



**Midtre Namdal
sammkommune**

**Helhetlige helsetjenester i
Midtre Namdal
sammkommune**

Prosjektbeskrivelse

2010-2012

Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune

Prosjektbeskrivelse

Innhold

1	Midtre Namdal samkommune og Prosjekt samhandlingsreform	3
2	Målsettinger i prosjektet.....	5
3	Organisering av prosjektet	6
3.1	Hovedprosjekt.....	6
3.2	Ambulerende team.....	8
3.3	Pre- og posthospitale tjenester.....	8
3.4	Kvalitetssikring og bruk av ny teknologi.....	9
3.5	Kompetanseheving	10
3.6	Forskning, dokumentasjon og formidling	11
4	Oppsummering	12

Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune

Prosjektbeskrivelse

1 Midtre Namdal samkommune og Prosjekt samhandlingsreform

Midtre Namdal samkommune er en egen juridisk enhet opprettet etter Lov om forsøk i offentlig forvaltning og organiserer tjenester for kommunene Fosnes, Namsos, Namdalseid og Overhalla. Midtre Namdal samkommune har 18.631 innbyggere fordelt med 683 i Fosnes, 1.714 i Namdalseid, 3.529 i Overhalla og 12.705 i Namsos. Midtre Namdal samkommune dekker 2.376 km² landareal. Namsos er regionsenter i Namdalen og vertskommune for Sykehuset Namsos. Opptaksområdet for pasienter for Sykehuset Namdal ca 44.000 innbyggere fordelt på 16 kommuner (14 namdalskommuner og kommunene Bindal i Nordland og Osen i Sør-Trøndelag). Kommunestrukturen i Namdalen vil kreve utstrakt samarbeid om å løse samhandlingsreformens utfordringer. Midtre Namdal samkommune ønsker å stå sentralt i dette samarbeidet.

Midtre Namdal samkommune ble formelt opprettet 09.09.09 og har en egen politisk overbygning med et samkommunestyre med 23 medlemmer, valgt av og blant de 4 kommunestyrenes medlemmer. Det 4-årige forsøket med samkommune kommer i forlengelsen av et femårig interkommunalt samarbeid i et regionråd. Samkommunen organiserer i dag følgende tjenestoområder:

- Barneverntjenesten
- Skatteoppkreveren
- Utviklingskontoret
- Miljø- og landbruksforvaltningen
- IT/Kvalitetssikring
- Kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen organiserer miljørettet helsevern, smittevern, helsemessig beredskap, folkehelsearbeid samt legevaktsamarbeid. Midtre Namdal samkommune utreder f.t. samkommunal organisering av sosiale tjenester i NAV, samt å innlemme PPT i samkommunen. Samkommunen er tillagt planleggings- og implementeringsansvar for samhandlingsreformen.

Midtre Namdal har i 2009 utredet en helhetlig helsetjeneste for kommunene i Midtre Namdal. Planen er vedtatt som retningsgivende i samkommunestyret i møte 05.02.10 og i løpet av februar/mars alle 4 kommunestyrer. Følgende likelydende vedtak ble fattet i kommunestyrene:

1. *Utredningen skal danne utgangspunkt for en søknad til Helse- og omsorgsdepartementet om etablering av en helsepilot i Midtre Namdal samkommune.*
2. *Utredning fra utvalget legges til grunn for videre arbeid med forberedelse og implementering av samhandlingsreformen i Midtre Namdal. Samkommunen tillegges overordnet ansvar for videre strategiutvikling og planlegging av samhandlingsreformen i Midtre Namdal. Det skal søkes løsninger der det åpnes for*

samhandling med nabokommuner og i Namdalen forøvrig. Hensynet til styrking og oppbygging av effektive fagmiljø for de kommunale helsetjenestene skal vektlegges. Hensynet til ivaretagelse av sterke helsefaglige miljø bl.a. knyttet til Sykehuset Namsos skal også vektlegges.

3. *Administrasjonen bes parallelt starte arbeidet med detaljplanlegging for politisk behandling av forslagene om*
 - a. *Felles administrering av fastlegeordningen og det offentlige legearbeidet i Midtre Namdal. Administrasjonen legges til kommuneoverlegen.*
 - b. *En styrking av tilsynslegetilbudet ved institusjonene i Midtre Namdal, herunder etablering av forsøk med sykeheimsleger i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF.*
 - c. *Etablering av ambulante team i Midtre Namdal.*
 - d. *Etablering av felles pasientkoordinator.*
4. *De tillitsvalgte skal involveres i den videre prosessen.*

Modellen for den kommunale helsetjenesten som samkommunen ønsker å bygge videre på har hatt et helhetlig perspektiv på helsetjenestene hvor basisfunksjoner løses i hver enkelt kommune. Komplekse løsninger finnes i et samarbeid mellom kommunene i samkommunal regi, eller at samkommunen kan inneha vertskommunerolle overfor andre kommuner som ønsker å løse oppgaver i samarbeid med Midtre Namdal samkommune. Andrelinjetjenestens oppgaver blir endret gjennom at flere problemstillinger finner sin løsning i førstelinjetjenesten.

Modellen tar hensyn til framtidige helseutfordringer og befolknings sammensetning. Løsningene som foreslås har et gunstig samfunnsøkonomisk perspektiv. Det fokuseres på framtidige utfordringer med rekruttering av helsepersonell. Lokal kompetanseheving og tiltak innen kvalitetssikring vektlegges. I tillegg satses det på primær forebygging av sykdom gjennom folkehelseplan. Samkommunen tar ansvar for sekundærforebyggende tiltak overfor de grupper som allerede har utviklet sykdom. Lærings og mestringstilbud blir samkommunale. Tilbud til spesielt ressurskrevende sykdomsgrupper ivaretas samkommunalt gjennom spesialisert helsepersonell – ambulerende tjenester.

Samkommunen ønsker å ha en offensiv holdning til IKT som hjelpemiddel i helsetjenesten.

Legetjenesten i sykeheimene styrkes gjennom etablering av egne tilsynsleger i samarbeid med helseforetaket. Det arbeides for å utvikle ny legespesialitet – spesialist i (sykeheimsmedisin) kommunal geriatri. Hver kommune oppretter et antall akuttsenger for å ivareta et kommunalt tilbud som alternativ til innleggelse i sykehus ved akutt pleiebehov. På sikt skal det etableres en samkommunal sykeheimsavdeling for å løse nye ressurskrevende oppgaver som i dag løses i sykehus. En forsterket sykeheimsavdeling bør ha kapasitet på 12 – 15 senger og vil kunne være et tilbud til også øvrige Namdalskommuner.

Det opprettes ny funksjon som pasientkoordinator som vil være et bindeledd mellom foretak og hjemmetjenestene. For brukere med komplekse behov legges det til rette for etablering av primærpsykepleiere. Den kommunale psykiatritjenesten inkludert POSOM-tjensten skal fortsatt organiseres i hver kommune, mens tilbudet til rusmisbrukere bør organiseres i

samkommunens regi. Samkommunen ønsker å opprette stilling for kommunepsykolog med fokus på forebyggende arbeid.

Organiseringen av fastlegeordningen løftes fra basiskommunene til samkommunenivå.

Samkommunen ønsker å finne en samarbeidsform som styrker rehabiliteringstjenesten. En vil verne om Namdal Rehabilitering IKS. Skillet mellom spesialisert og kommunal rehabilitering bør oppheves.

2 Målsettinger i prosjektet

Følgende formål er formulert for prosjektet:

- Formål 1** •Utvikle en helhetlig modell for en bedre helsetjenestene for innbyggerne i Midtre Namdal med fokus på framtidige utfordringer, samarbeid, kvalitetsheving og god samfunnsøkonomisk struktur
- Formål 2** •Etablere nye samkommunale tjenester som skal øke det forebyggende arbeidet, bedre pasientforløp og sikre tidlig intervensjon.
- Formål 3** •Planlegge og implementere samhandlingsreformen i Midtre Namdal i nært samarbeid med helseforetaket og nabokommunene i Namdalen.
- Formål 4** •Utvikle og drifte felles kvalitetssikrings- og internkontrollsystem.
- Formål 5** •Måltrettet og samordnet kompetanseheving i regionen
- Formål 6** •Dokumentere og formidle erfaringer og resultater fra arbeidet med samhandlingsreformen i Midtre Namdal samkommune

Prosjektet er et 3-årig prosjekt og skal et helhetlig perspektiv på utvikling av nye samkommunale tiltak og ta ansvar for videre planlegging av samhandlingsreformen for kommunene i Midtre Namdal basert på gode og forpliktende samarbeidsrelasjoner med helseforetak og andre kommuner i Namdalen. Prosjektet er forankret i en politisk oppnevnt komité som styringsgruppe og en bredt sammensatt arbeidsgruppe der også brukerne og fagforeningene er representert. Det skal knyttes en prosjektleder i 100 % stilling til prosjektet. Prosjektlederen skal ha ansvar for videre planlegging og implementering av samhandlingsreformen i Midtre Namdal samt utvikle samarbeidet og avtaler med helseforetak, nabokommuner i Namdalen og til Namdal rehabilitering IKS. Prosjektet skal evalueres og erfaringer og resultat skal formidles. I denne forbindelse er det gjort en intensjonsavtale med Høgskolen i Nord-Trøndelag basert på en partnerskapsavtale. Konkrete tjeneste- og kvalitetsutviklende tiltak som er planlagt iverksatt i prosjektet er etablering av tverrfaglige ambulerende team på fagområdene demens og kols samt etablering av felles pasientkoordinator. Kommunene skal videre samordne og forsterke det offentlige legearbeidet i institusjon herunder arbeide for å opprette egne stillinger som sykeheimsleger i samarbeid

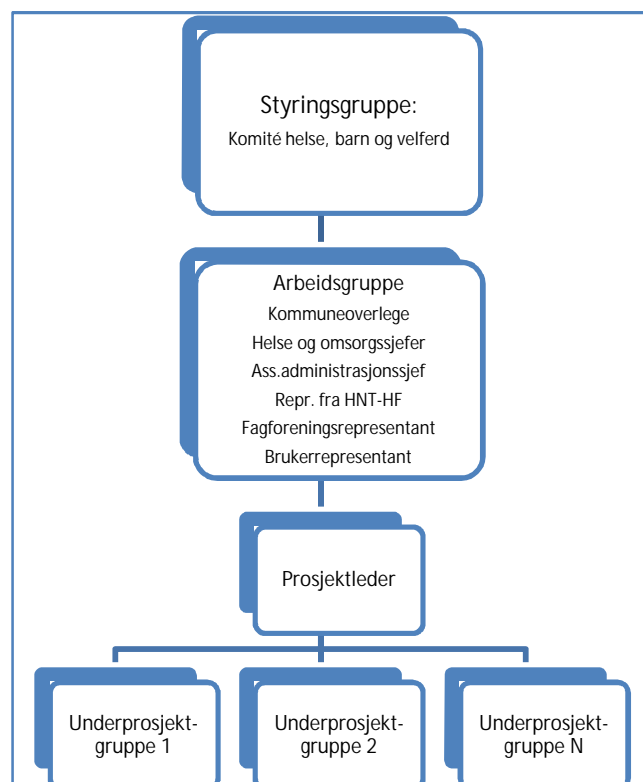
med HNT-HF og med en langsiktig målsetting å bidra til utvikling av en spesialitet innen sykeheimsmedisin/kommunal geriatri. Hver kommune skal opprette et antall akuttsenger for å ivareta et kommunalt tilbud som alternativ til innleggelse i sykehus ved akutt pleiebehov. Det skal utredes etablering en samkommunal sykeheimsavdeling for å løse nye resurskrevende oppgaver som i dag løses i sykehus. En forsterket sykeheimsavdeling bør ha en kapasitet på 12 – 15 senger. Det kan være aktuelt med et samarbeid med de øvrige Namdalskommunene samt kommunene Bindal og Osen som i dag utgjør Sykehuset Namsos sitt opptaksområde (befolkningsmengde ca. 44.000). Felles kvalitetssystem for Midtre Namdal samkommune skal utvikles og ny teknologi skal tas i bruk. Tilknytning til Norsk helsenett er et av tiltakene som er vedtatt Midtre Namdal samkommune og som inngår i den helhetlige planen for helsetjenestene i regionen. Videre skal en felles kompetansehevingsplan utvikles og iverksettes. Dette skal skje i nært samarbeid med Sykehuset Namsos og de andre kommunene i Namdalen i etablert etterutdanningsnettverk i Namdalen (EiNa).

3 Organisering av prosjektet

3.1 Hovedprosjekt

Prosjektet forankres i samkommunestyret gjennom at den politisk oppnevnt og sammensatt komité for helse, barn og velferd blir styringsgruppe for prosjektet. Det skal legges vekt på politikeropplæring gjennom eget politikerseminar.

Det opprettes en arbeidsgruppe for prosjektet som sammen med prosjektleder skal ha ansvar for planarbeidet og iverksetting av tiltak. Sentralt i denne gruppen blir helse og omsorgssjefene i kommunene. Både administrativ og faglig ledelse i Midtre Namdal samkommune blir representert i tillegg til at brukerrepresentanter og fagforeningsrepresentanter inviteres med inn i arbeidsgruppen. I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF være representert. Organisering av prosjektet kan skisseres slik som figuren viser. Det legges opp til bred deltakelse fra faginstansene i samkommunen og basiskommunene, samarbeidsinstanser og samarbeidskommuner brukere og fagforeninger i utviklingen av tiltak og i planprosesser gjennom opprettelse av undergrupper.



Det skal ansettes prosjektleder i 100 % stilling i prosjektperioden. Denne skal sammen med arbeidsgruppen ha ansvar for

- Planlegging og implementering av samhandlingsreformen
- Prosessansvarlig herunder sekretariatsfunksjon for styringsgruppe, arbeidsgruppe og ad-hocutvalg.
- Utrede og implementere felles legetjeneste i MNS
- Utrede og implementere ambulerende tverrfaglige team
- Iverksette underprosjekt om pre- og posthospitale tjenester, herunder etablering av pasientkoordinator og utredning av forsterket sykeheim
- Utrede overføring av lærings- og mestringssenterets oppgaver fra HNT-HF til MNS
- Initiere utvikling av felles policy i Namdalen innen rehabiliteringsfeltet med effektiv og målrettet bruk av Namdal rehabilitering IKS. Utrede mulighetene for samarbeid om felles forsterket sykeheimsenhet.
- Vedlikeholde og utvikle samarbeidsrelasjonene til nabokommunene Flatanger og Osen (ev også Roan dersom de velger å samarbeide nordover), Indre og Ytre Namdal, Namdal rehabilitering og HNT/HF.
- Utvikling av nødvendige samarbeidsavtaler
- Overordnet ansvar for forsøk med ny teknologi samt internkontroll/kvalitetsikring.

Budsjett for hovedprosjektet:

Hovedprosjekt	Prosjektledelse			
Kostnader	2 010	2 011	2 012	SUM
Lønn prosjektleder	300 000	600 000	600 000	1 500 000
Drift/infrastruktur	85 000	165 000	165 000	415 000
Styringsgruppe	40 000	60 000	60 000	160 000
Arbeidsgruppe	80 000	160 000	160 000	400 000
Utredningsgrupper	100 000	200 000	200 000	500 000
Kick-off seminar	100 000			100 000
SUM	705 000	1 185 000	1 185 000	3 075 000

Finansiering				
HOD	550 000	820 000	820 000	2 190 000
Egenfinansiering	0	0		0
Egeninnsats	105 000	275 000	275 000	655 000
Ekstern finansiering (egeninnsats fra eksterne parter)	50 000	90 000	90 000	230 000
SUM	705 000	1 185 000	1 185 000	3 075 000

Hovedprosjektet vil i utgangspunktet definere 5 underprosjekter. Det kan bli aktuelt å definere nye underprosjekter under veis.

1. Ambulerende team
2. Pre- og posthospitale tjenester
3. Kvalitetssikring og bruk av ny teknologi
4. Kompetanseheving
5. Forskning, dokumentasjon og formidling.

3.2 Ambulerende team

Det etableres to tverrfaglig sammensatt ambulerende team i MNS. Fagområder hhv. demens og KOLS. Resurser som brukes på dette i kommunene i dag inngår i tjenesten. Det er forutsatt at kommunene prioriterer dette også i budsjettet kommende år. Teamene dimensjoneres i første omgang til 200 % stilling pr team. Først iverksettes demensteam, senere også KOLS-team. Det skal knyttes legeressurser og andel av kommunepsykolog til teamene. Viktig med tverrfagligheten og at vi satser på høy kompetanse fra start. Denne legeresursen kan sees i sammenheng med sykeheimslegeetableringen (se pk. 3.3 under) dersom dette er hensiktsmessig og fornuftig. Det legges inn oppstartskostnader som bl.a. innbefatter rekruttering, kompetanseheving, utvikling av rutiner samt grenseoppgang og ansvarsfordeling i forhold til øvrige kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, etableringskostnader.

Budsjett for underprosjekt ambulerende team:

Underprosjekt 1		Ambulerende team		
Kostnader	2 010	2 011	2 012	SUM
Lønn 2 team med 200 % stilling i hvert team oppbygging over to år	700 000	1 500 000	2 080 000	4 280 000
Drift/infrastruktur	145 000	435 000	580 000	1 160 000
Oppstartkostnader	100 000	100 000		200 000
Andel offentlig legearbeid og kommunepsykolog	100 000	200 000	200 000	500 000
SUM	1 045 000	2 235 000	2 860 000	6 140 000

Finansiering

HOD	800 000	980 000	1 130 000	2 910 000
Egenfinansiering	225 000	1 215 000	1 690 000	3 130 000
Egeninnsats	20 000	40 000	40 000	100 000
Ekstern finansiering				0
SUM	1 045 000	2 235 000	2 860 000	6 140 000

3.3 Pre- og posthospitale tjenester

Hovedoppgaven for dette underprosjektet er å utvikle tjenester og systemer som gjør Midtre Namdal bedre i stand til å løse samhandlingsreformens målsetninger om integrerte, helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud før, istedenfor og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Tiltakene og analysene som ligger bak er beskrevet i planens kapittel 5 og 6.

Tiltaket inkluderer bl.a.

- Etablering av felles pasientkoordinator
- Økning av offentlig legearbeid i sykeheimene. Forutsetter at kommunene iverksetter allerede vedtatte opptrappingsplan allerede i budsjettet i 2011. Målet er å øke legetjenesten i sykeheimene med ca 20 % og vil også gjøre at utgiftene til en eventuell implementering av egne sykeheimsleger i Midtre Namdal samkommune allerede vil være delvis innarbeidet i budsjettene.
- Bidra til utredning og implementering av akuttsenger i nåværende sykeheim.
- Bidra i utredning av felles forsterket sykeheim
- Studere pasientforløp og utrede tiltak som muliggjør effektiv prehospital kommunale tjenester.
- Bidra til utredning av muligheter for overføring av deler av oppfølgings- og kontrollarbeidet av pasienter som er utskrevet fra sykehus til kommunens helsetjeneste.

Budsjett for underprosjekt pre- og posthospitaltjenester.

Underprosjekt 2	Pre- og posthospitaltjenester			
Kostnader	2 010	2 011	2 012	SUM
Lønn pasientkoordinator	265 000	530 000	530 000	1 325 000
Drift/infrastruktur	70 000	140 000	140 000	350 000
Arbeidsgrupper	100 000	200 000	200 000	500 000
Økt legetilbud i sykeheim	150 000	300 000	300 000	750 000
Oppstartskostnader	100 000			100 000
SUM	685 000	1 170 000	1 170 000	3 025 000

Finansiering

HOD	500 000	400 000	400 000	1 300 000
Egenfinansiering	70 000	555 000	555 000	1 180 000
Egeninnsats	65 000	165 000	165 000	395 000
Ekstern finansiering	50 000	50 000	50 000	150 000
SUM	685 000	1 170 000	1 170 000	3 025 000

3.4 Kvalitetssikring og bruk av ny teknologi

Kvalitetssikring er avgjørende viktig i helsetjenesten og må tillegges ekstra vekt når nye tjenester og rutiner skal utvikles. Det tas sikte på å utvikle kvalitetssikringssystemer som bidrar til kontinuerlig kvalitetsutvikling. Fornuftig bruk av ny teknologi vil være et bidrag til å utvikle kvalitets i tjenestene. Underprosjektet er beskrevet nærmere i kapittel 7 i planen.

- Prosjekt for samordning, oppdatering og videreutvikling av felles prosesser for kvalitetsutvikling/kvalitetsstyring og internkontroll.
- Kjøp (ligger allerede inne i budsjettet for 2010) og implementering av Norsk helsenett.

- Bruk av ny teknologi - hvilke muligheter og begrensinger ligger i tilgjengelig teknologi.
- Bruk av PDA i hjemmetjenestene.

Budsjett for underprosjekt kvalitetssikring og bruk av ny teknologi.

Underprosjekt 3		Kvalitetssikring og ny teknologi		
Kostnader	2 010	2 011	2 012	SUM
Lønn	135 000	265 000	265 000	665 000
Drift/infrastruktur	35 000	70 000	70 000	175 000
Prosjektgruppe	50 000	50 000	50 000	150 000
IT-infrastruktur	270 000	50 000	50 000	370 000
Opplæring implementering	50 000	100 000	100 000	250 000
SUM	540 000	535 000	535 000	1 610 000

Finansiering				
HOD	200 000	150 000	150 000	500 000
Egenfinansiering	220 000	50 000	50 000	320 000
Egeninnsats	120 000	335 000	335 000	790 000
SUM	540 000	535 000	535 000	1 610 000

3.5 Kompetanseheving

Samhandlingsreformen vil gi store kompetanseutfordringer for kommunene generelt og kanskje spesielt i distriktskommunene. Å rekruttere og beholde kvalifiserte medarbeidere men kanskje ikke minst å tilby et målrettet etter- og videreutdanningstilbud krever en strategisk planlegging som for små kommuner betinger samarbeid i regionen. I Namdalen har vi lang tradisjon med å samarbeide om kompetansespørsmål bl.a. gjennom Etterutdanningsnettverket i Namdalen (EiNa) der 16 kommuner, ulike helse- og sosialinstitusjoner, sykehus og høyskolen har utviklet et forpliktende partnerskap. Felles kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging har vært en av oppgavene som nettverket har arbeidet med.

Med samhandlingsreformens utfordringer for distriktskommunen som utgangspunktet skal en felles kompetansehevingsplan utvikles og iverksettes. Dette skal skje i nært samarbeid med Sykehuset Namsos og de andre kommunene i Namdalen). Et viktig element i en kompetansehevingsplan er å bygge opp fagkompetansen i regionen bl.a. i de ambulante teamene slik at de kan fungere som en solid kompetansebase på sine fagområder. Samhandlingsreformen vil utfordre endringskompetansen i kommunehelsetjenesten både blant lederne og de ansatte. Planen må inneholde tiltak som har fokus på styrket personlig og organisatorisk endringskompetanse. Etablering av fagutviklingsprosjekter i samarbeid med de utdanningsinstitusjonene, Senteret for omsorgsforskning, Midt-Norge, og HNT-HF's fagutviklingsenhet vil inngå som en naturlig del av kompetansehevingsplanen.

Underprosjekt 4 Kompetanseheving

Kostnader	2 010	2 011	2 012	SUM
Stipendordning, videre- utdanning, kurs, seminarer	750 000	1 000 000	1 000 000	2 750 000
SUM	750 000	1 000 000	1 000 000	2 750 000

Finansiering

HOD	550 000	350 000	200 000	1 100 000
Egenfinansiering	100 000	250 000	350 000	700 000
Egeninnsats	50 000	150 000	150 000	350 000
Ekstern finansiering	50 000	250 000	300 000	600 000
SUM	750 000	1 000 000	1 000 000	2 750 000

3.6 Forskning, dokumentasjon og formidling

Dokumentasjon og formidling av erfaringer og resultater er et viktig element i prosjektet og defineres her som eget delprosjekt. Prosjektets løpende rapporter skal gjøres tilgjengelig for allmennheten via nettside. Det er gjort en intensjonsavtale med Høgskolen i Nord-Trøndelag basert på en partnerskapsavtale om samarbeid om fagutviklingsprosjekter og dokumentasjon. Det legges opp til å knytte følgeforskningsprosjekt(er) til prosjektet og ev underprosjekter. Resultater fra prosjektet skal formidles på nett, i fagtidsskrift, rapporter og foredrag.

Underprosjekt 5 Forskning, dokumentasjon og formidling

Kostnader	2 010	2 011	2 012	SUM
Følgeforskningsprosjekt(er)	400 000	600 000	600 000	1 600 000
Dokumentasjon og formidling	200 000	400 000	400 000	1 000 000
SUM	600 000	1 000 000	1 000 000	2 600 000

Finansiering

HOD	400 000	300 000	300 000	1 000 000
Egenfinansiering	0	200 000	200 000	400 000
Egeninnsats	100 000	100 000	100 000	300 000
Ekstern finansiering	100 000	400 000	400 000	900 000
SUM	600 000	1 000 000	1 000 000	2 600 000

4 Oppsummering

Budsjett og finansieringsoppsummering av hoved- og delprosjekter.

Prosjektbudsjett samhandlingsreformen

Summering	2010	2011	2012	Sum
Prosjektledelse	705 000	1 185 000	1 185 000	3 075 000
Kompetanseheving	750 000	1 000 000	1 000 000	2 750 000
Ambulerende team	1 045 000	2 235 000	2 860 000	6 140 000
Pre og posthospitale tjenester	685 000	1 170 000	1 170 000	3 025 000
Kvalitetssikring og IT	540 000	535 000	535 000	1 610 000
Forskning, dokumentasjon og formidling	600 000	1 000 000	1 000 000	2 600 000
Sum	4 325 000	7 125 000	7 750 000	19 200 000

Finansiering

HOD	3 000 000	3 000 000	3 000 000	9 000 000
Egenfinansiering	615 000	2 270 000	2 845 000	5 730 000
Egeninnsats	460 000	1 065 000	1 065 000	2 590 000
Ekstern finansiering (inkl. egeninnsats fra eksterne parter)	250 000	790 000	840 000	1 880 000
SUM	4 325 000	7 125 000	7 750 000	19 200 000

Namsos 20.04.10

Tor Brenne

Assisterende administrasjonssjef
Midtre Namdal samkommune

Per W. Tvette

Kommuneoverlege
Midtre Namdal samkommune