Region Trondheim
Coperiosenteret
Curato Røntgen
Delta
Den norske jordmorforening

Den Norske Kreftforening
 Den Norske Kreftforening, seksjon Midt-Norge
 Den norske legeforening
 EI og IT
 Eldrerådet i Møre og Romsdal
 Eldrerådet i Nord-Trøndelag
 Eldrerådet i Sør-Trøndelag
 Fagforbundet
 Falck Emergency AS
 Fellesorganisasjonen FO
 FFO
 FFO Møre og Romsdal
 FFO Nord-Trøndelag
 FFO Sør-Trøndelag
 Forbrukerrådet
 Foreningen for søvnsykdommer
 Foreningen retten til en verdig død
 Fylkeslegen i Møre og Romsdal
 Fylkeslegen i Nord-Trøndelag
 Fylkeslegen i Sør-Trøndelag
 Fysikalsk Medisin 3T
 Helse Nord
 Helse Sør-Øst
 Helse Vest
 Høgskolen i Molde
 Høgskolen i Nord-Trøndelag
 Høgskolen i Sør-Trøndelag
 Høgskolen i Ålesund
 Inntrøndelag Ambulanse AS
 Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
 Joar Grande
 Kastvollen Rehabiliteringssenter
 Klinikk Stokkan
 Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus
 Kristiansund Røntgeninstitut
 KS
 KS Midt-Norge
 Kvamsgrindkollektivet
 Lade Behandlingssenter
 Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende
 Landsforbundet mot stoffmisbruk
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
 Landsforeningen Alopecia Areata
 Landsforeningen for etterlatte ved selvmord
 Landsforeningen for kosthold og helse
 Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
 Landsforeningen for private sykehus - PRISY
 Landsforeningen for Psykopat Ofre
 Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
 Landsforeningen for Trafikkskadde i Norge
 Landsforeningen for voldsofre
 Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
 Legemiddelindustriforeningen
 LO

Lukasstiftelsen
Medi 3
Mental Helse
Meråker Sanitetforenings Kurbad
Muritunet
Møre og Romsdal Fylkeskommune
Møre og Romsdal Pensjonistforbund
Møre og Romsdal Røde Kors
Namdal rehabilitering
Namsos Trafikkselskap AS
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Nasjonalt råd for fysisk aktivitet
NHO
Nordre Sunnmøre Ambulanse AS
Nord-Trøndelag Fylkeskommune
Nord-Trøndelag Pensjonistforbund
Nord-Trøndelag Røde Kors
Norges Farmaceutiske Forening
Norsk Ergoterapeutforbund
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk Jordmorforbund
Norsk Nettverk av Helse- og miljøkommuner
Norsk Oljevernforening For Operatørselskap
Norsk Pensjonistforbund
Norsk Pensjonistforbund
Norsk Sykepleierforbund
Norske Kvinners sanitetsforening
Norske Kvinners sanitetsforening Møre og Romsdal
Norske Kvinners sanitetsforening Nord-Trøndelag
Norske Kvinners sanitetsforening Sør-Trøndelag
Norske Sykehusfarmasøytters Forening
NTNU
Oljeindustriens Landsforening
Oppdal Helsesenter
Organisasjonen mot offentlig diskriminering
Orkide
Pasientombudet i Møre og Romsdal
Pasientombudet i Nord-Trøndelag
Pasientombudet i Sør-Trøndelag
Paul Rørset Ambulanse AS
Psykologiforeningen
Radiografiforeningen
RI-Norge
ROR - Romsdal Regionråd
Rosenborgklinikken
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Røde Kors
Røde Kors Ambulanse Midt-Norge AS
Røros Rehabilitering
Rådet for psykisk helse
SAFO
SAFO Midt-Norge
Sametinget

SAN
Selli Rehabiliteringssenter
Spekter
Statens Eldreråd
Sunnmøre MR-klinikk
Sør-Trøndelag Fylkeskommune
Sør-Trøndelag Pensjonistforbund
Sør-Trøndelag Røde Kors
Tekna
Teknologirådet
Thor Dyrnes og sønner ANS
Tyrilistiftelsen
Unilabs Røntgen Trondheim
Unio
Praktiserende spesialister (PSL) v/ Kjell Midelfart
Norsk Psykologforening V/ Årstein Skiftu
Vest Ambulanse AS
Vinjes Transport AS
Værnesregionen
YS
Ålesund og omegn næringsforening



/365

Helse Midt-Norge RHF

Steinkjer 16. februar 2010

PLAN 2020 – KOMMUNENE I NORD TRØNDELAG VIL.

Det er et allment ønske at alle landets innbyggere skal ha et likeverdig offentlig velferdstilbud og at utformingen av tjenestetilbud må være slik at de fremmer effektive og kvalitativt gode tjenester.

HMN RHF og KS/kommunene har i fellesskap gjennom Samarbeidsavtalen forberedt samhandlingsreformen og konsekvensen av denne. KS ser i denne sammenheng Plan 2020 som naturlig og viktig for målrettet å kunne møte regionens helseutfordringer. Kommunene i NT har gjennom å få på plass 5 DMS/LMS-områder synliggjort at de ønsker å ta et konstruktivt ansvar. Denne strukturen er imidlertid avhengig av to funksjonsdyktige sykehus for å kunne fungere optimalt.

KSNT er opptatt av at enkeltmenneskene, uansett hvor de bor i fylket, skal føle trygghet. I en slik sammenheng vil avstander i både tid og kilometer være et sentralt vurderingskriterium.

Ingen av de ansvarlige aktørene kan ta ansvaret for fremtidens helseutfordringer alene. Vi er derfor svært opptatt av at kommunene og helseforetaket i fellesskap skal komme fram til best mulige løsninger.

Vi vil innenfor denne rammen bidra til utviklingen av nye løsninger. Vi ønsker ikke en utvikling som blir en trussel mot velferdssamfunnets bæreevne eller at vi på et seinere tidspunkt må prioritere slik at ikke grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen settes i spill.

I en slik sammenheng står utviklingen av to fødeavdelinger i NT sentralt fordi disse er et langsiktig og bærende element når det gjelder trygghet og trivsel for store og viktige grupper av befolkningen.

KS anmoder om at dette vektlegges når forslag til Plan 2020 denne våren sendes ut på høring.

Med vennlig hilsen

Tomas I Hallem
Styreleder KS-Nord Trøndelag

Einar Jakobsen
Daglig leder KS Nord Trøndelag



Nord-Trøndelag

Forslag til VEDTAK:

Fylkesmøtet i KS Nord Trøndelag har følgende uttalelse til "Strategi 2020. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge", besvart i forhold til de 5 spørsmål som Helse Midt-Norge ber om svar på:

0. Det er et helt klart behov for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling for å møte de langsiktige utfordringene som vi vet vil komme.
Vi er også enige i at vi må ha et helhetlig pasient- og tjenestefokus og at utfordringene må løses med ufravikelige krav til både kvalitet og innbyggertrygghet. I dette ligger at både geografi og avstander må tillegges vesentlig vekt i den videre tjenesteutformingen.

Fra HMN RHF er det ofte hevdet at "*vi må sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan*".

Vi kan ikke se at dette er blitt synliggjort og konkretisert gjennom Plan 2020. Dette bidrar til å skape en betydelig usikkerhet om hva som skjer i det videre arbeidet med denne planen og konsekvensene med tanke på samhandlingen omkring Samhandlingsreformen når den kommer.

Fylkesmøtet vil også understreke helseforetakets rolle som regional utviklingsaktør.

Vi vil også understreke betydningen av samarbeidet mellom private, ideelle og andre offentlige institusjoner. Spesielt innenfor rehabilitering og rusomsorg må det legges til rette for forutsigbare og gode ordninger.

1. De **fire hovedutfordringene** synes riktige, men i tillegg er følgende utfordringer viktige:
 - a) Det er en stor utfordring å opprettholde trygghet og tillit hos befolkningen som får lengre avstand til evt. færre fødeavdelinger.
 - b) Konkurransen om arbeidskraft mellom kommunene og helseforetakene.
 - c) Arbeidsdeling og finansieringen som del av Samhandlingsreformen.
2. De **fem strategiske målene** sier vi oss enige i, men vi har synspunkter på følgende forhold:
 - a) *Flytting av ressurser fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet:* Det synes nødvendig å flytte ressurser over mot aktiv behandling på bekostning av passiv beredskap. Kommunen tar derimot et klart forbehold på dette punktet når det gjelder

forslaget om færre fødeavdelinger. Færre fødeavdelinger vil ha som konsekvens betydelig økt geografisk avstand for mange fødende, og dermed redusert trygghet og tillit til fødetilbudet.

b) Organisering som underbygger trygge pasientforløp:

Dette målet vil måtte medføre flere fødeavdelinger enn det styret foreslår, der avstandene er store, for eksempel i Nord-Trøndelag.

c) Rett kompetanse på rett sted til rett tid:

Dette er viktig i forhold til behovet for kvalitet og trygghet.

Fødeavdelingene er også her i en særstilling.

d) Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunene slik at man kan lykkes med forebyggende arbeid.

Et gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til forebyggende arbeid er helt avgjørende for å lykkes.

3. Kommunen har følgende synspunkter til de **prinsippene for oppgavedeling** som styret har sendt på høring:

a) Det er behov for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

Utfordringen som følge av forslag til ny oppgavefordelingen ligger bl.a. i nærheten til akuttfunksjoner, og da spesielt nærheten til gode og trygge fødetilbud i Nord-Trøndelag med en kompliserte og utfordrende geografi.

Geografisk avstand og trygghet til bl.a. et godt fødetilbud er i høringsforslaget er ikke godt nok vektlagt. Dette er tilbud som det har store bosettingsmessige konsekvenser å endre på. Befolkningen forventer og forutsetter at slike tilbud er i en rimelig akseptabel avstand til eget bosted.

b) Begge fødeavdelingene ved sykehusene i Nord-Trøndelag må bestå som et fullverdig og godt fødetilbud for befolkningen i Nord-Trøndelag.

Kommunen forventer derfor at Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprettholde begge fødeavdelingene, og finansierer tilbudet som del av den planlagte oppgavedelingen, og ikke lar spørsmålet om å opprettholde tilbudet bli en sak for Helse Nord-Trøndelag HF.

Geografi og befolkningsstrukturen i fylket må tillegges stor vekt i dette arbeidet. Det må derfor opprettholdes fullverdige fødeavdelinger ved så vel Sykehuset Levanger som Sykehuset Namsos. Dette innebærer også kirurgisk akuttberedskap ved begge sykehus.

c) Det ligger i forslaget til ny oppgavedeling en betydelig utfordring knyttet til å takle behovet for økt kapasitet for de fagområdene som får ansvaret for 7 dagers beredskap. Konsekvensene med tanke på behovet for økt kapasitet synes ikke å være tilstrekkelig avklart i forkant. Det vil også bli behov for å flytte flere pasienter mellom sykehusene i større utstrekning enn i dag som følge av prinsippet om 5-dagers tilbud på de lokalsykehusene, som ikke får akuttstatus.

d) Både kapasitetsmessig forhold, behovet for økt transport, og hensynet til barna og deres pårørende må vektlegges sterkere av styret i forhold til forslaget til endring av strukturen på antallet barneavdelinger, med forslag om av barneavdelinger med 7 dagers døgnbasert akuttberedskap reduseres til to

Forslaget om endringer i vaktberedskapen ved barneavdelingen ved Sykehuset Levanger innebærer en uakseptabel svekkelse av tjenestetilbudet til barn og fødende, og må erstattes av en plan basert på dagens oppgaver og vaktberedskap ved avdelingen.

- e) Forslagene til endringer i struktur og oppgavedeling kan få konsekvenser i forhold til framtidig tilgang til og utvikling av lokal/regional spesialistkompetanse på de fagområdene som ikke får status som akuttfunksjoner, men som er tiltenkt å drive med mer planlagt aktivitet.
 Dette både i forhold til rekruttering til utdanningsløp for spesialister og senere rekruttering av ferdige spesialister for å sikre faglig stabilitet i tilbudene. En slik utvikling vil kunne føre til en ytterligere sentralisering av spesialisthelsetjenesten.
 - f) Det er viktig at styret i Helse Midt Norge RHF har med seg i sine vurderinger hva som også skjer utenfor helseregion Midt Norge, der pasienter og innbyggere utenfor regionen velger vår region som følge av endringer i egen region, for eksempel endringer i fødetilbud for Søndre Nordland. Dette er av stor betydning for Helse Nord-Trøndelag, og spesielt Sykehuset Namsos.
 - g) Strategidokumentet har ikke gode nok beskrivelser over de konsekvenser endringene vil bety for kommunene.
 - h) Tidspunktet for å behandle ny strategi for Helse Midt Norge synes ikke å være godt nok tilpasset de sentrale politiske vedtak som er forventet som del av St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen".
 Strategi 2020 har fokus på et tettere og et mer utvidet samarbeid med kommunene. Skal kommunen settes i stand til å håndtere nye oppgaver som vil kreve ny og endret kompetanse, så forutsetter dette en sterkere sentral avklaring av både lovgrunnlag, finansiering og ny organisering av den tradisjonelle oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
 For kommunene er det viktig at denne oppgavedelingen er vedtatt av sentrale myndigheter **før** den blir iverksatt, da en slik ny oppgavedeling vil ha store konsekvenser for kommunene som tjenesteyter.
4. Samarbeidet med helseforetakene og kommunene må styrkes betydelig.
 Samhandlingsreformen er på høringstidspunktet innholdsmessig meget uavklart, selv om retningen er tydelig. Det er derfor en vanskelig oppgave å foreslå konkret oppgavedeling/tjenesteorganisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene uten å kjenne til økonomien som en forutsetning for det kommunale handlingsrommet.
5. På side 30 i strategidokumentet så er antall fødsler i 2007 i Helse Midt-Norge tatt inn som en oversikt. Fødselstallene for årene 2008 og 2009 **må** også tas inn som informasjon i høringsdokumentet.
 Det er viktig å klargjøre flere av de begrepene som i dag brukes i dialogen om forskjellige løsninger innenfor helseområdet, og som også berøres i strategidokumentet. Her vises til eksempler under sak "vurdering" ovenfor.