



**INDERØY KOMMUNE**

## **MØTEINNKALLING**

### **Hovedutvalg Folk**

<b>Møtested:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Kl.</b>
<b>Inderøyheimen</b>	<b>18.11.2008</b>	<b>08.30</b>

Medlemmene innkalles med dette til møtet. Eventuelle forfall må straks meldes administrasjonsavdelingen, tlf.: 74 12 42 00. Varamedlemmer møter bare etter nærmere varsel.

Saksdokumentene ligger til alminnelig ettersyn på administrasjonsavdelingen fram til møtedato.

## **SAKSLISTE**

<b>Saksnr.</b>	<b>Arkivsaksnr. Tittel</b>	<b>Emnekode</b>
0055/08	08/00503	103.1
	<b>REGNSKAPSRAPPORT PR. 30.09.08</b>	
0056/08	08/00596	403
	<b>DISTRIKTSMEDISINSK SENTER I INN-TRØNDELAG</b>	
0057/08	99/04226	212
	<b>SFO - ENDRING AV VEDTEKTER.</b>	
0058/08	08/00939	255
	<b>INVITASJON TIL AVTALE MELLOM INDERØY KOMMUNE OG NORSK KULTURARV</b>	

0059/08 08/00853 102.1

**BUDSJETT M/ØKONOMIPLAN 2009-2012**

0060/08 08/00020 030

**REVISJON AV ØKONOMI OG REGLEMENT FOR  
FINANSFORVALTNING**

*Saksdokumentene legges fram på gruppemøter.*

0061/08 05/01156 025

**MØTEPLAN 2009**

0062/08 07/01188 030

**TEMASAKER 2008 - ALKOHOLPOLITISK PLAN**

*Muntlig orientering.*

0063/08 08/00018 030

**RÅDMANNEN ORIENTERER HOVEDUTVALG FOLK**

*Rådmannens skriftlige orientering datert november legges fram på gruppemøter.*

0064/08 08/00844 030

**ORDFØEREN ORIENTERER HOVEDUTVALG FOLK**

Inderøy, 07.11.2008

 Per Ørjan Hansen  
leder  Joseborg Leiknes  
sekr.

**REGNSKAPSRAPPORT PR. 30.09.08**

Saksbehandler: Kirsten S. Letnes  
 Arkivsaksnr.: 08/00503-013

Arkiv: 103.1

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0053/08	Hovedutvalg Natur	Uttalelse	17.11.2008
0055/08	Hovedutvalg Folk	Uttalelse	18.11.2008
0086/08	Formannskap	Innstilling	19.11.2008
/	Kommunestyre	Vedtak	17.12.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:**

*Regnskapsrapport pr. 30.09.08 tas til etterretning.*

**RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:****VEDLEGG:**

1. Regnskapsnotat datert 04.11.08
2. Regnskapsprognose 2008 (avviksprognose)
3. Detaljoversikt driftsregnskap pr. 30.09.08

**HENVISNING:**

I HENHOLD TIL KOMMUNENS ØKONOMIREGLEMENT SKAL KOMMUNESTYRET FORELEGGES KVARTALSVIS REGNSKAPSRAPPORT. REGNSKAPSRAPPORT PR. 30.09.08 FREMLEGGES I DENNE SAK.

**BAKGRUNN:**

Er miljøvurdering relevant? Kryss av:      Ja                      Nei Dersom 'ja' fyll inn liste (lagret på felles O:\skjema\milj.doc). Dersom 'nei' er liste ikke vedlagt.
---

**VURDERING:**

Det vises til vedlagte notat.

Driftsresultatet pr. 30.09 reflekterer fortsatt betydelige økonomiske utfordringer i 2008.

Kostnadsutviklingen på barnevernsområdet er fortsatt urovekkende. Prognose endres imidlertid ikke fra rapport pr. 30.06 men vi tar forbehold for ytterligere overskridelser.

Ved Pleie og omsorg er kostnadsutfordringene noe undervurdert og vi har ikke maktet å få opp tiltak med nødvendig effekt. Det er spesielt ved sykeheimsavdelingen det er vanskelig. Vi vil i løpet av nær fremtid iverksette en grundigere analyse av bemanningssituasjonen – se også budsjettforslaget for 2009.

Den underliggende utviklingen på inntektssiden er fortsatt positiv.

Det bør kunne påregnes merinntekter fra skatt- og inntektsutjevning og rammetilskudd i forhold til revidert budsjett. I beste fall kan vi påregne 4 mill. kroner i forhold til revidert

budsjett – mer sannsynlig et beløp i størrelsesorden 3 mill. kroner. Da er hensyntatt tildelt økte skjønnsmidler fra fylkesmannen på 1,4 mill kroner for å håndtere veksten i barnevernskostnader og inntektssvikt som følge av befolkningsnedgang.

Ettersom den underliggende kostnadsutvikling er ”negativ”, må fortsatt påregne, jfr. revidert budsjett, å måtte ta i bruk mva-refusjon til investering og disposisjonsfond for å få regnskapsmessig balanse. Sannsynligheten for at vi nå kan unngå dette når regnskapet gjøres opp, er imidlertid økende.

Ettersom det samlede økonomiske bildet eller utsikter ikke er vesentlig endret fra forrige rapport, fremmes ikke forslag til ytterligere nye tiltak. Organisasjonen vil gjøre det som er mulig for å komme ut med et best mulig regnskapsmessig resultat og fokus på nye tiltak av betydning må kanaliseres inn i budsjettarbeidet for 2009.

**KONKLUSJON:**

Rådmannen tilrår at regnskapsrapporten tas til etterretning.

Inderøy, den 04.11.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann

Dato: 04.11.08

**Notat til Rådmannen****Fra Controller økonomi****Regnskapssituasjonen og økonomiske utsikter pr. 30.09.****Notatet danner grunnlag for kvartalsrapport til kommunestyret.**

Notatet bygger på vedlagte utskrift av driftsregnskap pr. 30.09 samt hovedoversikt som viser kostnadsutvikling over tid, årets budsjett, revidert budsjett med mer - slik denne oversikt forelå ved halvårsrapportering pr. 30.06.

Når det gjelder omlegging av budsjett- og regnskapssystemet er vi pr. dato ikke helt i havn. Vi hadde som mål å ta i bruk det nye rapporteringsverktøyet ved denne kvartalsrapport. Systemet er installert, men pga bl.a. knapp tid blir rapportering pr. 3. kvartal ikke gjennomført i det nye rapporteringsverktøyet.

**Hovedkonklusjon**

Ved regnskapsrapport pr. 1. halvår 2008, sak. 08/00503 skrev rådmannen bl.a.:

"Driftsresultatet pr. 30.06 reflekterer betydelige økonomiske utfordringer.

Kostnadsutviklingen på barnevernsområdet er direkte urovekkende og prognosen forverres.

Vi har undervurdert kostnadsbildet på pleie og omsorgsområdet. Kostnadsbildet på Hjem og arbeid er uendret, men regnskapet "reddes" av betydelige økte anslag i overføringene fra staten.

I forhold til rapporten pr. 1. kvartal synes utsiktene svakt bedret og slik at rådmannen nå er av den oppfatning at vi bør kunne avslutte årets regnskap uten et regnskapsmessig underskudd".

Rådmannen skriver videre:

"Vi må fortsatt påregne, jfr. revidert budsjett, å måtte ta i bruk mva-refusjon til investering og disposisjonsfond for å få til regnskapsmessig balanse".

"Rådmannen vil følge opp situasjonen på områder med betydelige budsjettavvik med stillings-, ansettelses og anskaffelsesstopp så langt det ikke rammer driften på kritisk måte".

Det er pr. 30.09 enkelte områder som har vanskelig for å holde budsjett, og da i hovedsak innenfor pleie og omsorg. Her har en ikke maktet å få opp tiltak som har gitt nødvendig effekt.

Også barnevern har store utfordringer.

Ser en imidlertid utviklingen samlet sett bør det være mulig å unngå et regnskapsmessig underskudd ved årets utløp. Har sammenholdt tall pr. 30.09 med utvikling frem til i dag.

## **En gjennomgang av enhetene**

### ***Politisk organisasjon***

Området omfatter budsjettområdene for ordfører, politiske utvalg, overformynderi mv. Kostnadsutviklingen følger aktiviteten til politiske organer – møter, reisevirksomhet mv. Møtetettheten er omtrent som for tidligere år. Kommunestyret vil ha noe større møteaktivitet.

Området er belastet med ekstraordinære pensjonskostnader som ikke er tilstrekkelig hensyntatt i budsjettet.

Det forventes bl.a. på denne bakgrunn en overskridelse på årsbasis i størrelsesorden vel kr. 100.000,-

### ***Støttefunksjoner mv***

Dette omfatter de sentraladministrative områder. (formelt inkludert bibliotek og kulturområdet etter nåværende budsjettreglement.

I budsjettrevisjonen for juni er budsjettet redusert med ca kr. 400.000,- samlet. Det gjelder områdene kundetorg, økonomi og felles IT.

Det er stor aktivitet på området med betydelige omstillinger i en tid med bemanningsbegrensninger.

Regnskapsutviklingen så langt indikerer at forutsetningene lagt for revidert budsjett bør holde og området forventes å komme ut i regnskapsmessig balanse på årsbasis.

Det er imidlertid en viss usikkerhet knyttet til økonomiområdet og IT-området.

Viser også til at i henhold til kommunestyrets budsjettrevisjonsvedtak i juni er rådmannen gitt fullmakt til å se sentraladministrative områder og Plan og Næring i budsjett og regnskapsmessig sammenheng. Dette er en konsekvens av den omfattende omleggingen i sentraladministrasjonen med samling av medarbeidere i Samfunnshuset.

### **Skole og barnehager.**

Aktivitetsutviklingen er omtrent som forventet.

Budsjettet ble i forbindelse med budsjettrevisjonen redusert med kr. 850.000,- netto. Regnskapet pr. 30.09 og utviklingen så langt gir inntrykk av at området vil være i balanse ved utgangen av året.

### **Helse og sosial**

Helse og sosialområdets økonomiske utfordringer er betydelige.

#### **134 Sosialtjenesten inkludert barnevern.**

Politisk nivå har fra mars av vært løpende orientert om kostnadsutvikling på barnevernssiden. I regnskapsrapporten for mars ble kostnadsoverskridelsen anslått til 1,7 mill. kroner samlet (ca 2 mill. kroner på barnevernsområdet isolert) i forhold til opprinnelig budsjett.

Området ble netto tilført kr. 770.000,- i nye budsjettmidler gjennom revidert budsjett i juni. Rådmannen klargjorde at tilleggsbevilgningen etter all sannsynlighet ikke ville være tilstrekkelig.

Vår oppdaterte prognose pr. 30.09 viser at et avvik på årsbasis på ca. 1 million kroner sammenholdt med revidert budsjett kan holde, men vi må ta forbehold for ytterligere overskridelser.

Ut fra regnskapet og utviklingen kan fastlåses at aktiviteten er høy og det underliggende kostnadspresset fortsatt betydelig.

#### **136 Pleie og omsorg**

Allerede i regnskapsrapporten pr. 30.03 ble det tydeliggjort en budsjettmessig utfordring på pleie og omsorgsområdet. Vi antok på det tidspunkt at det underliggende avviket "kan håndteres ved tiltak".

Den samme vurderingen lå til grunn for budsjettrevisjonen pr juni og hvor nettobudsjettet for Pleie og omsorg ble redusert med kr. 479.000,-. (reduksjoner i administrative kostnader soneledelse og vakanser/reduert innleie)

Ved rapportering pr. 30.06 sier rådmannen videre at " vi har undervurdert kostnadsbildet på pleie og omsorgsområdet".

Pr. 30.09 viser utviklingen så langt en mer ugunstig kostnadsutvikling enn forventet. Vi har undervurdert effekten av ekstraordinære tiltak rettet mot tunge brukere tidlig på året og overvurdert tilpasningsevnen. Det er spesielt på sykeheimsavdelingen vi har utfordringer.

Oppdatert prognose indikerer et avvik på årsbasis i størrelsesorden 1,6 mill. kroner og det er vanskelig å se hvordan dette skal kunne hentes inn i løpet av de mnd. som er igjen av året.

## **137 Hjem og arbeid**

Budsjettområdets løpende økonomiske problemstillinger er vel kjent.

Nettobudsjettet ble justert ned i forbindelse med budsjettrevisjonen i juni med kr. 385.000,-.

Reduksjonen i nettobudsjett var muliggjort gjennom en oppjustering av anslaget for overføringer fra staten til tunge brukere med 2,2 mill. kroner. Disse midlene er nå med på å bidra til at vi kan forvente en regnskapsmessig balanse ved årets slutt.

### **1.5 Tekniske tjenester**

Det legges til grunn at rammene for revidert budsjett kan holde - samlet sett ved årets utløp.

På FDV-området må påregnes en overskridelse på ca. 0,2 mill. kroner. Dette kompenseres ved en tilsvarende innsparing på samferdselsområdet.

### **1.80/81/82 Skatt og inntektsutjevning og rammetilskudd.**

Pr. 30.09 er prognose ut til at vi kan påregne mer inntekt fra skatt, rammetilskudd og inntektsutjevning enn vi la til grunn ved revidert budsjett. Mulig dette kan utgjøre ca. 3 mill. kr. i

Det er imidlertid en viss usikkerhet knyttet til dette.

### **1.84 Eiendomsskatt**

Anslaget reduseres med kr. 200.000,- sammenholdt med budsjett.

### **1.86 Kompensasjonstilskudd investering.**

Vi påregner en merinntekt på ca kr. 200.000,- som følge av renteoppgangen. Dette er et ytterst skjønnsmessig anslag.

### **1.88 Skjønnsmidler barnehager.**

Endelige tildeling viser en merinntekt på 1,2 mill. kroner sammenholdt med revidert budsjett.

Det synes som om vi har undervurdert inntektseffekten av den økte aktiviteten i barnehagene høsten 2007. (danner grunnlaget for beregningen av skjønnsmidler)

### **1.91 Renter**

Revidert prognose for renteanslag økes med kr. 430.000 i forhold til opprinnelig og revidert budsjett.

Det er imidlertid knyttet en del usikkerhet til denne posten.

Vedlegg 2

Regn		Historikk					Budsjett 2008		Budsjett endringer	Rev	Oppdat prognose 2008	Sanns merforbr 2008
		2004	Regn 2005	Regn 2006	Regn 2007	Budsj 2007	Budsj 2008	% endr 2008/2007				
835	730	899	913	702		835	18,9 %	0	835	890	55	
524	567	560	637	440		551	25,2 %	0	551	650	99	
32	37	54	37	31		31	0,0 %	0	31	31	0	
191	282	248	54	38		50	31,6 %	0	50	50	0	
	183		186	171		-	-100,0 %	0	0	0	0	
514	500	507	684	684		786	14,9 %	0	786	786	0	
0	0	0		0		-	#DIV/0!	0		0	0	
-	-	-	-	124		6 341	5013,7 %	1800	8141	8141	0	
						-		0		0	0	
						-		0		0	0	
422	2273	2263	2233	2314		2 324	0,4 %	0	2324	2324	0	
2041	2035	2310	2298	2164		2 242	3,6 %	0	2242	2242	0	
2209	2231	2673	2 602	2368		2 389	0,9 %	-200	2189	2189	0	
883	935	935	942	954		980	2,7 %	0	980	980	0	
1413	1301	1267	1 380	1249		1 251	0,2 %	0	1251	1251	0	
589	287	193	-	0		-	#DIV/0!	0	0	0	0	
2541	2244	2377	2 857	2678		2 646	-1,2 %	0	2646	2646	0	
	280	151	-41	60		60	0,0 %	0	60	60	0	
2514	2504	2666	4 447	4305		3 101	-28,0 %	-100	3001	3001	0	
2924	3587	4319	4 843	3695		3 725	0,8 %	-100	3625	3625	0	
2678	2195	2304	2 610	2740		-		-575	2165	2165	0	
15588	15554	15883	16 025	16321		16 211	-0,7 %	0	16211	16211	0	
4223	3778	2423	1 731	2546		1 915	-24,8 %	0	1915	1700	-215	
2 188	1 845	1 487	1 340	1583		1 563	-1,3 %	-275	1288	1288	0	
1916	1977	1945	2 047	2134		2 132	-0,1 %	-20	2112	2112	0	
597	350	435	601	544		544	0,0 %	0	544	544	0	
				0		-		-320	1556	1556	0	
1742	1805	1821	1 723	1911		1 876	-1,9 %	0	1556	1556	0	
3333	3402	3671	3 613	3664		3 798	3,7 %	0	3798	3798	0	
1768	1711	1828	2 017	2036		2 217	8,9 %	0	2217	2217	0	
9402	10808	12107	12 105	12879		12 245	-4,9 %	770	13015	14015	1000	

**POLITISK ORGANISASJON**

- 1.01 Ordfører
- 1.02 Komiteene
- 1.04 Overformynderiet
- 1.05 Diverse nemnder
- 1.06 Valg
- 1.07 Revisjon og kontroll
- 1.09 Tilleggsbevilgninger

**ENHETENE**

- 1.10 Fellesstjen.(Ung/Flyndra)
- 1.11 Rådmann
- 1.12 Kundetorg
- 1.13 Bibliotek
- 1.14 Kultur
- 1.15 Utvikling/faglig bistand
- 1.16 Personal/kompetanse
- 1.17 Tap på fordringer
- 1.18 Økonomi
- 1.19 Felles IT-tjenester

- 1.21 Fellesutgift grunnskolen
- 1.23 Ungdomsskolen
- 1.24 Kompetansese- voksne
- 1.26 Fellesutgift barnehage
- 1.27 Kulturskolen
- 1.29 Læringer

- 1.31 Helsesøstertjenesten
- 1.32 Legetjenesten
- 1.33 Rehabiliteringstjeneste
- 1.34 Sosialtjenesten



	Historikk										Budsjett 2008		Budsjett endringer	Rev	Oppdat prognose 2008	Sanns merforbr 2008			
	Regn 2004		Regn 2005		Regn 2006		Regn 2007		Budsj 2008		% endr 2008/2007						Budsj 2008	Oppdat prognose 2008	Sanns merforbr 2008
	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2007	2008	2008	2008/2007	2008							
1.72 Kirken	2691	2847	2883	3118	3118	3118	3118	3118	3205	2,8 %	0	3205	3205	0					
1.74 Kulturhus	840	757	739	687	694	687	694	694	600	-13,5 %	0	600	600	0					
1.75 PP-Tjenesten	1547	1573	1550	1493	1550	1493	1550	1550	1850	19,4 %	0	1850	1850	0					
1.76 Hjelpestønad	35	700	1100	1079	1100	1323	1100	1100	0	#DIV/0!	0	0	0	0					
1.78 Overfør private barneh									1350	22,7 %	0	1350	1350	0					
									0		0	0	0	0					
									0		0	0	0	0					
<b>SKATT, RAMMETILSKUDD MV</b>																			
1.80 Inntekstutjevning	-18151	-24180	-27361	-28198	-25834	-28198	-25834	-25834	-27905	8,0 %	-464	-28369	-28369	0					
1.81 Skatt	-79274	-81872	-89710	-88973	-90943	-88973	-90943	-90943	-92669	1,9 %	2618	-90690	-90690	-639					
1.82 Rammeoverføring	-55122	-49794	-54883	-60226	-60719	-60226	-60719	-60719	-64416	6,1 %	1582	-63773	-63773	-939					
1.83 Statistisk flyktninger	-4688	-4063	-3580	-1032	-1500	-1032	-1500	-1500	-1000	-33,3 %	0	-820	-820	180					
1.84 Eiendomsskatt	0	0	0	-2810	-2300	-2810	-2300	-2300	-3000	30,4 %	0	-2800	-2800	200					
1.85 Øremerkede tilskudd	-2165	-2715	-3227	-3911	-3977	-3911	-3977	-3977	-3977	0,0 %	0	-3977	-3977	0					
1.86 Kompensasjonstilsk inv.	-2637	-6508	-3292	-3869	-3841	-3869	-3841	-3841	-4304	12,1 %	0	-4500	-4500	-196					
1.87 MVA-ref. investering	-2352	-1802	-4581	-1168	-3356	-1168	-3356	-3356	-	-100,0 %	-1500	-1500	-1500	0					
1.88 Skjønnsmidler barneh	953	1700	3049	4386	2900	4386	2900	2900	-4000	-237,9 %	0	-4000	-4000	-1200					
									0		0	0	0	0					
									0		0	0	0	0					
<b>FINANSTRANSASJONER</b>																			
1.91 Renteutgifter	4088	5039	6293	9687	9204	9687	9204	9204	12173	32,3 %	0	12173	12600	427					
1.92 Avdrag	9677	9665	12026	12546	12660	12546	12660	12660	13023	2,9 %	0	13023	13023	0					
1.93 Formidlingslan (renter)	221	191	126	162	0	162	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	0					
1.94 Avskrivninger	-10477	-11617	-12171	-13560	-12725	-13560	-12725	-12725	-13526	6,3 %	0	-13526	-13526	0					
1.95 Kalkulatoriske kostnad	-442	-810	-1322	-1951	-352	-1951	-352	-352	-381	8,2 %	0	-381	-381	0					
1.96 Egenkapitalinnskudd	-1924	2469	-1353	-958	-1015	-958	-1015	-1015	452	-62,7 %	0	452	452	0					
1.97 Premieavvik	941	-2525	5425	-2177	254	-2177	254	254	-5472	439,1 %	-1372	-5472	-5472	0					
1.98 Interne finanstrans.									483	90,2 %		-889	-889	0					
									0		0	0	0	0					
									0		0	0	0	0					
									0		0	0	0	0					
<b>Sum mindre-/merforbruk</b>	<b>1 981</b>	<b>3 400</b>	<b>6 097</b>	<b>8 768</b>	<b>5 800</b>	<b>8 768</b>	<b>5 800</b>	<b>5 800</b>	<b>-45</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>-</b>	<b>-45</b>	<b>0</b>	<b>45</b>					
<b>Sum enheter og pol org</b>	<b>163 333</b>	<b>170 222</b>	<b>180 658</b>	<b>189 612</b>	<b>186 133</b>	<b>189 612</b>	<b>186 133</b>	<b>186 133</b>	<b>194 474</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>193 610</b>	<b>193 610</b>	<b>195 822</b>	<b>195 822</b>					

	Historikk										Budsjett 2008 % endr 2008/2007	Budsjett endringer	Rev Budsj 2008	Oppdat prognose 2008	Sanns merforbr 2008		
	Regn 2004		Regn 2005		Regn 2006		Regn 2007		Budsj 2007								
<b>Hovedområder samlet</b>																	
Politiske organer m/revisjon	2 096	2 299	2 268	2 511	2 066	2 253	9,1 %	-	2 253	2 407	154						
Sentraladministrasjon/støtte	12 818	13 168	14 689	17 006	15 270	14 163	-7,3 %	-400	13 763	13 763	-						
Kultur og kirke	7 743	7 984	8 073	8 478	8 453	8 472	0,2 %	-20	8 452	8 452	-						
Ungdomsskole	15 588	15 554	15 883	16 025	16 321	16 211	-0,7 %	-	16 211	16 211	-						
Grunnskole	33 344	33 388	34 784	35 055	35 117	35 675	1,6 %	-575	35 100	35 100	0						
Barnehager (inkl skjønn/tilsk pr)	4 149	4 634	4 937	6 216	6 065	6 710	10,6 %	-275	6 435	6 435	-215						
Andre opplærings tjenester	6 367	5 701	4 408	3 825	4 640	4 309	-7,1 %	0	4 309	4 094	-215						
<b>Sum skoler, barnehager mv</b>	59 448	59 277	60 012	61 121	62 143	62 906		-479	34 874	36 051	1 177						
Pleie og omsorg, kjøkken mv	28 431	31 061	33 912	36 265	35 265	35 353	0,2 %		11 518	11 620	102						
Hjem og arbeid inkl tilsk Flyndra	11 924	12 331	12 374	12 764	10 655	11 903	11,7 %	-385	13 415	14 415	1 000						
Sosialtjenester/barnevern mv	9 752	11 183	12 507	12 505	13 279	12 645	-4,8 %	770	9 313	9 313	0						
Andre helse tjenester	8 837	9 058	9 134	9 060	9 325	9 633	3,3 %	-320	29 825	29 820	-5						
<b>Sum helse og sosial</b>	58 944	63 633	67 927	70 594	68 525	69 534	4,6 %	-980	-	-	-						
Næring, FDV, og Var	22 284	23 861	26 589	29 902	29 452	30 805	4,6 %	-	-	-	-						
- herav VAR	-	-	-	-	100	-	-100,0 %	-	-	-	-						
Ekstraordinære kostnader	-	-	1 100	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	-						
Ufordelt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Reserve lønnsoppgjør	-	-	-	-	124	6 341	5013,7 %	1 800	8 141	8 141	-						
Sum enheter drift	281 725	293 132	308 597	321 327	316 801	326 914	3,2 %	-864	193 610	195 822	2 212						

## Driftsregnskap pr. 30.09.08

Summarisk regnskapsoversikt pr. 30.09 fordelt på ansvarsområder. Gjennomgående vil periodisert budsjett utgjøre ca 73% av årets budsjett pr. 30.09. Ettersom periodiseringen er sjablonmessig, så vil det bokførte avviket i perioden kunne avvike vesentlig fra det reelle. Se derfor kommentarer i regnskapsnotat.

Ansvar Område	Regnskap 30. sept.	Oppr budsjett	Rev budsjett	Rest- beløp	Forbruk i prosent	Periodisert budsjett	Avvik kr pr. 30.09.
10 Ordfører	863052	835142	835142	-27910	103	609654	-253399
20 Komiteene	176075	550840	550840	374765	32	402113	226038
40 Overformynderiet	30481	31102	31102	621	98	22704	-7776
50 Diverse nemnder	2192	22269	22269	20077	10	16256	14064
51 Eldres råd	9229	27705	27705	18476	33	20225	10996
60 Valg	7829	0	0	-7829	0	0	-7829
70 Revisjon og kontroll	718646	786384	786384	67738	91	574060	-144585
90 Tilleggsbev.lønn	0	6191000	7991000	7991000	0	5833430	5833430
91 Tilleggsbev.Formannska	0	150000	150000	150000	0	109500	109500
102 Ungdomsprosjektet	360440	294378	294378	-66062	122	214896	-145544
109 Diverse tiltak	1882018	2030000	2030000	147982	93	1481900	-400118
110 Rådmann m.v.	1955419	2241548	2241548	286129	87	1636330	-319089
120 Kundetorg	1699077	2407874	2207874	508797	77	1611748	-87329
125 Salgs- og skjenkebevillir	-37301	-19000	-19000	18301	196	-13870	23431
127 Boligtilskudd	-144355	0	0	144355	0	0	144355
130 Bibliotek	785106	979635	979635	194529	80	715134	-69973
140 Kulturadministrasjon	342913	475155	475155	132242	72	346863	3950
142 Kulturvern,museer	0	56000	56000	56000	0	40880	40880
143 Musikk og kunst	150000	209000	209000	59000	72	152570	2570
144 Idrett og mosjon	41	115000	115000	114959	0	83950	83909
145 Barne- og ungdomsarbe	230163	232000	232000	1837	99	169360	-60803
146 Øvrige kulturformål	78658	164000	164000	85342	48	119720	41062
161 Personal/kompetanse	2182324	2645846	2645846	463522	82	1931468	-250856
171 Tap på fordring	7834	60000	60000	52166	13	43800	35966
180 Økonomi	1894506	3108282	3008282	1113776	63	2196046	301540
181 Eiendomsskatt	69187	-7467	-7467	-76654	-927	-5451	-74638
190 Felles IT-tjenester	1888100	3725047	3625047	1736947	52	2646284	758184
210 Fellesutgifter grunnskol	1018682	2739548	1976548	957866	52	1442880	424198
231 Inderøy ungdomsskole	12248030	16210803	16317803	4069773	75	11911996	-336034
240 Voksenopplæring	128331	266607	266607	138276	48	194623	66292
241 Voksenopplæring PUH	461898	716028	716028	254130	65	522700	60803
242 Annen voksenopplæring	68730	141935	141935	73205	48	103613	34883
243 Voksenoppl. fremmeds	-399289	-147646	-147646	251643	270	-107782	291508
245 Flyktninger	468202	938428	938428	470226	50	685052	216850
260 Fellesutgifter barnehag	616181	1547954	1272954	656773	48	929256	313075
269 Private barnehager	282584	15000	15000	-267584	1884	10950	-271634
271 Musikk- og kulturskoler	1463549	2012808	1992808	529259	73	1454750	-8799
272 Den kulturelle skolesek	249003	118763	118763	-130240	210	86697	-162306
291 Lærlinger	486900	544101	544101	57201	89	397194	-89706
311 Helsesøstertjenesten	1199098	1876103	1556103	357005	77	1135955	-63143
321 Legekontor	2527876	3625081	3625081	1097205	70	2646309	118433
322 Miljørettet helsevern	124016	173096	173096	49080	72	126360	2344
330 Rehabilitering	1283023	1754831	1754831	471808	73	1281027	-1996
337 Aktivitets-/dagsenter	358007	461985	461985	103978	77	337249	-20758
341 Sosialekontor	1902959	2628411	2378411	475452	80	1736240	-166719
342 Tilbud til pers.	81189	116280	116280	35091	70	84884	3695
343 Økonomisk sosialhjelp	985882	1471000	1171000	185118	84	854830	-131052

**Driftsregnskap pr. 30.09.08**

Summarisk regnskapsoversikt pr. 30.09 fordelt på ansvarsområder. Gjennomgående vil periodisert budsjett utgjøre ca 73% av årets budsjett pr. 30.09. Ettersom periodiseringen er sjablonmessig, så vil det bokførte avviket i perioden kunne avvike vesentlig fra det reelle. Se derfor kommentarer i regnskapsnotat.

Ansvar Område	Regnskap 30. sept.	Oppr budsjett	Rev budsjett	Rest- beløp	Forbruk i prosent	Periodisert budsjett	Avvik kr pr. 30.09.
344 Aktivisering funksjonsh.	1141354	1587029	1487029	345675	77	1085531	-55823
346 Barne- og ungdomsvern	6116303	6441994	7941994	1825691	77	5797656	-318647
350 Pleie- og omsorgsadm.	772201	901049	901049	128848	86	657766	-114435
351 Sykehjemsavdeling	11383469	13684023	13507523	2124054	84	9860492	-1522977
352 Hjemmesykepleien	6873601	11664306	11361806	4488205	61	8294118	1420517
353 Vaskeri	519871	734264	734264	214393	71	536013	16142
354 Hjemmehjelp	1641612	3554491	3554491	1912879	46	2594778	953167
355 Sykehjemsbolig	2547263	2064364	2064364	-482899	123	1506986	-1040277
356 Leirringen 41	1723562	1049938	1049938	-673624	164	766455	-957107
357 Omsorgsleiligheter Inde	1260071	0	0	-1260071	0	0	-1260071
358 Omsorgsleiligheter Næst	1831604	0	0	-1831604	0	0	-1831604
362 Kjøkken	1719219	1701160	1701160	-18059	101	1241847	-477373
373 Vennavold/Årfallet	3878715	4601649	4279149	400434	91	3123779	-754936
375 Lautan/&Buchtrøa	5395708	5681150	5618650	222942	96	4101615	-1294093
388 Et sted å være	728245	1035006	1035006	306761	70	755554	27309
389 Psykiaritream	499824	707456	707456	207632	71	516443	16619
401 Sakshaug skole	8137568	10835594	10763594	2626026	76	7857424	-280145
402 Sakshaug SFO	146813	133553	88553	-58260	166	64644	-82169
411 Røras skole	4620118	6424838	6678838	2058720	69	4875552	255434
412 Røra SFO	-9967	182878	157878	167845	-6	115251	125218
421 Sandvolla skole	4594974	6670185	6810185	2215211	67	4971435	376461
422 Sandvolla SFO	66421	189562	171562	105141	39	125240	58819
431 Utøy skole	3687917	4958869	4811869	1123952	77	3512664	-175253
432 Utøy SFO	86907	179890	169890	82983	51	124020	37112
441 Lyngstad skole	2197613	3207235	3113235	915622	71	2272662	75048
442 Lyngstad SFO	61164	152564	140564	79400	44	102612	41448
454 Sakshaug barnehage	944935	1503001	1503001	558066	63	1097191	152256
463 Røra barnehage	157908	875425	875425	717517	18	639060	481152
471 Sandvolla barnehage	429883	749587	749587	319704	57	547199	117315
481 Utøy barnehage	148756	343331	343331	194575	43	250632	101875
491 Lyngstad barnehage	194995	326000	326000	131005	60	237980	42985
500 Nærings- og eiendomsa	364650	380948	230948	-133702	158	168592	-196058
511 Kart- og oppmåling	61628	330264	330264	268636	19	241093	179465
512 Byggesak	134341	97904	97904	-36437	137	71470	-62871
513 Plan	197883	585832	585832	387949	34	427657	229774
521 Brannvesen og brannsy	1587500	3205000	3125000	1537500	51	2281250	693750
531 Bygg og eindom/FDV	11657639	20508864	19978864	8321225	58	14584571	2926932
541 Jordbruksnæring	665290	730778	730778	65488	91	533468	-131822
542 Skogbruksnæring	84049	199340	199340	115291	42	145518	61469
543 Kommuneskogen	-2994	8000	8000	10994	-37	5840	8834
547 Næringsfondet	68892	0	0	-68892	0	0	-68892
551 Miljø, natur-og viltforva	174409	270747	270747	96338	64	197645	23236
553 Park- og friområder	213872	196617	196617	-17255	109	143530	-70341
554 Viltfondet	56305	0	0	-56305	0	0	-56305
561 Veier og gater	2205814	4038837	3738837	1533023	59	2729351	523537
562 Kaier	-6792	7000	7000	13792	-97	5110	11902
571 Utbygging,salg,feste	-20339	0	0	20339	0	0	20339

## Driftsregnskap pr. 30.09.08

Summarisk regnskapsoversikt pr. 30.09 fordelt på ansvarsområder. Gjennomgående vil periodisert budsjett utgjøre ca 73% av årets budsjett pr. 30.09. Ettersom periodiseringen er sjablonmessig, så vil det bokførte avviket i perioden kunne avvike vesentlig fra det reelle. Se derfor kommentarer i regnskapsnotat.

Ansvar Område	Regnskap 30. sept.	Oppr budsjett	Rev budsjett	Rest- beløp	Forbruk i prosent	Periodisert budsjett	Avvik kr pr. 30.09.
574 Annen næring	139709	194000	194000	54291	72	141620	1911
591 Muustrøparken	34556	52000	52000	17444	66	37960	3404
611 Vann	-3682888	-443	-443	3682445	831352	-323	3682565
621 Avløp	-4017770	140	140	4017910	-2869835	102	4017872
622 Spredt avløp	-174549	-374	-374	174175	46671	-273	174276
630 Renovasjon	3060	352	352	-2708	869	257	-2803
720 Kirken	2140000	3250000	3250000	1110000	66	2372500	232500
740 Kulturhus	485000	600000	600000	115000	81	438000	-47000
750 PP-tjenesten	1387495	1850000	1850000	462505	75	1350500	-36995
780 Private barnehager	1021913	1350000	1350000	328087	76	985500	-36413
800 Inntektsutjevning	-18625020	-27905000	-28369000	-9743980	66	-20709370	-2084350
810 Skatt på inntekt og forn	-73080905	-92669000	-90051000	-16970095	81	-65737230	7343675
820 Statlig rammeoverførin	-50872572	-64416000	-62834000	-11961428	81	-45868820	5003752
830 Statstilskudd flyktninge	-1036500	-1000000	-1000000	36500	104	-730000	306500
840 Eiendomsskatt	-2724700	-3000000	-3000000	-275300	91	-2190000	534700
850 Øremerkede tilskudd	-1846400	-3977000	-3977000	-2130600	46	-2903210	-1056810
860 investeringskompensas	-354750	-4304000	-4304000	-3949250	8	-3141920	-2787170
870 Momskompensasjon in	-1378100	0	-1500000	-121900	92	-1095000	283100
880 Skjønnsmidler barneha	-5570120	-4000000	-4000000	1570120	139	-2920000	2650120
910 Renter	8848284	12173000	12173000	3324716	73	8886290	38006
920 Avdrag	10369849	13023000	13023000	2653151	80	9506790	-863059
930 Formidlingslån	229547	0	0	-229547	0	0	-229547
940 Avskrivninger	0	-13526000	-13526000	-13526000	0	-9873980	-9873980
950 Kalkulatoriske kostnad	0	-381000	-381000	-381000	0	-278130	-278130
960 Egenkapitalinnskudd	0	452000	452000	452000	0	329960	329960
970 Premieavvik	0	-5472000	-5472000	-5472000	0	-3994560	-3994560
980 Interne finanstransaksj	0	483000	-779000	-779000	0	-568670	-568670

## DISTRIKTSMEDISINSK SENTER I INN-TRØNDELAG

Saksbehandler: Marit Myrhaug  
 Arkivsaksnr.: 08/00596-004

Arkiv: 403

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0011/08	Eldres Råd	Uttalelse	11.11.2008
0007/08	Rådet for funksjonshemmede	Uttalelse	11.11.2008
0056/08	Hovedutvalg Folk	Uttalelse	18.11.2008
/	Formannskap	Innstilling	19.11.2008
/	Kommunestyre	Vedtak	17.12.2008

### RÅDMANNENS FORSLAG:

1. *Inderøy kommune slutter seg til anbefalingene i rapporten av 1.10.08 "Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag" og ønsker at saken videreføres i et hovedprosjekt.*
2. *Til å lede hovedprosjektet oppnevnes en styringsgruppe med 1 representant fra hver eier, samt 1 tillitsvalgt. Som representant for Inderøy kommune oppnevnes .....*
3. *Hovedprosjektet skal forberede og konkretisere et IKS for organisering og avklare hvilke kommunale tjenester som skal innlemmes i samarbeidet.*
4. *Det forutsettes en tredeling mellom Helse Nord-Trøndelag, Helse Midt-Norge og kommunene av kostnadene både knyttet til hovedprosjektet, etableringen og drift av DMS'et over en 5 års periode. Fordelingen mellom kommunene skal utredes ytterligere i neste fase, fram til endelig vedtak om opprettelse av IKS.*
5. *Kommunene Mosvik og Snåsa inviteres med i samarbeidet.*
6. *Kommunenes andel av prosjektkostnadene søkes finansiert fra KRD (Kommunal- og regionaldepartementet) og HOD (Helse- og omsorgsdepartementet).*

### RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:

#### VEDLEGG:

Rapport fra forprosjekt Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag, fra arbeidsgruppen datert 1.oktober 2008

#### Utrykte vedlegg:

Brev fra Helse Nord Trøndelag HF, datert 13.6.08  
 Søknad fra INVEST samarbeidet til Helse Nord Trøndelag HF, 16.11.2007  
 Rapport fra forprosjekt DMS i Stjørdalsregionen  
 Spesialiserte kortidsplasser i sykeheim – Trondheimsmodellen

### HENVISNING:

**BAKGRUNN:**

Det ble i november 2007 sendt en søknad fra INVEST-kommunene til Helse Nord-Trøndelag (HNT) der det ble invitert til et utvidet og forpliktende samarbeid. Dette med utgangspunkt i de utfordringer både kommunene og HNT står overfor både faglig, personalmessig og økonomisk. Dette samarbeidet skulle bidra til å sikre innbyggerne i INVEST god kvalitet på helse, rehabiliterings- og omsorgstjenestene. God samhandling og tett samarbeid mellom kommunene og helseforetaket vil være viktige tiltak for å nå et slik mål.

Med bakgrunn i INVEST samarbeidets søknad om prosjektmidler ble det avholdt en befarings- og orienteringsreise på Stjørdal DMS den 4.6.08. Deltagere på dette møtet var ledelsen i Helse Nord-Trøndelag, representanter fra Helse Midt Norge HF, Stjørdal DMS, politisk og administrativ ledelse i INVEST kommunene.

På dette møtet ble det avklart at det var en felles interesse mellom disse tre partene å gjennomføre et forprosjekt for å avklare mulighetene for og vilkårene knyttet til å etablere et INVEST DMS. Det er presisert at dette er et forprosjekt, og skal danne grunnlaget for en politisk behandling både i Helse NT og i de tre INVEST kommunene.

Administrerende direktør Arne Flaot i Helse NT utarbeidet et utkast til mandat for arbeidsgruppen, og i brev av 1.7.08 oppnevnte en arbeidsgruppe for å utrede et eventuelt Distriktsmedisinsk senter (DMS) på Steinkjer. 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.

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 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

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 foreslås invitert inn et samarbeid om senteret.

Arbeidsgruppen foreslår følgende funksjoner i senteret:

- sengeavdeling 16 plasser (12 plasser til etterbehandling etter sykehusopphold og 4 plasser for akutte innleggelser for pasienter som har behov for pleie, observasjon og behandling pga kjent sykdom, men som ikke fordrer innleggelse i sykehus.)
- dialyse/dagenhet
- spesialistpoliklinikk
- røntgen
- kommunale helsetjenester
- administrasjon/støttefunksjoner

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

De fleste ordinære helse- og omsorgstjenester må fortsatt utgå fra den enkelt kommune, men det kan være aktuelt å samarbeide om å ha enkelte tjenester felles og legge disse til et DMS Inn-Trøndelag. Hvilke dette gjelder, kriterier og økonomi, må avklares nærmere i et hovedprosjekt, men følgende er skissert:

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

Det interkommunale samarbeidet i dette prosjektet framheves i tillegg til det sømløse mellom kommunenivå og helseforetak. Kommunene skal ha et likeverdig samarbeid både seg imellom og i samarbeidet med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av DMS. Det bør etablere en organisatorisk enhet som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene. Flere selskapsformer er aktuelle, og må avklares i neste fase, dvs i et eventuelt hovedprosjekt.

Arbeidsgruppen tilrår at DMS Inn-Trøndelag lokaliseres i Steinkjer. Arealbehovet for sengeposten og sykehusetjenestene er beregnet til ca 850m<sup>2</sup>, 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.

Driften av øvrige kommunale tjenester er ikke beregnet i forprosjektet.

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

1. dannelse av en organisatorisk enhet/selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
2. detaljplanlegging av innhold, bemanning, økonomi, organisering, lokaler, utstyr, IKT (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.

Prosjektkostnadene til hovedprosjektet er beregnet til ca 1.1mill

Det er skissert en framdriftsplan for etablering av et distriktsmedisinsk senter. Men den skisserte virksomheten er kompleks og tidsaspektet er derfor usikkert bl.a. i forhold til hvilken løsning som blir valgt mht lokaliteter. Framdriftsplanen er skissert med følgende milepæler:

- a) *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. Saken legges frem for kommunestyrene og for styret i Helse Nord-Trøndelag, samt styret for Helse Midt. Slike vedtak kan foreligge tidligst i november 2008.
- b) *Invitasjon om deltakelse til nabokommunene Snåsa og Mosvik*
- c) *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).
- d) *Kommunale vedtak om etablering av driftselskap*
- e) *Interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v*
- f) *Oppstart av et DMS Inntrøndelag - tidligst ved årsskiftet 2009/2010.*

Saken har vært behandlet i politisk styringsgruppe for INVEST 9.10.08 hvor det ble gitt tilslutning til rapporten med følgende vedtak:

*Rapporten fra forprosjektet oversendes til behandling i de tre kommunene. Sekretariatet får i oppdrag å lage et felles saksframlegg, der det gis tilslutning til rapporten samt at IKS er preferert organisasjonsmodell. Invitasjon til å delta sendes Snåsa kommune og Mosvik kommune sammen med saksframlegg og rapporten fra forprosjektet.*

*Saken bør også sendes aktuelle brukerorganisasjoner.*

*Bjørn Arild Gram ble valgt til å delta på møte med departementet for mulig delfinansiering av prosjektet.*

Det er i forprosjektet lagt et grunnlag som man i hovedprosjektet skal utrede ytterligere når det gjelder organisering, aktuelle kommunale tjenester og den økonomiske fordelingen mellom kommunene. I det videre arbeid bør også tillitsvalgte delta.

**VURDERING:**

Det er i utgangspunktet utarbeidet et felles saksframlegg. Vurderingene nedenfor er ført i pennen av rådmannen i Inderøy.

Driftskostnadene for samarbeidende kommuner ved et IKS er i forprosjektet skissert til 4,5 mill. kroner for en poliklinisk enhet og en intermediearenhet. Ved en eventuell utvidelse med "forsterkede" sykehjemssenger vil kommunekostnaden øke til ca 8,5 mill. kroner.

Foretaket finansierer 2/3 av kostnadene knyttet til en intermediearenhet. Dette er et betydelig beløp.

Om en anvender en "tradisjonell" fordelingsnøkkel på Investkommunene innebærer forprosjektets kostnadsanslag en driftskostnadsandel for Inderøy på ca kr. 900.000,- uten forsterkede sykehjemssenger og 1,8 mill. kroner ved eventuell utvidelse med "forsterkede" sykehjemssenger. Det presiseres at tilbudet under et eventuelt IKS, kostnadsbildet og fordelingsnøkklene vil bli gjenstand for en grundig vurdering i hovedprosjektutredningen.

Økonomien i dette prosjektet må vurderes opp mot alternative måter å dekke opp behovene på over tid. Vedrørende det foreløpig beskrevne økonomibildet i dette opplegget er det rådmannens foreløpige oppfatning at 1) det er isolert rimelige "forsterkede" sykehjemsplasser som kan tilbys 2) det er ikke gitt at en tradisjonell fordelingsnøkkel (etter innbyggertall) er formålstjenlig i denne sammenheng.

Dersom hovedprosjektutredningen kommer frem til et gjennomførbart prosjekt, vil det måtte innarbeides driftsmidler fra 2010. Det er så langt ikke innarbeidet driftsmidler i forslaget til økonomiplan.

Rådmannen anser at det er svært viktig å tydeliggjøre i hovedprosjektet sammenhengen mellom DMS og det lokale pleie og omsorgstilbudet og hvordan prosjektet kan bidra til kompetanseutvikling og kvalitetshevning også i "egne" tjenester.

**KONKLUSJON:**

Rådmannen anser at prosjektet er interessant og gir muligheter for å styrke tilbudet til den aktuelle målgruppen.

Det er naturlig for Inderøy kommune og delta i – og bidra til hovedprosjektutredningen.

Inderøy, den 29.10.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann



HELSE NORD-TRØNDELAG

INDERØY KOMMUNE  
Avd. \_\_\_\_\_ Saksbeh. \_\_\_\_\_  
20 OKT. 2008  
Emnekode 403 Obj.kod. \_\_\_\_\_  
Arkivsaksnr. 08/00586-003  
Kopi \_\_\_\_\_

# Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag

Rapport fra arbeidsgruppe  
1.oktober 2008

# Innholdsfortegnelse:

<b>1. SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....</b>	<b>5</b>
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
<b>2. MANDAT OG ARBEIDSFORM .....</b>	<b>8</b>
2.1 Mandat.....	8
2.2 Arbeidsform .....	9
<b>3. BAKGRUNN.....</b>	<b>10</b>
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 - intermediærenhet .....	12
3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal .....	12
3.6 Kartlegging av behov for intermediære behandlingsplasser og akutt-plasser i Namdalsområdet .....	12
3.7 Samhandlingsreformen .....	12
<b>4. INVEST-OMRÅDET .....</b>	<b>14</b>
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
<b>4.4 Kreftsykepleier .....</b>	<b>17</b>
<b>4.5 Helsenett .....</b>	<b>17</b>
<b>5. MÅLSETTING FOR OG FORVENTNINGER TIL ET DMS I INVEST-OMRÅDET</b>	<b>18</b>
5.1 Målsetting .....	18
5.2 Forventede effekter .....	18
<b>6. AKTUELLE FUNKSJONER I ET DMS I INVEST.....</b>	<b>20</b>
6.1 Sengepost med intermedier enhet (etterbehandlingsenhet) .....	20
6.2 "Kommunale" sengeplasser - akuttplasser .....	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
<b>7. ØKONOMI .....</b>	<b>25</b>
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
<b>8. LOKALER .....</b>	<b>30</b>
8.1 Arealbehov.....	30
8.2 Lokalisering.....	30

8.2.1. Alternativ 1/ priorit 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 distriktspsykiatriske sentra og desentraliserte poliklinikker. I 2007 ble det startet et distriktsmedisinsk senter i Stjørdal.

Erfaringene med distriktsmedisinske sentra og etterbehandlingsavdelinger i kommunehelsetjenesten, også kalt intermedieæravdelinger, 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 behandlingstkostnad
  - 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 850m<sup>2</sup> 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 detaljplaner 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, 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.

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 Flaot 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 lokalsykebusfunksjoner for universitetssykehuset og eventuelt andre sykebus.”*

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 gråsoner 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.

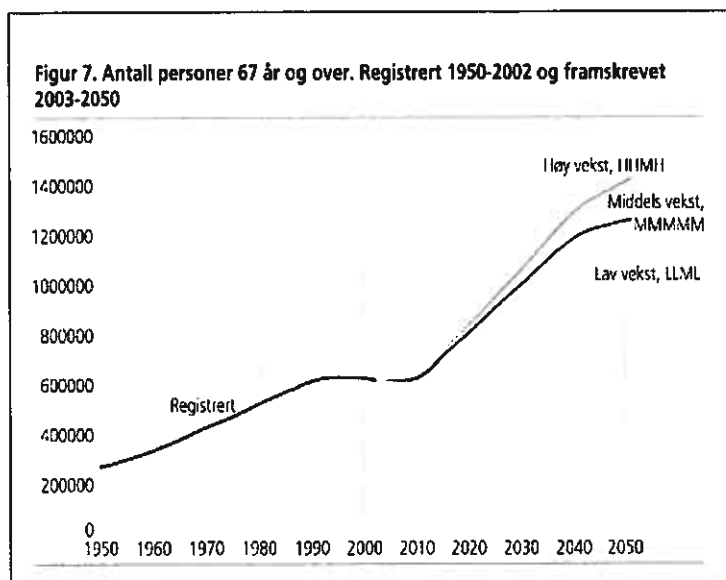
Svært mange hadde sterkt nedsatt fysisk og mental funksjon.

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 - intermediaærenhet**

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 intermediaærvdeling 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 intermediaær avdeling er undersøkt og dokumentert gjennom Helge Garåsens doktoravhandling i april 2008. De pasienter som fikk sluttbehandling i intermediaærenheten hadde færre reinnleggelses, lavere dødelighet, og hadde et mindre behov for kommunale tjenester det første året etter innleggelsen. Behandlingstilbudet i intermediaærenheten 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 intermediaærvdeling 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 renoverte. Senteret drives av Stjørdal kommune. HNT driver røntgenenheten, dialyseenheten og spesialistpoliklinikken. Driftsutgiftene i intermediaærenheten 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 kommunehelsetjenesten 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 intermediaære behandlingsplasser og akutt plasser i Namdalsområdet**

Med støtte fra Helse Midt-Norge ble det i januar-mai 2008 foretatt en kartlegging av alle innleggelses 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 akutt plass og/eller etterbehandlingssenheter (intermediaærenhet). 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 ¼ -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 * <sup>1)</sup>	Fastleger	Spesialister
Steinkjer	20 672	3585	18469	2865	19* <sup>2)</sup>	3.4
Verran	2623	469	2786	323	2 * <sup>3)</sup>	
Inderøy	5920	879	4522	635	4	
Snåsa	2197	258	1622	105	2	
Sum	31632	4459	27399	3928	27	

\*<sup>1)</sup> Konvensjonell rtg.us henvist fra primærhelsetjenesten

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

\*<sup>3)</sup> 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 rutineultral lyd 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 kommunchelsetjenesten.

### **4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området**

#### 4.3.1 Legevakt

Snåsa kommune har felles legevaktstjeneste 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 3skiftsordning, 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 * <sup>5</sup> )
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 akutt plasser.

Akutt plassene 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 akutt plassene må kommunen realisere utbygging av 16 omsorgsboliger for demente i henhold til eldreplan.

I 2007 benyttet kommunen gjennomsnittlig 6 av plassene til korttid/akutt plasser, 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 årsv 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 Helsenetts funksjoner til å innbefatte flere helse og omsorgstjenester er derfor nødvendig. Her kan blant andre nevnes pleie og omsorgstjenester, rehabiliteringstjenester, helsesøstertjenester, jordmørtjenester 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 intermediearenhet 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 intermedieæravdeling 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 intermediearenhet 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 intermedisæravdeling ved DMS i INVESTområdet vil redusere presset på sengekapasiteten ved sykehusene i fylket og på langtidssykehjems plasser 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 utskrivning 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 - akuttplasser**

Faglige og driftsøkonomiske hensyn taler for at kommunale sengeplasser bør integreres i en sengepost sammen med en intermediearenhet. 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

Akutt plassene bør være integrert i sengeposten sammen med etterbehandlingsenheten med forsterket sykepleie og legetjeneste. Akutt plasser forutsetter tilgang på legetilsyn på døgnbasis. En samlokalisering med legevaktjenesten er derfor hensiktsmessig. Kommunal akutt plass 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.

Dialyseplasseene vil være belagt 3 dager pr uke. De øvrige dager kan behandlingsplasseene 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 økende. 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 enkelt 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
- Ressursenter 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 *nødvendigvis* 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, intermedisærerenhet 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 intermedisærerenhet. 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 intermedisærpost 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 behandlingkostnader 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.

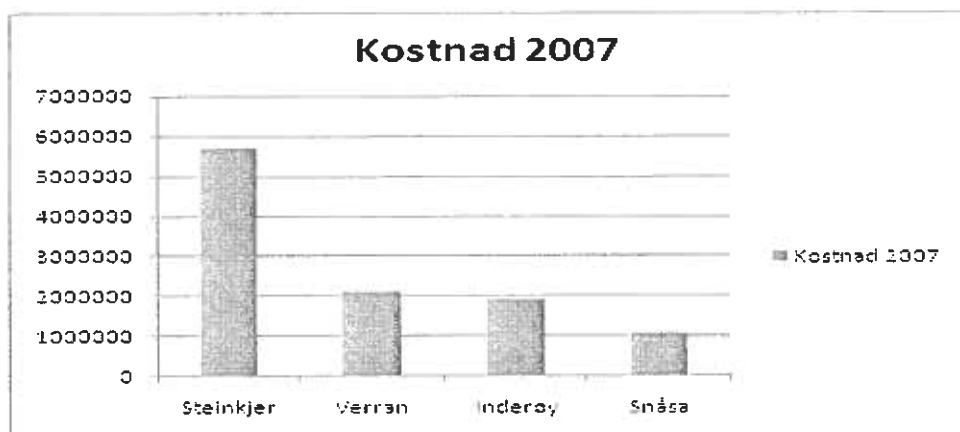
### 7.1 Spesialistpoliklinikk

#### 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	37 120
Medisinsk poliklinikk	10	1	44	15 %	11	80	58 080
Gyn poliklinikk			Allerede igangsatt				0
Kon.ensjonell rontgen			Fra investeringsanalyse				-439 000
Dialyse	5	3	44	80 %	11	80	464 640
<b>Sum reduserte transportkostnader</b>							<b>1 048 840</b>

#### **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 utstyrskostnad røntgen (leasing + serviceavtale)	490.000
Årlig utstyrskostnad dialyse (leasing + service)	485.000
Årlig utstyrskostnad med.pol (leasing)	30.000
Avskrivninger annet utstyr/inventar	49.000
Lønnskostnader	1.410.000
Andre driftskostnader	100.000
<b>Sum kostnader</b>	<b>3.024.000</b>
<b>Netto drift</b>	<b>1.974.000</b>
<b>Andel HNT</b>	<b>1.729.000</b>
<b>Andel INVEST</b>	<b>245.000</b>

Av tabellen over ser vi at drift av spesialistpoliklinikk og dialyse vil medføre en årlig merkostnad på kr 1.974.000. Medisinsk Klinik 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 intermediærposten (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

	<b>Totalkostnad</b>	<b>Andel</b>	<b>Sum</b>
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 behandlingstkostnad 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 dannelse 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
<b>Sum</b>	<b>1.150.000</b>

## 8. Lokaler

### 8.1 Arealbehov

Arealbehovet for sengeposten er anslått til 650 m<sup>2</sup> og poliklinikken inkl rttg og dialyse er anslått til 200m<sup>2</sup>. 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 "nøkkeltjenester" 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 næværende 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 bidragsyttere.

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 medisinskfaglig 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 fatter 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, 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.

- 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. AlmlidFrode Myrland*

*Øivind Stenvik            Ann Sissel Helgesen            Dagfinn Thorsvik*

**SFO - ENDRING AV VEDTEKTER.**

Saksbehandler: Finn Madsen  
 Arkivsaksnr.: 99/04226-023

Arkiv: 212

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0057/08	Hovedutvalg Folk	Innstilling	18.11.2008
/	Kommunestyre	Vedtak	17.12.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:**

1. **§§ 1. Formål, 4. Bemanning 5. Leke- og oppholdsareal og 8. Åpningstider gis felles tekst for kommunens skolefritidsordninger.**
2. **§ 1. Formål endres til:** "Inderøy kommune skal ha en skolefritidsordning som legger til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter og hjemmearbeid med utgangspunkt i barnas alder, funksjonsnivå og interesser. Skolefritidsordningen skal gi barna omsorg og tilsyn. Barn med særskilte behov skal gis gode utviklingsmuligheter."
3. **§ 4. Bemanning skal endres til:** "Skolefritidsordningen i Inderøy kommune skal ha en bemanning tilpasset antall barn tilmeldt ordningen, og som skal dekke de behov som framkommer av at ordningen er et tilbud til alle barn, uansett funksjonsnivå."
4. **§ 5. Leke- og oppholdsareal endres til:** "Skolefritidsordningen i Inderøy kommune skal disponere arealer tilpasset formålet. Ordningen skal ha et eget definert baseområde"
5. **§ 8. Åpningstider får følgende tillegg:** "Den ytre åpningstiden settes til for:  
 Sakshaug: kl. 07.00 – 16.30  
 Røra: kl. 06.45 – 16.30  
 Sandvollan: kl. 07.30 – 16.30  
 Utøy: kl. 07.00 – 16.15  
 Lyngstad: kl. 07.15 – 16.30"
6. **Betegnelsen klasse i § 6 endres til årstrinn**
7. **I § 7. Foreldrebetaling/finansiering tas opplysninger om gjeldende betalingssetter ut. Paragrafen endres til:** Skolefritidsordningen finansieres med kommunalt tilskudd og foreldrebetaling. Kommunestyret vedtar satser for foreldrebetaling. Det gis tilbud om kjøp av enkeltdager og –timer til en pris fastsatt av kommunestyret til elever som ikke normalt deltar i ordningen, eller som ekstra betalt tid for elever med avtalt opphold inntil 12 timer pr uke. Dette tilbudet er begrenset til 10 dager pr. år pr. barn.

**RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:****VEDLEGG:**

Forslag til nye vedtekter for Inderøy kommunes skolefritidsordning.

**HENVISNING:**

Opplæringsloven § 13-7 sier at kommunene skal ha et tilbud om skolefritidsordning for 1. – 4. årstrinn, og for barn med særskilte behov på 1. – 7. årstrinn. Ordningen skal ha vedtekter om

- a. eierforhold
- b. hvem som er opptaksmyndighet
- c. opptakskriterium
- d. opptaksperiode og oppsigelse av skolefritidsplassen
- e. foreldrebetaling

- f. leke- og oppholdsareal
- g. daglig oppholdstid og årlig åpningstid
- h. bemanning og ledelse

Rundskriv F-006-98 redegjør nærmere for hvordan de enkelte punktene skal forstås.

**BAKGRUNN:**

Er miljøvurdering relevant? Kryss av:      Ja                      Nei  
 Dersom 'ja' fyll inn liste (lagret på felles O:\skjema\milj.doc). Dersom 'nei' er liste ikke vedlagt.

Inderøy kommune har vedtekter der den enkelte ordning fyller inn punktene om leke- og oppholdsareal.

**VURDERING:**

Å ha egne vedtekter for hver ordning er vanskelig å administrere, det krever årlig oppdateringer. Det at de til enhver tid gjeldende satser er tatt inn i gjeldende vedtekter, byr også på kontraktmessige utfordringer hvis den lokale vedtekten ikke er oppdatert.

Dagens forskriftens § 6 om opptak inneholder bestemmelse om at opplysninger om foreldrebetaling skal framgå av skriv om tilbud om plass i skolefritidsordningen.

Inderøy kommune var etter rådmannens vurdering vel ambisiøs i forhold til å fylle lovkravene, godt ut over det som framgår av rundskriv F-006-98. Det er ikke gitt sentrale føringer på punktet om leke- og oppholdsareal, ut over at arealene skal være tilpasset formålet, eller gitt sentrale føringer for bemanningsnormer.

Endringene i § 1 er redaksjonell ved at " ... skole skal ha " endres til "Inderøy kommune skal ha", og en tilpassing til endringer i loven der betegnelsen "funksjonshemmet" er endret til "barn med særskilte behov".

Endringene i § 8 om åpningstider er redaksjonelle ved at åpningstiden for den enkelte ordningen erstattes med oversikt over åpningstiden for samtlige ordninger.

Endringene i § 7 om foreldrebetaling/finansiering er redaksjonelle som følge av forslaget om at satsene for foreldrebetaling tas ut av paragrafen. I tillegg er finansiering med statstilskudd tatt ut av teksten, ordningen med statstilskudd er opphørt for flere år siden.

Formuleringene i § 4 om bemanning og § 5 om leke- og oppholdsareal er formulert i samsvar med de føringer som er framgår av rundskriv F- 006-08

**KONKLUSJON:**

Rådmannen anbefaler at vedtektene for skolefritidsordningene i Inderøy komme blir felles for alle skolene, og at opplysninger om de til enhver tid gjeldende betalingssetser tas ut av vedtektene. Vedtektene inneholder bestemmelser som ivaretar både opplysningsplikten og hvem som vedtar betalingssetsene.

Inderøy, den 04.11.2008

Jon Arve Hollekim/s  
 rådmann



## VEDTEKTER FOR SFO-TILBUDET I INDERØY KOMMUNE.

### § 1. Formål.

*Inderøy kommune* skal ha en skolefritidsordning som legger til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter og hjemmearbeid med utgangspunkt i barnas alder, funksjonsnivå og interesser. Skolefritidsordningen skal gi barna omsorg og tilsyn. *Barn med særskilte behov* skal gis gode utviklingsmuligheter.

### § 2. Ledelse og organisering.

- A. Skolefritidsordning i *Inderøy kommune* eies og drives av Inderøy kommune.
- B. Skolefritidsordningen skal ha daglig leder som har ansvar for planlegging og tilrettelegging. Daglig leder skal ha pedagogisk utdanning.
- C. Rektor har det overordnede administrative ansvar. Rektor er de ansattes arbeidsgiverrepresentant.
- D. Tilsatte har rett til å møte i skolens personalmøter når møtet behandler saker som gjelder skolefritidsordningen, og i saker som gjelder hele skolens personale.
- E. Samarbeidsutvalget er driftsstyre med vedtaksmyndighet i saker som ikke er av økonomisk art. I slike saker har samarbeidsutvalget en rådgivende funksjon.

### § 3. Driftsstyrets mandat.

Driftsstyret vedtar årsplan for skolefritidsordningen. Driftsstyret kan fatte vedtak i saker som ikke er av økonomisk art, når vedtaksmyndighet ikke er lagt til annet organ i kommunen, eller avgjørelsen følger av lov, forskrifter eller tariffavtaler.

### § 4. Bemanning.

*Skolefritidsordningen i Inderøy kommune skal ha en bemanning tilpasset antall barn tilmeldt ordningen, og dekke de behov som framkommer av at ordningen er et tilbud til alle barn, uansett funksjonsnivå.*

### § 5. Leke- og oppholdsareal.

*Skolefritidsordningen i Inderøy kommune skal disponere arealer tilpasset formålet. Ordningen skal ha et eget definert baseområde.*

### § 6. Opptak

- A. Skolen sender ut brev med søknadsskjema til alle foreldre med barn som skal gå i 1. – 4. årstrinn, og til foreldre til funksjonshemmede barn som skal gå i 5. – 7. årstrinn. Brevet skal inneholde opplysninger om tilmeldingsfrist, foreldrebetaling og frist for oppsigelse av tilbudet.
- B. Skolefritidsordningen tar opp alle barn i kretsen som blir tilmeldt.

- C. Opptaket til ordningen kan skje hele året. Det betales halv pris for opptak etter den 15. i måneden, ellers betales full pris.
- D. Oppsigelsen er på 2 måneder. Oppsigelsestiden løper fra den 1. i måneden etter meldt oppsigelse. Oppsigelsen skal være skriftlig.

#### **§ 7. Foreldrebetaling/finansiering.**

Skolefritidsordningen finansieres med kommunalt tilskudd og foreldrebetaling. Kommunestyret vedtar satser for foreldrebetaling.

Det gis tilbud om kjøp av *enkeltdager og –timer til en pris fastsatt av kommunestyret* til elever som ikke normalt deltar i ordningen, eller som ekstra betalt tid for elever med avtalt opphold inntil 12 timer pr uke. Dette tilbudet er begrenset til 10 dager pr. år pr. barn.

#### **§ 8. Åpningstider**

*Den ytre åpningstiden settes til for:*

- Sakshaug: kl. 07.00 – 16.30
- Røra: kl. 06.45 – 16.30
- Sandvollan: kl. 07.30 – 16.30
- Utøy: kl. 07.00 – 16.15
- Lyngstad: kl. 07.15 – 16.30

Før 15. august må minimum 4 elever bruke skolefritidsordningen for at ordningen skal holdes åpen. De elevene som blir berørt, vil fortrinnsvis få tilbud i samarbeid med barnehagen, eller dersom det ikke er mulig, ved annen skolefritidsordning i kommunen.

Ut over dette er skolefritidsordningen åpen alle virkedager unntatt lørdag. Skolefritidsordningen holder stengt 4 uker om sommeren, tilpasset barnehagens sommerlukning.

#### **§ 9. Gyldighet. Endring.**

Vedtektene er vedtatt av kommunestyret i sak 0051/00.

Vedtektene gjelder fra 01.08.00.

*Vedtektene er endret ved vedtak i kommunestyret i sak /08*

# INVITASJON TIL AVTALE MELLOM INDERØY KOMMUNE OG NORSK KULTURARV

Saksbehandler: Kåre Bjerkan  
Arkivsaksnr.: 08/00939-003

Arkiv: 255

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0058/08	Hovedutvalg Folk		18.11.2008

## RÅDMANNENS FORSLAG:

- 1. Inderøy kommune inngår avtale med Norsk Kulturarv om samarbeid i samsvar med vedlegg.*
- 2. Kommunens kostnader til samarbeidsavgift kr 6000 pr år innarbeides i budsjett.*

## RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:

### VEDLEGG:

Forslag til avtale mellom Inderøy kommune og Norsk Kulturarv.

### HENVISNING:

INVITASJON TIL STEDUTVIKLING OG AKTIVT KULTURMINNEVERN – NORSK KULTURARV 15. FEBRUAR 2008.

[WWW.KULTURARV.NO](http://WWW.KULTURARV.NO)

[WWW.OLAVSROSA.NO](http://WWW.OLAVSROSA.NO)

### BAKGRUNN:

Er miljøvurdering relevant? Kryss av:      Ja                      Nei
Dersom 'ja' fyll inn liste (lagret på felles O:\skjema\milj.doc). Dersom 'nei' er liste ikke vedlagt.

Norsk Kulturarv har henvendt seg til Inderøy kommune med spørsmål om å inngå avtale om samarbeid.

Kommunen ved varaordføreren hadde møte med styremedlem i Norsk Kulturarv; Kirsten Indgjerd Værdal og direktør Grete Horntvedt den 9. oktober.

Norsk Kulturarv er en ideell, nasjonal stiftelse opprettet i 1993 av Oppland fylkeskommune og med 28 medstiftere innen offentlig og privat sektor i nært samarbeid med Kommunal- og arbeidsdepartementet. Norsk Kulturarv er åpen for medlemskap fra bedrifter, organisasjoner og enkeltmedlemmer.

Norsk Kulturarvs visjon er *vern gjennom bruk*, og gjennomfører praktiske tiltak i samarbeid med offentlige myndigheter og næringslivet for å ta vare på den mangfoldige kulturarven vi har i Norge. Norsk Kulturarv har hele landet som arbeidsområde, og initierer kulturvern-tiltak både på lokalt og nasjonalt nivå. Organisasjonen arbeider for vern av kulturarven gjennom bærekraftig bruk og er premissleverandør for den offentlige kulturminne-forvaltningen.

Norsk Kulturarv arbeider for å synliggjøre kulturminneverdier gjennom næringsutvikling og aktiv bruk. Bruk er på lang sikt det beste vern. Kulturarven er kilde til livskvalitet gjennom gode opplevelser, samtidig som kulturarven gir grunnlag for næringsdrift. Inntekter som blir skapt, kan i neste omgang bli tilbakeført til vernearbeidet.

Gjennom samarbeidsavtalen skal kommunen og Norsk Kulturarv samarbeide innefor områder som:

- Praktisk og målrettet kurs innenfor bygningsvern.
- Profilering av mindre og ikke-komersielle kulturminner i Inderøy.
- Formidling av magasinet; Norsk Kulturarv.
- Undervisningsopplegg for grunnskolen.
- Rabbaterte tilbud til Inderøy kommune.
- Kommunen får førsteprioritert i forhold til ma utviklingsprosjekt.

Norsk Kulturarv tildeler kvalitetsmerke "Olavrosen" etter en streng kvalitetsvurdering. Mottoet for Olavsrosa er ;"Olavsrosa – våre beste opplevinger. I Inderøy kommune er Olavsrosen tildelt Gjørvi Gård og Tove Wang. Inderøy kommunes årlige samarbeidsavgift vil være kr 6000.

Inderøy kommune arrangerte i 1997(etter kåringen som kulturkommune) et seminar med tittelen; "Vern gjennom bruk" der representanter for Norsk Kulturarv deltok sammen med mellom anna kulturministeren.

I 1998 ble kommunen invitert inn som medstifter i Norsk Kulturarv. Administrasjonen vurderte det den gangen som lite aktuelt til dels av prinsipielle grunner; ønsket ikke å være medlem i mange ulike organisasjoner.

#### **VURDERING:**

Et samarbeid mellom Inderøy kommune og Norsk Kulturarv vil kunne bety kultur-, næring og stedutvikling i kommunen. Kommunen har et kulturlandskap og kulturminner (eldre og nyere) med et stort potensiale i forhold til de utviklingsoppgaver Norsk Kulturarv jobber med. Rådmannen mener imidlertid at et viktig suksesskriterium for kommunen er at kommunen har mulighet for å bidra med personalressurser og økonomi utover de 6000 kr som medlemskapet betyr.

Inderøy kommune har i liten grad drevet kulturminnevern i egen regi. En stor del av det arbeidet som blir gjort i kommunen skjer i privat regi. Inderøy Museums- og historielag er i den sammenheng en viktig samarbeidspartner. Laget mottok inneværende år kr 27.000 i støtte. Målsetting for drift av museumsdelen bør være kr 290.000 etter kriterier fra Stiklestadmuseene. I følge kostratallene bruker Inderøy kommune kr 8 på kulturvern/museer mens gjennomsnittet i Nord-Trøndelag er kr 45 og landsgjennomsnittet er kr 64.

Avtalen legger opp å utarbeide undervisningsopplegg i grunnskolen. De enkelte skolene har allerede i dag mange gode opplegg. Gjennom den kulturelle skolesekken har vi et opplegg der 6. klassingene skal møte lokal og regional kulturhistorie. Prosjektet som har blitt gjennomført er skoleprosjekt med jekta Pauline med tittelen; "Førstereis – En reise mot ukjent land". Lokalt ønsker "Den Kulturelle skolesekken" å utvikle tilbud innenfor området kulturarv. Rådmannen er imidlertid bekymret over manglende ressurser for lokal oppfølging på skolesida.

Landbuksdelen i kommunen arbeider med kulturminner ma gjennom tilskuddsordningen SMIL som er rettet mot gårdbrukere. De kan ha muligheter for å kunne bidra tilskuddsmessig til enkeltprosjekt men ser ellers små muligheter for å kunne disponere tid i forhold til samarbeidsavtalen.

Det bør vurderes muligheter for å søke styret for næringsfondet om eventuelle midler for oppfølgingsprosjekt knytt til avtalen.

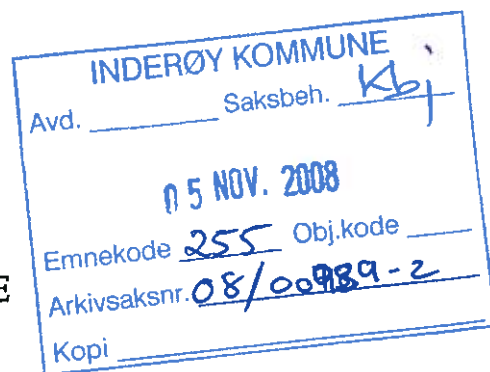
**KONKLUSJON:**

Samarbeidsavtalen gir grunnlag for mange utviklingsmuligheter og rådmannen tilrår at vi inngår samarbeidsavtale til tross for at vi i utgangspunktet har små ressurser. Inderøy kommune inngår avtale med Norsk Kulturarv med sikte på økt satsing på kulturminnearbeidet gjennom Norsk Kulturarv sin visjon; Vern gjennom bruk.

Inderøy, den 05.11.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann

**AVTALE**  
**mellom**  
**INDERØY KOMMUNE**  
**og**  
**NORSK KULTURARV**



### **Bakgrunn**

Norsk Kulturarv er en ideell, nasjonal stiftelse opprettet i 1993 av Oppland fylkeskommune og med 28 medstiftere innen offentlig og privat sektor i nært samarbeid med Kommunal- og arbeidsdepartementet. Norsk Kulturarv er åpen for medlemskap fra bedrifter, organisasjoner og enkeltmedlemmer.

Norsk Kulturarvs visjon er *vern gjennom bruk*, og gjennomfører praktiske tiltak i samarbeid med offentlige myndigheter og næringslivet for å ta vare på den mangfoldige kulturarven vi har i Norge. Norsk Kulturarv har hele landet som arbeidsområde, og initierer kulturvern-tiltak både på lokalt og nasjonalt nivå. Organisasjonen arbeider for vern av kulturarven gjennom bærekraftig bruk og er premissleverandør for den offentlige kulturminneforvaltningen.

Norsk Kulturarv arbeider for å synliggjøre kulturminneverdier gjennom næringsutvikling og aktiv bruk. Bruk er på lang sikt det beste vern. Kulturarven er kilde til livskvalitet gjennom gode opplevelser, samtidig som kulturarven gir grunnlag for næringsdrift. Inntekter som blir skapt, kan i neste omgang bli tilbakeført til vernearbeidet.

**Med dette som bakgrunn blir følgende avtale inngått:**

1. **Inderøy kommune og Norsk Kulturarv** inngår et samarbeid etter retningslinjer som er nedfelt i vedlagte invitasjon. Formålet er å bevare og utvikle kulturarven i **Inderøy kommune** gjennom et dugnadslag for aktivt kulturminnevern.
2. **Inderøy kommune og Norsk Kulturarv** kan i fellesskap utarbeide et praktisk og målrettet kurs i materiallære, byggeteknikk og byggetekniske emner når det gjelder fredede og verneverdige bygg. Kurset kan utvikles som en oppfølging av enkeltoppgaver/enkeltpersoner over tid. **Senter for bygdekultur** på Hjerleid, som er et heleid selskap i Norsk Kulturarv, skal ha det faglige ansvaret. Kursene holdes i Senter for bygdekultur og Bygningshistorisk Park på Dovre, men kan etter nærmere avtale gjennomføres i **Inderøy kommune** eller som felleskurs for flere kommuner. Kurskostnaden for kommunen skal ikke overstige kroner 10 000.
3. **Ulike mindre og ikke-kommersielle kulturminner** i **Inderøy kommune** som er knyttet til historiske hendelser i eldre eller nyere tid, natur og sagn, naturdrama, industriminne, ulike monument, kulturstier e.l. blir etter nærmere avtale profilert gjennom Norsk Kulturarvs nettportal [www.olavsrosa.no](http://www.olavsrosa.no). Disse kulturminnene blir presentert i den kulturhistoriske reisehåndboka *Veiviseren* som har ny utgave hvert tredje år. Alle presentasjoner på nett og i bok er inkludert i samarbeidsavgiften. Oversetting til tysk og engelsk koster kroner 1 500 + mva som en engangskostnad.

4. **Inderøy kommune** mottar 50 eksemplar fire ganger pr. år av **Norsk Kulturarvs** magasin **Kulturarven**.
5. **Inderøy kommune** og **Norsk Kulturarv** kan i fellesskap utarbeide et undervisningsopplegg for grunnskolen der følgende element kan inngå:
  - Faktabakgrunn om den norske kulturarven tilpasset grunnskolenivå
  - Oppgavesett til bruk for elevene
  - Metodiske tips til læreren
  - Plakat med "kulturarvvett" til oppslag i klassen/på skolen
  - Invitasjon til artikkelkonkurranse
  - Invitasjon til "Rydd et kulturminne" når Norsk Kulturarv har slik aksjon, med kr 3 000 til hver gruppe/prosjekt
  - Diplom til deltagere i "Rydd et kulturminne"
  - Diplom til deltagere i artikkelkonkurransen.
6. **Inderøy kommune** får rabatterte tilbud på alt varesalg fra **Norsk Kulturarv** og alle hobbykurs ved **Senter for bygdekultur**.
7. **Inderøy kommune** får førsteprioritet til å nyte godt av fellesfordeler som **Norsk Kulturarv** opparbeider gjennom sine utviklingsprosjekt.
8. **Inderøy kommune** betaler årlig kroner 6 000 til **Norsk Kulturarv** i samarbeidsavgift.
9. **Avtalen** kan sies opp gjensidig. Samarbeidsavtalen vil i tilfelle gjelde ut kalenderåret etter det året avtalen er oppsagt.

Straumen, / 2008  
INDERØY KOMMUNE

Ole Tronstad  
Ordfører

Vågå, / 2008  
NORSK KULTURARV

Grete Horntvedt  
Direktør

**BUDSJETT M/ØKONOMIPLAN 2009-2012**

Saksbehandler: Jon Arve Hollekim  
 Arkivsaksnr.: 08/00853-002

Arkiv: 102.1

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0010/08	Eldres Råd	Uttalelse	11.11.2008
0006/08	Rådet for funksjonshemmede	Uttalelse	11.11.2008
0058/08	Hovedutvalg Natur	Uttalelse	17.11.2008
0059/08	Hovedutvalg Folk	Uttalelse	18.11.2008
0004/08	Administrasjonsutvalget	Uttalelse	19.11.2008
/	Formannskap	Innstilling	01.12.2008
/	Kommunestyre	Vedtak	17.12.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:**

- Inderøy kommunes budsjett for 2009 vedtas slik det fremgår av rådmannens forslag av 7. november 2008 med følgende endringer:*
- Budsjettet vedtas som nettobudsjett for følgende områder:*
  - 1.0 Politisk organisasjon*
  - 1.1 Støttefunksjoner mv inkl. 1.13 Bibliotek*
  - 1.2 og 1.4 Skole, barnehager mv*
  - 1.3 Helse og sosial*
  - 1.5 Tekniske tjenester*
  - 1.6 VAR (Vann, avløp og renovasjon)*

*For 1.7 – 1.9 vedtas budsjettet som netto for hver virksomhetsgruppe.*
- Rådmannen disponerer tilleggsbevilgninger som er avsatt til lønnsøkninger i henhold til resultater fra sentrale og/eller lokale forhandlinger etter Hovedavtalen.*
- Det opptas lån til investeringsformål i samsvar med budsjett 2008 på inntil kr. 28.510.000 som følger:*

	5 år	10 år	40 år	50 år
<b>IKT</b>	<b>1.000.000</b>			
<b>Kontorbygg</b>				<b>5.000.000</b>
<b>Sandvollan skole</b>			<b>2.000.000</b>	
<b>Kulturcampus/videreg. skole</b>			<b>1.500.000</b>	
<b>Utbedring etter brannsyn</b>			<b>1.500.000</b>	
<b>Annen HMS, bygningsmessig</b>			<b>1.000.000</b>	
<b>Tilrettelegging boligtomter</b>			<b>1.000.000</b>	
<b>Næss-prosjektet, Straumen</b>			<b>10.000.000</b>	
<b>Nytt kartgrunnlag</b>	<b>110.000</b>			
<b>GPS-utstyr</b>		<b>200.000</b>		
<b>Opprustingkommuneveier</b>			<b>3.000.000</b>	
<b>Gangveg Årfallet</b>			<b>200.000</b>	
<b>Trafikk/parkering Kulturhuset</b>			<b>1.000.000</b>	
<b>Ledningsnett og høydebasseng</b>			<b>1.000.000</b>	
<b>Sum</b>	<b>1.110.000</b>	<b>200.000</b>	<b>22.200.00.</b>	<b>5.000.000</b>

5. *Med hjemmel i lov av 26. mars 1999 om skatt på formue og inntekt § 15-3 fastsettes at det skal nyttes høyeste tillatte sats som også skal nyttes ved utskrivning av forskuddstrekk og forskuddsskatt for inntektsåret 2009. Marginavsetningen i skatteregnskapet skal fortsatt være 9 %.*

6. *I medhold av eiendomsskatteloven §§ 2,3 og 4 videreføres i 2009 utskrivning av eiendomsskatt i hele kommunen.*

*Eiendomsskattesatsen er 2 promille.*

*For alle selvstendige boligenheter i faste eiendommer som ikke benyttes til næringsvirksomhet gjelder et bunnfradrag på kr. 300.000,-.*

*Fritak i medhold av eiendomsskatteloven § 7 vedtas i egen sak.*

*Eiendomsskatten skal betales i tre terminer; 15.03., 15.06. og 15.09. i skatteåret.*

*Ved taksering og utskrivning av eiendomsskatt benytter kommunen tidligere vedtatte skattevedtekter.*

7. *Kommunale avgifter og gebyrer samt betaling for kommunale tjenester fastsettes for 2009 slik det fremgår av prislisten vedlagt budsjettet. Kommunale avgifter og gebyrer som fastsettes ved forskrift, fremmes som egen sak i den grad det er nødvendig.*

8. *Med hjemmel i kommunelovens § 51 gis sosialleder fullmakt til å innvilge garanti for lån i henhold til sosialtjenestelovens § 5-4, jfr. § 5-2 innenfor en samlet ramme på kr. 50.000. Øvre grense for den enkelte garanti er kr. 30.000. Eventuelle garantier som innfris, utgiftsføres Økonomisk sosialhjelp.*

#### **RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:**

#### **VEDLEGG:**

Rådmannens forslag av 7. november 2008 med vedlegg følger som særskilt vedlegg.

#### **HENVISNING:**

I henhold til kommunelovens § 45 skal kommunestyret innen årets utgang vedta budsjett for det kommende kalenderår. Vedtaket treffes på grunnlag av innstilling fra formannskapet. Nærmere bestemmelser om årsbudsjettet finnes i forskrift av 15. desember 2000.

#### **BAKGRUNN:**

Er miljøvurdering relevant? Kryss av:      Ja                      Nei
Dersom 'ja' fyll inn liste (lagret på felles O:\skjema\milj.doc). Dersom 'nei' er liste ikke vedlagt.

Budsjett 2009 bygger på revidert budsjett 2008 vedtatt av kommunestyret i sak 18 /08, og gjeldende økonomiplan. Videre er det tatt hensyn til Regjeringens forslag til statsbudsjett.

#### **VURDERING:**

Rådmannens forslag til budsjett og økonomiplan for 2009 til 2012 sikrer at kommunens tjenestetilbud over tid blir forutsigbart og fullt ut konkurransedyktig med andre kommuner.

Vi har fortsatt et relativt høyt kostnadsnivå og et høyt gjeldsnivå i forhold til inntektsgrunnlaget.

Det er derfor nødvendig å videreføre den stramme husholdning som har kjennetegnet budsjettopplegget for 2007 og 2008. Vi har satt fokus på effektivisering av driften, ført en stram stillings- og ansettelsespolitikk og økte egenfinansieringen. (eiendomsskatt og økte egenandeler) Dette har ført oss ut av Robek-lista og gitt oss både formell og større reell økonomisk handlefrihet.

Rådmannens forslag til budsjett og økonomiplan for perioden 2009 søker å avveie behovet for fortsatt streng økonomisk husholdning med behov for å ta proaktive grep for å møte vår utfordring som tjenesteproducent og samfunnsutvikler.

Rådmannen er av den oppfatning at det på kort sikt ikke er forsvarlig å redusere driftsrammene ytterligere, men vil ha fortsatt sterkt fokus på omstilling og effektivisering for å styrke den økonomiske handlefrihet i fremtiden.

Budsjettforslaget skisseres en samlet investeringsramme på ca 100 mill. kroner brutto i perioden. Det gir rom for prosjekter som inngår i gjeldende investeringsplan. I tillegg er det lagt inn investeringer til økt vedlikehold av veg, opprusting av Kulturhuset, ferdigstilling av tomtearealer i grendene, Ness, og oppgradering av arbeidsplasser for pedagogisk personale. "Demensprosjektet" forskyves foreløpig ett år ut i tid.

Budsjettopplegget legger til rette for en styrking av kommunens rolle som samfunnsaktør. Det foreslås ekstra avsetninger til Næringsfondet.

Framlagte forslag til budsjett og økonomiplan legger ikke opp til økt egenfinansieringen ut over en 5 % øking i satsene for sfo og kulturskolen med virkning fra 1. august 2009. Fortsatt vil satsene være gunstige sammenlignet med omliggende kommuner. Det foreslås ikke endringer i eiendomsskatten.

#### **KONKLUSJON:**

Rådmannens forslag til budsjett 2009 med økonomiplan 2010-2012 legges med dette fram til politisk behandling.

Inderøy, den 06.11.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann

**MØTEPLAN 2009**

Saksbehandler: Solbjørg Kirknes  
 Arkivsaksnr.: 05/01156-014

Arkiv: 025

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0067/08	Hovedutvalg Natur	Uttalelse	17.11.2008
0061/08	Hovedutvalg Folk	Uttalelse	18.11.2008
/	Formannskap	Innstilling	19.11.2008
/	Kommunestyre	Vedtak	17.12.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:**

*Møteplan for 2009 vedtas.*

**RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:****VEDLEGG:**

- Utkast til møteplan 2009 for hovedutvalg, formannskap og kommunestyre m.fl.

**BAKGRUNN:**

Det er for året satt opp 10 utvalgsmøter, 11 møter for formannskapet og 5 kommunestyremøter. I tillegg er det satt av to datoer for temamøter i kommunestyret. Møter i administrasjonsutvalget tilpasses saksmengde og behov og er derfor ikke satt opp på møteplanen.

Møter for Eldres Råd og Rådet for funksjonshemmede er satt opp på møteplanen på samme dag da det oftest er de samme saker som skal til behandling i de to rådene.

Ungdomsrådet og Arbeidsmiljøutvalget er satt opp på møteplanen, men vil bli tilpasset etter behov og saksmengde.

Utvalgsmøtene avholdes i 3.etg. på Inderøyheimen. Kommunestyremøtene vil bli avholdt i Inderøy kulturhus, ev. Kjerkestu og ute i kretsene.

I oppsettet er det tatt hensyn til vinterferie og skoleavslutning m.v.

**KONKLUSJON:**

Møteplanen for 2009 anbefales vedtatt med evt. Endringer som kommunestyret måtte foreta.

Inderøy, den 29.10.2008

Jon Arve Hollekim/s  
 rådmann

# Møteplan 2009

JANUAR 31 DAGER		FEBRUAR 28 DAGER		MARS 31 DAGER		APRIL 30 DAGER		MAI 31 DAGER		JUNI 30 DAGER	
1 To	Nyttårsdag (Jesu navnedag) 0.918 n.1524	1 S	Vingardssøndag	1 S	1. s. i faste	1 O		1 F		1 M	2. pinsedag
2 F		2 M	Tema EGT	2 M		2 To		2 L	3. s. e. påske	2 Ti	
3 L		3 Ti		3 Ti		3 F		3 S		3 O	
4 S	Kristi åpenbaringsdag	4 O		4 O		4 L		4 M	K-styret	4 To	
5 M		5 To	Sametolkets dag	5 To	Eldesråd/RFH	5 S	Palmesøndag	5 Ti	19. uke	5 F	
6 Ti		6 F	Samannssøndag	6 F		6 M	15. uke	6 O	Eldesråd/RFH	6 L	
7 O		7 L		7 L	2. s. i faste	7 Ti		7 To	Frigj. dag 1945	7 S	Treenighetssøndag Unionsoppløsn. 1905
8 To	0.913 n.1536	8 S		8 S	Den int. kvinnesdagen	8 O		8 F		8 M	Ungdomsråd 24. uke
9 F	Frist	9 M		9 M	K-styret	9 To	Skjærtorsdag	9 L		9 Ti	
10 L		10 Ti		10 Ti		10 F	0.618 n.2021	10 S		10 O	
11 S	1. s. e. Kristi åpenb. dag	11 O		11 O		11 L	Langfredag	11 M		11 To	
12 M	Ungdomsrådet 3. uke	12 To		12 To		12 S	Påskeaften	12 Ti		12 F	
13 Ti		13 F	Valentins dag	13 F		13 M	Påskedag	13 O		13 L	
14 O		14 L	Kristi forklarelsesdag	14 L		14 Ti	2. påskedag	14 To		14 S	2. s. e. pinse
15 To		15 S		15 S	3. s. i faste	15 O	Sommerdag	15 F		15 M	Natur
16 F		16 M		16 M		16 To		16 L		16 Ti	Folk
17 L		17 Ti		17 Ti		17 F		17 S		17 O	FSK
18 S	2. s. e. Kristi åpenb. dag	18 O		18 O		18 L		18 M		18 To	
19 M		19 To		19 To		19 S	1. s. e. påske	19 F		19 F	
20 Ti	INGRID ALEXANDRA 4. uke	20 F		20 F	Vårjevndøgn 1243	20 M		20 L		20 L	
21 O		21 L	HARALD V	21 L	Marie budskapsdag	21 Ti		21 To		21 S	3. s. e. pinse Sommersolverv 745
22 To		22 S	Fastelavns søndag	22 S		22 O		22 M		22 M	K-styret
23 F		23 M		23 M		23 To		22 F		23 Ti	Sankthansaften (Jonsokaften)
24 L		24 Ti		24 Ti		24 F		23 L		24 O	Sankthans (Jonsok)
25 S	3. s. e. Kristi åpenb. dag	25 O		25 O		25 L		24 S		25 To	
26 M		26 To		26 To		26 S	2. s. e. påske	25 M		26 F	
27 Ti	Natur	27 F		27 F	5. s. i faste	27 M	Ungdomsråd 18. uke	26 Ti		27 L	
28 O	Folk	28 L		28 L		28 Ti		27 O		28 S	
29 To	FSK	29 S		29 S		29 O		28 To		29 F	
30 F	Frist	30 M		30 M		30 To	Frist	29 F		30 L	
31 L		31 Ti		31 Ti		31 S		30 L		31 S	
								29 F	Frist	29 M	
								30 L	Pinseaften	30 Ti	
								31 S	Pinsefest	31 S	



**TEMASAKER 2008 - ALKOHOLPOLITISK PLAN**

- *Muntlig orientering*

Saksbehandler: Solbjørg Kirknes  
Arkivsaksnr.: 07/01188-030

Arkiv: 030

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0062/08	Hovedutvalg Folk	Vedtak	18.11.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:**

*Redegjørelsen tatt til orientering.*

**RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:****VEDLEGG:**

- Referat fra temakveld om alkohol den 21.10.08.

Inderøy, den 31.10.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann

Referat fra temakveld om alkohol.

Politirådet og e@ Internettkafe arrangerte en temakveld om alkohol på e@ den 21.10.08. Elevrådene, ungdomsrådet og politikere var spesielt invitert, men kvelden var annonsert i avisa, og åpen for alle interesserte. Ordfører, Ole Tronstad ønsket velkommen og fortalte kort fra Årets TV- aksjon som i år går til Blå kors. Inderøyninger stilte opp som bærere på søndag og innsamlingsaksjonen hadde gått fint.

Inderøy sanitetslag og de frivillige "e@vertene" samarbeidet om koking og servering av ei nydelig suppe. Disse rammene la et godt grunnlag for en kreativ debatt. Etter summinga rundt bordene å dømme, var mange som hadde mye på hjertet i debatten.

Rundt 30 personer deltok i debatten. Det var flere politikere enn ungdommer som møtte. Ungdommer og voksne ble fordelt i grupper, og diskusjonen tok utgangspunkt i spørsmål som var utarbeidet på forhånd. Etter diskusjon i grupper ble spørsmålene gjennomgått i plenum. Leder i politirådet, Arild Vist, oppsummerte og takket for innspill til slutt.

Oppsummering fra diskusjonen:

- Ungdommene mente at det drikkes mest øl, men at det er variasjoner i fht alder og ulike miljøer. Heimbrenten er fortsatt med, men muligens i mindre omfang enn før. Det ble hevdet at mange debuterer med rusbrus.
- Ungdommene ønsket å bruke midler på ungdomshus med ulike aktiviteter, dersom de var politikere. Det må også satses i de ulike grendene, alle kommer seg ikke på Straumen.
- Tiltak som reduserer alkoholforbruket var forslag som kom frem på spørsmål om begrensning av slossing på fest. Det ble også presisert viktigheten av å ha skolerte vakter, og at vaktene må ut av lokalet og se hva som skjer utenfor også. Gode vakter trykker festdeltakerne. Ungdommene oppfatter det som positivt at politiet er synlig i slike sammenhenger.
- Synet på om det skal være 18 års grense på bygdefester var delt. Enkelte syntes det var selvsagt iom at det inntas alkohol på slike fester og grensa for å drikke alkohol i Norge er satt til 18 år. Andre mente at vi vil miste kontroll dersom det blir aldersgrense. Hvor blir det ungdommene prøver ut dette da? Er det bedre at det skjer i private lag? Fester med unge og gamle i lag var det mange som snakket varmt for. Å benytte seg av ambulerende bevilling på bygdefest ble nevnt som en ide for å begrense inntak og
- Det var en del usikkerhet om hvordan man forholder seg til medbragt på bygdefester. De voksne ble utfordret til å dra på fest for å sette seg inn i tingenes tilstand.
- Det ble presisert viktigheten av å være i dialog med barn og unge tidlig. Det ble foreslått flere debatter som denne temakvelden i andre fora. Skolen ble nevnt som en viktig arena i dette arbeidet.
- Alle mener at man ikke drikker mindre når man får med seg alkohol hjemmefra. Det virket som om det var stor enighet om at dette har motsatt effekt. På tross av dette var det flere ungdommer som sa de fikk med seg alkohol fra foreldrene eller kjente til venner som gjorde det.
- Deltagerne mente at det liberale synet på heimbrent og smugler sprit har endret seg det siste tiåret. Foreldregenerasjonen drikker mindre heimbrent og mer øl og polvarer. Det virker som om synet på heimbrent og polvarer har blitt mindre liberalt.
- Det ble foretatt enn undersøkelse " Ung i Inderøy, deltaking og tilhørighet" i 1992. Der ble det blant annet spurt om alkoholbruken. Det ble sagt at det hadde vært artig å

gjøre den samme undersøkelsen igjen. Den alkoholpolitiske planen er fra 1996 og det ble også nevnt at den burde rulleres.

Referent

Hildegun Nordli

**RÅDMANNEN ORIENTERER HOVEDUTVALG FOLK**

---

Saksbehandler: Solbjørg Kirknes Arkiv: 030  
Arkivsaksnr.: 08/00018-019

---

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0063/08	Hovedutvalg Folk	Vedtak	18.11.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:**

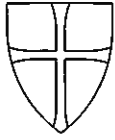
*Redegjørelsen tatt til orientering.*

**RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:****VEDLEGG:**

- Samarbeidsavtale mellom Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag og Omsorgstjenesten i Inderøy kommune.
- Rådmannens skriftlige orientering datert november 2008.

Inderøy, den 31.10.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann



Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag  
Verdal/Inderøy/Steinkjer tannhelsedistrikt

**SAMARBEIDSAVTALE MELLOM TANNHELSETJENESTEN OG  
OMSORGSTJENESTEN I INDERØY KOMMUNE.**

**Målsetting.**

Utvikle et godt og effektivt samarbeid mellom tjenestene som medvirker til at tannhelse er en del av helsetilbudet pasienten har krav på / opplever som tilfredsstillende.

**Målgrupper:**

- Mennesker med psykisk utviklingshemming
- Pasienter i institusjon
- Brukere av hjemmesykepleien
- Personer i rusmiddelomsorgen

**Omsorgstjenestens ansvar:**

- Gi informasjon om tilbudet til målgruppen.
- Fordele informasjonsmateriell fra Tannhelsetjenesten.
- Utfylt svarark returneres til Distriktstannklinikken i Inderøy. Det presiseres at navn på kontaktperson skal påføres svararket (viktig ved "ikke møtt").
- Tannhelsetjenesten må få melding om brukere som ikke lenger hører inn under ordningen.

**Tannhelsetjenestens ansvar:**

- Avtaler informasjons-/samarbeidsmøter mellom omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten minimum én gang pr. år. Tannhelsetjenesten har ansvar for å avtale møtedato og for at referat blir skrevet.
- Bistå med å utarbeide munnstellrutiner som inngår i individuell plan.
- Tannhelsetjenesten skal gi tilbud om opplæring i tann- og munnstell til ansatte i pleie og omsorgstjenesten.
- Tannhelsetjenesten sørger for nødvendig informasjonsmateriell til fordeling.

**Praktisk informasjon til bruker**

Når bruker skal ha timeavtale, avtales det enten direkte mellom bruker og tannhelsetjenesten, eller mellom avdeling/kontaktperson og tannhelsetjenesten.

Transport til og fra tannklinikken dekkes etter Folketrygdens bestemmelser med en egenandel som bruker betaler direkte.

Nødvendig tannbehandling er gratis.

*Vi ser fram til et godt samarbeid !*

Dato:

.....  
For Omsorgstjenesten

.....  
For Tannhelsetjenesten

**ORDFØEREN ORIENTERER HOVEDUTVALG FOLK**

---

Saksbehandler: Solbjørg Kirknes  
Arkivsaksnr.: 08/00844-003

---

Arkiv: 030

Saksnr.:	Behandlingsorgan	Type avgjørelse	Møtedato
0064/08	Hovedutvalg Folk	Vedtak	18.11.2008

**RÅDMANNENS FORSLAG:***Redegjørelsen tatt til orientering.***RÅDMANNENS SAKSUTREDNING:**

Inderøy, den 31.10.2008

Jon Arve Hollekim/s  
rådmann