



Inderøy kommune

Arkivsak. Nr.:
2008/1209-1
Saksbehandler:
Marit Myrhaug

Saksframlegg

Utvalg	Type avgjørelse	Utvalgssak	Møtedato
Eldres Råd	Uttalelse	11/08	11.11.2008
Rådet for funksjonshemmede	Uttalelse	7/08	11.11.2008
Hovedutvalg Folk	Uttalelse	56/08	18.11.2008
Formannskap	Innstilling	88/08	19.11.2008
Inderøy kommunestyre	44/08	17.12.2008	

Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag

Formannskapet sin innstilling:

- 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 rådmannen.*
- 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).*

Formannskap den 19.11.2008 sak 0088/08:

Avstemning:

Rådmannens forslag, med ordførerens forslag på kommunens representant i styringsgruppen, enstemmig.

Behandling i møtet:

Helsefaglig rådgiver i Helse Nord-Trøndelag, Dagfinn Thorsvik, orienterte om bakgrunn, målsetting for og forventninger til et DMS i INVEST-området.

Ordføreren foreslo rådmannen som representant i styringsgruppen.

Hovedutvalg folk den 18.11.2008 sak 0056/08:

Avstemning:

Ordførerens forslag enstemmig.

Behandling i møtet:

Helsefaglig rådgiver, Helse Nord-Trøndelag, Dagfinn Thorsvik, orienterte om bakgrunn, målsetting for og forventninger til et DMS i INVEST-området.

Vedr. pkt. 2 i forslag til vedtak, foreslo ordføreren at rådmannen oppnevnes som kommunens representant i styringsgruppen.

Rådet for funksjonshemmede den 11.11.2008 sak 0007/08:

Uttalelse:

Rådet for funksjonshemmede slutter seg til anbefalingene i rapporten av 1.10.08

"Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag" og ønsker at saken videreføres i et hovedprosjekt.

Avstemning:

Enstemmig.

Behandling i møtet:

Rådmannen orienterte.

Eldres råd den 11.11.2008 sak 0011/08:

Uttalelse:

Eldrerådet i Inderøy slutter seg til anbefalingene i rapporten av 1.10.08 "Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag" og ønsker at saken videreføres i et hovedprosjekt.

Avstemning:

M. Balgaard sitt forslag enstemmig.

Behandling i møtet:

Rådmannen orienterte.

Magnus Balgaard foreslo slik uttalelse:

Eldrerådet i Inderøy slutter seg til anbefalingene i rapporten av 1.10.08 "Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag" og ønsker at saken videreføres i et hovedprosjekt.

Rådmannens forslag:

- ***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.***
- ***Til å lede hovedprosjektet oppnevnes en styringsgruppe med 1 representant fra hver eier, samt 1 tillitsvalgt. Som representant for Inderøy kommune oppnevnes***
- ***Hovedprosjektet skal forberede og konkretisere et IKS for organisering og avklare hvilke kommunale tjenester som skal innlemmes i samarbeidet.***
- ***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.***
- ***Kommunene Mosvik og Snåsa inviteres med i samarbeidet.***
- ***Kommunenes andel av prosjektkostnadene søkes finansiert fra KRD (Kommunal- og regionaldepartementet) og HOD (Helse- og omsorgsdepartementet).***

Vedlegg

1 Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag. Rapport fra arbeidsgruppe 1. oktober 2008

Henvisning:

Brev fra helse Nord-Trøndelag HF, datert 13.06.08

Søknad fra INVEST samarbeidet til Helse Nord-Trøndelag HF, 16.11.07

Rapport fra forprosjekt DMS i Stjørdalsregionen

Spesialiserte korttidsplasser i sykeheim - Trondheimsmodellen

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

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

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

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
- Ressurssenter 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 sykehustjenestene er beregnet til ca 850m², i tillegg kommer arealbehovet til de øvrige kommunale tjenester. Arbeidsgruppen har skissert alternativer til lokaler.

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

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/projektrapport 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 intermediærenhet. 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 intermediærenhet. 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 kvalitetsheving 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.

20 OKT. 2008

Emnekode 403
Arkivsaksnr 08/00586-003
Kopi: _____

Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag

Rapport fra arbeidsgruppe
1.oktober 2008

Innholdsfortegnelse:

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

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

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

1. Sammendrag og konklusjoner

1.1 Innledning

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

1.2 Bakgrunn

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

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

Erfaringene med distriktsmedisinske sentra og etterbehandlingsavdelinger i kommunehelsetjenesten, også kalt intermedisæravdelinger, 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 forslås poliklinikk for ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, indremedisin, samt en kreftpoliklinikk.
- d) Røntgenenhet for vanlige røntgenundersøkelser
- e) Kommunale helsetjenester som kommunene ønsker å samarbeide om, legevakt, jordmortjeneste, helsestasjon for eldre, demens/psykogeriatr, kreftsykepleier, rehabilitering, fysio- og ergoterapi, rusomsorg, miljørettet helsevern
- f) Ledelse, administrasjon, IKT og andre støttetjenester

1.6 Organisering og ansvarsdeling

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

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

1.7 Lokaler og økonomi

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

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

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

Driften av øvrige kommunale tjenester er ikke beregnet.

Prosjektkostnadene til hovedprosjektet er beregnet til ca 1.1mill

1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan

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

- 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 nærværende stadium.

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

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

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

2.2 Arbeidsform

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

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

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

Tidsfristen for arbeidet er underveis forlenget til 1.oktober

3. Bakgrunn

3.1 Helsepolitiske strategier

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

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

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

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

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

Dette innebærer at helseforetaket erkjenner behov for

- et tettere samarbeid med kommunchelsetjenesten
- 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 grase 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.

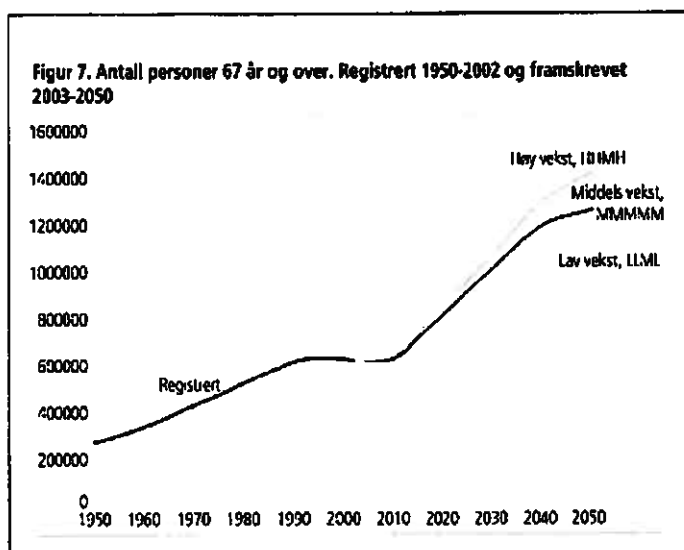
Svært mange hadde sterkt nedsatt fysisk og mental funksjon.

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 fortsette 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 senter*. 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 - intermediasenhet

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 intermediasenhet 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 intermediasenhet er undersøkt og dokumentert gjennom Helge Garåsens doktoravhandling i april 2008. De pasienter som fikk sluttbehandling i intermediasenheten hadde færre reinnleggelser, lavere dødelighet, og hadde et mindre behov for kommunale tjenester det første året etter innleggelsen. Behandlingstilbudet i intermediasenheten 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 intermediasenhet 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 intermediasenheten 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 intermediasære behandlingsplasser og akutt-plasser i Namdalsområdet

Med støtte fra Helse Midt-Norge ble det i januar-mai 2008 foretatt en kartlegging av alle innleggelser ved kirurgiske og medisinske avdelinger Namdal sykehus, fra alle kommuner i sykehusets nedslagsfelt. En betydelig andel av pasientene (16 %) kunne ha fått dekket sitt behov for helsetjeneste i kommunen, dersom egnede tilbud hadde eksistert, dvs akutt-plass og/eller etterbehandlingssenheter (intermediasenhet). 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 Hakon 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 prosjektorganisasjon 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 Snasa 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 Snasa kommune.

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

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

*¹) Konvensjonell rtg.us henvist fra primærhelsetjenesten

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

*³) 1 vikar, 3 hjemler

4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området

4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk

HNT har etablert en psykiatrisk poliklinikk i Steinkjer. Den bemannes med personell fra psykiatrisk avdeling Levanger (Tidligere team nord). Poliklinikken er tverrfaglig bemannet med spesialister i psykiatri, assistentlege, psykolog, sosionom, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier. Poliklinikken mottar polikliniske pasienter fra Snasa, 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 legevakttjeneste med Steinkjer og Verran. Legevakta har lokaler i Brannstasjonen på Steinkjer og er åpen 24 t/ døgnet. Legevaktsamarbeid er i tidsrommet 18-08 hverdager (felles telefonvakt fra 15.30), og hele døgnet lørdager, søndager og helligdager. Det er 1 vakthavende lege på vakt gjennom hele døgnet, og 1 sykepleier, mens det i tidsrommet kl 18-23 er 2 sykepleiere. Legevakta har egen leder i full stilling, samt medisinsk faglig ansvarlig lege i 10 % stilling. Legevakta har til sammen 6,7 årsverk, 12 ansatte sykepleiere i rundturnus på 3skifts-ordning, og 16 leger fra Steinkjer, 1 fra Snåsa og 1 fra Verran som kjører legevakt.

Tabell 2: Bruk av legevakt i 2007

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

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

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

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

4.3.2 Institusjonsplasser

Tabell 3: Institusjonsplasser i INVEST kommunene

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

4.3.3 Inderøy

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

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

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

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

Stillingstørrelse tilsynslege på sykeheimen er vedtatt utvidet til fra 0,2 til 0,4 årsverk fra 1.1.2009. Inderøy har 42 omsorgsboliger med døgnbemanning og i tillegg 8 "psykiatriboliger" og 11 andre omsorgsboliger

4.3.4 Verran

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

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

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

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

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

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

4.3.5 Steinkjer

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

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

Kommunen har til sammen 127 langtidsplasser i sykehjem.

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

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

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

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

4.4 Kreftsykepleier

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

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

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

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

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

4.5 Helsenet

Fastlegene i Inderøy og Steinkjer samt legevakta er knyttet til Helsenet. Dette er på langt nær godt nok hvis flyten av pasientinformasjon skal fungere i alle ledd. Utbygging av Helsenettets 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 behandlingskjede 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 DMSen 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 intermediæravdeling ved DMS i INVESTområdet vil redusere presset på sengekapasiteten ved sykehusene i fylket og på langtidssykehjemsplasser i kommunene.

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

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

6. Aktuelle funksjoner i et DMS i INVEST

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

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

6.1 Sengepost med Intermediær enhet (etterbehandlingsenhet)

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

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

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

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

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

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

6.2 "Kommunale" sengeplasser - akutt plasser

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

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

Eksempler er pasienter med intermitterende eller nyoppståtte behov for

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

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

6.3 Dialyse/dagenhet

En del pasienter har behov for langvarig eller medisinsk dagbehandling. Dette gjelder særlig pasienter med nyresvikt (dialyse), kreftpasienter (cytostatika) og revmatikere (remicade). I et DMS vil nyresviktspasienter 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 medisinske faglige ansvaret for behandlingen må ivaretaes av medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger. Avdelingen mener det er behov for 5-6 plasser for dialyse i INVEST-området.

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

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

6.4 Spesialistpoliklinikk

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

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

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

6.4.5 Indremedisin/geriatri

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

6.4.6 Kreftpoliklinikk

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

6.5 Røntgen

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

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

Arbeidsgruppen tilrar 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 *nodvendigvis* 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, intermedisærhet 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 intermedisærhet. 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 behandlingskostnader pr pasient i en
- Redusert liggetid på våre sykehus

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

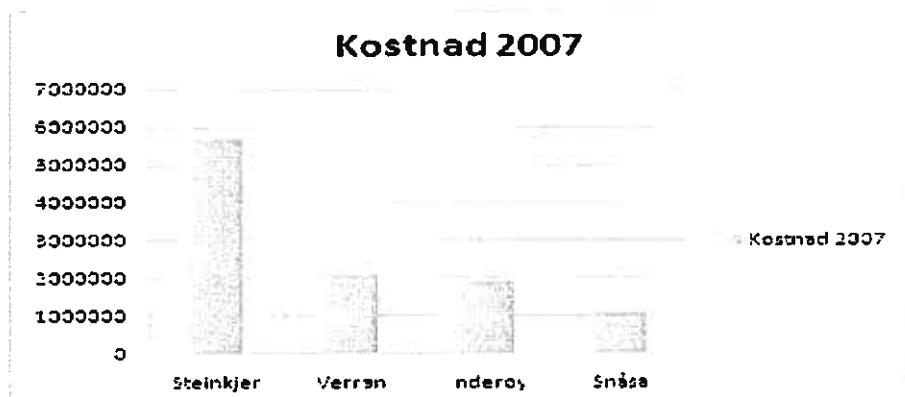
7.1 Spesialistpoliklinikk

7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader:

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

7.1.2 Reduserte transportkostnader

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



Oversikt drosjekostnader i de aktuelle kommunene

Beregning reduserte transportkostnader

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

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

7.1.3 Økte driftskostnader

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

Tabellarisk oppsummering

Beskrivelse	Sum
Redusert kostnad pasienttransport	-1.050.000
Husleiekostnad kr 2.300 pr m2	460.000
Årlig 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
Sum kostnader	3.024.000
Netto drift	1.974.000
Andel HNT	1.729.000
Andel INVEST	245.000

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

7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser

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

7.2.1 Driftskostnader

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

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

7.2.2 Kostnadsfordeling

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

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

7.3 Andre gevinster

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

7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter

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

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

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

Tiltaket er evaluert med henblikk på kvalitetsmessig nytte for pasientene, kostnadsmessige effekter for sykehuset og kostnadsmessige 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 behandlingsskostnad pr pasient)
- Flere klarer seg uten kommunale omsorgstjenester (25 % av intermediærgruppen klarte seg selv sammenlignet med 10 % i sykehusgruppen)

7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag

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

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

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

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

8. Lokaler

8.1 Arealbehov

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

8.2 Lokalisering

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

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

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

Det er et hovedmål for INVEST kommunene og Helse Nord Trøndelag at noen "nøkkel-tjenester" for god samhandling skal plasseres under samme tak. Fysisk nærhet mellom tjenestene vil lette og kvalitetssikre kommunikasjonen mellom dem og gi større muligheter for å kunne yte sømløse helse og omsorgstjenester. For å realisere disse planene, må det bygges eller omdisponeres arealer som vil være funksjonelle til dette formålet.

8.2.1. Alternativ 1/ prioritet 1:

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

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

Av andre kommunale tjenester er fysioterapi og ergoterapi viktige oppfølgingstjenester mht tilbakeføring til egen heim etter opphold i etterbehandlingsenheten (intermedisærenheten). Det kan også være naturlig å vurdere flytting av Steinkjer Legevakt inn i disse arealene, da denne tjenesten knyttes til røntgenlab. og akutt plasser/observasjonsplasser. 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 fagtenestene. 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 medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte delfunksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet.

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

10. Fremdriftsplan

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

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

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

Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

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

Arbeidsgruppen takker for oppdraget!

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

Ingeborg Laugsand Marit Myrhaug Lisbeth Ystmark

Mari Holien Jacob Br. AlmlidFrode Myrland

Øivind Stenvik Ann Sissel Helgesen Dagfinn Thorsvik



Inderøy kommune

Arkivsak. Nr.:
2008/1099-1
Saksbehandler:
Marit Myrhaug

Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	101/08	01.12.2008
Inderøy kommunestyre	45/08	17.12.2008

Innherred Interkommunale Legevakt IKS - revidering av selskapsavtale

Rådmannens forslag til vedtak

1. Foreslåtte selskapsavtale for Innherred Interkommunale Legevakt IKS med endringer godkjennes.
2. Mosvik kommune innlemmes som deltaker i IIL IKS.
3. Mosvik må ved inntreden betale for helårs deltagelse i IIL IKS, uavhengig av inntredelsesdato.

Behandling i Formannskapet - 01.12.2008

Avstemming

Rådmannens forslag enstemmig.

Innstilling i Formannskapet - 01.12.2008

1. *Foreslåtte selskapsavtale for Innherred Interkommunale Legevakt IKS med endringer godkjennes.*
2. *Mosvik kommune innlemmes som deltaker i IIL IKS.*
3. *Mosvik må ved inntreden betale for helårs deltagelse i IIL IKS, uavhengig av inntredelsesdato*

Vedlegg

- 1 Selskapsavtale for Innherred Interkommunale legevakt IKS
- 2 Forslag til ny selskapsavtale
- 3 Høringsdokument Allmennlegeutvalg for legene (ALU) i Levanger, Verdal, Frosta og Inderøy

Henvisning:

Lov om interkommunale selskap
Søknad om deltakelse fra Mosvik kommune
Tilbakemelding HNT, Sykehuset Levanger
Notat vedr. beregning og fordeling av utgifter mellom deltakerkommunene

Bakgrunn

Viser til vedtak i sak i dagens ulike deltagerkommunenes kommunestyre.

Inderøy kommunestyre	Sak 33/06	30.08.2006
Frosta kommunestyre	PS 59/06	01.08.2006
Levanger kommunestyre	PS 47/06	30.08.2006
Verdal kommunestyre	PS 63/06	28.08.2006

Der ble følgende vedtatt jfr. pkt. 2. i saken:

2 a. Legevakta organiseres som interkommunalt selskap etter Lov om interkommunale selskap.

b. Rådmannen får fullmakt til, sammen med rådmennene i de andre deltakende kommuner, å forhandle fram en selskapsavtale. Denne legges fram til behandling i kommunestyret.

c. Det interkommunale selskapet får fullmakt til å forhandle fram endelig avtale med Helse Nord-Trøndelag HF.

Rådmennene i de deltagende kommunene Inderøy, Frosta, Levanger og Verdal, drøftet i møte 4.oktober 2006 frem forslag til selskapsavtale for den interkommunale legevakten ved Sykehuset Levanger. Selskapsavtalen ble så vedtatt i de ulike kommunestyre for deltagerkommunene som følger:

Inderøy kommunestyre	Sak 63/06	24.10.2006
Frosta kommunestyre	PS 75/06	24.10.2006
Levanger kommunestyre	PS 62/06	18.10.2006
Verdal kommunestyre	PS 106/06	30.10.2006

Avtalen bygger på loven om interkommunale selskap(LOV 1999-01-29 nr 06). Jfr § 4 i denne loven skal endringer som gjelder bl.a. angivelse av deltagere, antall styremedlemmer, deltagernes innskuddsplikt og plikt til å foreta andre ytelser overfor selskapet, samt den enkelte deltagers eierandel i selskapet – vedtas i den enkelte deltagerkommunes kommunestyre.

I vedtakene fra de ulike kommune har man sendt signal om at en evt. utvidelse kan vurderes ut fra følgende forutsetning jfr pkt 4 i vedtaket:

Legevaktordningen kan utvides til å omfatte flere kommuner dersom det anses faglig forsvarlig og ikke fører til økte utgifter for de deltakende kommuner.

Mosvik kommune var via Inderøy kommune, i dialog med arbeidsgruppen for etablering av IIL IKS sensommer 2006, og 26.september 2006 ble den uformelle henvendelsen behandlet i gruppen(sak 11/06). Følgende uttalelse ble gitt fra arbeidsgruppen:

Mosvik kommune har overfor Inderøy meldt interesse. Deltagelse må avventes inntil de pågående prosesser, og oppstart er gjennomført.

Dette var begrunnet i at sakspapirer med økonomiske beregninger og selskapsavtale var utarbeidet, utsendt og allerede under politisk behandling i de andre kommunene på dette tidspunkt. Opptak av ett nytt medlem ville derfor bety en ytterligere utsettelse av oppstart, noe man ikke ønsket.

I Januar 2007 mottok Innherred Interkommunale Legevakt IKS v/styreleder en formell søknad om deltagelse fra Mosvik kommune. Denne ble tatt som orienteringssak i oppsatt representantskap for IIL IKS 24.1.07, og behandlet av styret for IIL IKS første gang 16.2.2006 med følgende vedtak sak 03/07:

Mosvik kommune bes om en utredning av den totale legetjenesten i Mosvik kommune, som følge av å inngå i IIL IKS. Styreleder får mandat til å inngå dialog og rette en formell tilbakemelding på vegne av selskapet før ny behandling i styret.

Etter dialog med Mosvik kommune, ble saken fremmet på nytt i styret for IIL IKS 22.06.07 sak 17/07, med følgende vedtak:

Styret er positiv til en mulig framtidig innlemmelse av Mosvik kommune i IIL IKS. Etter som legevaktordningen har fungert i kort tid, ønsker styret å få en evaluering av ordningen før en mulig utvidelse.

IIL IKS hadde tidligere bestemt at ordningen skulle evalueres etter ca 1 års drift dvs ultimo 07/primo 08.

Evaluering av IIL IKS er gjennomført nå i mars 08 med legegruppen, og med tilnærmet udelt positivt resultat når det gjelder drift og funksjon. Videre er saken lagt frem for deltagende kommuners Samarbeidsutvalg for legene(SUL), som via Almenn-legeutvalgene(ALU) har formidlet egne høringsnotat til forslaget(se vedlegg). Hovedpunkter fra disse er:

ALU Levanger

- Positiv til at Mosvik innlemmes i IIL IKS
- Faglig forsvarlig.
- Krever økonomisk tilleggskompensasjon på natt i helg, da dette tidspunkt allerede er mest belastende.

ALU Verdal

- Negativ til at Mosvik innlemmes i IIL IKS
- "Økonomisk ris bak speilet" for ikke å ha legeressurs er for lav i forslaget.
- Legeoppgaver dagtid forutsettes løst på dagtid.

- Det stilles spørsmål ved forsvarlighet i fht avstand og tilgang på ambulansetjenester.
- Evaluering etter 1 år for tidlig i fht at sannsynlig samsvarende hendelser i 2 ytterkanter vil skje sjelden.

ALU Frosta

- Skeptisk til at Mosvik innlemmes i IIL IKS
- Ikke uproblematisk at avstand utvides – vil kunne beslaglegge legeressurs over lengre tid. Dog ingen kontraindikasjon for innlemmelse.
- Viktig å se på evt lokale løsninger for ”ikke-akutte problemstillinger”(eks. rutinemessig syning etter dødsfall).
- Legeoppgaver på dagtid forventes løst.
- Krever økonomisk tilleggskompensasjon på natt i helg, da dette tidspunkt allerede er mest belastende.

ALU Inderøy

- Positiv til at Mosvik innlemmes i IIL IKS.
- Forutsetter at ny legeressurs tilknyttes legevaktsordningen.
- Forutsetter at ambulanse og annen helse og kriseberedskap ivaretas på en forsvarlig og tilstrekkelig måte.
- Presiserer at det ikke foreligger interkommunalt samarbeid med Inderøy pt for legetjenester på dagtid.

Saken er også lagt frem for ledelsen ved Sykehuset Levanger, som IIL IKS har avtale med om legevakt. De har ingen innvendinger i saken, og avtalen med dem behøver ikke reforhandles i denne sammenheng, men de forbeholder seg retten til å kunne be om ny forhandling etter at endelig selskapsavtale foreligger.

På dette grunnlag fremlegges nå derfor forslag til ny selskapsavtale, hvor man foreslår at Mosvik kommune innlemmes i ordningen – med de endringer det medfører for avtalen. Det er samtidig tatt inn noen andre mindre endringer når avtalen først er oppe til ny behandling. De samlede endringene er:

- **§ 2 Deltakere.**
Her tas Mosvik inn som deltaker.
- **§ 4 Formål og ansvarsområde.**
Utvides med Mosvik, samt at man jfr tilbakemeldinger fra legene, tydeliggjør hvilke oppgaver legevakt skal ivareta og ikke ivareta; *”Det påpekes spesielt at legevakten ikke skal ivareta/erstatte oppgaver i kommunene som fastlegeoppgaver og tilsyn ved sykehjem, - som tilligger ordinære helse/legetjenester på dagtid (virkedag). Brudd på dette, vil kunne medføre oppsigelse av avtale.”*
- **§ 5 Innskuddsplikt og eierandel**

Innbyggertall er nå fra 1.1.2007, og deltagernes eierandel er justert i forhold til nye beregninger fordelt på fem kommuner.
- **§ 6 Ansvarsfordeling**

Selskapsavtalen for IIL IKS må sikre en minimumstilgang av leger fra alle kommunene, samt beskrive hvilke konsekvenser det gir hvis kommunene ikke innfrir dette. Dette ivaretas i utvidelsene som er beskrevet i § 6. Økonomisk tilleggskompensasjon for manglende legeressurs er skjønnsmessig satt ut i fra at det må motivere for å sørge for at legeressurs kommer på plass. Beløpet er økt med 5000 kr(fra 10 000 kr til 15 000 kr) i forhold til opprinnelig forslag til høring.

▪ § 8 Representantskapet

Det korrigeres for at det 6. medlemmet i styret – som i det videre er ansatterepresentanten, velges av de ansatte og ikke av representantskapet. Dette i tråd med Lov om Interkommunale Selskap. Øvrige 5 representanter skal velges av representantskapet og representere hver sin kommune jfr § 9.

▪ § 9 Styret

Styret utvides fra 5 til 6 medlemmer.

Endringene innebærer ingen umiddelbar åpenbar konsekvens når det gjelder faglig forsvarlighet, og økonomisk vil flere av dagens deltagerkommuner komme ut likt eller med lavere kostnad enn i dag. Unntaket er Levanger kommune, som vil få en mindre økning med utgangspunkt i fordelingsnøkkelen som gjelder.

Vurdering

Interkommunalt samarbeid om legevakt trenger en hensiktsmessig organisasjonsform for å gi ryddige driftsrammer. Valg av organisasjonsform avgjør i hvilken grad de deltagende kommunene får innflytelse på driften.

Rådmannen, sammen med rådmenn i de fire øvrige kommunene, er av den formening at et IKS – gjennom selskapsavtalen - gir deltagerkommunene mulighet for innflytelse på planlegging og drift av legevaktsordningen. Videre regulerer det også klart deltagernes ansvar. Hvert kommunestyre utpeker i dette tilfellet, en til to representanter til representantskapet, som vedtar budsjett og regnskap, samt godkjenner overordnede planer. Antall representanter fra hver kommune tar utgangspunkt i den enkelte kommunes størrelse og dens innskudd av midler(jfr. §8 3.ledd i selskapsavtalen).

Representantskapet og styrets sammensetning utvides begge med 1 ny representant fra Mosvik i representantskapet og 1 ny representant i styret. Disse velges i tråd med Lov om interkommunale selskap og §§ 8 og 9 i selskapsavtalen.

Ut over dette er det fra før tilsatt en daglig leder, som administrerer virksomheten i henhold til de retningslinjer, pålegg og instruksjoner som styret gir.

Selskapet avgir regnskap etter kommunale regnskapsprinsipper, og budsjettet følger budsjettforskrifter for kommunale budsjetter.

Selskapet har egen revisor(KomRev Trøndelag IKS), som er valgt av representantskapet.

En utvidelse av deltagerkommunene med Mosvik kommune som ny deltager, innebærer få konsekvenser. Omfanget dette vil medføre vil være ubetydelig, basert på et innbyggertall i Mosvik på 864 innbyggere(pr. 1.1.08). IIL IKS betjener i dag over 40 000 innbyggere. Noe lengre venting på behandling for innbyggere fra dagens deltagerkommuner, vil det derfor ikke være snakk om.

Legene som i dag betjener IIL IKS er i liten grad på uttrykning. Økt geografisk avstand tilknyttet Mosvik, vil derfor kun unntaksvis ha konsekvens eller innvirkning av betydning på tilbudet jfr i dag. Dette vurderes av de fleste legene som håndterbart og fortsatt faglig forsvarlig jfr uttalelser fra de ulike ALU.

Tross at Mosvik kommune ikke stiller med legeressurs, vil utvidelsen overfor den enkelte lege heller ikke ha særlig konsekvens, basert på den relativt lave endring av innbyggertall, - samt at den enkelte lege jfr dagens vaktoversikt har en gjennomsnittlig vaktbelastning på 6 - 8 vakter pr 4 mnndr(basert på u.s. av vaktlister for jan – april 08)og av totalt 353 vakter på disse 4 mnndr.

For legevaktsentralen ved Sykehuset Levanger vil håndtering av 864 nye innbyggere være ubetydelig, da sentralen allerede i dag er legevaktsentral(telefon) for Mosvik på kveld, natt og helg.

I dag bidrar deltagerkommunene med ca 1 lege pr. 2000 innbyggere i forhold til innbyggertall i egen kommune. Den enkelte lege og deltagerkommune i samarbeid med IIL IKS, er fortsatt ansvarlig for å sørge for vikar fra 1.dag ved fravær inntil opprinnelig lege er tilbake, eller ny lege er på plass. I den nye selskapsavtalen har man valgt å innlemme også løpende krav om minimumsbidrag av legeressurs fra den enkelte deltagerkommune i forhold til folketall(1 lege pr 1800 innbyggere), og økonomiske følger/ansvar hvis dette ikke ivaretas. Dette både som en konsekvens av at enkeltkommuner i eksisterende ordning i enkelte tilfeller ikke har kunnet stille leger spesielt pga vakante legestillinger, samt at Mosvik har signalisert at de ikke kan bidra med egen legeressurs ved sin inntreden. Dette "*riset bak speilet*" gir derfor et signal om at deltagerkommunene ikke kan ha varig vakant fravær(over 1mnd) av legeressurs på vegne av egen kommune inn mot IIL IKS, uten at det får økonomiske følger.

Merinntekt pga manglende legeressurs, vil tilbakeføres leger og sykepleiere som deltar i IIL IKS via budsjettposter *Kompetanseheving*. Det vil si at IIL IKS gjennom denne merinntekten, vil kunne benytte midler til å finansiere møtepunkt og opplæring med tanke på faglig utvikling og dermed kvalitetsheving av helsepersonellet i selskapet. Dette med forbehold om at økonomien/budsjettet for IIL IKS forøvrig dekkes.

Kompensasjonsmidler kan ikke benyttes til godtgjøring, da det er midler som vil kunne tilkomme selskapet kun ved mangel på legeressurs(ikke fast/sikker inntekt). Styret vil derimot etter ca 6 måneders drift av ny avtale, se på godtgjøring av belastet vakttidspunkt – bla. natt helg jamfør tilbakemelding fra legene i kommunenes ALU.

Man har også imøtekommet innspill fra legene med å øke den økonomiske kompensasjonen for manglende legeressurs fra foreslåtte 10 000 kr/mnd til 15 000 kr/mnd.

Avtalen har også spesifisert kommunenes ansvar på dagtid jfr legenes påpekning vedr dette, og at brudd på dette kan medføre oppsigelse av avtalen.

Økonomi

Det er på grunnlag av innbyggertall 1.1.2007, samt lønnsoppgjør 2007/2008 og gjeldende driftsutgifter, utarbeidet følgende økonomisk konsekvens for den enkelte kommune:

Endring kostnad pr kommune:

	<u>Innbygg:</u>	<u>Budsjett</u>	<u>Innbygg:</u>	<u>Ny årskostn</u>
<u>Refusjon fra kommuner:</u>	<u>01.01.2006</u>	<u>2008:</u>	<u>01.01.2007</u>	<u>Avrundet hele tusen jfr øk notat</u>
Levanger kommune	18080	2 333 000	18173	2 357 000
Verdal kommune	13900	1 889 000	13962	1 892 000
Inderøy kommune	5938	1 040 000	5920	1 007 000
Frosta kommune	2467	672 000	2461	628 000
Mosvik kommune			874	450 000*)
<u>Sum refusjon fra kommuner:</u>	<u>40385</u>	<u>5 934 000</u>	<u>41390</u>	<u>6 334 000</u>

*) - Ikke medtatt ekstrakostnad for manglende legeressurs. Denne er beregnet til 180 000 kr/lege/år.

Totalutgifter i prosent = ny eierandeler i selsapsavtalen:

Levanger kommune:	37,3 %
Verdal kommune:	30,0 %
Inderøy kommune:	15,9 %
Frosta kommune:	9,8 %
Mosvik kommune:	7,0 %
Sum alle kommuner:	100,0 %

Beregningene viser at Levanger og Verdal vil få liten og ingen endring, mens Inderøy og Frosta vil få lavere kostnad med innlemmelse av Mosvik i selskapet. Forutsetningen for overstående beløp er at Mosvik innlemmes i selskapet fra 1.1.09., og/eller at Mosvik bidrar økonomisk med helårsvirkning jfr forslag til vedtak.

Konklusjon

SELSKAPSAVTALE FOR INNHERRED INTERKOMMUNALE LEGEVAKT IKS

Vedtatt på stiftelsesmøte 7.november 2006

§1 Firma

Innherred Interkommunale legevakt IKS er et interkommunalt selskap, opprettet med hjemmel i lov om interkommunale selskaper (IKS). Selskapsavtalen gjelder i tillegg til loven.

§ 2 Deltakere

Deltakere er: Kommunene Levanger, Verdal, Inderøy og Frosta.

§ 3 Adresse

Selskapet har sitt tilhold ved Helseforetaket Midt Norge, Sykehuset Levanger i Levanger kommune.

Innherred Interkommunale legevakt IKS
Sykehuset Levanger,
Kirkegata 2
7600 LEVANGER

§ 4 Formål og ansvarsområde

Innherred Interkommunale Legevakt IKS skal sørge for at alle fastboende innbyggere og personer med imidlertidlig opphold i kommunene Levanger, Verdal, Inderøy og Frosta får hjelp og behandling til tilstander og helsesvikt som trenger øyeblikkelig hjelp – dvs. akutt sykdom, helsesvikt eller skader der behandling ikke kan eller bør utsettes til kontortid neste virkedag.

§ 5 Innskuddsplikt og eierandel

Deltakerne yter årlig midler til selskaps drift. Beløpets størrelse og grunnlaget for utregningen av driftstilskuddet baseres på følgende fordeling:

- Samlet felleskostnader fordeles 40% fast andel med lik fordeling mellom kommunene + 60% etter antall innbyggere.

Deltakernes eierandel er beregnet på grunnlag av innbyggertall pr 1.1.2006, beregnet deltakertilskudd omregnet i prosent og fordeler seg som følger:

Levanger kommune	39,5 %
Verdal kommune	31,9 %
Inderøy kommune	17,5 %
<u>Frosta kommune</u>	<u>11,1 %</u>
SUM	100 %

For nye deltakere, skal innskuddet fastsettes av representantskapet i forbindelse med behandlingen av selskapets årsbudsjett.

Eierandelen blir justert hvert fjerde år på bakgrunn av endringer i folketallet, første gang fire, 4, år etter denne avtalens ikrafttredelse.

Eierandelen endres også ved inn- og uttreden. Ved endring i eierandel må selskapsavtalen endres.

§ 6 Ansvarsfordeling

Deltakeransvaret tilsvarer eierandelen i selskapet.

Den enkelte deltaker hefter med hele sin formue for sin aktuelle del av selskapets samlede forpliktelser, jf. § 5.

§ 7 Organisering av selskapet

Organer til felles løsning av oppgaver har tre nivå:

- Representantskapet
- Styret
- Daglig leder

§ 8 Representantskapet

Representantskapet er øverste myndighet i selskapet. Deltakerne utøver sin myndighet i selskapet gjennom representantskapet. Samtlige deltagerkommuner velger sin(e) representant(er) med personlig vararepresentant.

For representantskapets sammensetning, myndighet, innkalling og saksbehandling gjelder selskapsavtalen i tillegg til lov om interkommunale selskaper §§ 6, 7, 8 og 9.

Deltagerkommuner med høyere enn 20% eierandel(jfr §5), får to representanter hver. Alle andre får én hver i representantskapet.

Representantene med vararepresentanter oppnevnes av vedkommende kommunestyre. Valget gjelder for den kommunale valgperioden.

Hver representant har én stemme.

Representantskapet velger selv sin leder og nestleder.

Ordinært representantskapsmøte behandler:

1. Årsmelding og regnskap
2. Valg av styre og styreleder
3. Overordnede mål og retningslinjer for driften
4. Økonomiplan, budsjettforutsetninger og -rammer
5. Andre saker som forelegges av styret eller følger av lov om interkommunale selskaper og er forberedt i innkallingen.

Innkalling til representantskapsmøte skal skje med minst fire ukers varsel og skal inneholde saksliste. De deltakende kommuner skal med samme frist varsles om innkallingen og sakslisten.

For øvrig innkalles representantskapet til møter i samsvar med ovennevnte bestemmelser i loven.

Representantskapet velger en valgkomité bestående av 2 representanter, som gjelder for den kommunale valgperioden. Valgkomiteen kommer med innstilling på 5 styremedlemmer og deres personlige varamedlemmer.

Om styrets og daglig leders møte- og uttalerett/plikt gjelder det som fremgår av lovens § 9, 6. ledd.

§ 9 Styret

Styret har det overordnede ansvaret for forvaltningen av selskapet innenfor gitte rammer fastsatt i lov, forskrift, selskapsavtale og vedtak i representantskapet.

For styrets sammensetning, innkalling, saksbehandling og myndighet gjelder selskapsavtalen i tillegg til lov om interkommunale selskaper §§ 10, 11, 12 og 13.

Styret har 5 medlemmer og personlige varamedlemmer som velges for den kommunale valgperiode. Kjønnsmessig sammensetning og fordeling må ivaretas i utvelgelsen.

Styrets medlemmer, varamedlemmer og leder velges av representantskapet. Alle kommunene skal være representert i styret.

Styret velger selv nestleder, jf. § 7.

Styret skal normalt forberede og legge fram de saker som skal behandles i representantskapet.

Styret ansetter daglig leder og fører tilsyn med vedkommendes ledelse av selskapet.

Arbeidsgiveransvaret for den/de ansatte tilligger styret. Styret fastsetter stillingsinstruks(er) og arbeidsprogram innenfor gitte rammer. Styret kan tilsette og si opp arbeidstaker(e) og fastsetter den/de ansattes lønn. Daglig leder avgir innstilling i eventuelle tilsettingssaker. Ansettelses-/arbeids- og pensjonsvilkår for den/de ansatte i selskapet, følger Kommunenes Sentralforbunds overenskomster med arbeidstakerorganisasjonene.

Styret skal sørge for at representantskapet til enhver tid har nødvendig oversikt og i tide kan forberede nødvendige disposisjoner.

§ 10 Daglig leder

Daglig leder administrerer virksomheten i henhold til de retningslinjer, pålegg og instruksjoner som styret gir, jf. lov om interkommunale selskaper § 14.

Daglig leder er styrets sekretær og forbereder normalt de saker som skal behandles i styret.

Daglig leder har møte- og talerett/plikt i representantskapet og styret i tråd med lovens §§ 9 og 11.

Daglig leder har anvisningsmyndighet innenfor vedtatt budsjett.

Daglig leder har rett til å foreta tilsetting(er) av kortere varighet (inntil 3 måneder) så lenge

ansettelsesforholdet skjer innenfor budsjettets ramme og ikke forplikter selskapet utover engasjementsperioden.

Daglig leder skal til enhver tid holde styret orientert om alle forhold av betydning for virksomheten og om økonomi og personalforhold, og være kontaktpunkt i samarbeidet opp mot Helseforetaket.

§ 11 Regnskap og revisjon

Selskapet avgir regnskap etter kommunale regnskapsprinsipper. Budsjett skal følge budsjettforskrifter for kommunale budsjetter.

Selskapet skal ha revisor som velges av representantskapet.

§ 12 Endring av selskapsavtalen

For endringer i selskapsavtalen gjelder lov om interkommunale selskaper § 4.

Styret skal uttale seg om forslag til endring av selskapsavtalen før disse fremmes for behandling hos deltakerne.

§ 13 Uttreden og oppløsning

Den enkelte deltaker kan med ett års skriftlig varsel si opp sitt deltakerforhold i selskapet. For øvrig gjelder lovens § 30.

For oppløsning gjelder for øvrig lov om interkommunale selskaper §§ 32 flg.

§ 14 Ikrafttredelse

Denne selskapsavtalen trer i kraft fra det tidspunkt den er vedtatt av samtlige deltakere.

§ 15 Voldgift

Eventuell tvist om forståelsen av selskapsavtalen og om fordeling av utgifter, eller i forbindelse med det økonomiske oppgjøret etter oppløsning, avgjøres av en voldgiftsnemnd på tre medlemmer oppnevnt av Fylkesmannen, om ikke annen ordning følger av lov eller forskrift.

§ 16 Øvrige bestemmelser

For øvrig gjelder den til enhver tid gjeldende lov om interkommunale selskaper.

Dato: 7.november 2006

.....sign.....
Levanger Kommune

.....sign.....
Frosta Kommune

.....sign.....
Inderøy Kommune

.....sign.....
Verdal Kommune

SELSKAPSAVTALE FOR INNHERRED INTERKOMMUNALE LEGEVAKT IKS
Vedtatt første gang 7.11.06 Revidert av styret IIL IKS 13.11.2008 og behandlet av representantskapet IIL IKS 17.11.08.

§1 Firma

Innherred Interkommunale legevakt IKS er et interkommunalt selskap, opprettet med hjemmel i lov om interkommunale selskaper (IKS). Selskapsavtalen gjelder i tillegg til loven.

§ 2 Deltakere

Deltakere er: Kommunene Levanger, Verdal, Inderøy, Frosta og Mosvik

§ 3 Adresse

Selskapet har sitt tilhold ved Helseforetaket Midt Norge, Sykehuset Levanger i Levanger kommune.

Innherred Interkommunale legevakt IKS
Sykehuset Levanger,
Kirkegata 2
7600 LEVANGER

§ 4 Formål og ansvarsområde

Innherred Interkommunale Legevakt IKS skal sørge for at alle fastboende innbyggere og personer med imidlertidlig opphold i kommunene Levanger, Verdal, Inderøy, Frosta og Mosvik får hjelp og behandling til tilstander og helsesvikt som trenger øyeblikkelig hjelp - dvs. akutt sykdom, helsesvikt eller skader der behandling ikke kan eller bør utsettes til kontortid neste virkedag.

Det påpekes spesielt at legevakten ikke skal ivareta/erstatte oppgaver i kommunene som fastlegeoppgaver og tilsyn ved sykehjem, - som tilligger ordinære helse/legetjenester på dagtid (virkedag). Brudd på dette, vil kunne medføre oppsigelse av avtale.

§ 5 Innskuddsplikt og eierandel

Deltakerne yter årlig midler til selskapets drift. Beløpets størrelse og grunnlaget for utregningen av driftstilskuddet baseres på følgende fordeling:

- Samlet felleskostnader fordeles 40% fast andel med lik fordeling mellom kommunene + 60% etter antall innbyggere.

Deltakernes eierandel er beregnet på grunnlag av innbyggertall pr 1.1.2007, beregnet deltakertilskudd omregnet i prosent og fordeler seg som følger:

Levanger kommune	37,3	%
Verdal kommune	30,0	%
Inderøy kommune	15,9	%
Frosta kommune	9,8	%
Mosvik kommune	7,0	%
SUM	100	%

Eierandelen blir justert hvert fjerde år på bakgrunn av endringer i folketallet, første gang fire, 4, år etter denne avtalens opprinnelige ikrafttredelse.

Eierandelen endres også ved inn- og uttreden. Ved endring i eierandel må selskapsavtalen endres.

§ 6 Ansvarsfordeling

Deltakeransvaret tilsvare eierandelen i selskapet.

Den enkelte deltaker hefter med hele sin formue for sin aktuelle del av selskapets samlede forpliktelser, jf. § 5.

Den enkelte deltagerkommune plikter å stille med min 1 lege pr. 1800 innbyggere inn i IIL IKS – minst 1 lege uansett størrelse.

Den enkelte lege og deltagerkommune i samarbeid med IIL IKS, er også ansvarlig for å sørge for midlertidig vikar fra 1.dag ved fravær inntil opprinnelig lege er tilbake, eller ny lege er på plass.

Minimum legedekningandel pr kommune:

Levanger	18 173 innb	= 10 leger
Verdal	13 962 innb	= 8 leger
Inderøy	5 920 innb	= 3 leger
Frosta	2 461 innb	= 1 lege
<u>Mosvik</u>	<u>874 innb</u>	<u>= 1 lege</u>
SUM Leger	41 390 innb	= 23 leger

Innbyggertall pr 1.1. 2007.

Ved permanent fravær av overnevnte legeressurs over 1 mnd, eller ved midlertidig fravær over 1mnd på vegne av deltagerkommunen, vil aktuell deltagerkommune måtte yte en økonomisk tilleggskompensasjon tilsvarende 15 000 pr påbegynt mnd./pr manglende legeressurs jfr minimum.

Tilleggskompensasjonen vil beregnes fra 1.dag/påbegynte mnd., når én måneds fravær er oppnådd og vikar, eller ny lege ikke er på plass. Legedekningsandel og beløpet justeres samtidig med at eierandelene blir justert dvs hvert 4.år.

§ 7 Organisering av selskapet

Organer til felles løsning av oppgaver har tre nivå:

- Representantskapet
- Styret
- Daglig leder

§ 8 Representantskapet

Representantskapet er øverste myndighet i selskapet. Deltakerne utøver sin myndighet i

selskapet gjennom representantskapet. Samtlige deltagerkommuner velger sin(e) representant(er) med personlig vararepresentant.

For representantskapets sammensetning, myndighet, innkalling og saksbehandling gjelder selskapsavtalen i tillegg til lov om interkommunale selskaper §§ 6, 7, 8 og 9.

Deltagerkommuner med høyere enn 20% eierandel(jfr §5), får to representanter hver. Alle andre får én hver i representantskapet.

Representantene med vararepresentanter oppnevnes av vedkommende kommunestyre. Valget gjelder for den kommunale valgperioden.

Hver representant har én stemme.

Representantskapet velger selv sin leder og nestleder.

Ordinært representantskapsmøte behandler:

1. Årsmelding og regnskap
2. Valg av styre og styreleder
3. Overordnede mål og retningslinjer for driften
4. Økonomiplan, budsjettforutsetninger og -rammer
5. Andre saker som forelegges av styret eller følger av lov om interkommunale selskaper og er forberedt i innkallingen.

Innkalling til representantskapsmøte skal skje med minst fire ukers varsel og skal inneholde saksliste. De deltakende kommuner skal med samme frist varsles om innkallingen og sakslisten.

For øvrig innkalles representantskapet til møter i samsvar med ovennevnte bestemmelser i loven.

Representantskapet velger en valgkomité bestående av 2 representanter, som gjelder for den kommunale valgperioden. Valgkomiteen kommer med innstilling på 5 styremedlemmer og deres personlige varamedlemmer. Valg av ansatterepresentant(6.styremedlem) gjøres i tråd med Lov om Interkommunale selskap.

Om styrets og daglig leders møte- og uttalerett/plikt gjelder det som fremgår av lovens § 9, 6. ledd.

§ 9 Styret

Styret har det overordnede ansvaret for forvaltningen av selskapet innenfor gitte rammer fastsatt i lov, forskrift, selskapsavtale og vedtak i representantskapet.

For styrets sammensetning, innkalling, saksbehandling og myndighet gjelder selskapsavtalen i tillegg til lov om interkommunale selskaper §§ 10, 11, 12 og 13.

Styret har 6 medlemmer og personlige varamedlemmer som velges for den kommunale valgperiode. Kjønnsmessig sammensetning og fordeling må ivaretas i utvelgelsen.

Styrets medlemmer, varamedlemmer og leder velges av representantskapet. Alle kommunene skal være representert i styret.

Styret velger selv nestleder, jf. § 7.

Styret skal normalt forberede og legge fram de saker som skal behandles i representantskapet.

Styret ansetter daglig leder og fører tilsyn med vedkommendes ledelse av selskapet.

Arbeidsgiveransvaret for den/de ansatte tilligger styret. Styret fastsetter stillingsinstruks(er) og arbeidsprogram innenfor gitte rammer. Styret kan tilsette og si opp arbeidstaker(e) og fastsetter den/de ansattes lønn. Daglig leder avgir innstilling i eventuelle tilsettingssaker. Ansettelses-/arbeids- og pensjonsvilkår for den/de ansatte i selskapet, følger Kommunenes Sentralforbunds overenskomster med arbeidstakerorganisasjonene.

Styret skal sørge for at representantskapet til enhver tid har nødvendig oversikt og i tide kan forberede nødvendige disposisjoner.

§ 10 Daglig leder

Daglig leder administrerer virksomheten i henhold til de retningslinjer, pålegg og instruksjoner som styret gir, jf. lov om interkommunale selskaper § 14.

Daglig leder er styrets sekretær og forbereder normalt de saker som skal behandles i styret.

Daglig leder har møte- og talerett/plikt i representantskapet og styret i tråd med lovens §§ 9 og 11.

Daglig leder har anvisningsmyndighet innenfor vedtatt budsjett.

Daglig leder har rett til å foreta tilsetting(er) av kortere varighet (inntil 3 måneder) så lenge ansettelsesforholdet skjer innenfor budsjettets ramme og ikke forplikter selskapet utover engasjementsperioden.

Daglig leder skal til enhver tid holde styret orientert om alle forhold av betydning for virksomheten og om økonomi og personalforhold, og være kontaktpunkt i samarbeidet opp mot Helseforetaket.

§ 11 Regnskap og revisjon

Selskapet avgir regnskap etter kommunale regnskapsprinsipper. Budsjett skal følge budsjettforskrifter for kommunale budsjetter.

Selskapet skal ha revisor som velges av representantskapet.

§ 12 Endring av selskapsavtalen

For endringer i selskapsavtalen gjelder lov om interkommunale selskaper § 4.

Styret skal uttale seg om forslag til endring av selskapsavtalen før disse fremmes for behandling hos deltakerne.

§ 13 Uttreden og oppløsning

Den enkelte deltaker kan med ett års skriftlig varsel si opp sitt deltakerforhold i selskapet. For øvrig gjelder lovens § 30.

For oppløsning gjelder for øvrig lov om interkommunale selskaper §§ 32 flg.

§ 14 Ikraftttredelse

Denne selskapsavtalen trer i kraft fra det tidspunkt den er vedtatt av samtlige deltakere.

§ 15 Voldgift

Eventuell tvist om forståelsen av selskapsavtalen og om fordeling av utgifter, eller i forbindelse med det økonomiske oppgjøret etter oppløsning, avgjøres av en voldgiftsnemnd på tre medlemmer oppnevnt av Fylkesmannen, om ikke annen ordning følger av lov eller forskrift.

§ 16 Øvrige bestemmelser

For øvrig gjelder den til enhver tid gjeldende lov om interkommunale selskaper.

Dato: .

.....sign.....
Levanger Kommune

.....sign.....
Frosta Kommune

.....sign.....
Inderøy Kommune

.....sign.....
Verdal Kommune

.....sign.....
Mosvik kommune

Uttalelse fra legene i Levanger vedr. Mosviks ønske om å innlemmes i Innherred Interkommunale Legevakt IKS.

Allmennlegene i Levanger er positive til at Mosvik innlemmes i legevaktordningen da en god ordning mht legevakt vil være av stor betydning for å komme fram til en god løsning for legearbeid i Mosvik også på dagtid.

Vi mener at legesøkningen på vakt i vaktområdet pr i dag er håndterbar og at den forventede økningen om Mosvik innlemmes ikke går utover det som er forsvarlig. Man må imidlertid vente at det vil bli noe mer, også på natt. Pr i dag er det nettene, spes. i helgene som er mest belastende. Det å innlemme Mosvik betyr at belastningen økes, og siden Mosvik så langt ikke bringer noen ny legeressurs inn, vil heller ikke vaktfrekvensen endres.

Vi krever derfor at den tilleggskompensasjonen Mosvik vil måtte betale går direkte til lønn på natt i helgene for vakthavende lege. I praksis er det kun legene som vil ha et merarbeid av dette; telefonen besvares allerede av legevaktsentralen, og på natt er vi alene om arbeidet.

Dersom innlemmelse av Mosvik kun skal gi økt belastning for lege i vakt uten noen form for kompensasjon ønsker vi at dagens ordning videreføres uendret.

Oktober 2008

Allmennlegeutvalget i Levanger

FOR ALU


ALU Verdal
v/ leder Ann K. Lyngsaunet
Stekke legesenter
7650 VERDAL

Innherred Interkommunale Legevakt IKS
v/ Peter Daniel Aune.

Verdal 211008

**TILBAKEMELDING PÅ "REVIDERING AV SELSKAPSAVTALE MED
UTVIDELSE AV MEDLEMSSKAP (MOSVIK) FOR INNHERRED
INTERKOMMUNALE LEGEVAKT IKS (IIL IKS) - DEN INTERKOMMUNALE
LEGEVAKTEN MELLOM INDERØY, FROSTA, LEVANGER OG VERDAL" SAMT
FORSLAG TIL NY "SELSKAPSAVTALE IIL IKS".**

Viser til mail fra P. D Aune 280808, vedlagt sakspapirer i forbindelse med Mosvik kommunes søknad om innlemmelse i INNHERRED INTERKOMMUNALE LEGEVAKT IKS. Saken er diskutert i ALU 030908. Det ble bedt om uttalelse fra SU fra de 4 kommuner som deltar i dag. Saken er diskutert i SU Verdal 170908, og tas tilbake til ALU for uttalelse til IIL IKS ved P. D. Aune. Spesielt ønskes det tilbakemelding på det med forsvarlighet. Saken er på nytt diskutert i ALU 011008.

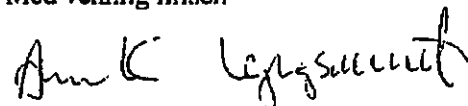
ALU Verdal er negativ til innlemmelse av Mosvik i legevaktssamarbeidet, og ser ingen egentlige fordeler med det. Det legges inn et "økonomisk ris bak speilet", som vi synes er alt for lite.

Mosvik samarbeider i dag med Leksvik på dagtid, og en forutsetning for innlemmelse av Mosvik i legevaktssamarbeidet, er at legeoppgaver i Mosvik på dagtid løses på dagtid.

Det spørres etter vurdering av forsvarlighet. Fra Levanger til ytterkant i Mosvik er det ca 1 time. ALU Verdal synes dette er langt, tatt i betraktning legevaktsdistriktets nåværende størrelse. Forutsetningen for at det skulle gå an, er at det er tilgjengelig ambulanse i Mosvik. Men ALU ser for seg at det kan oppstå situasjoner der lege vil få mer ansvar i forhold til å vurdere behov for luftambulanse. ALU etterlyser konkret hva som er forsvarlig uttrykningstid og avstand.

Statistisk sett er det få innbyggere i Mosvik, så sannsynligvis er det sjelden det vil skje utrykninger i 2 ytterkanter at vaktområdet samtidig. ALU Verdal poengterer at det kanskje av den grunn vil være for tidlig å evaluere etter 1 år.

Med vennlig hilsen



Ann K. Lyngsaunet, leder ALU Verdal.

UTTALELSE FRA LEGENE I FROSTA - INNLEMMELSE AV MOSVIK I IIL IKS

Allmenlegene i Frosta er skeptiske til en innlemming av Mosvik Kommune i Innherred Interkommunale Legevakt IKS.

Administrativt er det hele uproblematisk. Det vil (dessverre) ikke bli flere leger som skal administreres, lønnes, vaktlistefordeles etc.

Geografisk sett vil dette medføre en utvidelse av det befolkede areal som skal dekkes. Det er i utredning anført at det allerede finnes steder som er lenge borte fra legevaktslokalene enn Mosvik. Det er likevel ikke uproblematisk at området eventuelt skal utvides i en helt annen retning. En eventuell legevaktsutrykning til Mosvik vil beslaglegge legeressurser i lang tid og vil kunne være problematisk i f.eks. "høysesongen" vinterstid. Uansett kan man likevel ikke si at økt befolkningsgrunnlag/areal i seg selv er en kontraindikasjon for innlemmelse.

Ved en eventuell innlemmelse av Mosvik i legevakta burde det være en selvfølge at man i hvert fall organiserer lokale tiltak som f.eks. forhindrer at legevakt må dra til Mosvik for ikke-akutte problemstillinger som f.eks. rutinemessig syning etter dødsfall.

Det er fortsatt ukjent for oss hvordan Mosvik har tenkt å løse/løser sitt legebehov på dagtid. Man kan tidligere ha hatt følelsen av at legebehovet ikke har vært dekket på en fullgod måte.

Det at befolkningsgrunnlaget vil bli større sammen med det faktum at nye leger ikke vil komme inn i legevaksordningen, gjør at man må kunne forvente økt belastning på legene. Ved mangelfull dekning av legebehov på dagtid kan man i verste fall måtte forvente en overrepresentasjon (i forhold til innbyggertall) fra Mosvik på legevakta.

Mange leger opplever belastningen på legevakta som allerede stor nok, eller for stor. Dette medfører at man bytter bort vaktene. Spesielt nattevaktene kan være slitsomme og det er en kjensgjerning at de fleste legene synes nattarbeidet er belastende, ikke minst i helgene, og forholdsmessig dårlig avlønnet.

Den ene ekstra oppvekkingen pga en Mosvik-pasient vil kunne være det som medfører at man blir sliten og lite uthvilt neste (arbeids)dag.

En innlemmelse av Mosvik i legevakta vil medføre ekstrabelastning på legene. Det av økonomiske ressurser som ved en innlemming av Mosvik i legevakta tilføres IKS'et, burde gå til legene (som må ta ekstrabelastningen) i form av økte honorarer nattestid. At det avtales en prøveperiode av tilstrekkelig varighet sees på som en selvfølge.

Frostas leger er ikke prinsipielt i mot en innlemmelse av Mosvik, men er ikke interessert i en ordning hvor økt belastning skal honoreres uendret. Man avventer derfor en tilbakemelding fra IKS'et vedr. evt økning av honorarer nattestid/helg.

Frosta 290908

Allmenlegeutvalget

(v/ Anne Bye)

Peter Daniel Aune

Fra: erik knoph [eriknoph@start.no]
Sendt: 6. november 2008 00:07
Til: Peter Daniel Aune
Emne: Re: Uttalelse fra ALU vedr Mosviksak IIL IKS

Hei!

Har tatt en runde med alle aktuelle leger fra Inderøy vedr. saken.

Vi stiller oss positivt til at Mosvik kommer inn under IILS.

Forutsetningen er primært at det kan knyttes enda en legeressurs til legevaktturnusen, samt ambulanse og annen helse-og kriseberedskap i dette området er tilstrekkelig.

Legene i Inderøy ønsker også å understreke at det ikke eksisterer interkommunalt samarbeid om legetjenester med Mosvik kommune p.t.

Med vennlig hilsen

Erik Knoph

Fastlege Inderøy, leder ALU Inderøy

On Thu Oct 30 8:46 , Peter Daniel Aune sent:

Heil
Viser til epost av 28.august d.å.

Har nå mottatt skriftlig tilbakemelding fra Allmennlegeutvalgene(ALU) i Verdal og Levanger vedrørende Mosvik innlemmelse i IIL IKS, og ber med dette om snarlig SKRIFTLIG tilbakemelding fra ALU Frosta og Inderøy, da jeg ikke kan se å ha mottatt dette. Saken skal sendes ut til styret i IIL IKS i midten av neste uke, og det er derfor svært ønskelig at disse uttalelsene foreligger senest onsdag 5.november.

Med hilsen
Peter Daniel Aune
Daglig Leder IIL IKS

Få din egen, gratis e-postadresse på Start.no

06.11.2008



Inderøy kommune

Arkivsak. Nr.:
2008/1198-1
Saksbehandler:
Kåre Bjerkan

Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Inderøy kommunestyre	46/08	17.12.2008

Plan idrettsanlegg 2009-2018

Rådmannens forslag til vedtak

Søknader om spillemidler til ordinære anlegg prioriteres slik:

1. Langrennsanlegg Gran – lysanlegg
2. Motorsportanlegg
3. Klubbhus Gran

Vedlegg

1. Handlingsplan for utbygging av anlegg for idrett, friluftsliv og kulturbygg 2008-2017

Henvisning:

Plan: Anlegg for idrett, friluftsliv og kulturbygg (vedtatt 1999)

Bakgrunn

Kulturdepartementet har satt som krav for å gi tilskudd fra spillemidlene at kommunen har vedtatt plan for idrett i kommunen. Det forutsettes at prosjekter som skal kunne få støtte fra spillemidlene er innarbeidet i kommunens plan.

Handlingsprogrammet er en oversikt over aktuelle anlegg for utbygging. En del anleggene i handlingsplanen er meldt tidligere år og er ikke bekreftet at de fortsatt er aktuelle for utbygging.

I løpet av 2008 er det gitt tilskudd til skiløypetrase på Gran. Det er planer for flere anlegg knyttet til skiparken på Gran (lysanlegg og klubbhus).

I 2008 ble det gitt tilskudd til ordinære nærmiljøanlegg i Inderøy kommune. Disse er Tursti Sundsnesset og Verdalsgrenda og O-kart Kvistadkammen.

Ved tildeling av midler i fylkeskommunen blir anlegg fordelt mellom:

- Nye anlegg/ Rehabilitering av anlegg
- Nærmiljøanlegg
- Mindre kostnadskrevende nærmiljøanlegg (kan tildeles gjennom hele året)

Vurdering

De fleste idrettsanlegg finansieres med spillemidler og egeninnsats. Mulighetene for realisering blir derfor et viktig kriterium for kommunens prioritering.

Konklusjon

Det er behov for en total gjennomgang av plan for anlegg for idrett. Det har ikke vært mulig å få til en slik gjennomgang i år. Rådmannen prioriterer årets aktuelle søknader i samsvar med fjorårets handlingsplan.



INDERØY KOMMUNE

7670 Inderøy

HANDLINGSPROGRAM FOR UTBYGGING AV ANLEGG FOR IDRETT OG FRILUFTSLIV 2008-2011

PRIORITERING AV TILTAK

Kostnad og finansiering i hele tusen kroner.

Ordinære anlegg og Rehabilitering av anlegg

Prio.	Anlegg	Sted	Oppstart år	Kostnad	Finansiering		
					Kom	Sm	Priv
1.	Langrennsanlegg: Trase	Gran	2008	2322	0	700	1622
2.	Langrennsanlegg: Lysanlegg	Gran	2008	1634	0	544	1090
3.	Motorsportanlegg	Utøy	2009	500	0	170	330
4.	Golv idrettshall	Inderøy kulturhus	Etter 2009	300	200	100	0
5.	Klubbhus	Gran	Etter 2009	1164	0	388	796
6.	Elektronisk skyteskiver	Utøy		150	0	50	100
7.	Grusbane	Røra		300	0	100	200
8.	Snøprod.utstyr	Prestlia		977	0	327	650
9.	Skytebane	Kjerknesvågen		600	0	200	400
10.	Skytterhus	Kjerknesvågen		600	0	200	400

kom= Inderøy kommune

sm=spillemidler

p= privat inkludert dugnad

Uprioritert liste over aktuelle anlegg 2012-2017:

- Lysløype Lundsauet, Røra.
- Idrettshall (Sandvollan)
- Friidrett - kast
- Rehabilitering friidrett, Røra
- Treningsstudio (deler kan være berettiget spillemidler)
- Leirduebane med klubbhus

Nærmiljøanlegg

Prio.	Anlegg	Sted	Oppstart år	Kostnad	Finansiering		
					Kom	Sm	Priv
1.	Tursti	Sundsneset	2008	405	0	200	205
2.	O-kart	Kvistadkammen	2008	164	0	82	82
3.	Tursti	Verdalsgrenda-Straumen	2008	400	0	200	200
4.	Tursti	Kjerknestangen	2008	393	0	192	192
5.	Aktivitetsflate	Flåttåsmyra	2009	330	0	165	165
6.	Aktivitetsanlegg	Gran	2009	100	0	50	50
7.	Aktivitetsflater	Nessveet	2009	400	0	200	200
8.	Aktivitetsanlegg	Rostad	2009	200	0	100	100
9.	Lys Balløkke	Røsetberga	2009	36	0	18	18
10.	Brygge vannsport	Skjelvågen	2009	60	0	30	30
11.	Ballvegg m.m	Solhaugen	2010	40	0	20	20
12.	Tursti/Turløype	Sandvollan skole	2010	100	0	50	50
13.	Tursti	Kvistadbakkan	2010	50	0	25	25
14.	Skileik/Akebakke	Prestlia	2010	200	0	100	100
15.	Aktivitetsanlegg	Småland	2010	400	0	200	200

kom= Inderøy kommune

sm=spillemidler

p= privat inkludert dugnad

Uprioritert liste over aktuelle nærmiljøanlegg 2012-2017:

- Tursti Sundsbukta til Sundsand
- Balløkke Gangstadhaugen
- Skiaktivitet Gangstadhaugen
- Hoppbakke Prestlia
- Forlengelse av turveg ved Koa (samarbeid med Verdal kommune)
- Tursti fra Vangslia til Sundneshavn.

01/11 2007



Inderøy kommune

Arkivsak. Nr.:
2008/1211-1
Saksbehandler:
Finn Madsen

Saksframlegg

Utvalg	Type avgjørelse	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg Folk	Innstilling	57/08	18.11.2008
Inderøy kommunestyre	47/08	17.12.2008	

SFO - endring av vedtekter

Hovedutvalg Folk sin innstilling:

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 betalingssatser ut. Paragrafen endres til: Skolefritidsordningen finansieres med kommunalt tilskudd og foreldrebetaling. Kommunestyret vedtar satser for foreldrebetaling. Ordningen er gratis for barn med særskilte behov på 5.-7. årstrinn. 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.**

Hovedutvalg Folk den 18.11.2008 sak 0057/08:

Avstemning:

Rådmannens forslag enstemmig.

Behandling i møtet:

Rådmannen endret sitt forslag i pkt. 7 til å lyde:

I § 7. Foreldrebetaling/finansiering tas opplysninger om gjeldende betalingssatser ut. Paragrafen endres til: Skolefritidsordningen finansieres med kommunalt tilskudd og foreldrebetaling. Kommunestyret vedtar satser for foreldrebetaling. Ordningen er gratis for barn med særskilte behov på 5.-7. årstrinn. 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 forslag til vedtak

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 betalingssatser 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.

Vedlegg

- 1 Vedtekter for SFO-tilbudet i Inderøy kommune

Bakgrunn

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.

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 kontraktsmessige 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 betalingssatser tas ut av vedtektene. Vedtektene inneholder bestemmelser som ivaretar både opplysningsplikten og hvem som vedtar betalingssatsene.



INDERØY KOMMUNE

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 barn med særskilte behov 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.

Ordningen er gratis for barn med særskilte behov på 5. – 7. årstrinn.

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