



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Møteinnkalling

Utvalg:	Kommunestyret
Møtested:	Nordavindshagen, Arvid Hanssen-huset
Dato:	10.09.2012
Tidspunkt:	10:00

Eventuelt forfall må meldes ordfører snarest på tlf. 77 18 92 02 / 99 50 61 96.
Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed, som gis pr. telefon.

I henhold til reglement for politiske utvalg i Dyrøy, pkt. 4.10.4., gis det anledning til åpen talerstol i 30 minutter før møtet settes.

Saker som tas opp må gjelde kommunale forhold og være av allmenninteresse for kommunens innbyggere. Innlegg/spørsmål under åpen talerstol skal sendes skriftlig til ordfører senest tre dager før møtet.

Det blir gitt en orientering vedrørende «Midt-Troms inn i samhandlingsreformen» ved Løkta.

Generalforsamlingen til Dyrøy Vekst AS vil få forelagt en evt. sak om valg av styre i etterkant av kommunestyremøtet.

Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Lukket	Arkiv- saksnr
	Saker til behandling		
PS 51/12	Høringsuttalelse - tilbudsstrukturen i videregående skoler i Midt-Troms		2012/35
PS 52/12	Krav om gjerde rundt skolegården ved Elvetun skole		2012/395
PS 53/12	Dyrøy Vekst as - søknad om utvidelse av aksjekapital		2012/361
PS 54/12	Interkommunalt samarbeid om etablering av intermediære sengeposter for øyeblikkelig hjelp		2012/435
PS 55/12	Interkommunalt samarbeid om etablering av regionalt diabetesteam		2012/435

Randi Lillegård
ordfører

Saker til behandling

Saker til behandling



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Arkiv: X00
Saksmappe: 2012/35
Saksbehandler: Øystein Rørslett
Dato: 03.09.2012

Saksframlegg

Høringsuttalelse - tilbudsstrukturen i videregående skoler i Midt-Troms

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Oppvekst- og omsorgsutvalget	21/12	31.08.2012
Kommunestyret	51/12	10.09.2012

Vedlegg

- 1 Høringsnotat
- 2 Høring - Strukturelle endringer i tilbudsstrukturen i Midt-Troms

Saksopplysninger

Saken legges fram i møtet.

Administrasjonens vurdering

Rådmannens forslag til vedtak:

Utvalgsleders innstilling:

Saksprotokoll i Oppvekst- og omsorgsutvalget - 31.08.2012

Saken ble lagt fram i møtet.

Ordfører orienterte om innbydelsen til å gi høringsuttalelser vedrørende skolestrukturen for videregående skoler i Midt-Troms, ref. fylkeskommunens brev av 20.08.2012 m/høringsnotat datert 17.08.2012.

Omforent forslag til vedtak lagt fram i møtet:

Høringsuttalelse fra Dyrøy kommune forutsettes behandlet i kommunestyret 10.09.2012.
Enst vedtatt.

Vedtak i Oppvekst- og omsorgsutvalget - 31.08.2012

Høringsuttalelse fra Dyrøy kommune forutsettes behandlet i kommunestyret 10.09.2012.

Leif Hermod Jenssen
utvalgsleder

Øystein Rørslett
rådmann

Høringsnotat

Strukturelle endringer i tilbudsstrukturen i Midt-Troms

Innledning

Gjennom tidligere vedtak i fylkestinget er det besluttet å flytte utdanningsprogrammene Elektro samt Teknikk og industriell produksjon fra Senja videregående skole skolested Gibostad, til Senja videregående skole skolested Finnfjordbotn. I den forbindelse er det vedtatt bygging av nye lokaler for å huse tilbudene.

I tillegg ble det i juni 2012 gjort vedtak om å bygge en ny videregående skole i Midt-Troms lokalisert til Rustahøgda som erstatning for bygningsmassene ved Sundlia og Høgtun. I dagens Bardufoss Høgtun videregående skole tilbys noen av de samme utdannings - programmene som ved Senja videregående skole.

I fylkestinget i juni 2012 ble det eksplisitt gjort vedtak om å se utbyggingene i Finnfjordbotn og på Rustahøgda i sammenheng med optimaliseringen av tilbudsstrukturen mellom de tre videregående skolene i Midt-Troms, herunder også utnyttelse av kapasiteten ved Sjøvegan videregående skole. En avklaring av hvilke arealkrevende tilbud som skal gis må foreligge før en kan gå videre i byggingen av nytt verkstedbygg ved Senja videregående skole, skolested Finnfjordbotn, og før en kan fortsette planleggingen av ny videregående skole på Rustahøgda.

Dette høringsdokumentet tar utelukkende for seg fordeling av tilbud som vil få konsekvenser for utbyggingene i Finnfjordbotn og på Rustahøgda. Øvrige justeringer av tilbudene i Midt-Troms vil bli behandlet gjennom den årlige rulleringen av opplæringstilbudene for hele fylket.

Fylkestingets vedtak juni 2012

Fylkestinget behandlet i møte 12. juni 2012, sak 47/12, valg av lokalitet for ny videregående skole som skal bygges på Bardufoss, og gjorde følgende enstemmige vedtak:

- 1. Den nye videregående skolen i Midt-Troms lokaliseres til Rustahøgda i Målselv kommune, som erstatning av bygningsmassene ved Sundlia og Høgtun.*
- 2. Kostnadsrammen for skolestrukturen i Midt-Troms økes med 188 mill.*
- 3. Den totale kostnadsrammen fordeles på prosjekt nybygg på Rustahøgda og prosjekt økt utbygging av skolested Finnfjordbotn.*
- 4. Fylkestinget ber Fylkesrådet se utbyggingene i Finnfjordbotn og på Rustahøgda i sammenheng med optimaliseringen av tilbudsstrukturen mellom de tre videregående skolene i Midt-Troms, herunder også utnyttelse av kapasiteten ved Sjøvegan videregående skole.*

5. Den økte kostnaden finansieres med 38 mill. kroner i økt merverdiavgiftskompensasjon knyttet til investeringen og 150 mill. kroner i låneopptak. Låneopptaket budsjetteres i år 2013.

6. Renter og avdrag på anslagsvis 13,4 mill. kroner innarbeides fra og med 2014 ved rullering av økonomiplanen.

I konklusjonen i saksframlegget står i tillegg følgende:

*Når byggeprosjektene er gjennomført vil den geografiske avstanden mellom skolene (Senja, skolested Finnfjordbotn og Bardufoss Høgtun) gi bedre muligheter for koordinering av tilbud som i dag gis ved de ulike skolestedene. **Dette medfører mindre behov for duplisering av tilbud, noe som fører til sterkere fagmiljø.***

Videre prosess før saken behandles i fylkesrådet

Fylkesråden for utdanning ønsker å fremme sak om nødvendige justeringer av tilbuds - strukturen, som vil ha betydning for byggeprosessene, i løpet av **september 2012**.

I forkant av politisk behandling utformes et høringsnotat som sendes blant annet skolene innen **17. august 2012**. Høringsnotatet samt møter som planlegges gjennomført med skolene, danner grunnlag for involvering i prosessen.

Saken fremmes til behandling i medbestemmelsesmøte på fylkesnivå **onsdag 5. september 2012**.

Høringsfrist er satt til **fredag 7. september 2012**. Med grunnlag i bl. a. høringsinnspillene, skrives sak til fylkesrådet med skrivefrist onsdag 12. september 2012, behandling i fylkesrådets arbeidsmøte tirsdag 18. september 2012 og i vedtaksmøte **tirsdag 25. september 2012**.

Dagens tilbudsstruktur i Midt-Troms

Tabell 1: Dagens tilbudsstruktur i Midt-Troms

Skolested	Vg1	Vg2	Vg3
Finnfjordbotn	ST, SS, RM	HS, RM, SS, ST	ST, PÅ
Gibostad	EL, TP, NA	EL, NA	NA
Bardufoss	AO, BA, EL, HS, ID, ST, TP	BA, EL, ID, ST, TP	ID, ST, PÅ
Høgtun	DH, MK	DH, MK	MK
Sjøvegan	HS, SS, ST, TP	HS, ST, TP	ST, PÅ

Tilbud merket med rødt er tilbud det i fylkestingsaken ble signalisert at det ikke er ønskelig å tilby flere steder i Midt-Tromsregionen. Det gjelder følgende tilbud:

- Restaurant og matfag (RM) - Senja vgs – skolested Finnfjordbotn
- Naturbruk (NA) - Senja vgs – skolested Gibostad
- Bygg og anlegg (BA) - Bardufoss Høgtun vgs – skolested Sundlia
- Idrettsfag (ID) - Bardufoss Høgtun vgs – skolested Sundlia
- Design og håndverk (DH) - Bardufoss Høgtun vgs – skolested Høgtun
- Medier og kommunikasjon (MK) – Bardufoss Høgtun – skolested Høgtun

Begrunnelsen for dette er både begrenset søkertilgang, samt areal- og utstyrsbehov. I tillegg er det ikke ønskelig å splitte fagmiljøene da en er redd for at dette vil svekke den faglige kvaliteten på tilbudene.

Antallet videregående elever er også synkende i regionen, og lite tyder på at det vil skje store endringer i søkermønsteret som skulle gjøre det nødvendig å gi disse tilbudene flere steder.

Nødvendige endringer i tilbudsstrukturen knyttet til byggeprosjektene

Midt-Tromsregionen har som vist i tabell 1 tilbud innen 11 av 12 tilgjengelige utdannings – program, kun Musikk, dans og drama mangler. Disse 11 anbefales videreført i regionen i en framtidig tilbudsstruktur.

Den geografiske nærheten mellom Rustahøgda og Finnfjordbotn, samt føringene om en bedre utnyttelse av kapasiteten ved Sjøvegan vgs, gjør imidlertid at det er behov for å gjøre endringer for å optimalisere tilbudsstrukturen i regionen.

Oversikten viser at flere tilbud tilbys på flere skoler i regionen. Det gjelder:

- Studiespesialisering (ST) - på Senja vgs skolested Finnfjordbotn, Bardufoss Høgtun skolested Sundlia, og Sjøvegan vgs
- Teknikk og industriell produksjon (TP) – på Senja vgs skolested Gibostad, Bardufoss Høgtun skolested Sundlia, og Sjøvegan vgs
- Elektro (EL) - på Senja vgs skolested Gibostad, Bardufoss Høgtun skolested Sundlia
- Service og samferdsel (SS) - på Senja vgs skolested Finnfjordbotn og Sjøvegan vgs
- Helse og oppvekstfag (HS) - på Bardufoss Høgtun skolested Sundlia (vg1), Sjøvegan vgs (vg1 og vg2), samt Senja vgs skolested Finnfjordbotn (vg2)
- Påbygning (PÅ) - på Senja vgs skolested Finnfjordbotn, Bardufoss Høgtun skolested Sundlia, samt Sjøvegan vgs

Av disse tilbudene er det Teknikk og industriell produksjon (TP) og Elektro (EL) som er mest ressurskrevende.

Her foreslås det at undervisningen i **Teknikk og industriell produksjon (TP)** som i dag gis ved Bardufoss Høgtun vgs skolested Sundlia, flyttes til de nye lokalene som skal bygges ved Senja vgs skolested Finnfjordbotn. Begrunnelsen er at dette samlet sett vil gi reduserte kostnader til areal og utstyr. Den relativt korte avstanden mellom Finnfjordbotn og Rustahøgda forsvarer å flytte tilbudet til Finnfjordbotn. Dette vil gi et forsterket fagmiljø i

Finnfjordbotn, samtidig som det på grunn av avstanden mellom Finnfjordbotn og Sjøvegan forventes en økt søkning til tilbudet ved Sjøvegan vgs, og derav bedre kapasitetsutnyttelse.

Elektro (EL) foreslås styrket ved Bardufoss Høgtun vgs lokalisert til Rustahøgda, ved at tilbudet som i dag gis ved Senja vgs skolested Gibostad flyttes til den nye skolen på Rustahøgda. Dette vil gi en styrking av det elektrofaglige miljøet rundt bl.a. flymiljøet på Bardufoss, og vil også kunne gi gode faglige synergier opp mot byggfagene.

Påbygning til generell studiekompetanse er et tilbud som primært benyttes av noen av elevene som har tatt to år av yrkesfaglig utdanning (vg1 og vg2), og som enten ikke får læreplass eller ikke ønsker læreplass. I tillegg benytter noen av elevene som har tatt fagbrev, og som ønsker generell studiekompetanse for å kunne ta videre studier ved høyskole eller universitet, seg av tilbudet. Tilbudet har imidlertid gjennom flere år vist svake resultater og stort frafall.

Skjerpede inntakskrav er innført for å kunne bedre noe på dette. Det har også vært antatt at dette vil kunne føre til en reduksjon i elevtallet.

Det foreslås derfor å ta tilbudet bort fra Bardufoss Høgtun videregående skole. Det antas at kapasiteten ved Sjøvegan vgs og Senja vgs skolested Finnfjordbotn vil dekke det fremtidige behovet for elevplasser.

Antatte konsekvenser av forslagene

I utgangspunktet vil det være vanskelig å forutsi hvilke følger disse forslagene vil kunne ha på elevenes fremtidige søkermønster. Mange ulike faktorer spiller inn når elevene gjør sine valg.

Teknikk og industriell produksjon

Størst konsekvenser vil endringene få for nye Bardufoss Høgtun vgs som mister et tilbud som har vært en del av ryggraden til skolen gjennom mange år. Skolens nærhet til forsvarets aktiviteter i Midt-Troms har også vært viktige argumenter for å beholde tilbudet. Det er imidlertid ikke økonomisk hensiktsmessig å bygge nye lokaler for dette tilbudet både i Finnfjordbotn og på Rustahøgda, når tilbudet også gis ved skolen på Sjøvegan. Lenvik kommune med Finnsnes som regionsenter er i vekst og antas, sammen med resten av Midt-Troms, å ha et næringsliv som er i stand til å tilby læreplasser som vil gi elevene en fullverdig yrkesopplæring.

Elektrofag

Tilbudet som i dag gis ved Senja vgs skolested Gibostad foreslås flyttet til Rustahøgda. Begrunnelsen er et tynge elektromiljø på Bardufoss bl.a. gjennom flyaktivitetene der, og i tillegg vil dette faget også gi synergier mot byggfagene. Flyttingen vil styrke dette miljøet, samtidig som pendleravstanden for elever fra Lenvik-området som ønsker å ta Elektrofag vil være overkommelig.

Påbygging

Påbygging foreslås tatt bort fra Bardufoss Høgtun vgs, når den nye skolen på Rustahøgda står ferdig, men videreføres i Finnfjordbotn og på Sjøvegan. Dette gjøres både for å redusere den totale kapasiteten på påbyggingstilbudet i regionen, men også for å styrke tilbudet ved Sjøvegan vgs.

Personalmessige konsekvenser

De foreslåtte endringene vil få personalmessige konsekvenser ved at tilbud flyttes. Håndteringen av de som blir berørt av endringene skal skje i henhold til gjeldende omstillingsrutiner, jfr. «Rutiner for omstilling i Troms fylkeskommune». Det vil skje med spesiell vekt på medvirkning og informasjon til tillitsvalgte, vernetjeneste og berørte.

Ovennevnte endringer vil medføre en økning av de planlagte arealene ved Senja vgs skolested Finnfjordbotn, og en tilsvarende reduksjon ved Bardufoss Høgtun vgs skolested Rustahøgda. Disse endringene vil måtte innarbeides i det videre planarbeidet med nevnte utbygginger.

Konklusjon/anbefaling

1. Utdanningsprogrammet Teknikk og industriell produksjon foreslås flyttet fra Bardufoss Høgtun videregående skole skolested Sundlia til Senja videregående skole skolested Finnfjordbotn.
2. Utdanningsprogrammet Elektrofag foreslås flyttet fra Senja videregående skole skolested Gibostad til Bardufoss Høgtun videregående skole skolested Rustahøgda.
3. Opplæringstilbudet Påbygging til generell studiekompetanse tas bort fra nye Bardufoss Høgtun videregående skole skolested Rustahøgda, men videreføres på Senja videregående skole skolested Finnfjordbotn og Sjøvegan videregående skole.
4. Ovennevnte endringer trer i kraft fra ferdigstilling av nye Bardufoss Høgtun videregående skole skolested Rustahøgda og Senja videregående skole skolested Finnfjordbotn.
5. Eventuelle øvrige endringer i tilbudsstrukturen for Midt-Troms behandles gjennom den årlige rulleringen av opplæringstilbudet for fylket.

Tromsø 17.08.12



Sedolf Slettli
Fylkesutdanningssjef



Sture Flaaten
Spesialrådgiver

Høringsliste:

- Midt-Troms-kommunene
- Videregående skoler i Midt-Troms
- Arbeidstakerorganisasjonene
- Forsvaret
- Regionrådet



 DYRØY KOMMUNE	
Saksnr.: 12/35	§:
Dok.nr.:	Løpenr.:
22 AUG 2012	
S.beh.: RLI	Ref.:
Kopi: MEH, OH1	
Ark. kode P:	
Ark. kode S:	

Høringsinstanser

Vår ref.:
10/3512-35
Løpenr.:
23279/12

Saksbehandler:
Sture Flaaten
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 39

Arkiv:
A40 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
20.08.2012

HØRING - STRUKTURELLE ENDRINGER I TILBUDSSTRUKTUREN I MIDT-TROMS

Fylkestinget behandlet i møte 12.juni 2012, sak 47/12, valg av lokalitet for ny videregående skole i Midt-Troms og gjorde vedtak om å lokalisere skolen på Rustahøgda i Målselv kommune, som erstatning for bygningsmassene ved Sundlia og Høgtun.

I samme vedtaks pkt. 4 heter det:

Fylkestinget ber fylkesrådet se utbyggingene i Finnfjordbotn og på Rustahøgda i sammenheng med optimaliseringen av tilbudsstrukturen mellom de tre videregående skolene i Midt-Troms, herunder også utnyttelse av kapasiteten ved Sjøvegan videregående skole.

I konklusjonen i saksframlegget står i tillegg følgende:

Når byggeprosjektene er gjennomført vil den geografiske avstanden mellom skolene gi bedre muligheter for koordinering av tilbud som i dag gis ved de ulike skolestedene. Dette medfører mindre behov for duplisering av tilbud, noe som fører til sterkere fagmiljø.

Som en oppfølging av fylkestingets vedtak er det utarbeidet et høringsnotat med forslag til nødvendige endringer i tilbudsstrukturen knyttet til byggeprosjektene. Denne avklaringen må foreligge før en kan videreføre arbeidet med prosjektene.

Vedlagt følger dette notatet. Vi ber om innspill og eventuelle merknader til forslagene.

Høringsfristen er **fredag 7.september 2012.**

Med vennlig hilsen

Sedolf Sletli
Fylkesutdanningssjef

Sture Flaaten
Spesialrådgiver

Høringsliste:

- Kommunene i Midt-Troms
- Videregående skoler i Midt-Troms
- Arbeidstakerorganisasjonene
- Regionrådet
- Forsvaret



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Arkiv: 614
Saksmappe: 2012/395
Saksbehandler: Øystein Rørslett
Dato: 08.08.2012

Saksframlegg

Krav om gjerde rundt skolegården ved Elvetun skole

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Oppvekst- og omsorgsutvalget	19/12	31.08.2012
Kommunestyret	52/12	10.09.2012

Vedlegg

- 1 Gjerde rundt skolegården
- 2 Kart

Saksopplysninger

Det vises til vedlagte brev av 22.6.2012 fra klassekontakt og kontaktlærer for 1. klasse ved Elvetun skole, hvor det fremmes krav om at kommunen gjerder inn skolegården ved Elvetun skole. Saken har vært diskutert på foreldremøte for 1. klasse i mai 2012.

Administrasjonens vurdering

Tilstanden på sikringsgjerdet mot den bratte skråningen ned mot elva har vært drøftet tidligere. Som det framgår av vedlagte kartskisse, går sjøen ved flo sjø innover elvemunningen nesten vis a vis barnehagen, noe som bl a skaper usikre isforhold om vinteren. Ved isgang og stor vannføring kan elva og elvebredden være en farlig «lekeplass».

Kravet framsatt i nevnte brev er drøftet med dagens skoleledelse som bekrefter bekymringen når det gjelder elveskråningen, og nå er eksisterende gjerde blitt så dårlig at tiltak anbefales. Behov for og hensikt med inngjerding av hele skoleområdet stiller man seg imidlertid tvilende til. Dette har det heller ikke vært fremmet krav om tidligere så langt rådmannen er kjent med.

Det synes ikke å være vanlig at skoler i landlige omgivelser gjerdes inn, noe vi bl a har konstatert ved «befaring» i nabokommuner.

Det er etter rådmannens mening vanskelig å gjerde barn ute fra alt som kan være farlig, noe som i og for seg bekreftes i brevet fra klassekontakt og kontaktlærer ved uttalelsen: «Selvsagt er ikke et gjerde en garanti for at elevene holder seg innenfor skolens område, ...».

Kanskje vil forsøk på inngjerding av elevene gi en falsk trygghetsfølelse? At et gjerde er en markering som gir klare signaler om grensene for skoleområdet, er i og for seg et saklig argument, men klargjøring av hvor elevene skal oppholde seg i friminuttene kan kanskje også gjøres på andre måter?

Rådmannen mener at kommunen bør vurdere å følge opp skoleledelsens anbefaling om å sikre mot elva, det vil si å reetablere gjerdet på bakkekanten. Dette gjerdet bør i så fall starte i gjerdet rundt barnehagen og ende nedenfor parkeringsplassen ved hovedinngangen til idrettshallen.

Et gjerde av samme kvalitet som rundt barnehagen, det vil si flettverk, høyde 1,5 m, med stolper av stålprofiler og lengde på ca 250 meter vil ha en kostnad på ca kr 150 000 (kr 5 – 600 pr m.) Eventuelle porter kommer i tillegg.

Saken legges fram for drøfting i OpOm. Utvalgets vedtak foreslås sendt til vurdering i skolens organer, FAU og/eller samarbeidsutvalget. Dersom OpOm går inn for å gjennomføre tiltak, må saken til kommunestyret som bevilgningssak.

Saken legges fram uten forslag til vedtak.

Rådmannens forslag til vedtak:

-

Utvalgsleders innstilling:

-

Leif Hermod Jenssen
utvalgsleder

Øystein Rørslett
rådmann

Foresatte og kontaktlærer for 1.klasse v/Elvetun skole
her

Til
Dyrøy kommune v/rådmannen

 DYRØY KOMMUNE	
Saksnr.: 12/395	S:
Dok.nr.:	Løpenr.:
22 JUN 2012	
S.beh.: ORO	Ref.:
Kopi: MEH, GFS	
Ark. kode P:	
Ark. kode S:	

GJERDE RUNDT SKOLEGÅRDEN VED ELVETUN SKOLE

På foreldremøtet for 1. klasse onsdag 9.mai 2012 ble behovet for gjerde rundt skolegården tatt opp. Barn som kommer fra barnehagen og starter som elever ved skolen, opplever en stor forskjell når det gjelder grenser og sikkerhet rundt uteområdet. Det er ikke gitt at en 6-åring skjønner og klarer å forholde seg til slike uklare grenser.

Så vidt vi vet har det også tidligere blitt tatt opp med kommunen at det burde komme opp gjerde rundt skolegården uten at det er blitt noe av. Nå mener vi det er på tide at dette igjen kommer på dagsorden. Heldigvis har det ennå ikke skjedd alvorlige ulykker. Men yrkessjåfør i foreldregruppa har vært vitne til 1.klassinger som sprang ut i veien.

Selvsagt er ikke et gjerde en garanti for at elever holder seg innenfor skolens område, men det gir klare signaler og er betraktelig enklere å forholde seg til både for elever og ansatte ved skolen.

Med det samme ønsker vi å uttrykke vår glede over en fornyet skole som snart står ferdig. Et gjerde rundt skolegården ville nå satt prikken over i-en for et komplett skoleanlegg.

Vi håper på positiv behandling av vår henvendelse.
Her gjelder det sikkerhet for barna våre.

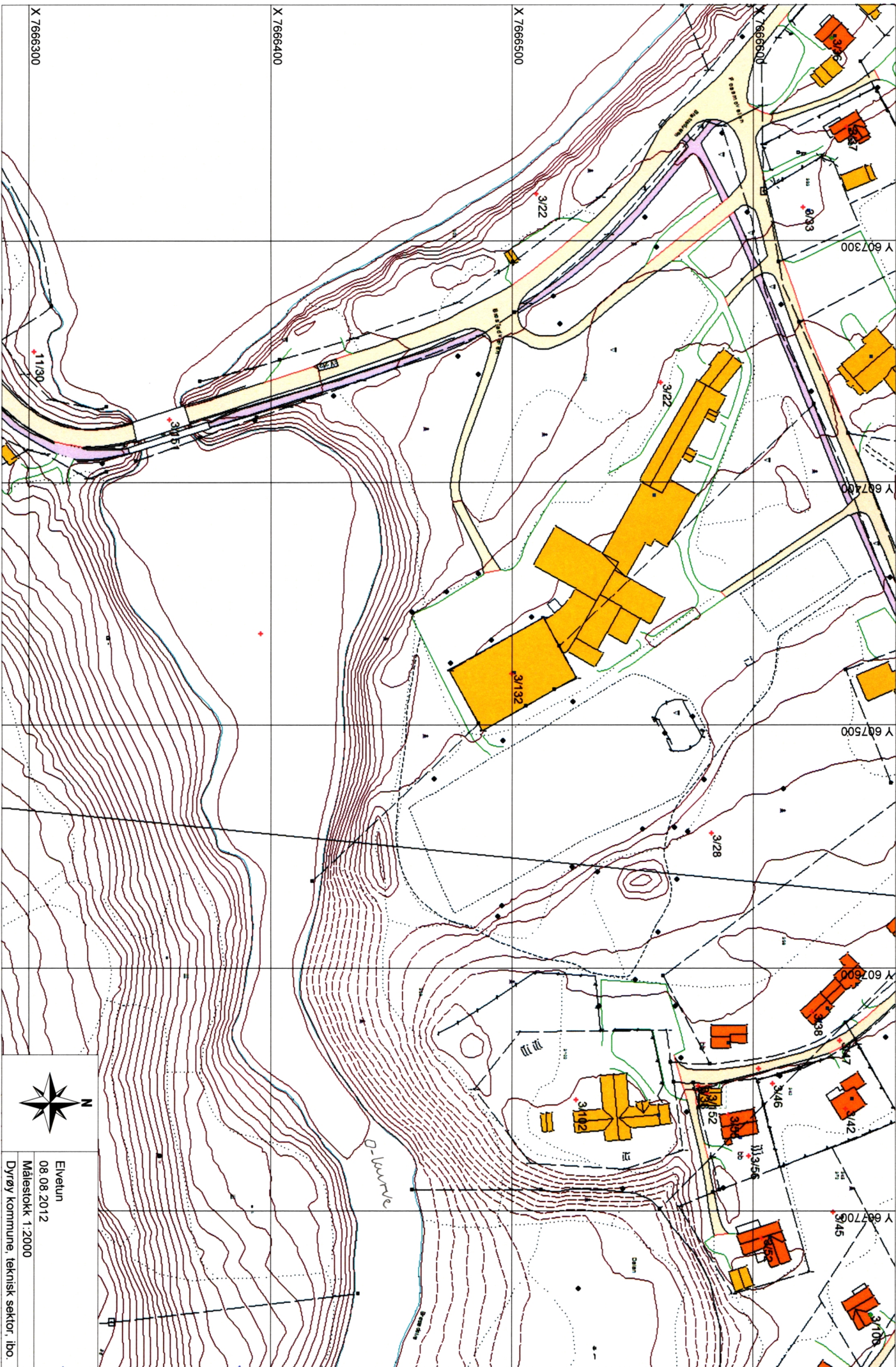
Brøstadbotn, juni 2012

For foresatte og kontaktlærer for 1.klasse v/Elvetun skole


Lena Mortensen, klassekontakt


Karin Storvoll, kontaktlærer

Kopi: rektor ved Elvetun skole





Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Arkiv:

Saksmappe: 2012/361

Saksbehandler: Øystein Rørslett

Dato: 30.07.2012

Saksframlegg

Dyrøy Vekst as - søknad om utvidelse av aksjekapital

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	63/12	30.08.2012
Kommunestyret	53/12	10.09.2012

Vedlegg

- 1 Årsmelding og budsjett - søknad om høynet aksjekapital
- 2 Korr.budsjett 6 plasser VTA
- 3 Resultat-budsjett dv 2011 og 2012 NY VERSJON
- 4 Årsmelding 2011
- 5 Dyrøy Vekst AS certificate

Saksopplysninger

Rådmannen har gjentatte ganger det siste året oppfordret styret og ledelsen i Dyrøy Vekst om å legge fram grunnlag for sak til kommunestyret om selskapets driftssituasjon og kapitalbehov.

Som vedlegg følger e-post av 12. juni 2012 med følgende vedlegg:

- Udatert dokument benevnt «Årsmelding Dyrøy Vekst as 2011», som er en redegjørelse om den økonomisk situasjonen og drifta i 2011. Rådmannen tolker det slik at dokumentet er ment som grunnlag for behandling av søknad om kapitalutvidelse. (Som del av bedriftens årsoppgjør var det utarbeidet en minimumsberetning ihht aksjeloven).
- Diverse regneark som m/regnskapstall og budsjett 2008 – 2012.

Dyrøy Vekst as er et selskap som er eid av Dyrøy kommune. Selskapet har som oppgave å gi varig eller midlertidig arbeidstilbud til personer i Dyrøy kommune som har behov for et tilpasset arbeid. Bedriftens inntektsgrunnlag ut over egne salgsinntekter er tilskudd fra staten v/NAV og tilskudd fra Dyrøy kommune.

Nøkkeltall for Dyrøy Vekst A/S – hentet fra offisielt regnskap:

Resultatregnskap	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
Driftsresultat	- 249 929	- 293 241	- 447 915
Netto finanskostnader	- 76 046	- 63 815	- 83 956
Årsresultat	- 325 975	- 357 056	- 531 871
Balanse pr 31.12.	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
Anleggsmidler	1 897 461	1 955 913	2 098 387
Omløpsmidler	1 860 978	1 485 602	1 718 015
SUM EIENDELER	3 758 439	3 441 515	3 816 402

Innskutt aksjekapital	100 000	800 000	800 000
Opptjent egenkapital	- 546 354	- 903 410	- 1435 280
Sum egenkapital	- 446 354	- 103 410	- 635 280
Langsiktig gjeld	1 384 057	2 338 042	2 415 322
Kortsiktig gjeld	1 820 736	1 206 883	2 036 360
Sum gjeld	4 204 793	3 544 925	4 451 682
SUM EGENKAPITAL OG GJELD	3 758 439	3 441 515	3 816 402

Refererte nøkkeltall viser at selskapets egenkapital er negativ, pr. 31.12.11 – kr. 635 280. Selskapet er ihht. aksjeloven å betrakte som konkurs, da det drives på kreditors regning. Kreditor er i dette tilfelle Dyrøy kommune som forskotterer lønn og hadde utestående fordringer ved utgangen av 2011 på omlag 1.7. mill. (framkommer som leverandørgjeld/kortsiktig gjeld i regnskapet). Av dette har selskapet betalt kr 700 000 i 2012, men forskotteringen medfører at det bygger seg opp ny gjeld til kommunen ut over i 2012 og status pr 31.7.er ca 1,5 mill kr.

Selskapet har drevet med årlige underskudd i størrelsesorden kr 200 000 siden oppstarten i 2006 og ble tilført ny aksjekapital i 2010 med kr 700 000.

Administrasjonens vurdering

Aksjelovens minimumskrav er (som hovedregel) at et selskap har en intakt aksjekapital på kr 100.000,-. For å oppfylle dette pr 1.1.2012 må selskapet tilføres kr 750 000, men det er neppe tilstrekkelig. Rådmannen frykter at selskapet fortsatt har underskudd i drifta i 2012 etter økende underskudd i 2010 og 2011, selv om det legges fram et budsjett med balanse mellom inntekter og utgifter.

Det søkes om ny frisk kapital med 1,0 mill kr uten at dette behovet synes å være dokumentert som en langsiktig løsning av bedriftens økonomiske utfordringer. Vedlagte regneark viser budsjettoppstillinger i to alternativer – hvorav det ene viser balanse mellom utgifter og inntekter og det andre alternativet viser underskudd på ca 0,5 mill kr?

Rådmannen forstår det slik at budsjettalternativet som viser underskudd, har til hensikt å anskueliggjøre situasjonen dersom en ikke klarer å fylle opp de 10 tiltaksplassene etter at NAV gjør en omlegging av forutsetningen/beregningen av driftstilskuddet fra staten. Hvilket budsjettalternativ som uttrykker styrets handlingsplan, framgår ikke, men rådmannen har muntlig fra daglig leder fått opplyst at arbeidet med å sikre tilskuddsnivået har høy prioritet. Her er det naturligvis viktig med godt samarbeid med NAV Dyrøy.

I vedlagte dokument er det gitt noen forklaringer på det svake resultatet i 2011. Det pekes på bedriftens rammebetingelser som et hovedproblem, men opplyses også at drifta er belastet med ekstraordinære utgifter. Det er listet opp noen interne tiltak for å bedre resultatet som opplyses å være gjennomført.

Etter rådmannens vurdering er det grunn til å vurdere bedriftens rammebetingelser, men det faktum at driftsunderskuddet nesten er fordoblet i 2011 sammenlignet med 2009, har sin årsak i intern driftsstyring. Driftskostnadene har økt mye sterkere enn inntektene på bakgrunn av bl a investeringer (nye leasingavtaler, mv). Det er også grunn til å stille spørsmål ved økonomistyringen og ledelsens/styrets løpende oversikt og kontroll. Til styremøte 24.4.2012 var det utsendt oversikt/regneark som bebudet et underskudd for 2011 på i underkant av kr 300 000 – i endelig regnskap var underskuddet økt til nesten kr 531 000.

Dyrøy Vekst as er en viktig virksomhet. Formålet med selskapet er som nevnt ovenfor å sikre og utvikle et godt tilbud om varig tilrettelagt arbeid og attføring av arbeidstakere gjennom produksjon av varer og tjenester for et marked. Det skal legges vekt på at arbeidet skal bidra til å utvikle ressurser hos yrkeshemmede arbeidstakere gjennom tilrettelagt kvalifisering.

Også politisk er holdningen til bedriften positiv. I et enstemmig vedtak i kommunestyret 15.12.2011 heter det:

«Dyrøy Vekst as har en viktig funksjon i Dyrøysamfunnet. Her må kommunestyret finne en løsning for videre drift. Det inngås drøftinger med styret for å finne fram til en mer bærekraftig drift».

På dette grunnlag tilrår rådmannen at det vedtas ny kapitaltilførsel til bedriften og at noen rammebetingelser bedres, men kommunestyret bør samtidig stille noen forutsetninger og krav til selskapet og dets styre.

Vurdering av kapitalbehov

Bedriften ber om en kapitaltilførsel på 1 mill kr. Om dette er tilstrekkelig beror på om selskapet kan begrense sitt underskudd i 2012 til i størrelsesorden kr 100 000, samt oppnå driftsbalanse fra og med 2013. Dette vurderes som krevende, men realistisk med nøktern drift og god økonomistyring, samt bedret rammebetingelser. Selskapet har imidlertid svekket sin likviditetssituasjon også ved manglende langsiktig finansiering av investeringer i 2011.

Rådmannen foreslår at det tilføres ny aksjekapital til Dyrøy Vekst as med kr 1 200 000 på gitte vilkår skissert nedenfor.

Rammebetingelser/kommunalt tilskudd

Flere kommuner gir større kommunale tilskudd til sine vekstbedrifter enn minimumskravet som er 25 % av statstilskuddet.

Dyrøy Vekst A/S er en liten vekstbedrift som i seg selv er et svakt driftsgrunnlag. Det er f.eks. grenser for hvor små deltidsstillinger for arbeids-/veiledere det er mulig å få besatt. Dessuten er selskapet tilbudt tilhold og gitt ansvar for ivaretagelse av kommunens tidligere kommunehus («Grønnhuset»). Dette huset er åpenbart for stort i forhold til selskapets aktivitetsnivå og dertil svært kostbart å drive og vedlikeholde.

Rådmannen foreslår at kommunens driftstilskudd til Dyrøy Vekst as økes med 10 %-andeler på generelt grunnlag og 5 %-andeler for å ivareta «Grønnhuset», til 40 % av statstilskuddet med virkning fra 1.1.2012. Dersom en oppnår et statstilskudd på samme nivå som i 2011 vil denne økningen utgjøre ca kr 200 000 pr år.

Forutsetninger

Kommunestyret bør stille generelle krav og gi mandat til styret for å styrke oppfølgingen av selskapet, herunder bl a:

- Gjennomgå drifta for å kartlegge hvilke områder som gir positiv inntjening.
- Prioritere drifts- og økonomistyring, herunder få på plass leieavtaler, andre avtaler og rutiner for samarbeid med Dyrøy kommune.
- Påse at nøkternhet preger denne virksomheten som ellers i kommunen.

Kommunestyret bør etter rådmannens vurdering også kreve at selskapet fokuserer sterkere på samarbeid, bl a med:

- NAV Dyrøy for å få økt antall brukere og dermed sikre statstilskuddet på nåværende eller økt nivå. Fra NAV opplyses det at potensialet er til stede.
- Andre virksomheter, f eks andre kommunalt eide selskaper. Rådmannen mener fortsatt at utvidelse/reetablering av samarbeid med Dyrøy Energi as spesielt, kan være fordelaktig og rasjonelt for begge selskaper.

Andre forhold

Bedriften opplyser at bedriften nå har innfridd kravene til «Equass sertifisering» som er et eget kvalitetssikringskrav til vekstbedrifter. Dette er svært positivt. Kopi av sertifikat følger vedlagt.

På negativ side anføres at selskapet i skrivende stund ikke har framlagt revisjonsberetning for 2011. Rådmannen forutsetter at dette er på plass innen formannskapets behandling av denne saken.

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Dyrøy kommune tegner ny aksjekapital, kr.1 200.000,- i Dyrøy Vekst as.
2. Dyrøy kommune øker kommunalt driftstilskudd til Dyrøy Vekst as fra 25 % til 40 % av driftstilskudd fra staten med virkning fra 1.1.2012.
3. Dyrøy kommunestyre forutsetter før iverksettelse av vedtakets pkt. 1 og 2, at selskapet inngår en forpliktende avtale med Dyrøy kommune om oppgjør av akkumulert kortsiktig gjeld til kommunen og om rutiner for kvartalsvis avregning/oppgjør av løpende forpliktelser.
4. Kommunestyret legger også til grunn at selskapets styre og daglig leder følger opp de forutsetninger og krav som er skissert i saksutredningen.
5. Aksjekjøpet finansieres med midler fra disposisjonsfond. Økt kommunalt tilskudd dekkes over kommunens driftsbudsjett.
6. Kommunebudsjettet for 2012 justeres ved samlet budsjettregulering.

Ordførers innstilling:

Saksprotokoll i Formannskapet - 30.08.2012

Leif-Hermod Jenssen erklært inhabil ved behandling av saken.

Enst. vedtatt som rådmannens forslag til vedtak.

Vedtak i Formannskapet - 30.08.2012

7. Dyrøy kommune tegner ny aksjekapital, kr.1 200.000,- i Dyrøy Vekst as.
8. Dyrøy kommune øker kommunalt driftstilskudd til Dyrøy Vekst as fra 25 % til 40 % av driftstilskudd fra staten med virkning fra 1.1.2012.
9. Dyrøy kommunestyre forutsetter før iverksettelse av vedtakets pkt. 1 og 2, at selskapet inngår en forpliktende avtale med Dyrøy kommune om oppgjør av akkumulert kortsiktig gjeld til kommunen og om rutiner for kvartalsvis avregning/oppgjør av løpende forpliktelser.
10. Kommunestyret legger også til grunn at selskapets styre og daglig leder følger opp de forutsetninger og krav som er skissert i saksutredningen.
11. Aksjekjøpet finansieres med midler fra disposisjonsfond. Økt kommunalt tilskudd dekkes over kommunens driftsbudsjett.
12. Kommunebudsjettet for 2012 justeres ved samlet budsjettregulering.

Randi Lillegård
ordfører

Øystein Rørslett
rådmann

Hei !

E.a. oversendes årsmelding og korrigert budsjett for 2012 hensyntatt mulig reduksjon i VTA plasser fra 10 til 6 med virkning fra 010712.

I årsmelding fremgår det hvilke forslag styret/daglig leder har for å bedre rammebetingelsene. Ber om at rådmann utformer saksfremlegg i h.h.t. styrets forslag.

Kort nevnes høynet tilskuddssats fra eierne, høynet tilskudd på vaskeriavtale og mulig driftstilskudd for å ta vare på bygningsmasse m.v.

Videre anmoder vi også om at det utarbeides saksfremlegg til kommunestyret hva gjelder høyning av aksjekapitalen med inntil kr. 1000000,-

Kan for øvrig nevne at vi i dag har fått tilsagn fra NAV på avtale om finansiering av 10 VTA plasser frem til og med 311212. Har forhørt meg med NAV leder og det er noen nye deltakere på gang så forhåpentlig løser det seg hva gjelder å fylle opp VTA plassene.

Legger ved både opprinnelig budsjett og korrigert budsjett.

NB ! Etterlyser for øvrig svar på vår søknad til næringsfondet ? Har levert søknad og dokumentasjon til næringskonsulent, men har ikke hørt hans innstilling.

Med hilsen

Odd Elling Christensen
Dyrøy Vekst AS

Dyrøy Vekst AS

Resultat

periode 0-12

	2008	2009	2010	Budsjett	Resultat	Budsjett
	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	2011	2011	2012
	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01.-31.12	01.01 - 31.12
Salgsinntekt						
3000 - Avgiftsoliktig salg ved	-11 788	-185 154	-223 345	-250 000	-225634	-230 000
3010 - Avgiftspl salg systua	-16 889	-12 962	-30 614	-40 000	-14406	-2 000
3015 - bruktbutikk					-7272	0
3020 - Avgiftspktig salg (vaskeri)	-478 905	-636 220	-588 164	-543 877	-520313	-540 000
3021 - Ref.krav Senja Avfall	-195 798	0	-22 889	-44200	-96764	-50000
3022 - Ref.krav Dyrøy energi				-72000		-73557
3030 - Annen salg(snekker)	-6 304	-11 040	-68239	-300 000	-482259	-320 000
3440 - Offentlige tilskudd	-1 142 580	-1 320 315	-1 323 360	-1 283 400	-1283400	-1 005 662
3441 - Driftstilskudd NAV				-20000		
3450 - Tilskudd dyrøy kommune	-285 645	-377 000	-330840	-390 800	-323000	-251 416
3451 - Tilskudd næringsfond				-200000		
Sum salgsinntekt	-2 137 909	-2 542 691	-2 587 452	-3 144 277	-2 953 048	-2 472 635
Annen driftsinntekt						
3805 - Salg anleggsmidler avg.f.	0	-3 000				
3806 - Motkonto solgte driftsmidler	0	19 200				
Sum annen driftsinntekt		16 200				
Sum driftsinntekter	-2 137 909	-2 526 491	-2 587 452	-3 144 277	-2 953 048	-2 472 635
Varekostnad						

4000 - Innkj.materialer eller varer	160 322	10 117	25 377		160 000	8395	15 000
4010 - Varekjøp	0	119 805	70441,4		10 000	162214	20 000
4011 - Vedkjøp					125000	214108	150000
4090 - Beholdningsendring	-110 000	75 500	-7492			-125608	-110000
4500 - Annen fremmed tjeneste						21492	
Sum varekostnad	50 322	205 422	88 326		295 000	280 601	75 000
Lønnskostnad							
5000 - Lønn	606 564	646 833	600 554		650 000	761465	600 000
5015 - Styrehonorar					7500		7500
5020 - Feriepenger	58 608	72 747	70 776		78 000	86195	70 000
5310 - Gruppelivs forsikring	1 768	0	4 722		3 460	2574	2 600
5390 - Arbeidstøygodtgjørelse	1 000	0	2000		2000		2000
5400 - Arbeidsg avg	30 308	32 989	31 611		37 000	38845	30 000
5410 - Arbeidsgiveravgift av feriep.	3 486	3 710	3 610		4 000	4396	3 000
5700 - Ref lønn	0	-24 935	0				-50000
5800 - Refusjon sykelønn	-3 540	-7 238	-738		-5000	-3290	-5000
5850 - Utplassering av personale			2400		33600	36200	10000
5900 - Personalkostnad	1 009 609	1 105 251	1 132 545		1 200 000	1210128	1 250 000
5901 - Gave til ansatte			1235		1000		
5910 - Kantinekostnad	993	0	1 161,58		2400		
5920 - Yrkesskadeforsikring	2 257	1 607	3204,63		4 500	2577	2 600
5990 - Annen personalkostnad m/m	3 283	4 102	7354,75		9500	8602	9000

Sum lønnskostnad	1 714 336	1 835 066	1 860 435		2 027 960		2 147 692		1 931 700
Avskrivning på varige driftsmidler mm.									
6000 - Avskr. av bygn. og annan fast.	71 478	71 478	71478		71478		71478		71478
6010 - Avskrivninger	25 845	48 845	66790,2		52435		87347		85000
Sum avskrivning på varige driftsmidler	97 323	120 323	138 268		123 913		158 825		156 478
Annen driftskostnad									
6300 Leie produksjon-oppholdsrom	37	24 000	18 000		63 000		0		55 572
6320 - Renovasjon vann avløp	13 330	15 063	17 997		19 500		17817		18 000
6340 - Lys-varme	104 079	66 699	95 766		100 000		168154		170 000
6360 - Renhold	2 461	7 246	3 239		5 000		3565		4 000
6390 - Annen kostnad lokaler	0	1 500	1 853		5 000		12800		12 000
6400 - Leie maskiner							6209		5000
6420 - Leie datasystemer	0	3 588	4 993		2500		1912		2000
6425 - Leie Weckman	1 500	70 500	22 079		48 000		47137		48 000
6426 - Leie deutz-fahr agrottron			10 002		67 000		70067		71 000
6427 - Avdrag varebil					16000				
6440 - Leie maskiner			44950,4		2000				
6441 - Leasing stillas					13000				
6500 - Driftsmidler-utstyr	4 945	3 658	64 224		13 000		28728		20 000
6510 - Håndverktøy							34584		20 000
6540 - Inventar-utstyr	7 868	5 462	25 922		6 000		1518		2 000
6550 - Fyringsolje	84 046	100 505	109 642		64 000		31461		20 000
6552 - Programvare			1383,5		0				0
6560 - Rekvesita	5 350	24 991	29 626		5 500		6689		7 000

6570 - Arbeidstøy	4 757	3 063	17 560		15 000		6092		10 000
6580 - Tilskudd helsereelatert arbeid	0	114 000	3 600		8 000				
6590 - Annet driftsmaterialer							21692		
6600 - Reparasjon/vedlikehold byg	18 019	16 738	39 663		10 000				20 000
6620 - Rep.vedlikehold utstyr	5 783	24 658	3 330		8 000		33217		30 000
6701 - Honorar revisjon	9 100	13 000	13 400		15 000		13900		15 000
6705 - Honorare regnskap	31 366	38 472	40 774		42 000		41768		44 000
6790 - Andre fremmede tjenester							30500		24000
6800 - Kontorrekvesita	3 958	896	2 170		3 500		5070		5 000
6810 - Data/edb utstyr	12 197	5 463	12 059		1 000		978		1 000
6840 - Aviser, tidsskrifter, bøker	1 500	0	0		3 000				1 500
6860 - Møte bevertning u/mva	0	333	0		5 000		5702		6 000
6861 - Møter kurs oppdatering	4 200	7 350	5 400		180 000		27050		10 000
6900 - Mobiltelefoner	6 214	2 620	5 725		21 000		17707		12 000
6920 - Internet	3 030	3 030	0		1 000		102		0
6940 - Porto	679	660	1325,6		1 500		1459		1 500
7000 - Drivstoff vareil/traktor	7 392	9 462	11 474		30 000		14991		15 000
7020 - Rep- vedlikehold bil	17 349	11 062	3 660		20 000		18608		20 000
7040 - Forsikring og avgifter bi	6 810	10 099	17 426		13 000		14622		15 000
7100 - Km-godtgj. Oppg.pl.			10711,8		12000		13264		10000
7130 - Reisekostnad oppgaveplik	350	1 444	0		8 000				

7140 - Reisekostnad ikke oppgaveplikt	2 636	2 272	1571,15	2 500	2019	2 500
7150 - Diettkostnad - oppg.pl.			810		2633	2500
7310 - Annonser-reklame	5 040	3 160	13 798	5 000	8218	8 000
7315 - Annonser-reklame u/mva	500	1 300	500	0		0
7400 - Kontigenter	5 669	4 392	11 019	5 000	6848	7 000
7420 - Gaver fradragsberettiget	200	300	500	500	1840	2000
7500 - Forsikring	16 896	13 543	9435,5	12 500	13778	14 000
7740 - Øreavrundinger	1 122	0	-0,01			
7770 - Gebyr	3 956	4 681	7 153	5 000	3107	3 000
7790 - Andre kostnader	0	400	2280	5000	4482	5000
7831 - Endring tap på fordringer	18 200	0				
7860 - Tap fordringer			12030,08		58084	
Sum annen driftskostnad	410 539	615 610	697 053	862 000	798 372	738 572
Sum driftskostnader	2 272 520	2 776 421	2 784 083	3 308 873	3 385 490	2 901 750
Sum driftsresultat	134 611	249 930	196 631	164 596	432 442	429 115
Annen renteinntekt						
8040 - Renteinntekt skatt	0	-245	0		-980	-1000
8050 - Annen renteinntekt	-14 324	-1 139	-1664	-14 000	-28	-100
Sum annen renteinntekt	-14 324	-1 384 #	-1 664	-14 000	-1 008	-1 100
Annen rentekostnad						

8150 - Annen rentekostnad	0	178	113,71			273		
8151 - Kommunalbanken	159 269	75 209	65 364		75 000	74541		75 000
8152 - Rente leverandører	12	2 043	1,56		500	377		500
8153 - Renter Bertel O. Steen Finans						9274		9500

Sum ANNEN RENTEKOSTNAD	159 281	77 430	65 479		75 500	84 465		85 000
ANNEN FINANSKOSTNAD						499		
8170 - Andre finanskostnader						499		
Sum ordinært resultat før skattekost	279 568	325 976	260 446		226 096	516 398		513 015

Kompatibilitetsrapport for Resultat-budsjett dv 2011.xls
Kjør på 22.03.2011 15:22

Følgende funksjoner i denne arbeidsboken støttes ikke av tidligere Excel-versjoner. Disse funksjonene kan gå tapt eller forringes hvis du åpner denne arbeidsboken i en tidligere versjon av Excel, eller hvis du lagrer arbeidsboken i et tidligere filformat.

Mindre gjengivelsestap

**Antall
forekomster**

Noen celler eller stiler i denne arbeidsboken inneholder formatering som ikke støttes av det merkede filformatet. Disse formatene vil bli konvertert til det nærmeste tilgjengelige formatet.

1

Versjon

Excel 97-2003

Dyrøy Vekst AS

Resultat

periode 0-12

	2008	2009	2010	Budsjett	Resultat	Budsjett
	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	2011	2011	2012
	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12	01.01 - 31.12
Salgsinntekt						
3000 - Avgiftsoliktig salg ved	-11 788	-185 154	-223 345	-250 000	-225634	-230 000
3010 - Avgiftspl salg systua	-16 889	-12 962	-30 614	-40 000	-14406	-2 000
3015 - bruktbutikk					-7272	0
3020 - Avgiftspktig salg (vaskeri)	-478 905	-636 220	-588 164	-543 877	-520313	-550 000
3021 - Ref.krav Senja Avfall	-195 798	0	-22 889	-44200	-96764	-50000
3022 - Ref.krav Dyrøy energi				-72000		-73557
3030 - Annen salg(snekker)	-6 304	-11 040	-68239	-300 000	-482259	-320 000
3440 - Offentlige tilskudd	-1 142 580	-1 320 315	-1 323 360	-1 283 400	-1283400	-1 323 240
3441 - Driftstilskudd NAV				-20000		
3450 - Tilskudd dyrøy kommune	-285 645	-377 000	-330840	-390 800	-323000	-463 134
3451 - Tilskudd næringsfond				-200000		
Sum salgsinntekt	-2 137 909	-2 542 691	-2 587 452	-3 144 277	-2 953 048	-3 011 931
Annen driftsinntekt						
3805 - Salg anleggsmidler avg.f.	0	-3 000				
3806 - Motkonto solgte driftsmidler	0	19 200				
Sum annen driftsinntekt		16 200				
Sum driftsinntekter	-2 137 909	-2 526 491	-2 587 452	-3 144 277	-2 953 048	-3 011 931
Varekostnad						

4000 - Innkj.materialer eller varer	160 322	10 117	25 377		160 000	8395	15 000
4010 - Varekjøp	0	119 805	70441,4		10 000	162214	20 000
4011 - Vedkjøp					125000	214108	150000
4090 - Beholdningsendring	-110 000	75 500	-7492			-125608	-110000
4500 - Annen fremmed tjeneste						21492	
Sum varekostnad	50 322	205 422	88 326		295 000	280 601	75 000
Lønnskostnad							
5000 - Lønn	606 564	646 833	600 554		650 000	761465	600 000
5015 - Styrehonorar					7500		7500
5020 - Feriepenger	58 608	72 747	70 776		78 000	86195	70 000
5310 - Gruppelivs forsikring	1 768	0	4 722		3 460	2574	2 600
5390 - Arbeidstøygodtgjørelse	1 000	0	2000		2000		2000
5400 - Arbeidsg avg	30 308	32 989	31 611		37 000	38845	30 000
5410 - Arbeidsgiveravgift av feriep.	3 486	3 710	3 610		4 000	4396	3 000
5700 - Ref lønn	0	-24 935	0				-50000
5800 - Refusjon sykelønn	-3 540	-7 238	-738		-5000	-3290	-5000
5850 - Utplassering av personale			2400		33600	36200	10000
5900 - Personalkostnad	1 009 609	1 105 251	1 132 545		1 200 000	1210128	1 250 000
5901 - Gave til ansatte			1235		1000		
5910 - Kantinekostnad	993	0	1 161,58		2400		
5920 - Yrkesskadeforsikring	2 257	1 607	3204,63		4 500	2577	2 600
5990 - Annen personalkostnad m/m	3 283	4 102	7354,75		9500	8602	9000

Sum lønnskostnad	1 714 336	1 835 066	1 860 435		2 027 960		2 147 692		1 931 700
Avskrivning på varige driftsmidler mm.									
6000 - Avskr. av bygn. og annan fast.	71 478	71 478	71478		71478		71478		71478
6010 - Avskrivninger	25 845	48 845	66790,2		52435		87347		85000
Sum avskrivning på varige driftsmidler	97 323	120 323	138 268		123 913		158 825		156 478
Annen driftskostnad									
6300 Leie produksjon-oppholdsrom	37	24 000	18 000		63 000		0		55 572
6320 - Renovasjon vann avløp	13 330	15 063	17 997		19 500		17817		18 000
6340 - Lys-varme	104 079	66 699	95 766		100 000		168154		170 000
6360 - Renhold	2 461	7 246	3 239		5 000		3565		4 000
6390 - Annen kostnad lokaler	0	1 500	1 853		5 000		12800		12 000
6400 - Leie maskiner							6209		5000
6420 - Leie datasystemer	0	3 588	4 993		2500		1912		2000
6425 - Leie Weckman	1 500	70 500	22 079		48 000		47137		48 000
6426 - Leie deutz-fahr agrotron			10 002		67 000		70067		71 000
6427 - Avdrag varebil					16000				
6440 - Leie maskiner			44950,4		2000				
6441 - Leasing stillas					13000				
6500 - Driftsmidler-utstyr	4 945	3 658	64 224		13 000		28728		20 000
6510 - Håndverktøy							34584		20 000
6540 - Inventar-utstyr	7 868	5 462	25 922		6 000		1518		2 000
6550 - Fyringsolje	84 046	100 505	109 642		64 000		31461		20 000
6552 - Programvare			1383,5		0				0
6560 - Rekvesita	5 350	24 991	29 626		5 500		6689		7 000

6570 - Arbeidstøy	4 757	3 063	17 560		15 000		6092		10 000
6580 - Tilskudd helsereelatert arbeid	0	114 000	3 600		8 000				
6590 - Annet driftsmaterialer							21692		
6600 - Reparasjon/vedlikehold byg	18 019	16 738	39 663		10 000				20 000
6620 - Rep.vedlikehold utstyr	5 783	24 658	3 330		8 000		33217		30 000
6701 - Honorar revisjon	9 100	13 000	13 400		15 000		13900		15 000
6705 - Honorare regnskap	31 366	38 472	40 774		42 000		41768		44 000
6790 - Andre fremmede tjenester							30500		24000
6800 - Kontorrekvesita	3 958	896	2 170		3 500		5070		5 000
6810 - Data/edb utstyr	12 197	5 463	12 059		1 000		978		1 000
6840 - Aviser, tidsskrifter, bøker	1 500	0	0		3 000				1 500
6860 - Møte bevertning u/mva	0	333	0		5 000		5702		6 000
6861 - Møter kurs oppdatering	4 200	7 350	5 400		180 000		27050		10 000
6900 - Mobiltelefoner	6 214	2 620	5 725		21 000		17707		12 000
6920 - Internet	3 030	3 030	0		1 000		102		0
6940 - Porto	679	660	1325,6		1 500		1459		1 500
7000 - Drivstoff vareil/traktor	7 392	9 462	11 474		30 000		14991		15 000
7020 - Rep- vedlikehold bil	17 349	11 062	3 660		20 000		18608		20 000
7040 - Forsikring og avgifter bi	6 810	10 099	17 426		13 000		14622		15 000
7100 - Km-godtgj. Oppg.pl.			10711,8		12000		13264		10000
7130 - Reisekostnad oppgaveplik	350	1 444	0		8 000				

7140 - Reisekostnad ikke oppgaveplikt	2 636	2 272	1571,15	2 500	2019	2 500
7150 - Diettkostnad - oppg.pl.			810		2633	2500
7310 - Annonser-reklame	5 040	3 160	13 798	5 000	8218	8 000
7315 - Annonser-reklame u/mva	500	1 300	500	0		0
7400 - Kontigenter	5 669	4 392	11 019	5 000	6848	7 000
7420 - Gaver fradragsberettiget	200	300	500	500	1840	2000
7500 - Forsikring	16 896	13 543	9435,5	12 500	13778	14 000
7740 - Øreavrundinger	1 122	0	-0,01			
7770 - Gebyr	3 956	4 681	7 153	5 000	3107	3 000
7790 - Andre kostnader	0	400	2280	5000	4482	5000
7831 - Endring tap på fordringer	18 200	0				
7860 - Tap fordringer			12030,08		58084	
Sum annen driftskostnad	410 539	615 610	697 053	862 000	798 372	738 572
Sum driftskostnader	2 272 520	2 776 421	2 784 083	3 308 873	3 385 490	2 901 750
Sum driftsresultat	134 611	249 930	196 631	164 596	432 442	-110 181
Annen renteinntekt						
8040 - Renteinntekt skatt	0	-245	0		-980	-1000
8050 - Annen renteinntekt	-14 324	-1 139	-1664	-14 000	-28	-100
Sum annen renteinntekt	-14 324	-1 384 #	-1 664	-14 000	-1 008	-1 100
Annen rentekostnad						

8150 - Annen rentekostnad	0	178	113,71			273		
8151 - Kommunalbanken	159 269	75 209	65 364		75 000	74541		75 000
8152 - Rente leverandører	12	2 043	1,56		500	377		500
8153 - Renter Bertel O. Steen Finans						9274		9500

Sum ANNEN RENTEKOSTNAD	159 281	77 430	65 479		75 500	84 465		85 000
ANNEN FINANSKOSTNAD						499		
8170 - Andre finanskostnader						499		
Sum ordinært resultat før skattekost	279 568	325 976	260 446		226 096	516 398		- 26 281

Kompatibilitetsrapport for Resultat-budsjett dv 2011.xls
Kjør på 22.03.2011 15:22

Følgende funksjoner i denne arbeidsboken støttes ikke av tidligere Excel-versjoner. Disse funksjonene kan gå tapt eller forringes hvis du åpner denne arbeidsboken i en tidligere versjon av Excel, eller hvis du lagrer arbeidsboken i et tidligere filformat.

Mindre gjengivelsestap

**Antall
forekomster**

Noen celler eller stiler i denne arbeidsboken inneholder formatering som ikke støttes av det merkede filformatet. Disse formatene vil bli konvertert til det nærmeste tilgjengelige formatet.

1

Versjon

Excel 97-2003



ÅRSMELDING DYRØY VEKST AS 2011

Styret har i 2011 bestått av styreleder Asbjørg Johnsbøen frem til jan. 2011 og deretter styreleder Dag Agnar Solbakken fra febr. 2011. Øvrige faste medlemmer har vært John B. Andersen og Berit Jakobsen. Vara til styret er Bente S. Østrem. Daglig leder har vært Odd Elling Christensen.

Det har vært avholdt 5 styremøter hvor til sammen 44 saker har vært oppe til behandling.

Per utgangen av 2011 var status at vi hadde 10 godkjente VTA plasser og fortsatt 5 fast ansatte arbeidsledere, i varierende stillingsstørrelse fra 20 % til 100 %. En arbeidsleder (ved) jobber på timebasis (ca. 50 %) og den andre i fast 50 % med avtale om bistand (driftsansvarlig Dyrøy Energi) til en godtgjørelse på ca. kr. 74000 årlig. I tillegg har vi 1 vikar på vaskeriet som følge av at den ene fast tilsatte arbeidslederen i den avdelinga per tiden jobber i uteseksjon (snekker). Videre en assistent (ca. 80 -100 % stilling) med lønnstilskudd fra NAV som jobber på prosjekt/timebasis i uteseksjon (snekker/assistent). Det er foreløpig gjort avtale om engasjement frem til og med 300612 med mulighet til forlengelse dersom vi får nok oppdrag til uteseksjon.

I tråd med tidligere vedtak i styret har vi fra 1.1.12 redusert stillinga til arbeidslederen i søm-/vevavdelinga fra 60 % til 20 %.

Det er ingen endringer i forhold til daglig lederes stilling som fortsatt er 100 %.

Bedriften har i året som er gått hadde god tilgang på arbeid i alle avdelingene, men det som er bekymringsfullt er at vi ved årsskiftet sliter med å fylle opp de godkjente plassene for brukere etter at flere som var i virksomheten, men i mindre enn 50 % st. har blitt skrevet ut. I løpet av året som er gått har vi hatt 11 VTA brukere registrert i virksomheten. 7 av disse har vært tilsatt i mer enn 50 % st., de øvrige i mindre enn 50 % st. 2 brukere har vært på "arbeid" hos eksterne samarbeidsparter. 1 er fortsatt på "arbeid" hos ekstern samarbeidspart. Per des. 2011 var det fortsatt 6 brukere i virksomheten, 5 i mer enn 50 % st. og 1 i mindre enn 50 % st. Det betyr at vi mangler 4

brukere og det er meldt til NAV at vi ønsker flere nye velkommen og de jobber aktivt med å rekruttere flere.

Dyrøy Vekst har fortsatt ansvaret for grovavfallsplassen i Brøstadbotn. Videre har en av våre brukere fortsatt ansvaret for å holde nødutganger ved "sykehjemmet" og noen av omsorgsboligene fri for snø om vinteren. Som tidligere har vi også avtale med kommunen om vask av tøy for "sykehjemmet".

Vedproduksjon kom til et veiskille før årsskiftet ved at vi flyttet tilbake til industriområdet og inn i ny hall. Dette vil på sikt bety mye for ansatte og brukere både i forhold til arbeidsmiljø og arbeidsforholdene generelt. Det er bare og håpe at vi får til avtale med kommunen som er av en slik karakter og vi kan beholde dette tilbudet. Vi snakker da om at vi økonomisk er i stand til å svare våre forpliktelser.

Uteseksjon/snekker hadde høy aktivitet i 2011 med mange prosjekter både i Dyrøy og i nabokommunene. Ett større oppussingsprosjekt i Salangen ble påbegynt høsten 2011 og ventes ferdig i løpet av våren 2012. Vi har fått svært gode tilbakemeldinger på det arbeid som har blitt utført.

Til tross for mange jobber og høy aktivitet sliter virksomheten med økonomien. Regnskapet viser et underskudd på kr. 531 871,34. Vi har høye kostnader til faste utgifter hvor lønn og personalkostnad er den absolutt største posten. Ellers er det høye utgifter til drift og vedlikehold av bygninger/maskiner og utstyr. Virksomheten fikk i 2011 et stort tap på ett av våre prosjekter. En forsikringsjobb på kr. 110091,52 ble underkjent og vi forventer å måtte ta alt som tap. Per utgangen av 2011 er kr. 58084 ført som tap på fordringer. Det er gjort en del større investeringer knyttet til uteseksjon/snekker så som kjøp av stillas og driftsmidler for øvrig. Dette ventes imidlertid å være utstyr som kan "avskrives" over flere år og sånn sett er utgifter til inntekts ervervelse. I kommende år ventes ikke større investeringer.

Virksomheten har tatt flere grep for å redusere kostnadene. Her nevnes:

- Reduksjon av stilling til arbeidsleder på søm-/vevavdeling fra 60 % til 20 %. Årlig besparelse ca. kr. 140000,- sosiale omkostninger inkludert.

- Bytte av telefonleverandør fra Telenor til Chess. Redusert månedlig kostnad fra ca. kr. 2400,- til 800;- . Årlig besparelse ca. kr. 19000,-.
- Fastprisavtale på strøm fra Ishavskraft. Bruker strøm isteden for olje. Kuttet kostnad på olje fra ca. 112000,- i 2010 til 32000,- i 2011. Stømutgifter økt fra 120000,- i 2010 til 168000,- i 2011. Årlig besparelse ca. kr. 32000,-.
- Bevisstgjøring om at det er viktig å gjøre jobben(e) riktig første gang og være så effektiv som mulig.
- Ta vare på det vi har slik at vi slipper unødige reparasjoner og vedlikehold

Selv om det er tatt grep for å bedre økonomien er det viktig at virksomheten får på plass flere vesentlige forhold som har betydning for fremtidig drift. Slik daglig leder ser det er det av stor betydning at rammebetingelsen blir bedre.

Her nevnes økning av tilskuddssatsen fra eierne. Per i dag har eierne lagt seg på et minimumstilskudd, d.v.s. 25 % i forhold til statstilskuddet. Dette bør minst høynes til 35 % i forhold til statstilskuddet.

Videre må vaskeriavtalen reforhandles årlig slik intensjon i opprinnelig avtale fra 090207 har vært. Slik situasjon er og har vært i lengre tid har det vært mye ekstra arbeid både knyttet til reparasjon av tøy (for dårlig kvalitet, en del tøy som ikke inngår i avtalen) og sterkt økte utgifter til lønn og energi. Sist denne avtale ble oppjustert var i 2009. Sett i lys av ovennevnte er det kanskje ikke urimelig at godtgjørelse for denne tjeneste høynes med ca. kr. 150000,- på årsbasis fra dagens nivå. D.v.s. til opp imot kr. 700000,- per år.

Det skal også nevnes at Grønn-/og Gulhuset er dyrt og drifte, og en stor belastning for oss. Vi skulle gjerne gjort mere for å vedlikeholde dette, men sett ut fra dagens økonomiske situasjon er dette svært vanskelig. Her går oppfordringa til eierne om det er noen mulighet til å få hjelp, gjerne med et årlig tilskudd slik at vi er i stand holde tritt med forfallet.

I året som har gått har virksomheten hatt som målsetning og høyne kompetansen i virksomheten på flere områder. Det var et ønske og skaffe Våtromssertifikat til daglig leder og en av

arbeidslederne. Kurs og eksamen ble gjennomført våren 2011 og daglig leder bestod og har mottatt Våtromssertifikat.

Ellers har virksomheten vært representert med 3 deltakere på kurs i regi av Fylkesmannen i Troms vedr. Inn på TUNET satsning.

Videre har det vært drevet praktisk opplæring i uteseksjon/snekker ved at daglig leder som har fagbrev som tømrer har forestått og gitt veiledning i ulike oppgaver.

Avslutningsvis skal nevnes at året har vært svært hektisk i forhold til kravet om Equass sertifisering. Mye energi og tid har vært lagt i intern kursing, og møter og en eksamen ble gjennomført primo des. 2011. Her fikk vi resultatet ikke bestått og må dermed opp til ny prøve innen 6 mnd. D.v.s. i løpet av våren 2012. Håpet blir da at vi får bestått ?

Med hilsen

Odd Elling Christensen

Dyrøy Vekst AS



Assurance in Social Services

EQUASS Assurance has been awarded to

Dyrøy Vekst AS
Norway

for the following services/departments:

VTA (Varig tilrettelagt arbeid)
Permanently Adapted Work in Sheltered Workshops

for the period from 14 June 2012 to 14 June 2014

**In recognition of its proven
Quality Assurance
in the provision of social services.**

Mr. Frank Flannery,
Chairman of the EQUASS Awarding Committee



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Arkiv: 026
Saksmappe: 2012/435
Saksbehandler: Øystein Rørslett
Dato: 03.08.2012

Saksframlegg

Interkommunalt samarbeid om etablering av intermediære sengeposter for øyeblikkelig hjelp, mv

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Oppvekst- og omsorgsutvalget	17/12	31.08.2012
Kommunestyret	54/12	10.09.2012

Vedlegg

1 20120509 Driftsplan intermediær avdeling - etter prosj gruppas behandling 7.mai 12

Saksopplysninger

Samhandlingsreformen legger som kjent opp til at kommunene skal ivareta flere helsetjenester. I denne sammenheng har en bl a utredet behov, muligheter og konsekvenser av å etablere et interkommunalt samarbeid om en intermediær avdeling ved distriktsmedisinsk senter på Finnsnes – DMS Midt-Troms. Formålet med en slik intermediær avdeling vurderes som en oppfølging av samhandlingsreformens intensjon om å etablere kompetansekrevede tilbud ut over det som er vanlig i dagens kommunehelsetjeneste. Målsetningen er å tilby faglig gode tjenester på «best effektive omsorgsnivå» (BEON-prinsippet) i et samspill mellom pasient og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hertil kommer kravet om at kommunene skal etablere sengeposter for øyeblikkelig hjelp innen 2016.

Lenvik kommune har etablert (bl a finansiert med øremerket tilskudd) prosjektet ”Lenvik som regional motor i samhandlingsreformen”, og prosjektgruppa for tiltaket har siste året invitert aktuelle samarbeidskommuner til drøfting av samarbeidsprosjekter. Fra faglig og administrativt hold i vår kommune ble det uttrykt positiv interesse for deltakelse i etablering av intermediære sengeposter, spesielt Ø-hjelpstilbud som det er krav til kommunene å få på plass innen 2016.

Aktuelle parter i dette samarbeidet er de 6 kommunene som allerede har et samarbeid om legevaktjenesten på Finnsnes: Berg, Dyrøy, Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy. Det ble etablert en arbeidsgruppe bestående av representanter fra de 6 kommunene, brukere og tillitsvalgte, samt OGT UNN.

I vedlagte rapport er det redegjort for arbeidsgruppas formål og sammensetning. Rapporten beskriver en intermediær avdeling, bl a behov, organisering og bemanning mv. Det er utarbeidet forslag til driftsplan og budsjett i 3 alternativer, henholdsvis 14 -, 12 - og 5 sengeposter.

Under den politiske behandlingen i Lenvik kommune har en valgt å gå videre med en avdeling på 5 sengeposter, og Lenvik kommunestyre gjorde følgende vedtak i møte 28.6.2012, sak 98/12:

1. *Lenvik kommunestyre er positiv til etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av intermediaeravdeling i DMS Midt-Troms som beskrevet i vedlagte driftsplan.*
2. *Lenvik kommunestyre anbefaler at det snarest mulig etableres en interkommunal intermediaeravdeling i DMS Midt-Troms med 5 sengeplasser for de 6 kommunene som inngår i det interkommunale legevaktsamarbeidet, jfr. alternativ B i driftsplanen.*
3. *Lenvik kommunestyre er i tillegg åpen for interkommunalt samarbeid om en tilpasset drift av IMA med et færre antall kommuner enn de 6 legevaktkommunene.*
4. *Det utformes en egen samarbeidsavtale med kommunene som ønsker å delta i dette tjenestetilbudet hvor Lenvik kommune er vertskommune.*
5. *Med utgangspunkt i kostnadsnivået i 2012 settes brutto kostnadsramme for helårlig drift av IMA med 5 sengeplasser til kr. 6,4 mill. inklusiv tilskuddet til ø-hjelpenger.*
6. *Lenvik kommunestyre vil realitetsbehandle denne saken når den er ferdigbehandlet i de aktuelle samarbeidskommunene.*
7. *Uvalg for helse og omsorg ber at konsekvensen av de vedtak som fattes i de enkelte kommuner foreligger slik at dette kan legges inn i budsjettprosessen for 2013.*

Administrasjonens vurdering

Etter gjennomgang av nevnte arbeidsgruppes rapport og etter samråd med fagpersonale i Dyrøy kommune, mener rådmannen at Dyrøy kommune bør være positiv til å delta i etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av intermediaeravdeling i DMS Midt-Troms som beskrevet i Lenvik kommunestyres vedtak.

Etter rådmannens vurdering er valgte dimensjonering med 5 sengeplasser for de 6 kommunene som inngår i det interkommunale legevaktsamarbeidet, rett. Skisserte alternativer med 12 – og 14 sengeposter vil ha årlige driftsrammer som kommunene neppe har økonomi til. Den beskrevne modellen med 5 sengeplasser er beregnet å ha kapasitet til akutt observasjon – 2-3 senger, akutt behandling 2-3 senger, etterbehandling 0 senger. Plassering av tilbudet i tilknytning til legevakta vurderes som naturlig og rasjonelt.

Lenvik kommune har i følge kommunestyrets vedtak, ønske om at tilbudet etableres så snart som mulig, det vil i praksis si så snart søknad om tilskudd til ordningen innvilges.

I budsjettforslaget er det estimert at årlig drift av 5 sengeposter vil beløpe seg til ca 6,4 mill. kr, hvortil det er forutsatt et statlig driftstilskudd på 4,4 mill. kr. Tilskuddet vil være uendret selv om kapasiteten økes ut over 5 sengeposter. Netto 2,0 mill. kr må finansieres som kommunal egenandel.

Rådmannen tilrår at Dyrøy kommune er positiv til Lenvik kommunes invitasjon til å delta i dette samarbeidet.

Dyrøy kommunes utgift pr år (andel av årlig netto utgift kr 2 000 000) vil bli ca kr 150 000 dersom alle 6 kommuner som samarbeider om legevakttjenesten, deltar. Det er grunn til å ha forventninger om at dette tilbudet vil gi innsparing på medfinansiering av sykehustjenester som delvis finansiering av kommunenes andel.

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Dyrøy kommunestyre er positiv til etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av intermediæravdeling i DMS Midt-Troms med 5 sengeplasser for de 6 kommunene som inngår i det interkommunale legevaktsamarbeidet, jfr utkast til driftsplan, Alternativ B.
2. Dyrøy kommune ønsker å være med i oppstartsfasen av denne tjenesten. Det forutsettes at drifta budsjetteres og finansieres som beskrevet i driftsplanen.
3. Rådmannen bes om å gå i forhandlinger om samarbeidsavtale og legge denne fram for formannskapet til godkjenning. Formannskapet delegeres myndighet til å godkjenne avtalen også ved eventuell deltakelse av færre enn 6 kommuner.
4. Utgifter til Dyrøy kommunes egenandel legges inn i kommunens budsjett for 2013, eller fra tidspunkt for oppstart.

Ordførers innstilling:

Saksprotokoll i Oppvekst- og omsorgsutvalget - 31.08.2012

Enst. vedtatt som rådmannens forslag til vedtak.

Vedtak i Oppvekst- og omsorgsutvalget - 31.08.2012

5. Dyrøy kommunestyre er positiv til etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av intermediæravdeling i DMS Midt-Troms med 5 sengeplasser for de 6 kommunene som inngår i det interkommunale legevaktsamarbeidet, jfr utkast til driftsplan, Alternativ B.
6. Dyrøy kommune ønsker å være med i oppstartsfasen av denne tjenesten. Det forutsettes at drifta budsjetteres og finansieres som beskrevet i driftsplanen.
7. Rådmannen bes om å gå i forhandlinger om samarbeidsavtale og legge denne fram for formannskapet til godkjenning. Formannskapet delegeres myndighet til å godkjenne avtalen også ved eventuell deltakelse av færre enn 6 kommuner.
8. Utgifter til Dyrøy kommunes egenandel legges inn i kommunens budsjett for 2013, eller fra tidspunkt for oppstart.

Randi Lillegård
ordfører

Øystein Rørslett
rådmann

Regionalt samarbeid

Intermediær avdeling DMS Midt-Troms

Driftsplan

Motorprosjektet

09.05.2012



Intermediær avdeling DMS Midt-Troms, driftsplan

1 Innledning.....	4
Mandat	4
Utvikling av arbeidet.....	4
Arbeidsgruppas sammensetning	5
Kommuner som kan delta i samarbeidet	5
2 Pasientgrupper i Midt-Troms IMA:	5
Antall senger/kapasitet	5
Kategori 1. Interkommunale ø-hjelpssenger (før og istedenfor):	6
1.a. Akutt observasjon (før) (3 senger)	6
1. b. Akutt behandling (istedenfor) (6 senger)	6
Kategori 2. Interkommunale etterbehandlingssenger (5 s.)	6
3 Avgrensinger mellom pasientgruppene	7
Pasienter som kan være aktuelle for innleggelse i Intermediær avdeling.....	7
Pasienter som skal legges inn i sykehus	8
Pasienter som skal behandles i hjemkommunen	8
Organisasjonskart	9
Intern organisering	9
Disponering av avdelingens pasientrettede kapasitet.	9
Samarbeidsforhold mellom kommunene.....	10
Samarbeidsforhold mellom kommunene og UNN	11
5 Personell.....	12
Administrativt personale	12
Leger	12
Pleiepersonale	13
Fysioterapeut/ Ergoterapeut.....	14
Laboratoriepersonell	14
Annet personell	14
6 Kvalitetssikring.....	15
Dokumentasjon	15
Kvalitetsrutiner/Kvalitetssystemer	15
Brukermedvirkning	15
Evaluerings	15
7 Analyser og utstyr for diagnostikk/behandling.....	15
Tilgjengelig på DMS/ sambruk med legevakta:	15
Utstyr som må finnes på avdelingen:	16

Videokonferanseutstyr:	16
8 Rekruttering og kompetanseutvikling	16
Rekruttering.....	16
Kompetanseutvikling	17
9 Økonomi	17
Driftsutgifter	17
Driftsinntekter	17
Investeringsutgifter	18
Kostnadsfordeling mellom kommunene.	18
BUDSJETT 14 senger	19
Vedlegg 1	20
ALTERNATIV A (12 SENGER).....	20
ALTERNATIV B (5 SENGER).....	21
Vedlegg 2	22
KOSTNADSBEREGNING AV UTSTYR INTERMEDIÆR SENGEPOST	22
Vedlegg 3	23
VIDEOKONFERANSE TIL KLINISK BRUK.	23

1 Innledning

I Midt-Troms regionen har en over mange år erfaring med samarbeid om desentraliserte spesialisthelsetjenester og interkommunale kommunehelsetjenester. Samarbeidet er realisert gjennom DMS Midt-Troms, Finnsnes.

Denne driftsplanen er en videreføring av prosjektet «Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen» og rapporten fra arbeidsgruppen Intermediære senger.

Samhandlingsreformen har aktualisert en utvidet etablering av kompetansekrevene helsetjenester på kommunenivået. Det vil bli behov for mer spesialiserte tjenester enn det som er vanlig i dagens kommunehelsetjeneste. Interkommunalt samarbeid og et nært samarbeid med vårt lokale helseforetak, UNN, vil sannsynligvis være viktige kriterier for å lykkes med etablering av nye regionale/lokale helsetjenester.

Målet er at vi kan tilby faglig gode tjenester på adekvat nivå og bidra til gode pasientforløp.

Samhandlingsreformens intensjoner om å behandle pasientene rett, på rett sted og til rett tid krever en tett dialog mellom kommunene og sykehuset. Ved endringer i helsetilstanden vil det være et spørsmål om hvor pasienten skal behandles, og her kan det være flere alternativer. Det bør unngås at pasienter blir sendt til for høyt behandlingsnivå «for sikkerhets skyld». Samtidig ønsker en å sikre at aktuelt mottakende behandlingsnivå er i stand til å gi pasienten optimal behandling og pleie. Vi ønsker altså å kunne optimalisere pasientløpet med å sikre at pasientens problemer kan ivaretas tilfredsstillende på best effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet) i et samspill mellom pasient og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Etablering av kommunale helsetjenester som reelt avlaster spesialisthelsetjenesten kan bidra til kortere ventetid og bedre kvalitet for brukerne. Brukerne må føle seg trygg på tjenestetilbudet og oppleve det som et høyverdig godt tilbud. Kvalitetssikring ved etablering av anerkjent kvalitetssikringssystem vil bidra til dette.

Faglig utvikling i et regionalt perspektiv vil være en viktig oppgave for tjenesten. Dette skal være et tilbud til og en forpliktelse for samarbeidskommunene og UNN.

Mandat

Lenvik formannskap er styringsgruppe for prosjektet og har gitt følgende mandat i møte 8.februar 2011, sak 22/11

Formannskapets vedtak (rådmannens innstilling m/tillegg – enstemmig):

- Formannskapet i Lenvik kommune slutter seg til prosjektet DMS Motorprosjekt i tråd med vedlagte prosjektbeskrivelse.
- Formannskapet i Lenvik er styringsgruppe for prosjektet.
- Formannskapet i Lenvik velger følgende to representanter til prosjektgruppe:
 - Wenche Cumming SV
 - Jorhill Andreassen H

Utvikling av arbeidet

- Arbeidet har bygget videre på rapport fra det regionale utviklingsprosjektet «Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen».
- Rapport 2011 «Helsetjenester til syke eldre» fra ekspertgruppe nedsatt av HOD har vært brukt som referansekilde.

- Det har vært innhentet informasjon om organisering, bemanningsfaktorer og kompetansebehov fra andre sammenlignbare enheter.
- For øvrig har en lagt til grunn nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) og gjeldende lover og forskrifter.
- Det er tatt utgangspunkt i de 6 samarbeidende legevaktkommunene i ytre Midt-Troms.
- Arbeidsgruppa har gjennomført 6 møter.
- Sekretærfunksjonen har rullert.

Arbeidsgruppas sammensetning

- Hanne Ness Eidsvik, virksomhetsleder DMS Lenvik - leder
- Aslak Hovda Lien, kommuneoverlege, Senjalegen
- Ann Kristin Evenstad, virksomhetsleder/konsulent helse, Sørreisa kommune
- Solfrid Pedersen, representant tillitsvalgte, Lenvik kommune
- Evy Nordby, virksomhetsleder Helse, Lenvik kommune
- Karl Johan Olsen, fagleder, Dyrøy kommune
- Stig Johansen, Virksomhetsleder helse, Berg kommune
- Elin Aas, enhetsleder PRO-nedre, Målselv kommune (t.o.m. nov.2011)
- Marjo Hytonen, enhetsleder, Tranøy kommune
- Anne Kaja Knutsen, virksomhetsleder PLO, Torsken kommune
- Oddvar Hagen, Samhandlingsenheten, UNN
- Gudmund Johansen, LHL/brukerrepresentant
- Harald Helling overlege OGT, UNN
- Jostein Jenssen, prosjektleder

Kommuner som kan delta i samarbeidet

Berg, Dyrøy, Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy.

Det etableres særskilt samarbeidsavtale om interkommunalt samarbeid i tilknytning til drift av tjenester beskrevet i denne driftsplan

2 Pasientgrupper i Midt-Troms IMA:

Antall senger/kapasitet

I rapporten «Helsetjenester til syke eldre» (Aaraas, Ivar J. et al 2011: Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse og omsorgsdepartementet.) er behov for IMA senger anslått til 1 seng pr. 1000 innbyggere. Tilsvarende tilbud andre steder i landet opererer med en dekningsgrad på 0,5 til 1,0 pr. 1000 innbyggere.

Behovet er i denne planen beregnet til *0,7 intermediære senger per 1000 innbygger*. Utgangspunktet for denne utregningen er de pasientgrupper som er nevnt nedenfor og praksis fra andre regioner i landet. Med bakgrunn befolkningsgrunnlaget i samarbeidskommunene vil 0,7/1000 gi til sammen 14 senger for «6 kommune samarbeidet» i vår region.

Disse sengene foreslås fordelt etter følgende nøkkel:

- 3 førsenger/akutt observasjon (2 dager)
- 6 istedenfor/akutt behandling (7 dager)
- 5 etterbehandlingssenger (7 dager)

Oppsettet vil gi et godt pasientforløp der en først legges inn til en observasjon for å starte behandling/sørge for god utredning, deretter overføres man til akutt behandling gitt at dette gir et forsvarlig interkommunalt helsetilbud (istedenfor sykehusinnleggelse). Når en har mottatt behandling og responderer tilfredsstillende på denne kan en tilbakeføres til egen kommune, men dersom en har behov for en lengre behandling overføres man til etterbehandlingsseng, kategori 2a. Hensikten er å ha vurderingspunkter som sikrer at pasienter overføres til sykehus når dette er nødvendig og tilbake til egen kommune så snart dette er forsvarlig.

Begrensningen på dager skal også sikre en pasientflyt gjennom avdelinga slik at denne virker etter sin intensjon; altså et tilbud mellom et rent kommunalt tilbud og innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at den ikke fylles opp av pasienter en ikke får ut, men at avdelingen hele tiden bestreber seg på å kunne gi et tilbud for de pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og kan behandles lokalt.

Av hensyn til knappe økonomiske rammer i kommunene samt oppnå mest mulig effektiv drift har arbeidsgruppen også gjort noen konsekvensanalyser for drift av 2 alternative modeller. En modell med 5 sengeplasser hvor kun akutt observasjon og noe akutt behandling er inkludert og en modell med 12 sengeplasser som ivaretar samme funksjoner som 14 sengers varianten. Bemanningsplaner og kostnadsanalyser for de 2 alternative modellene er beskrevet i vedlegg 1.

Kategori 1. Interkommunale ø-hjelpssenger (før og istedenfor):

1.a. Akutt observasjon (før) (3 senger)

Maks tilbud: inntil 2 døgn Skal da ha avklart tilstand og bestemme om pasient kan sendes hjem, overføres til videre behandling på intermediæravdeling (istedenfor sykehus) eller til sykehus. Pasient må oppfylle innleggelseskriterier.

1. b. Akutt behandling (istedenfor) (6 senger)

Daglig evaluering om iverksatt behandling gir forventet/ønska resultat. Pasienten skal i løpet av 7 dager enten skrives ut til hjemmet, til sykehjem/PLO i egen kommune, eller overføres til sykehus (ved manglende effekt av behandling).

Kategori 2. Interkommunale etterbehandlingssenger (5 s.)

Tilbudet kan brukes i følgende tilfeller:

2.a Pasienter som etter opphold i Ø-hjelpsseng på IMA har behov for etterbehandling som ikke kan gis kommunalt. Opphold begrenses til maksimum 7 dager.

2.b Dersom hjemkommunen har behov for opplæring/kompetanseoverføring fra IMA evt. andre forberedelser før de kan ta imot pasienten. Opphold begrenses til maksimum 3 dager.

Pasienter med behov for terminalpleie omfattes ikke av tidsbegrensingen på 7 dager, men kostnad for ekstra liggedøgn ut over 7 dager dekkes av hjemkommune. Dette og andre forhold spesifiseres nærmere i egen samarbeidsavtale.

Intermediæravdeling må påse at de definerte krav til å være utskrivningsklar, er oppfylt fra sykehus før mottak av pasient. (Jfr. samarbeidsavtale nr. 5 om utskrivningsklare pasienter.)

3 Avgrensinger mellom pasientgruppene

Pasienter som kan være aktuelle for innleggelse i Intermediær avdeling.

Kriteriene vil i varierende grad være aktuell i de ulike kategorier.

- Akutt forverring av KOLS uten betydelige tilleggs sykdommer der behandlingsopplegget er avklart
- Korrigering av ernæringssvikt og dehydrering hvor kjent utløsende årsak er avklart.
- Intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis og uten betydelige tilleggs sykdommer eller akutt funksjonssvikt.
- Brudd og skader der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig.
- Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i samarbeid/forståelse med pasient og pårørende
- Justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelige tilleggs sykdommer eller akutt funksjonssvikt
- Terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig akutt funksjonssvikt..
- Observasjon av andre tilstander der sykehusinnleggelse, etter konferering med geriater eller annen relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses som nødvendig.
- Pasient som normalt ville vært lagt inn på sykehus, men der pasienten selv (forutsatt mentalt klar) og pårørende klart ønsker behandling i lokalmiljøet.
- Pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, men der kommunen ikke har nødvendig kompetanse/plass for å ivareta pasienten.

Felles for de fleste punktene over er at det ofte vil dreie seg om eldre pasienter.

Pasienter som skal legges inn i sykehus

- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Akutt alvorlig sykdom (forløp <1 uke) hos eldre med uavklart diagnose, uttalte tilleggs-sykdommer eller et symptom-bilde preget av akutt funksjonssvikt
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, tilleggs-sykdommer eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse.
- Akutt rus/forgiftninger
- Psykiatri (vurderes eventuelt for tilgjengelige prehospitale DPS tilbud)
- Pasienter som skal innlegges etter definerte nasjonale pasientforløp (for eksempel hjerneslag, akutt hjerteinfarkt)
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av sykdomsforløp under behandling. (Arbeidsgruppa oppfatta dette punktet som særlig viktig for at en intermediæravdeling skal gi forsvarlig helsehjelp og at befolkninga skal oppleve trygghet ved innleggelse)

Det er viktig med klare retningslinjer slik at de pasientene som har behov for sykehuskompetanse legges inn på sykehus. Nødvendig utredning og behandling må ikke forsinkes gjennom en feilaktig innleggelse i intermediæravdeling.

Pasienter som skal behandles i hjemkommunen

Pasienter som ikke fyller kriterier for behandling i sykehus, i intermediæravdeling eller i annen "ikke-kommunal" tjeneste, skal få ivare tatt sine behov for bistand i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

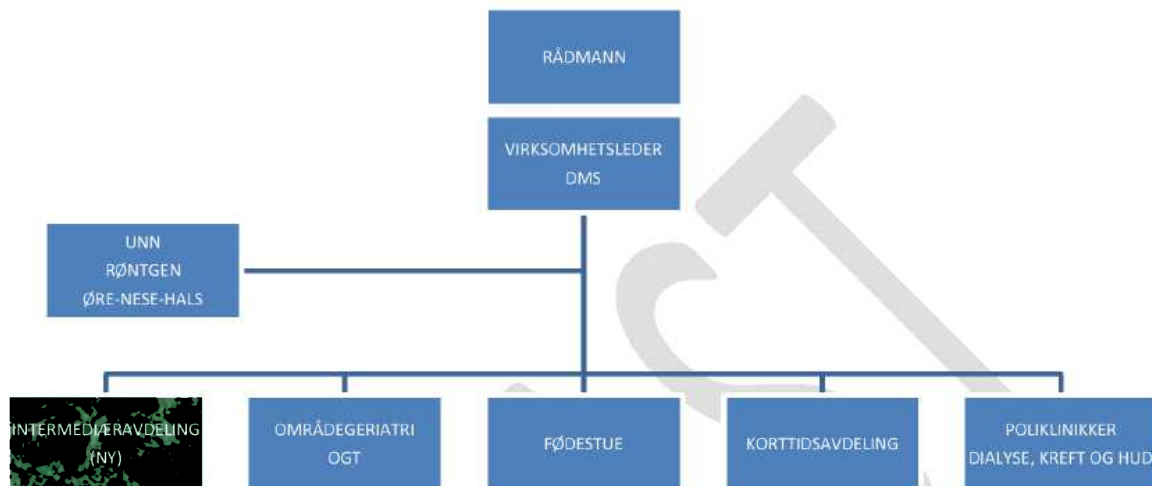
- Der behovet ikke er av medisinsk art, men pleie og omsorgstjenester.
- Pasienter som trenger avlastningsplass.
- Hjemmeboende pasienter i påvente av sykehjemsplass.
- Pasienter som ikke krever tilgang til legetjenester 24 timer i døgnet.
- Pasienter i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten som ikke kan være hjemme.

Det forutsettes at alle kommunene bestreber seg på å ha tilgjengelig kapasitet for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra intermediæravdelinga innen avtalt frist.

4 Organisering

Organisasjonskart

IMA er forutsatt å være en del av DMS skal ledes av virksomhetsleder DMS.



Intern organisering

Oppgaver som skal utføres og personellbehov er i hht beskrivelse i driftsplan og samarbeidsavtale. Ledelse ivaretas av fagleder og virksomhetsleder. Det etableres en fast møtestruktur for å ivareta pasientenes medbestemmelse, ansattes innflytelse på driften, innleggelser, evalueringer og andre administrative og faglige oppgaver. Ansvar for disponering av personell og økonomiske ressurser i IMA er plassert hos virksomhetsleder. Disposisjonsrett for nærmere angitte ansvarsområder kan delegeres til fagleder.

Disponering av avdelingens pasientrettede kapasitet.

Generelt: Fastlege og legevaktslege kan henvise pasienter til IMA. Kvalifisert personell på IMA som er tillagt denne myndighet skal vurdere om pasienten kan innlegges i avdelingen. Det er en forutsetning at de vedtatte kriterier for innleggelse i IMA blir fulgt. Ved usikkerhet SKAL pasienten henvises til sykehus.

Fastlegene har ansvar for ø-hjelpstjenester til sine pasienter i kontortiden og da kan fastlegene henvise relevante ø-hjelpspasienter til IMA ved behov. I den nye fastlegeforskriften (forslag) er fastlegenes ansvar for pasienter på egen liste presisert. Fastleger henviser i mindre grad til sykehus enn legevaktslege, slik at økonomisk er kommunene tjent med at mer øyeblikkelig hjelp håndteres av fastlege. I tillegg er det best for pasienten å bli vurdert av den legen som kjenner dem best.

Rutiner:

- Innleggelse av utskrivningsklare pasienter fra sykehus:
Koordinerende enhet i den aktuelle kommune tar direkte kontakt med intermediær avdeling for å melde behov for plass. Kommunens egen kapasitet skal primært være fullt utnyttet før IMA brukes til denne pasientkategori.
- Innleggelse av øyeblikkelig hjelp:
Fastleger i deltakerkommunene og legevaktsleger på interkommunal legevakt kan henvise pasienter til sengeplasser på IMA. Kvalifisert personell på IMA som er tillagt denne myndighet skal vurdere om pasienten kan innlegges i avdelingen. Det er en forutsetning at de vedtatte kriterier for innleggelse i IMA blir fulgt. Ved usikkerhet SKAL pasienten henvises til sykehus.
- Planlagte innleggelser:
Fastlege kan henvise pasienter til IMA. Kvalifisert personell på IMA som er tillagt denne myndighet skal vurdere om pasienten kan innlegges i avdelingen. Det er en forutsetning at de vedtatte kriterier for innleggelse i IMA blir fulgt. Ved usikkerhet SKAL pasienten henvises til sykehus.
- Rutiner for utskriving:
Lege tilknyttet IMA bestemmer om en pasient er ferdigbehandlet i IMA. IMA har varslingsplikt når det foreligger en ferdigbehandlet pasient og hjemkommunen har svarplikt på lik linje med det som er beskrevet i samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsforhold mellom kommunene

Samarbeidet organiseres etter vertskommunemodellen § 28 i kommuneloven. Avdelingen blir en del av virksomheten Distriktsmedisinsk senter. Kommunene kan etablere samarbeidet gjennom å inngå avtale.

Avtale mellom kommunene kan bygge på tidligere inngåtte avtaler om interkommunalt samarbeid.

Det kan etableres et samarbeidsorgan bestående av rådmenn i de deltakende kommuner, (evt. representant fra UNN), brukerrepresentant, avdelingsoverlege og virksomhetsleder DMS som gjennomfører møter minst to ganger pr. år. I tillegg kan vertskommunen orientere samarbeidskommunene gjennom økonomiske rapporter og årsmelding.

Samarbeidsavtalen skal videre inneholde:

- Målsetting
- Beskrivelse av oppgaver som skal inngå i samarbeidet
- Organisering - disponering av kapasitet – fordeling mellom kommunene.
- Innleggelser
 - Beskrivelse av beslutningsorgan og beslutningsrutiner for innleggelse i IMA. Avklare hvilke funksjoner som kan henvise (lege, koordinator i kommunene)
 - Rutiner for utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

- Rutiner for øyeblikkelig hjelp innleggelser fra interkommunal legevakt.
- Rutiner for planlagte innleggelser.
- Rutiner for utskriving
Lege tilknyttet IMA bestemmer når en pasient defineres som ferdigbehandlet i IMA. Varslingsplikten inntreffer så snart dette er avklart.
- Økonomi.
Driftskostnader dekkes av samarbeidskommunene etter en avtalt fordelingsnøkkel.

Dersom hjemkommunene ikke tar i mot pasientene etter de retningslinjer vi er blitt enig om, vil det bli gitt en døgnmulkt tilsvarende beløpet for overliggere i sykehus, dvs. p.t. kr 4.000 pr seng pr døgn.

Generelt kan kommunene seg imellom så langt det passer, følge de samme prinsipper som er nedfelt i samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetak.

Samarbeidsforhold mellom kommunene og UNN

Det vises til overordnet samarbeidsavtale med tilhørende tjenesteavtaler samt egen avtale om øyeblikkelig hjelp senger.

Bidrag fra UNN:

- Faglig – overføring av kompetanse.
- Økonomisk samarbeid.
- Telemedisinske løsninger – televisitt – videovisitt/previsitt på 2-3 faste ukedager ca. 30 minutter. (indremedisiner). Faste avtalte tidspunkt og dager pr. uke – dvs. ikke oppkobling kun ved behov.
- Telemedisinske løsninger: videokonferanse felles opplæring

Det må jobbes med å finne tidsbesparende metoder. Bruken av elektroniske medier og lyd-bilde medier bør optimaliseres, og gjøres til en avtalt standardisert kommunikasjonsmetode mellom kommunene og IMA, og IMA og UNN.

Det bør legges til rette for en hurtig kommunikasjon 24/7 hvor ø.hj-problemstillinger kan avklares mellom IMA og avdelinger på UNN i samtid. Vi foreslår prinsipielt et VAKe System (videobasert akuttmedisinsk konferanse) som kommuniserer mot spesifikke avdelinger på sykehuset med lyd, bilde og overføring av kliniske data i pasientsituasjonen. En videokommunikasjon kan også etableres på helseinstitusjonene i kommunene, inn mot IMA /LV og videre mot UNN for å ivareta en kvalitativt god klinisk kommunikasjon relatert til både før-, istedenfor- og etterbehandlingspasientene.

Det bør også jobbes med å optimalisere utvekslingene av skrevne/lagrede kliniske data og forbedre tilgjengelig informasjon for begge parter. Dette for å sikre tilgang på informasjon, men også for å redusere bruk av utredningsressurser. I hovedsak, og i et overordnet perspektiv er dette en nasjonal oppgave, men det bør lokalt sees på mulighetene som ligger i eksisterende lovverk, eksempelvis angående tilgang til DIPS i IMA.

5 Personell

Intermediær avdeling vil være en avdeling som krever høy helsefaglig kompetanse. Personellberegningene nedenfor er basert på IMA med 14 sengeplasser. I vedlegg 1 er det i tillegg beregnet personellbehov og kostnader for 2 ulike alternativ med 5 og 12 sengeplasser. I arbeidsgruppa ble disse to alternativene vurdert som mest kostnadseffektive driftsmodeller i disse to størrelsessegmentene.

Administrativt personale

Enheten ligger under virksomhetsleder DMS. (Se organisasjonskart, kap 4.) I tillegg vil det være behov for en ledelsesressurs på fagledernivå tilsvarende 1 årsverk. Dette vil bli en aktiv avdeling med mye inn og utskrivning av pasienter dette vil føre til mye kontorarbeid. Det foreslås derfor en 100 % stilling til merkantilt personell.

Leger

Leger som tilknytttes IMA bør inneha relevant og tilstrekkelig kompetanse.

Den viktigste årsaken til at det ikke vil være mulig å bygge opp et lokalt tilbud om intermediære senger i hver kommune er manglende tilgang til legetjenester hele døgnet. Pasientene som legges inn i et slikt tilbud har krav på og behov for kontinuerlig oppfølging av lege. I ordinære sykehjem er det vanlig å beregne kun 5-10 minutter legetilsyn pr pasient pr. uke noe som ikke er tilstrekkelig for en intermediæravdeling.

God kompetanse og god tidsramme er vesentlige faktorer for kvaliteten på det tilbudet som skal bygges opp som erstatning for sykehusopphold. Det vil være ønskelig med spesialist i allmennmedisin eller annen relevant videreutdanning.

Legeressurs for IMA er beregnet ut fra legeforeningens anbefaling. I denne driftsplanen har en tatt utgangspunkt i anbefalt timetall for avdeling med palliativ behandling og terminalomsorg som angir 5 uketimer pr. plass.

(Den norske lægeforening: Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. www.legeforeningen.no/index.db2?id=5178 (9.10.2001).)

For 14 senger vil dette tilsvare 2 årsverk for lege.

Dette skal også inkludere fast tilsyn/ legevistitt lørdag og søndag. En av stillingene bør være 100 % avdelingsoverlege

Dagtid

Avdelingens leger må være tilgjengelig på dagtid og noen timer i helgen. Behovet for å bruke legevakt vil da være begrenset, slik at hel døgns tilgang til legetilsyn gjennom samarbeid med legevakt vil være forsvarlig

Vaktberedskap – kveld og natt

Arbeidsgruppa forutsetter at intermediæravdelingen legges til DMS og at behov for legetjenester ut over ordinær arbeidstid dekkes av legevakta.

Etablering av IMA krever både god kompetanse og god tilgjengelighet mtp. legevakt. En kontinuerlig bakvaksordning for legevakta vil styrke helsetilbudet for befolkningen i samarbeidskommunene og legeberedskapen for IMA.

Legevakttjenesten bør ved utforming av bemanningsplan for legevakt sikre tilgjengelighet av erfaren, lokal lege med kjennskap til IMA. Dette kan gjøres ved bakvaktsordning knyttet til legevakt der de 2 legene som deler vaktdøgnet planlegges slik at legevakta så lang mulig har en erfaren allmennpraktiker tilgjengelig.

En slik bakvaktsordning for legevakten er i en egen utredning kostnadsberegnet til om lag 0,5 mill. pr. år. Deler av denne kostnaden vil måtte belastes IMA.

Etablering av egen bakvaktsordning kun knyttet til IMA vil gi enda mer kontinuitet og stabilitet i vurderingene, men vil bli kostbart og kreve betydelig mer organisering.

Pleiepersonale

I regional utredning fra 2011 er det anbefalt en pleiefaktor rundt 1,3 per pasient.

Forholdet mellom sykepleier/hjelpepleier bør være 80/20 for å sikre kompetansebehovet også om natten.

Ut fra pasientgruppen må det må være sykepleier tilstede hele døgnet. Arbeidsgruppa legger vekt på at det bør være sykepleiere med ulike spesialisering tilknyttet avdelinga. Dette kan være geriatrisk sykepleier, diabetessykepleier, kreftsykepleier, akuttsykepleier, psykiatrisk sykepleier m.v.

Med planlegging av antall ansatte må det også tas høyde for veiledning og kompetanseheving i kommunene, samt det å følge pasientene ut til hjemkommune. Ansatte må også sees i sammenheng med hvor sengene er lokalisert, og muligheten for fleksibel bruk.

1 stilling bør defineres som fagutviklingssykepleier. Det må settes av tid til å utføre oppgaven.

Bemanningsplan for pleiepersonale ved sengepost.

Bemanningsplanene er regnet ut fra 14 senger. På natt vil en ha et samarbeid med en kommunal korttidsavdeling noe som vil være kostnadsbesparende for begge avdelingene.

14. senger

Det lages en bemanningsplan for 14 senger. På grunn av at det vil være en del oppgaver som ikke gjøres i helgene kan vi ha en noe lavere bemanning da.

Vakt	MAN	TIRS	ONS	TORS	FRE	LØR	SØN	VAKT- LENGDE	SUM TIMER
N: 21.45 – 07.45	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	10	105,5
A: 14.30- 22.00	3	3	3	3	3	3	3	7,5	157,5
A1: 14.30 – 21.30	2	2	2	2	2	1	1	7	84
D: 07.30 – 15.00	3	3	3	3	3	3	3	7,5	157,5
D: 07.30 – 14.30	2	2	2	2	2	2	2	7	98
D. 07.30 – 14.00	1	1	1	1	1			6,5	32,5
									635

635 timer : 35,5 = 17,88 årsverk Pleiefaktor 17,88 : 14 = **1,27**

Fysioterapeut/ Ergoterapeut

Med basis i pasientgruppen vil det være behov for tverrfaglig rehabilitering hvor inngår fysioterapi og ergoterapi.

Aktuelle tiltak som kan iverksettes kan for eksempel være:

- Kartlegging av fysisk funksjonsnivå, ADL-funksjon og kognitiv funksjon
- Bistå ved tilrettelegging i avdelingen.
- Samarbeid med personell i heimkommunen om tilrettelegging
- Veilede i energiøkonomisering i ADL for KOLS-pasienter.
- Veiledning og rådgiving om fysisk aktivitet til pasienter med kronisk sykdom
- Lungefysioterapi NB! Døgnbehandling krever døgnbemanning fysioterapeut
- Fysioterapi og tilrettelegging i palliativ/terminal fase.
- Mobilisering etter traumer og sykeleie
- Videre rehabilitering etter sykehusopphold
- Evt. utredning av fall og balanseproblematikk, fallforebygging
- Veiledning/undervisning til heimkommunen
- Nødvendig kontakt med Hjelpemiddelsentralen

Avdelingens muligheter for rehabilitering og styrking av ADL-funksjoner vil være avhengig av at det er tilgjengelig hensiktsmessig utstyr som for eksempel rullestoler, rullatorer, prekestol, turner og heis. En må også ha en del småhjelpemidler for utprøving og til bruk i treningen. Bygningsmessig må det legges til rette for at pasient kan sitte i rullestol ved bord ved utprøving av utstyr.

Ergoterapeut: 0,5 årsverk

Fysioterapeut: 0,5 årsverk.

Laboratoriepersonell

I tilknytning til legevakta/legetjenesten finnes det et NOKLUS akkreditert laboratorium. Her er det mulig å få tatt og analysert nødvendige prøver. Kapasiteten er maksimalt utnyttet allerede slik at et nytt behov, flere oppgaver, vil måtte resultere i kapasitetsøkning. Dette gjelder både personell, lokaler og utstyr. Til å utføre laboratorietjenester for IMA med 14 pasienter vil det være behov for anslagsvis 20 % stillingsressurs.

Annet personell

Avdelingen må samarbeide med andre yrkesgrupper for å ivareta pasientens helhetlige behov.

6 Kvalitetssikring

Dokumentasjon

- Alt helsepersonell har etter helsepersonell loven ansvar for dokumentasjon
- Som IT-basert program for dokumentasjon og planlegging av pasientrettede tiltak brukes «Profil». Det vil også være behov for tilgang til Winmed, og hadde vært ønskelig at legene hadde tilgang til DIPS.
- Det må beskrives i hvilke tilfeller «Profil» ikke dekker behovene og hvor DIPS er eneste løsning.
- Det opprettes rutiner som ivaretar nødvendig relevant datauttrekk for statistisk bruk.

Kvalitetsrutiner/Kvalitetssystemer

Avdelingen tar i bruk samme kvalitetssystemer som den øvrige Helse og omsorgstjenesten benytter med tilpasninger der avdelingens særegne karakter gjør dette nødvendig. Ansvar for oppfølging av kvalitetssystemene tillegges fagleder. Avtalen med UNN HF har et eget punkt som beskriver hvordan kommunikasjonen og samarbeidsrutiner sikres. Overordnet systemansvar ligger hos virksomhetsleder.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning ivaretas gjennom representasjon i styringsgruppa.

Evaluerings

Avdelingens resultater måles opp mot en omforent målsetting for avdelingens drift. Det måles med henblikk på brukertilfredshet, ansattes tilfredshet, antall og type avviksmeldinger og økonomiske parametere.

7 Analyser og utstyr for diagnostikk/behandling.

I forhold til forslag til tilgjengelig teknologi for diagnostikk og behandling har arbeidsgruppa basert seg på rapporten "Helsetjenester til syke eldre". I denne rapporten anbefales at følgende teknologi skal være tilgjengelig ved ei intermediær avdeling:

Tilgjengelig på DMS/ sambruk med legevakta:

- Røntgen og CT – tilgjengelig på DMS
- Blodgassanalyse eller perkutan kapnografi (CO₂-målinger) og oksymetri (O₂-målinger) –
- Troponin T/D-dimer – Finnes ikke i dag, bør skaffes til legekantoret sambruk
- Elektrolytter
- Hematologiske analyser
- Transaminaser -legekontoret (sendeprøver)

- Blærescanner

Utstyr som må finnes på avdelingen:

- EKG
- Urinundersøkelse
- Blodsukker
- CRP
- Relevant akuttmedisinsk utstyr
- Hjertestarter
- Smertepumper
- Infusjonspumper
- Telemetri
- Overvåkingsutstyr

Avdelingen må være medlem av Noklus for å kvalitetssikre apparatene og bruken av dem.

Det utarbeides rutiner for analyser og andre diagnostiske oppgaver som skal gjøres i avdelingen.

Videokonferanseutstyr:

For å kunne kommunisere via lyd/bilde med spesialisthelsetjenesten/kommunene, samt i opplæringsøyemed bør det være tilgjengelig videokonferanseutstyr.

8 Rekruttering og kompetanseutvikling

Rekruttering og kompetanseutvikling er lederoppgaver. Kompetanseutvikling er en kontinuerlig prosess hos den enkelte helsearbeider og for den enkelte avdeling. Samhandlingsreformen stiller krav knyttet til rolleendringer. For IMA's vedkommende et utvidet ansvar for krevende pasienter, og en avklaring av pasientløp som vil være annerledes enn i ordinære sykehjemsavdelinger. Både sykehuset, IMA og kommunale tjenestetilbud må optimalisere pasientløp under endrede rammebetingelser. Partene må ha fokus på endringsarbeid og kvalitetssikring og bygge opp tjenester som utfyller hverandre på en god måte.

Kompetanse som tema er grundig behandlet i det regionale prosjektet «Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen» og en vil henvise til rapporten fra arbeidsgruppen for rekruttering, stabilisering og kompetansebygging.(juli 2011)

Rekruttering

Avdelingen må utvikle en langsiktig strategi for rekruttering. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om rekruttering og kompetanseutvikling er et av flere tiltak som kan vurderes. Personalets muligheter for egenutvikling og kompetanseutvikling må ansees som et annet viktig tiltak.

Kompetanseutvikling

- Internundervisning
- Samarbeid med UNN blant annet via videokonferanse
- Kurs
- Videreutdanning, samarbeid med universitet og høyskole
- Hospiteringsordning kommunene imellom.
- Samarbeide med Løkta og studiesenteret

UNN HF må ha en rolle i å sikre kompetansen ved IMA. Det kan skje på to måter: Ved å stille egen kompetanse til disposisjon ved behov, i kliniske diskusjoner og veiledning. Dessuten ved å jobbe sammen med IMA med en langsiktig kompetansebygging og kompetanse vedlikehold.

Kompetanseutviklingen bør være systematisert og planlagt og legge opp til at den enkelte ansatte opplever en læringsprosess i sitt daglige arbeid.

Det må lages et introduksjonsprogram for nytilsatte samt et kompetanseutviklingsprogram.

Avdelinga må ha fokus på overføring av kompetanse til de involverte kommuner innenfor aktuelle fagområder. Dette kan gjøres gjennom felles kursdager og hospitering.

9 Økonomi

Driftsutgifter

Grunnlaget for beregningen er 14 senger.

Budsjettet tar utgangspunkt i følgende årsverk:

Ledelse: 1 årsverk

Lege 2 årsverk

Pleiepersonale 17,88 årsverk

- Sykepleier: 80 % = 14,3 årsverk
- Hjelpepleier: 20 % = 3,58 årsverk

Terapeuter

- Fysioterapeut: 0,5 årsverk
- Ergoterapeut: 0,5 årsverk

Merkantilt personale 1 årsverk

Laboratoriepersonell: 0,2 årsverk

Totalt 23.08 årsverk

Når det gjelder driftsutgifter for øvrig: se forslag til budsjett

Driftsinntekter

- Egenandeler som for korttidsopphold.
- Tilskudd fra staten
- Andel fra samarbeidskommuner; fordelingen beskrives i samarbeidsavtale

Kommunene vil med det nye opplegget for medfinansiering (20% av DRG for medisinske diagnoser) ha et potensiale for økonomiske besparelser gjennom drift av IMA, uansett hvor mange senger som en velger å drifte. For å kunne beregne størrelsen på disse besparelsene tallmessig, er det nødvendig med en tids praktisk utprøving av drift IMA.

Investeringsutgifter

Utstyr og inventar som må anskaffes.

Eksempelvis:

- Senge
- Rullestoler
- Pasientløftere og andre forflytningshjelpemidler
- Bord og stoler
- TV

Budsjettmessig dekkes oppstartsinvesteringer inkludert inventar gjennom i FDV- og leiekostnader medisinsk-teknisk utstyr.

Kostnadsfordeling mellom kommunene.

Det forutsettes at statstilskuddet som kommunen mottar overføres direkte til avdelingens drift som en grunnfinansiering av driften. Netto driftsutgifter ut over dette kan kommunene fordele seg imellom etter samme modell som ved andre interkommunale samarbeidstiltak. Dette reguleres i særskilt interkommunal samarbeidsavtale.

Dette innebærer at kommunene i tillegg til statstilskuddet fordeler utgiftene slik :

1. Kommunene betaler en lik andel som utgjør 20 % av samlede netto driftsutgifter.
2. Resterende netto driftsutgifter fordeles etter folketall i kommunene.

Ut fra at helsetjenestetilbudet med døgnbasert øyeblikkelig hjelp senger i all hovedsak sannsynligvis vil bli et tilbud til eldre mennesker kan det være aktuelt å vurdere en modell der en i pkt. 2 fordeler resterende netto driftsutgifter etter folketall i aldersgruppen 80+.

BUDSJETT 14 senger

SAMHANDLINGSREFORMEN - INTERMEDIÆR AVDELING			
Art	Tekst	Budsjett	Sum
101000	Regulativlønn	9 429 000	
101001	Avtalefestet tillegg (turnustill.)	1 290 000	
102000	Vikar annet fravær	75 000	
102001	Vikarutgifter ferie	900 000	
102003	Vikarutgifter sykefravær	180 000	
102050	Vikarutgifter sykefravær u/ref.	180 000	
103000	Lønn ekstra arbeid	100 000	
109000	Pensjonspremie KLP	1 379 000	
109002	Pensjonspremie Vital	1 085 000	
109003	Koll.ulykke/gr.livsforsikr.	32 000	
109900	Arbeidsgiveravgift	805 000	
	Sum lønn		15 455 000
111000	Medisinsk forbruksmateriell	150 000	
111050	Inkontinensartikler	15 000	
111400	Medikamenter og medisiner	200 000	
111500	Matvarer	600 000	
	Andre driftsutgifter, annons		
112000	ktr matr	30 000	
112005	Spes.bekl./arbeidstøy	20 000	
113001	Ab.avg.telefon/tellerskritt	12 000	
115001	Kurs/konferanseutgifter	30 000	
115002	Andre kursutgifter (opph/bill.)	30 000	
116000	Kjøregodtgjørelse	25 000	
	Ikke oppg.pl. reiseutg.		
117000	(billetter)	6 000	
120003	Inventar og utstyr	50 000	
127001	Konsulenttenester	50 000	
135050	Leievask MITRA	250 000	
142900	Mva utenfor mva-loven	160 000	1 628 000
	Renhold	200 000	200 000
	Leie av med.tekn utstyr	100 000	100 000
	FDV-kostnader	500 000	500 000
	ADM 14 s	140 000	140 000
172900	Komp.mva	-160 000	-160 000
	Sum driftsutg.		17 863 000
	Tilskudd øhj senger 6 kommuner	-4 430 000	-4 430 000
	Egenandeler (ikke øhj-opph.)	-350 000	-350 000

Jfr.dagens priser
115/døgn**Til fordeling****13 083 000**

Vedlegg 1

ALTERNATIV A (12 SENGER)

BEMANNINGSPLAN 12 senger

Type Vakt	Tids-punkt	Man d	Tirsd .	Ons d	Torsd.	Fred .	Lørd .	Sønd	Vakt Lengde	SUM
D	07.30 – 1500	3	3	3	3	3	3	3	7,5	157,5
D	07.30 – 14.30	2	2	2	2	2	2	2		98
A	14.30- 22.00	2	2	2	2	2	2	2	7,5	105
A	14.30 – 21.30	2	2	2	2	2	2	2	7	98
N	21.45- 07.45 *	1	1	1	1	1	1	1	10	70
									TOTAL	528,5

528,5: 35,5 = 14,89 årsverk

14,89 årsverk: 12= **1,24 bemanningsfaktor**

På natt er det regnet med at korttidsavdelingen og intermediær avdeling har 1 nattvakt hver. Dette bør være nok på normal drift, men det vil i tillegg være nødvendig med ekstravaktbudsjett for å dekke variabelt økt behov som f. eks. fastvakter.

Legeressurs: 5 timer pr. pasient pr. uke x 12 = 1,6 % stilling

Lederressurs: 100 % stilling

Merkantil: 80 %

Fysio/ergo: 80 %

Laboratorietjenester: 18%

Økonomiske konsekvenser

Det er utarbeidet et budsjettanslag som er tilpasset 12 senger. Størstedelen av kostnadene kommer på lønnsutgifter. I tallene nedenfor er tillegg og sosiale utgifter medtatt.

Pleiepersonell/Turnuspersonell – 14,89 årsverk x 0,6 mill:	8.940.000
Legeressurs 1,6 årsverk x 900.000	1.440.000
Lederressurs 100% - 1 årsverk x 600.000	600.000
Merkantilt personell 80% - 0,8 årsverk x 450.000	360.000
Kostnader til ekstravakter	300.000
Sum lønn	11.640.000

Administrasjon 12 s	120.000
Fysio/Ergo	500.000
Lab. tjenester	110.000
Medisinske forbruksvarer og medikamenter	380.000
Mat, kontorutg, arbtøy, telef, kurs, reise	641.000
Inventar, kons tjen, vask tekstil, renhold,	

leie med tekn utstyr, FDV kostnad	1.055.000
Sum andre driftsutgifter	2.806.000

	Brutto driftsutg	14.446.000	
-	Statstilskudd 4.430.000 + egenandel 150.000		4.580.000
-			
	NETTO DRIFTSUTGIFTER TIL FORDELING	9.866.000	

[illegible]

ALTERNATIV B (5 SENGER)

BEMANNINGSPLAN 5 AKUTTSSENGER

Type Vakt	Tids-punkt	Mand	Tirsd	Onsd	Torsd	Fred	Lørd	Sønd	Vakt Lengde	SUM
D	07.30 – 1500	2	2	2	2	2	2	2	7,5	105
A	14.30- 22.00	2	2	2	2	2	2	2	7,5	105
N	21.45- 07.45 *									40*
									TOTAL	250

$$250 : 35.5 = 7 \text{ årsverk}$$

Bemanningsfaktor $7:5 = 1,4$

Vi i rapporten sakt at det skal være en fordeling på 80/20 når det gjelder sykepleie/hjelpepleier. Men ved minimumsbemanning bør det være 100 % sykepleier

* Nattevakter er regnet ut fra at korttidsavdelingen i dag har kapasitet til flere en 13 pasienter uten å øke bemanningen. Det brukes 4 årsverk på natt på korttidsavdelingen i dag. Akuttplassene kan dermed "kjøpe" deler av eksisterende nattvaktressurs. Tilsvarende ledig kapasitet finnes ikke på dagvakt og aftenvakt. Dette er en minimumsbemanning i og med at denne pasientgruppen krever at det er 2 pleiere tilgjengelig også med 3 senger. Det vil derfor være mest hensiktsmessig/effektivt å ha 5 senger på denne bemanningen.

Legeressurs: 5 timer pr. pasient pr. uke x 5 = 70 % (67 %)

Lederressurs: 50 %

Merkantil: 40 %

Fysioterapi: 20%

Lab. tjenester: 3t/uke

Økonomiske konsekvenser

Det er utarbeidet et budsjettanslag som er tilpasset 12 senger. Størstedelen av kostnadene kommer på lønnsutgifter. I tallene nedenfor er tillegg og sosiale utgifter medtatt.

Pleiepersonell/Turnuspersonell – 7 årsverk x 0,6 mill:	4.200.000
Legeressurs 0,7 årsverk x 900.000	630.000

Intermediær avdeling DMS Midt-Troms, driftsplan

Lederressurs 50% - 0,5 årsverk x 600.000	300.000
Merkantilt personell 40% - 0,4 årsverk x 450.000	180.000
Kostnader til ekstravakter	50.000
Sum lønn	5.360.000

Administrasjon 5 s	50.000
Fysio/Ergo	130.000
Lab. tjenester	50.000

Medisinske forbruksvarer og medikamenter	165.000
Mat, kontorutg, arbtøy, telef, kurs, reise	243.000
Inventar, kons tjen, vask tekstil, renhold, leie med tekn utstyr, FDV kostnad	395.000
Sum andre driftsutgifter	1.033.000

Brutto driftsutg	6.393.000
-Statstilskudd 4.430.000	4.430.000

NETTO DRIFTSUTGIFTER TIL FORDELING 1.963.000

Vedlegg 2

KOSTNADSBEREGNING AV UTSTYR INTERMEDIÆR SENGEPOST

- Monitører kr. 50.000 pr. stk – 2 stk	100.000,-
- Infusjonspumper kr. 15.000 2 stk	30.000,-
- EGK 1 stk	50.000,-
- Hjertestarter 1 stk	24.000,-
- Tralle til akuttutstyr	14.000,-
- Div. mindre akuttutstyr	15.000,-
- Undersøkelseslampe –på hjul	10.000,-
- Rullestol (transportstol)	9.000,-

252.000,- inkl. mva

- Senger	pr. stk- ca	18.000,-
- Nattbord	pr. stk- ca	5.000,-

Prisen avhenger noe av antall

Vedlegg 3

VIDEOKONFERANSE TIL KLINISK BRUK.

Basert på teknologi fra Videobasert akuttmedisinsk konferanse (VAKe)
Klinisk videokonferanse benytter lyd og bildeteknikk til å samle, formidle og kommunisere kliniske pasientdata. Det brukes som et reint beslutningsstøtteverktøy. Klinisk bruk av videokonferanse er brukt i klinisk sammenheng i kommunikasjon innen hud og ØNH, før det ble utprøvd i akutte situasjoner i ViCCu- prosjektet i Australia, og vårt eget VAKe prosjekt. Erfaringer fra krevende tidskritiske situasjoner har gitt oss mye lærdom som er overførbart til de fleste kliniske situasjoner på distanse.

1. Aktuell klinisk bruk av videokonferanse

Videokonferanse er en meget anvendelig kommunikasjonskanal. Den er spesielt egnet til tre viktige kommunikasjonsaspekter:

- Den kan settes opp til å kommunisere svært likt med ansikt til ansikt kommunikasjon. I kliniske sammenhenger vil det på sitt beste fungere som en ansikt til ansikt kommunikasjon, bare begrenset av mulighet til berøring, og å kjenne lukt.
- Ved å spille både på syn og hørselssansen, kan den kommunisere store mengder synlige og hørbare data på kort tid, og gi førstehåndsinformasjon på distanse.
- Ved at to ender i en kommunikasjon ser og hører det samme, kan dette brukes til å redusere kommunikasjons tid, fokusere budskapet og kvalitetssikre samhandlingen mellom partene.

I tillegg må nevnes videokonferansens spesielle evner til å framstille bevegelse, og vise hvordan bevegelse og bevegelighet arter seg.

Videokonferanse som et samtids kommunikasjonssystem egner seg til mange typer klinisk kommunikasjon. Dets styrke er en hurtig avklaring av problemer, der det er behov for kompetanse på distanse. VAKe tar, som navnet sier, utgangspunkt i de tidskritiske og krevende akutte situasjonene, men fungerer samtidig i et bredt spekter av kliniske elektive og mindre akutte sammenhenger. På NST er det utprøvd i kombinasjonen av VAKe og Sykestuer i Finnmark-prosjektet, hvor akutte og elektiv samhandling foregår med samme utstyr. Der har vi fått svært forskjellige typer klinisk kommunikasjon til å fungere, i spekteret akutte hendelser til rådgiving /second opinion og visitt på distanse.

Et av poengene i primærhelsetjenestens pasient grunnlag, er få pasienter og mange diagnoser. Det innebærer at primærhelsetjenestens behov for klinisk kommunikasjon vil være mot ei brei kontaktflate, egentlig alle kliniske avdelinger på sykehuset. Dette er per i dag i liten grad formalisert, men foregår likevel i stor skala som telefoner til vakthavende.

Vi mangler foreløpig tilfredsstillende forskningsgrunnlag på de fleste aspekter av VAKe. Likevel kan vi på bakgrunn av erfaringer si at klinisk videokommunikasjonen kan forbedre et bredt spekter av kliniske pasientsituasjoner. VAKe har demonstrert nytte i et spekter av kliniske øyeblikkelig hjelp sammenhenger. Bruksområdene kan gjerne bruke samme utstyr, men kan trenge tilpasset organisering og oppsett av utstyr. Ytterpunktene i dette er de spesialtilpassede oppsettene i et akuttrom/ skadestue kontra det møte lignende oppsettet ved en psykiatrisk kommunikasjon på distanse. Eksempler på bruksområder mellom eks Lenvik DMS og UNN kan være:

1. VAKe fungerer som et beslutningsredskap kan optimalisere behandling og pasientløp i akutte hendelse med tidskritisk behov for akutt medisinsk kompetanse, avklaring av logistikk, og transport.
2. Videokonferanse kan optimalisere og kvalitetssikre pasientløp og behandling i situasjoner hvor friske eller kronisk syke opplever en forverring av situasjonen. Det kan gjøres en rask avklaring av pasientvei og foretrukken behandling, basert på pasientens behov, aktuelle behandlingsalternativer og ressurser. Spesielt aktuelt vil det være mellom observasjonssenger i kommunene og sykehuset, generelt i uavklarte situasjoner.
3. Observasjon av inneliggende pasienter. For pasienter som ligger til observasjon, kan data kommuniseres med samarbeidspartner, eks på sykehus. Det har vært brukt på "langsomme" tilstander som frostskafer, der spesialist har vurdert utviklingen med noen timers mellomrom, og samtidig vært tilgjengelig dersom uforutsette episoder skulle inntreffe. Da bruker spesialisten lite tid på pasienten, men er samtidig i tilgjengelig.
4. Legevisitt på distanse. Spesielt egnet for "satellitter", som i teledialyse. Men kan også brukes i alle sammenhenger med begrenset tilgang til spesialister der man avtaler at pasienten tilsees.
5. Kontroll etter undersøkelse og behandling. Vil være aktuelt i alle sammenhenger hvor pasienten er ferdig behandlet fra sykehus, og skal til kontroll. Kontroller vil være blant de kliniske sammenhenger hvor lokalt helsepersonell kan lette kommunikasjonen ved å opptre som kontrollerende lege/helsepersonells "forlengede arm".
6. Utskrivings samtaler. Aktuelt ved kompliserte rehabiliteringer og overføringer av pasienten til primærhelsetjeneste/ hjemmesykepleie eller sykehjem/ obs seng. Spesielt egnet til å belyse kompliserte behandlingsløp, rehabilitering og oppfølging. Det muliggjør også at mange disipliner og profesjoner kan legge fram sine synspunkter og diskutere seg fram til en optimal avgjørelse der og da. Situasjonene er spesielt egnet til veiledning, eksempelvis av mindre brukte prosedyrer.

2. Funksjon av VAKe/ klinisk videokonferanse

VAKe er som kjent bruk av to standard videokonferanseenheter. Generelt er den ene (på pasientsiden) optimalisert for å samle og vise samtids pasientdata. Det betyr at alle tilgjengelige pasientdata, lagrede og samtids, tilgjengelig gjøres gjennom videokonferanse og datakommunikasjon. Det betyr at videokamera viser pasienten, pasientdetaljer, behandlingssituasjonen, samtids vitaldata monitorering og eventuelle undersøkelser (eks. ultralyd og auskultasjonslyd). PC-data kan være pasientjournal, røntgenbilder og labsvar. Denne videokonferanse enheten er standard, men bør ha et godt kamera til å vise bilder av pasienten.

Den andre enheten (på spesialistsiden/ sykehuset) optimaliseres for å samle, motta og tolke innkomne data. Den er også helt standard, men bør ha en god skjerm til å lese data. Dessuten en god fjernstyringsenhet, fordi denne siden styrer kamera i andre enden. Det jobbes for å gjøre VAKe plattformuavhengig, og vi regner med å kunne kombinere videokonferanse, desktop PC og håndholdte telefonbaserte løsninger, der det ikke kreves maksimal funksjonalitet.

VAKe er designet til å gi et godt beslutningsgrunnlag for å optimalisere behandling og pasientløp. Et viktig poeng her er at de som jobber med pasienten, ikke betjener VAKe utstyret.

3. Andre forhold med VAKe

Alle akutte og uklare situasjoner har et behov for å framskaffe aktuell, oppdatert og sikker informasjon om pasienten. VAKe baserer seg på kommunikasjon mellom kompetente helsearbeidere, og med en felles forståelse av situasjonen ut fra ulike ståsted. At begge sider har muligheten til å gjøre selvstendige vurderinger av den tilgjengelige informasjonen er viktig. Dette kan anvendes til en rask og sikre kvalitetssikring av pasientløp. I et større perspektiv kan videokonferanse fungere som et nytt redskap i forståelsen mellom nivåene i helsevesenet. Flere av eksemplene vi har så langt, har generert nye former for samhandling mellom tradisjonelle parter, basert på en bedre forståelse av pasientsituasjonen, og et tettere samarbeid mellom partene basert på ansikt til ansikt kontakt gjennom videokonferanse.

Potensialet i bruk av videokonferanse er bundet til både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens evne og vilje til å kommunisere over dette mediet. I mange sammenhenger har vi i dag sett grunner til at denne kommunikasjonen ikke fungerer. Det er mange faktorer som påvirker et velfungerende system. Ikke minst er det en del kritiske sammenhenger og minimumsfaktorer i kommunikasjonen det må tas spesielt hensyn til. De kliniske spesialister i sykehuset er en slik minimumsfaktor, og bruken av spesialistene må optimaliseres i forhold til deres arbeidsoppgaver for øvrig. Dessuten vil en kontinuitet i kommunikasjonen kreve stimuleringstiltak. Dag mangler takster og økonomiske insentiver. Dette må på plass i oppbyggingen av kliniske tjenester.

4. Kompetansebygging.

Kompetansebygging kan gjøres ved tradisjonell pedagogisk læring, eller ved bevisst bruk av den kliniske arbeids situasjon.

Vanligvis vil tradisjonell undervisning, diskusjon og veiledning gjøres i en møterom eller undervisningsrom sammenheng. En undervisnings enhet med videokonferanse utstyr trenger ikke spesielt utstyr til klinisk datainnsamling, og er en standard enhet. Men mye av helsepersonellens læring er relatert til den kliniske hverdagen, og gjerne til situasjoner som er ekstra krevende. Dette sammenfaller med bruken av VAKe og klinisk VK. I tillegg er mulighetene for dialog med annet helsepersonell, med et annet perspektiv, på mange måter en ideell situasjon for veiledning og læring.



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Arkiv: 026
Saksmappe: 2012/435
Saksbehandler: Øystein Rørslett
Dato: 02.08.2012

Saksframlegg

Interkommunalt samarbeid om etablering av regionalt diabetesteam

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Oppvekst- og omsorgsutvalget	18/12	31.08.2012
Kommunestyret	55/12	10.09.2012

Vedlegg

1 2012 04 12 Diabetesteam driftsplan Jx

Saksopplysninger

Samhandlingsreformen legger som kjent opp til at kommunene skal ivareta flere helsetjenester. I denne sammenheng har en bl a utredet behov, muligheter og konsekvenser av å etablere et interkommunalt samarbeid om diabetesteam for Midt – Troms regionen etter initiativ fra Lenvik kommune.

Lenvik kommune har etablert (bl a finansiert med øremerket tilskudd) prosjektet ”Lenvik som regional motor i samhandlingsreformen”, og prosjektgruppa for tiltaket har siste året invitert aktuelle samarbeidskommuner til drøfting av samarbeidsprosjekter. Fra faglig og administrativt hold i vår kommune ble det uttrykt positiv interesse for deltakelse i etablering av et regionalt diabetesteam i DMS Midt- Troms.

Aktuelle samarbeidskommuner er alle 8 kommunene i Midt – Troms regionen, Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy, og det ble etablert en arbeidsgruppe bestående av representanter fra samarbeidskommunene og brukerorganisasjon, mv.

I vedlagte rapport er det redegjort for arbeidsgruppas sammensetning og mandat. Rapporten konkluderer med forslag om å etablere -, samt utkast til driftsplan og budsjett, for et regionalt diabetesteam.

Lenvik kommunestyre behandlet saken i møte 28.06.2012 sak 98/12, med følgende vedtak:

- 1. Lenvik kommunestyre er positiv til etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av et regionalt diabetesteam i tilknytning til DMS Midt-Troms som beskrevet i vedlagte driftsplan.*
- 2. Lenvik kommunestyre anbefaler at denne tjenesten settes i drift fra 1. januar 2013 og at de øvrige kommunene i Midt-Troms regionen inviteres til å delta i samarbeidet.*
- 3. Det utformes en egen samarbeidsavtale med kommunene som ønsker å delta i dette tjenestetilbudet hvor Lenvik kommune er vertskommune.*
- 4. Det forutsettes at tjenesten finansieres som beskrevet i driftsplanen.*

Inndekning for driftskostnadene gjøres i forbindelse med budsjett 2013.

5. *Kommunestyret ber om at konsekvensen av de vedtak som fattes i de enkelte kommuner foreligger slik at dette kan legges i budsjettprosessen for 2013.*

Administrasjonens vurdering

Etter gjennomgang av nevnte arbeidsgruppes rapport og etter samråd med fagpersonale i Dyrøy kommune, vurderer rådmannen etablering av et interkommunalt regionalt diabetesteam som et godt tiltak for å gi et tilbud til pasienter med diabetes i Dyrøy kommune.

Rådmannen tilrår at Dyrøy kommune er positiv til Lenvik kommunes invitasjon til å delta i dette samarbeidet.

Dyrøy kommunes utgift pr år (andel av årlig netto utgift kr 100 000) vil være begrenset til i størrelsesorden kr 10 000 dersom alle 8 kommuner i regionen deltar.

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Dyrøy kommunestyre er positiv til etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av et regionalt diabetesteam i tilknytning til DMS Midt-Troms slik som beskrevet i vedlagte utkast til driftsplan.
2. Dyrøy kommune ønsker å være med i oppstartsfasen av denne tjenesten. Det forutsettes at diabetesteamet finansieres som beskrevet i driftsplanen.
3. Rådmannen bes om å gå i forhandlinger om samarbeidsavtale og legge denne fram for formannskapet til godkjenning. Formannskapet delegeres myndighet til å godkjenne avtalen også ved eventuell deltakelse av færre enn 8 kommuner i regionen.
4. Utgifter til et interkommunalt diabetesteam legges inn i kommunens budsjett for 2013.

Ordførers innstilling:

Saksprotokoll i Oppvekst- og omsorgsutvalget - 31.08.2012

Enst. vedtatt som rådmannens forslag til vedtak.

Vedtak i Oppvekst- og omsorgsutvalget - 31.08.2012

5. Dyrøy kommunestyre er positiv til etablering av et interkommunalt samarbeid om drift av et regionalt diabetesteam i tilknytning til DMS Midt-Troms slik som beskrevet i vedlagte utkast til driftsplan.
6. Dyrøy kommune ønsker å være med i oppstartsfasen av denne tjenesten. Det forutsettes at diabetesteamet finansieres som beskrevet i driftsplanen.
7. Rådmannen bes om å gå i forhandlinger om samarbeidsavtale og legge denne fram for formannskapet til godkjenning. Formannskapet delegeres myndighet til å godkjenne avtalen også ved eventuell deltakelse av færre enn 8 kommuner i regionen.
8. Utgifter til et interkommunalt diabetesteam legges inn i kommunens budsjett for 2013.

Randi Lillegård
ordfører

Øystein Rørslett
rådmann

REGIONALT SAMARBEID

Regionalt Diabetesteam i DMS Midt-Troms

Driftsplan

Motorprosjektet

12.04.2012



Innhold

1.0	Innledning.....	3
1.1	Arbeidsgruppas mandat	3
1.2	Arbeidsgruppas sammensetning	4
1.3	Hvordan har gruppa jobbet i prosessen?	4
1.4	Hvilke kommuner som dekkes av funksjonen	5
2.0	Utfordringer.....	6
2.1	Forekomst av diabetes i Midt-Troms	6
2.2	Seinkomplikasjoner ved diabetes.....	7
2.3	Samfunnskostnad	8
3.0	Tiltak	9
3.1	Pasientperspektivet.....	9
3.2	Samfunnsøkonomi.....	10
4.0	Inntakskriterier/eksklusjonskriterier	11
5.0	Drift /Beskrivelse av tjenesten	12
5.1	Drift.....	12
5.2	Ambulering	12
5.3	Bemanning.....	13
5.4	Tilbud som teamet kan bistå med	14
5.5	Rutinekontroll hos diabetessykepleier	14
5.6	Datasystem	15
5.7	Rom, funksjonskrav til rom.....	16
5.8	Teknologi /utstyr	16
6.0	Eksternt samarbeid.....	17
6.1	Faglig samarbeid med UNN	17
6.2	Samarbeidsforhold mellom kommunene.....	18
7.0	Informasjonsstrategi	18
8.0	Økonomi	19
8.1	Utgifter	19
8.2	Inntekter	19
8.3	Budsjett	20
	Kilder.....	21

1.0 Innledning

I Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid, heter det:

"Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)." (Sammendrag pkt: Hovedgrep 2: Ny fremtidig kommunerolle)

Gjennom samhandlingsreformen søker man å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene vi som samfunn står ovenfor. En desentralisering av tjenester tidligere levert av spesialisthelsetjenesten skal gi lettere og lik tilgang til gode og likeverdige helse og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted.

Personer med diabetes-type 2 utgjør en stor andel av kronisk syke i dag. I følge Diabetesforbundet er det anslagsvis 350.000 personer i Norge med diagnose. (diabetesforbundet) Etter innføringen av Samhandlingsreformen vil mange helse- og omsorgsoppgaver ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og må løses lokalt. Innen formålet med samhandlingsreformen nevnes diabetes-type 2 spesifikt flere ganger, blant annet i forhold til kommunale lærings og mestringstjenester; tidlig intervensjon ved diabetes-type 2 (...) og Tverrfaglige team, herunder ambulante med særlig fokus på kroniske sykdommer som diabetes-type 2 (...). (Stortingsmelding 47, pkt 3.3.3 og pkt 3.3.3.1)

1.1 Arbeidsgruppas mandat

Styringsgruppa for prosjektet "Lenvik som regional motor i samhandlingsreformen" ber om en utredning for hvordan voksne pasienter med type 1- og type 2-diabetes i Lenvik, og omkring liggende kommuner, kan få et helhetlig, robust behandlingstilbud i henhold til nasjonale retningslinjer og BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

Aktuelle samarbeidskommuner vil være: Bardu, Berg, Dyrøy, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy.

1.1 Kvalitet

Et regionalt diabetesteam skal levere en tjeneste som oppleves trygg for pasientene, som er robust og helhetlig, og holder et behandlingsnivå som faglig og kvalitetsmessig er like godt som tilbudet ved spesialist helsetjenesten.

1.2 Kartlegging

Det skal inngå i forslaget en kartlegging av antall pasienter innenfor de ulike gruppene og kommunenes nåværende ressurser og kompetanse knyttet til denne pasient gruppen.

1.3 Organisering

Arbeidsgruppa skal beskrive hvordan kommunene og helseforetaket i samarbeid kan organisere behandlingstilbudet, inkludert ulike ressursbehov.

1.4 Kompetanse

Arbeidsgruppa skal beskrive tiltak for å etablere, utvikle og ivareta tilstrekkelig kompetanse i det totale behandlingstilbudet, inkludert pasientopplæring.

1.5 Økonomi

Ressursbehovet i forslaget skal også inneholde en økonomisk betraktning. Det skal beskrives hvordan et pilotprosjekt kan gjennomføres mellom Lenvik og de øvrige kommunene for en hensiktsmessig tidsperiode og hvilke ressurser som kreves for å gjennomføre piloten.

1.2 Arbeidsgruppas sammensetning

- Berit Fjellstad Viken, diabetessykepleier, Lenvik kommune (Gruppeleder)
- Jostein Jenssen, prosjektleder Motorprosjektet, Lenvik kommune
- Steinar Konradsen, fastlege, Senjalegen
- Anita Vestad, hovedtillitsvalgt, Lenvik kommune
- Leif Pedersen, Diabetesforbundet
- Ann-Kristin Evenstad, helsefaglig rådgiver, Sørreisa og Dyrøy kommune
- Stig Johansen, virksomhetsleder helse, Berg kommune
- Lisbeth Solbø, virksomhetsleder helse, Tranøy kommune
- Ann Hege Kårsten, diabetes-/fagutvikings-sykepleier, Bardu kommune

I tillegg har følgende personer deltatt på arbeidsgruppas første møte, ut over det har de hatt status som rådgivere i prosessen, de har pr e-post og telefon besvart spesifikke henvendelser:

- Mona Iren Torsteinsen, diabetessykepleier, UNN Tromsø
- Johan Svartberg, endokrinolog, UNN Tromsø

1.3 Hvordan har gruppa jobbet i prosessen?

I perioden 1.9.2011–31.12.2011 har arbeidsgruppa møttes 4 ganger. Perioden 1.12.2012–5.3.12 etter nyttår har vært brukt til skriftlig arbeid med rapporten, samt innhenting av informasjon/opplysninger. Gruppa har i hovedsak kommunisert pr e-post og telefon.

Alle medlemmene i gruppa har hatt ansvar for å innhente opplysninger om konkrete tema/problemstillinger underveis i prosessen. Informasjon er videresendt leder for arbeidsgruppa, som har hatt et særlig ansvar i forhold til å samle informasjon og skriftlig sammenfatte dette til en helhetlig rapport.

Leder for arbeidsgruppa har vært engasjert i en 10 % stilling for å arbeide med tematikken. Øvrige deltakere har deltatt i gruppa på vegne av den stilling/funksjon de har i representative kommune, med unntak av representanten til diabetesforbundet, som har deltatt i gruppa på frivillig basis gjennom interesseorganisasjon.

1.4 Hvilke kommuner som dekkes av funksjonen

Kommuner som er relevant for samarbeid om diabetesteam er primært kommunene i Midt-Troms regionen, dvs. Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy. Til sammen gir det et befolkningsgrunnlag på om lag 30 000 mennesker.

Om ønskelig kan flere kommuner delta og eventuelt melde seg inn i samarbeidet.

Lenvik kommune inviterte samtlige kommuner i regionen ved ordfører, rådmann og helseleder til et drøftingsmøte 31. august 2011. Tema for møtet var samhandlingsreformen og de interkommunale samarbeidstema som en del av "Motorprosjektet". Til dette møtet kom representanter fra 7 av 8 kommuner i regionen – kun Bardu kommune var ikke til stede.

De tilstedeværende kommunene ga et generelt inntrykk av at de var positive til å delta i utredning av aktuelle nye tjenester herunder et regionalt diabetesteam. Ingen av kommunene i regionen har så langt besluttet å delta i tjenesten når den eventuelt settes i drift.

Det er en forutsetning at den enkelte kommune gjør forpliktende vedtak om at kommunen skal være med i samarbeidet. Det forutsettes videre at kommunene som deltar bidrar økonomisk til driften etter *en forholdsvis fordeling som samarbeidspartene blir enige om*. Det etableres særskilt samarbeidsavtale om interkommunalt samarbeid i tilknytning til drift av regionalt diabetes team.

Befolkningsgrunnlag	Folketall	Prosent andel
1931 Lenvik	11 294	39
1929 Berg	907	3
1928 Torsken	911	3
1927 Tranøy	1 538	5
1926 Dyrøy	1 205	4
1925 Sørreisa	3 371	11
1922 Bardu	3 942	13
1924 Målselv	6 563	22
Sum	29 731	100

2.0 utfordringer

Forekomsten av både diabetes type 1 og type 2 øker i Norge. I 2004 var estimatet 265 000 mennesker med diabetes, og halvparten av disse var udiagnostisert. (Nasjonale retningslinjer for Diabetes 2009) I dag antar man at 375 000 mennesker har diabetes. Ca 25 000 av disse har type 1-diabetes, denne andelen er stabil. (Diabetesforbundet)

I en større helseundersøkelse i Nord-Trøndelag i 2007-08, HUNT, fant de at prevalensen, for Diabetes type 2 i 2007-08 ca. 5 % hos menn og 3,5-4 % hos kvinner som var 20 år eller eldre. (Helsedirektoratet, Nasjonale retningslinjer for Diabetes, 2009)

2.1 Forekomst av diabetes i Midt-Troms

Prevalensen fra HUNT er representativ også for vår region. Basert på befolkningstall pr 01.01.11 (Statistisk sentralbyrå), får vi følgende tall for forekomst av **type2-diabetes** i Midt-Troms:

Pasientgrunnlag Midt-Troms		30.000 mennesker
Kjønn, aldersgruppe	Prevalens ifølge HUNT	Antall med diabetes type 2
Menn > 20 år	5 %	555 personer
Kvinner > 20 år	3,5-4 %	383 – 437 personer
Samlet, Type 2		938 – 992 personer

I følge Nasjonale retningslinjer for Diabetes er prevalensen av uoppdaget diabetes 2 er like høy som forekomsten av diabetes type 2. Det betyr at det i Midt-Troms regionen trolig er mellom 1500 og 2000 personer med oppdaget/uoppdaget diabetes.

Tradisjonelt er det fastlege lokalt og ved komplisert sykdom også spesialisthelsetjenesten ved UNN Tromsø, Harstad og Narvik som følger opp disse pasientene.

På landsbasis har 25 000 personer **type 1-diabetes**, det er anslagsvis 5/1000 av befolkningen, og antallet er økende. Hyppigst forekommer nydiagnostisering i aldersgruppe <15 år; 28/100.000 pr år. (Nasjonale retningslinjer for diabetes 2009)

Pasientgrunnlag Midt-Troms		30.000 mennesker
Beregningsgrunnlag	Estimat	Antall med diabetes type 1
I befolkningen	5/1000	150 personer
Nydiagnostisering <15 år	28/100.000	Om lag 8 personer

2.1.1 Tall fra Finnsnes legekantor, inkl Rossfjord og Gibostad legekantor

Ved Finnsnes legekantor, inkludert Rossfjord og Gibostad, ser man en økning av pasienter med diagnose Diabetes Mellitus INA. Tabellen nedenfor illustrerer dette i en enkel fremstilling, og viser en fordobling i antallet på de siste 6 år. Årsaker til dette ligger trolig i at det som tidligere ble behandlet i sykehus, nå i mye større grad løses i kommunale lege- og helsetjenester. I tillegg er det en betydeligere andel yngre mennesker som erverver ulike former for livsstils relaterte sykdommer, slik som diabetes type 2. (WinMed, nov 2011)

Tidsperiode	Benyttet diagnosekode	Antall konsultasjoner	Plassering av mest brukte diagnoser
01.01.11 – 28.11.11	Diabetes Mellitus INA	651	4. *
01.01.10 – 31.12.10	Diabetes Mellitus INA	638	
01.01.05 – 31.12.05	Diabetes Mellitus INA	328	17.

* Nr 1 og 2 på denne lista er samlediagnoser som dekker mer generelle problemstillinger og administrative prosedyrer. Det vil derfor her kunne være en betydelig andel treff for diabetes, blant annet på resepter, som oftest registreres i gruppen for administrativ prosedyre. WinMed, nov 2011)

2.1.2 Pasienter fra Midt-Troms med diabetes i Medisinsk klinikk UNN Tromsø

Tabellen nedenfor viser antall personer fra regionen som har vært henvist til UNN Tromsø. De aller fleste pasienter med diagnosen diabetes-type 1 følges opp av spesialist helsetjenesten, og tallene viser et reelt bilde av antall pasienter i regionen med denne diagnosen. Det kan være et tillegg i at noen pasienter ikke drar til kontroll, eller at de benytter seg av UNN Harstad eller Narvik.

ÅR: 2010: Dips rapport D 647. Liste over pasienter med gitt diagnose		
Kommune	Diagnose E10 <i>Diabetes mellitus type I</i>	Diagnose E11 <i>Diabetes mellitus type II</i>
Bardu	15	25
Berg	8	19
Dyrøy	14	6
Lenvik	59	98
Målselv	18	64
Sørreisa	11	29
Torsken	11	14
Tranøy	5	19
Sum	141	274

(Kilde: Johan Svartberg, endokrinolog UNN Tromsø)

De fleste personer med type 2, er ikke til kontroll ved UNN. At det likevel er et så pass stort antall kan skyldes at de fleste som får diabetes-diagnose inviteres til et Mestringskurs i regi av UNN, og dette registreres som en konsultasjon.

2.2 Seinkomplikasjoner ved diabetes

Et langt liv uten komplikasjoner er mulig for en person med diabetes, men det krever god kontroll og bevisste valg i egen diabetesbehandling. Fokus på læring og mestring står sentralt. Komplikasjoner kan oppstå i nuet, slik som høyt (hyperglykemi) eller lavt (hypoglykemi) blodsukker. Disse er ubehagelige, men lar seg korrigere ved klok akutt behandling. Den langvarige effekten av disse komplikasjonene, særlig hyperglykemi, er en kompliserende faktor ved sykdommen, og må tas på alvor av pasient og behandler. I tillegg har de fleste pasienter med type 2-diabetes overvekt, høyt blodtrykk og høye fettstoffer.

Det er påvist en klar sammenheng mellom grad av metabolsk kontroll og utvikling av diabetesrelaterte seinkomplikasjoner. Flere studier viser entydig at god blodsukkersenkende behandling reduserer forekomsten av komplikasjoner i øyne, nyrer og nerver (mikrovaskulære komplikasjoner). Videre viser studier at blodtrykkssenkende behandling reduserte forekomsten både

av mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (åreforkalkning, hjerteinfarkt og hjerneslag) hos personer med type 2-diabetes. Andre store studier har også vist en meget god effekt av kolesterolsenkende behandling hos personer med diabetes og økt risiko for hjerte- og karsykdom. Videre vet vi at livsstils-intervensjon i høyrisikogrupper kan forhindre eller forsinke utviklingen av diabetes.

Tilfredsstillende regulering av blodsukkeret (lav HbA1c) forebygger ca. halvparten av alle mikro- vaskulære komplikasjoner, og reduserer risiko for hjerte- og karsykdom. God blodtrykkskontroll forebygger hjerte- og karsykdom hos 2/3 av pasientene, samt mikrovaskulære komplikasjoner. Behandling av høyt kolesterol reduserer forekomsten av hjerte- og karsykdom med ca. 30 %. (Helse Nord, 2007)

2.3 Samfunnskostnad

Pasientreiser er en betydelig samfunnskostnad. Tabellen nedenfor viser estimerte besparelser i reisekostnader for henviste pasienter, fra aktuelle samarbeidskommuner til UNN Tromsø, kontra å møte til poliklinisk konsultasjon ved DMS Finnsnes.

Tallgrunnlag

Ventetaktst pr min	6	Tall hentet fra Nimes. Uttrekk Polikliniske konsultasjoner HDG E 11.0-11-9. Kilde: Pasientreiser UNNTromsø						
Gjennitt ventetid, UNN i minutt	120							
Gjennitt ventetid FINNSNES	60							
Dagtakst pr km	11							
			Til UNN ekskl. egenandel, 1 vei			Til Finnsnes ekskl. egenandel, 1 vei		
		Kommune	Km	Pris ruteg	Pris taxi	Km	Pris ruteg	Pris taxi
		Lenvik	160	145,00	1638,00	3	0	0
		Sørreisa	160	182,00	1638,00	19	0	115,20
		Tranøy	202	217,00	2091,60	40	0	342,00
		Berg	2218	246,00	2264,40	57	0	525,60
		Dyrøy	184	232,00	1897,20	48	0	428,40
		Torsken	229	261,00	2383,20	68	10	644,40
		Målselv	135	65,00	1368,00	24	0	169,20
		Bardu	165	95,00	1692,00	69	10	655,20
Drosjeandel	20%							
Rutegående	80%							

Antall pasienter 2010, Hoveddiagnosegruppe 11									
2010	1922 Bardu	1924 Målselv	1925 Sørreisa	1926 Dyrøy	1927 Tranøy	1928 Torsken	1929 Berg	1931 Lenvik	Totalsum
HDG 11 11.0-11.9	15	51	22	3	8	12	17	77	205 pas
Estimat potensiell årlig besparelse									
HDG 11 11.0-11.9	13.661	83.085	46.057	6.731	18.872	30.031	41.800	157.912	398.148,- NOK

3.0 Tiltak

Opprettelse av diabetesteam i Midt-Troms er basert på en interkommunal tjeneste der Lenvik kommune er vertskommune. Det ligger naturlig i at Finnsnes er regionsenter, DMS er allerede etablert i Lenvik kommune, og det er Lenvik kommune som er initiativtaker i denne prosessen; "Lenvik som regional motor i samhandlingsreformen".

Måloppnåelse ved behandling er avhengig av pasientens ressurser. Daglig må vedkommende ta beslutninger og krevende valg, og leve med konsekvensene av behandlingen. Om diabetes-behandlingen skal bli en suksess, må pasienten ta ansvar for egen helse. Hjelpeinstansene kan kun være med på å legge til rette for et best mulig grunnlag for egne beslutninger. Dette må til en hver tid være målet for mestringsarbeidet, slik at den enkelte kan ta styring over egen sykdom og ansvar for egen helse – eget liv. Økt kunnskap om diabetes i primærhelsetjenesten er derfor viktig. Det anbefales fra Helse Nord, i Handlingsplan for Diabetes 2008-2013, at helsepersonell gis mulighet til videreutdanning, og at det opprettes egne stillinger for diabetessykepleiere i kommunen. (Helse Nord, 2007)

"Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til en hver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøklene." (Stortingsmelding 47, pkt 3.3.3)

Gjennom samhandlingsreformen skal pasienten sikres bedre behandling der de bor. Det skal lønne seg å forebygge sykdom, fremfor å behandle i etterkant. Et eksempel som nevnes i Samhandlingsreformen er *"at kommunene setter inn tiltak i forhold til forebygging og tidlig intervensjon av type 2-diabetespasienter slik at det på sikt blir færre som utvikler hjerte-/karsykdommer, senkomplikasjoner som synsproblemer, amputasjoner eller som vil trenge dialysebehandling på sykehus."* (Stortingsmelding 47 pkt 3.3.3)

Det er to viktige aspekter ved å tilby tjenester regionalt og lokalt: Til det beste for pasienten og samfunnet. Det presiseres at når betegnelsen regional eller lokal benyttes, henspiller det på et kommunalt forankret diabetesteam, driftet via virksomheten Senjalegen.

3.1 Pasientperspektivet

En person med type 1-diabetes skal årlig til kontroll hos spesialist på UNN, i tillegg til kontroller hos diabetessykepleier. Disse vil i mange tilfeller kunne tas hos lokal diabetessykepleier. Dersom sykdommen er dårlig regulert blir det gjerne to til tre kontroller hos spesialist, og her kunne deler av oppfølgingen/kontrollene vært gjort lokalt. I tillegg skal det være en årskontroll hos fastlege. Også oppfølging av personer som er insulinpumpebrukere kan i samarbeid med spesialist gjøres lokalt, så fremt diabetessykepleier innehar den nødvendige kompetanse. Også disse pasientene skal årlig til kontroll hos spesialist. Lokal oppfølging vil kunne medføre færre liggedøgn ved UNN. (Diabetesforbundet Lenvik og Senja)

Pasienten får kortere reisevei, det gir mulighet til hyppigere kontroller. Vi skal i lag med pasienten etterstrebe gode kontrollrutiner, og kontrollene må individualiseres. Det anbefales jf. Nasjonale retningslinjer for Diabetes, enklere kontroller hver 2.-6- måned, og en grundig kontroll årlig, samt

kontroll hos spesialist årlig. Ved stabil situasjon, uten seinkomplikasjoner eller annen kompliserende sykdom, og pasienten er innenfor behandlingsmålet kan kontrollintervallet forlenges.

En person med type 2-diabetes blir i langt større grad fulgt opp av fastlege, både med tanke på kontroll og oppfølging. Disse pasientene har 2-3 kontroller i året hos fastlege, inkludert årskontroll. Erfaringen til Diabetesforbundet er at til disse kontrollene varierer fra legekontor til legekontor, og at mange pasienter sitter igjen med mange spørsmål om sin diabetes, som det enten ikke er blitt tid til å gjennomgå, eller at fastlegen ikke kan gi konkrete og tilfredsstillende svar. (Diabetesforbundet Lenvik og Senja)

Opprettelse av regionalt diabetesteam vil bringe spesialistkompetansen nærmere pasienten. Til tross for at det er en kommunalt drevet tjeneste, vil den representere en fagprofesjon som tidligere har vært forbeholdt sykehusene i denne regionen. Det vil være til størst endring for type 2-pasienten, som i stor grad følges opp av fastlege pr i dag. Fastlegene har begrenset tid ved hver konsultasjon, pasienten opplever at tida ikke strekker til, de får ikke stilt alle sine spørsmål, får ikke utfyllende nok svar. Gjennom oppfølging hos diabetesteam vil konsultasjonene være lengre, det blir tid til flere tema, og lengre samtaler, tjenesten blir mer fagspesifikk enn hos en allmennpraktiserende lege.

Nærhet til kontroll vi kan trolig gjøre at pasienten kommer hyppigere til kontroll. Hyppigere kontroller kan bidra til bedre blodsukkerkontroll, dette vil igjen gi pasienten en bedre hverdag på kort sikt og begrenset omfang av seinkomplikasjoner. Hyppigere kontroller vil gjøre at utfordringer kan tas tak i tidligere, på et tidlig stadium er det lettere å korrigere, og seinkomplikasjoner kan begrenses.

Nærhet gir også ofte trygghet for pasienten. Terskelen for å ta kontakt med en lokal hjelpeinstans er ofte lavere enn å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten. At tjenesten samlokaliseres med Senjalegen og DMS gjør at det er kjente omgivelser, de fleste pasienter vet hvor de skal, det blir mindre stress forbundet med kontrollene. Kortere reisevei og mindre belastende pasientreiser. I tillegg vil det være en mindre klinikk, dermed vil pasienter kunne oppleve en mer personlig relasjon til hjelpeinstans.

3.2 Samfunnsøkonomi

Hyppigere kontroller lokalt vil forhåpentlig gi bedre måloppnåelse for personer med diabetes, det gir færre seinkomplikasjoner, som i et samfunnsperspektiv vil være besparende i forhold til antall pasientreiser for behandling.

Trolig vil et lokalt diabetesteam først og fremst kunne bidra til at mange personer med type 2-diabetes hyppigere møter til kontroll, dette igjen vil trolig ha positiv effekt i forhold til å nå sine behandlingsmål, noe som videre er kostnadsbesparende for samfunnet. Kortere reisevei, slippe sykehustur, mindre fravær fra skole og jobb, mindre tapt arbeidsfortjeneste er positive faktorer for de aller fleste, og også her er det en samfunnsøkonomisk gevinst.

Ved at det opprettes diabetesteam lokalt/regionalt vil man overføre et antall pasienter fra spesialist helsetjenesten til primærhelsetjenesten, som igjen vil føre til kortere ventetid og økt effektivitet hos spesialist.

Alle fordeler for pasient og samfunn avhenger selvfølgelig av en faglig sterk og godt drevet tjeneste. I det ligger et konstant utviklingspotensial som krever engasjerte ansatte og et sterkt faglig fokus. Det er nødvendig med et faglig nettverk og hospitering etc. som i andre lignende etablerte tjenester.

4.0 Inntakskriterier/eksklusjonskriterier

En regional diabetesklinikk vil fortrinnsvis være et tilbud til voksne med diagnostisert Diabetes type 1 og type 2, henvist av fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Pasienten må ha diagnostisert diabetes før henvisning. Hovedansvaret for behandlingen vil alltid ligge hos fastlege. Pasienter, som har etablert kontakt med teamet, kan også ta direkte kontakt ved behov for veiledning.

Majoriteten av brukere vil være personer med type2-diabetes, fordi majoriteten av personer med diabetes har type 2 og fordi de i utgangspunktet følges opp av primærhelsetjenesten/fastlege. I de tilfeller pasient og diabetesteam ikke når behandlingsmål eller at det tilkommer medisinske utfordringer man i teamet/lokalt ikke har kompetanse til å løse, kontaktes spesialisthelsetjenesten, enten for å drøfte videre behandling, ev må pasienten henvises, av fastlege til spesialist. Endokrinolog ved UNN Tromsø har døgnvakt.

Personer med type 1-diabetes følges i utgangspunktet opp av spesialisthelsetjenesten. Ved en stabil type 1-diabetes, ev ved hyppig kontrollbehov, kan pasienten likevel følges opp lokalt gjennom tett samarbeid med behandlende spesialist, for å gjøre behandlingssituasjonen mindre belastende for pasienten; færre pasientreiser, nærmere tilgang til tjenestene etc. Dette avhenger av teamets inneværende kompetanse. Pasienter med insulinpumpe kan følges opp lokalt, i den grad teamet innehar riktig kompetanse. Oppstart insulinpumpe gjøres imidlertid alltid hos spesialist.

Deloppfølging kan gis barn og gravide ut i fra den fagkompetansen den enkelte diabetessykepleier har, men vil i utgangspunktet ikke tilhøre primærgruppen av pasienter tilknyttet lokalt diabetesteam. Barn faller innenfor spesialistfelt for barnelege, dermed har UNN, ved barneavdelingen, et særskilt ansvar for behandlingen.

Gravide, med kjent diabetes, både type 1 og type 2, følges opp av spesialist, ettersom behandlingsmålene er skjerpet og risikofaktorene mange. Om regionalt diabetesteam skal følge gravide, må det være i tett samarbeid med spesialist, og i all hovedsak for å lette pasientens situasjon. Også dette avhenger av teamets inneværende kompetanse. Svangerskapsdiabetes kan følges opp av regionalt diabetesteam.

Presisering vedrørende forebygging.

Et regionalt diabetesteam, **i forhold til denne driftsplanen**, skal i all hovedsak drive veiledning til og kontroll av sykdom hos pasienter i regionen. Inntakskriterium er *diagnostisert diabetes type 1 eller 2*.

Dersom **flere diabetikere**, gjennom et lokalt tilbud om helsehjelp, opplever å få bedre kontroll over sin sykdom, vil dette kunne ha stor forebyggende effekt på seinkomplikasjoner som følge av diabetes. Slik forebygging vil utgjøre et betydelig potensiale for samfunnsøkonomisk innsparing. Øvrig primær forebygging kan mer høre inn under det forebyggende arbeidet ved for eksempel en frisklivssentral eller lignende.

Skal det i tillegg drives generell forebygging av diabetes som en del av tjenesten må denne dimensjoneres på en annen måte, og planlegges med en annen struktur.

5.0 Drift /Beskrivelse av tjenesten

Arbeidsgruppa mener et regionalt diabetesteam må etableres på DMS Finnsnes underlagt virksomheten Senjalegen, lokalisert ved Finnsnes legekantor. Dette ser pr i dag ut som den mest hensiktsmessige måte å drive på med tanke på å sikre inntekter for tjenesten. En slik plassering sikrer også at tjenesten blir tilhørende et eksisterende fagmiljø, nærhet til laboratorium, samt en stor andel av fastlegene i regionen. I tillegg nærhet til administrativ ledelse med tanke på HMS og kvalitetssikring. Et annet positivt aspekt er at tjenesten får tilhørighet i et større miljø og det har stor betydning med tanke på psykososiale forhold i en arbeidssituasjon.

5.1 Drift

Arbeidsgruppa foreslår at teamet i startfasen skal bestå av 2 diabetessykepleiere (100 % stillingsressurs fordelt på 2 x 50 % stillinger) og lege (10 % stillingsressurs).

Diabetessykepleierne skal ha egne konsultasjoner, og innkalle pasientene selv. Pasienter er, ved førstegangskontakt, henvist til kontroll/oppfølging av fastlege eller spesialist helsetjenesten. Diabetessykepleier må ha faste dager med konsultasjoner, da det er forutsigbart for pasienter med tanke på å ta kontakt ved behov utenom avtalte tider. Noen dager en diabetessykepleier, enkelte dager 2 diabetessykepleiere. Det benyttes da ev andre ledige kontorer. Tjenesten må ha et fast kontor, og god tilgjengelighet for pasient, gjennom telefon, telefonsvar og e-post. Arbeidet må organiseres slik at det er kontinuerlig drift. Ved ferieavvikling på sommer kan det forekomme få uker uten drift. Pasienten må da kontakte fastlege ved behov for bistand.

Teamet har faste møter ukentlig eller hver annen uke. Da drøftes kasus, pasientutfordringer, faglige spørsmål og arbeidsrutiner. I tillegg konfereres teamlege i fortløpende ved behov, gjennom at diabetessykepleier tar kontakt pr telefon/elektronisk, avhengig av hastegrad. Det sørges i alle tilfeller for at taushetsplikt overholdes.

For å sikre en godt forankret og faglig forsvarlig tjeneste bør tjenesten drives innenfor gitte rammer og uten vesentlige endringer i minst et år. Etter om lag et års drift gjøres det en evaluering med tanke på korrigerende/justering av innholdet i tjenestetilbudet. Kartlegging av brukertilfredshet er trolig nyttig som et ledd i denne evalueringen.

5.2 Ambulering

Arbeidsgruppa har vurdert det til at tjenesten må sikres en faglig forsvarlig oppstart før man er i posisjon til å vurdere hvorvidt det skal drives noen form for ambulerende virksomhet. Dette samsvarer med anbefalinger fra Universitetssykehuset Nord Norge (endokrinolog Johan Svartberg). I anbefalingen presiseres at hovedfokus må rettes mot en faglig forsvarlig tjeneste og at det vil være svært ressurskrevende å skulle innlemme ambulerende virksomhet i driften i oppstartsfasen av et nytt tjenestetilbud. Utredning med konsekvensanalyse av en driftsmodell hvor inngår ambulerende tjeneste, kan gjøres etter om lag et års ordinær drift, i tilknytning til evalueringen.

I denne forbindelse må det vurderes hvorvidt tjenesten skal drive ambulerende virksomhet, hvilke kommuner som skal besøkes og hvilke tjenester som kan tilbys. Eksempelvis: Pasientoppfølging/kurs for pasienter og/eller opplæring/kurs for helsepersonell.

Det må da utredes nærmere om en mulig variant kan være en utadrettet tjeneste som fortrinnsvis driver med opplæring av helsepersonell, samt kommer ut og drøfter aktuelle kasus/utfordringer i de ulike kommunene? Videre må det avklares om det skal opprettes egne kontorlokaler og plassering av disse. Følgende spørsmål må også vurderes: Må vi ha kontor stående med dertil hørende utstyr på en plass, eller kan vi bruke transportabelt utstyr? Hvordan sikrer vi nærhet til teamlege og bevarer faglig stabilitet? Kan vi samarbeide med andre legekantor og laboratorium? Hvilke spesifikke kostnader vil en ambulering utløse?

5.3 Bemanning

Administrativt personale: Diabetesteamet plasseres under virksomhetsleder i Senjalegen.

Virksomhetsleder har ansvar for drift og system; Innebærer rammer, rutiner, faglige retningslinjer, HMS, kvalitetssystemer. Lenvik kommune ved virksomhetsleder har arbeidsgiver og -systemansvar. Kommuneoverlege har faglig ansvar; Innebærer faglige prosedyrer etc. Dette kan ev delegeres til en annen lege/teamlege. Ved behov for sekretærtjeneste dekkes dette gjennom tilhørighet til virksomheten.

Lege: Lege med spesiell interesse for fagområdet, tilsvarende 10 % stilling. Faglig ansvarlig i samarbeid med kommuneoverlege. Legen skal ikke ha pasientkonsultasjoner, men være konsulent og gi råd til øvrig team. I tillegg faste møtetider for diskusjon av kasus, fag, drift med diabetessykepleier. Teamlege må kunne skrive ut resepter.

Diabetessykepleier: 100 % stillingsressurs, delt på to 50 % stillinger. Har sykepleiefaglig ansvar for tjenesten. Tenkt drift: To faste poliklinikk dager hver med pasientkonsultasjoner og pasientkontakt pr tlf og e-post. En dag felles, til individuell og felles pasientoppfølging, fagutvikling, møter i diabetesteamet etc. All oppfølging/konsultasjon foregår på dagtid, ukedager, ved eget kontor ved DMS/Finnenles legekantor.

Individuelle stillingsbeskrivelser: Vil være styrende for hvilke tjenester teamet kan tilby. Årlig evaluering av stillingsbeskrivelser i forhold til kompetanse og tjenestetilbud.

Drift etter kompetanse i teamet; Utdanning og klinisk erfaring avgjørende for de tjenester som tilbys. Ny kompetanse gir mulighet for å utvide for nye funksjoner.

Kompetansebehov: Må ha tilknyttet diabetessykepleier og lege, gjerne med endokrinologisk kompetanse. Dersom vanskelig å rekruttere spesialsykepleier, kan annen sykepleier, med særlig interesse for denne spesialitet, ansettes. Det er ønskelig at vedkommende tar sikte på å erverve seg videreutdanning innenfor fagområdet. Neste oppstart videreutdanning Diabetesbehandling og – omsorg, 30 studiepoeng, er ved Universitetet i Nordland høst 2012. Alternativt studiested er Universitetet i Bergen.

5.4 Tilbud som teamet kan bistå med

- Konsultasjoner og oppfølging, lage individuelle behandlingsplaner for pasienter med diabetes
- Kontroll Hba1c og U-ACR
- Opplæring og oppfølging ved nyoppdaget type-2
- Type-1 innlegges normalt sykehus når sykdom oppdages, kan følges opp lokalt i de tilfeller sykdommen er stabil og ukomplisert og i tett samarbeid med spesialist
- Pasientopplæring, særlig ved diabetes type 2; blodsuktermåling, kostveiledning, tablettbehandling, insulinbehandling, livsstilsendring, o.a. Pårørende kan inviteres med
- Foreslå for fastleger ved behov for henvisning andre behandlere; endokrinolog, ernæringsfysiolog, fotpleier, fotterapeut, øyelege, ortopediingeniør (krever henvisning fra spesialist), sårpoliklinikk o.a.
- Kurs og opplæring av pasienter med nyoppdaget diabetes, fortrinnsvis type 2, ev andre relevante temakurs/gruppeopplegg
- Kurs og opplæring av annet helsepersonell
- Være en ressurs som tilfaller hele den kommunale lege- og helsetjenesten
- 2 dagers kurs for nydiagnostiserte pasienter, oppstart og opplæring. 2-3 ganger pr år.

5.5 Rutinekontroll hos diabetessykepleier

varer normalt i 30-45 minutter og bør omhandle:

- Livssituasjon
- Psykisk helse
- Problemer/utfordringer relatert til diabetes og blodsukkerregulering
- Diskusjon egenmåling, kontroll av pasientens målinger, måleapparat og teknikk
- Hypoglykemi er, erfaring og angst for følinger. Spesielt ved type 1 der dette er mest utbredt
- Måloppnåelse, samtale om individuelle behandlingsmål
- Blodtrykk
- Gjennomgang blodsukkerprofil
- Hba1c og U/AKR. Diabetes-team tar HbA1c og U-AKR. Ved behov for utvidede blodprøver må disse rekvireres via fastlege og tas på dertil hørende laboratorium
- Vekt/livsmål. Spesielt ved type 2, vurdering av vektendring
- Fotkontroll hos pasienter ut i fra risikovurdering (pkt 11.9 i nasjonale retningslinjer)
- Undersøkelse med tanke på ev seinkomplikasjoner
- Registrering av aktuelle data i elektronisk datajournal – NOKLUS
- Evaluering av måloppnåelse, risikofaktorer og levevaner, sammen med pasienten
- Sjekke om de har vært til årskontroll, spesialister etc.
- Tilby opplæring, ev annet etter behov
- Samtale om tema pasienten er opptatt av
- Avtale neste kontroll
- Ved behov konfereres team-lege, fastlege eller endokrinolog.

Dersom ikke tilstrekkelig tid, avtale ny kontroll relativt snart. Etter konsultasjon sendes epikrise til fastlege. Dersom andre hjelpeinstanser er involvert, som hjemmesykepleie, sykehjem eller andre institusjoner; utveksle informasjon og behandlingsopplegg.

5.6 Datasystem

Tjenesten knyttes opp mot eksisterende datasystemer ved Finnsnes legekontor/Senjalegen. Diabetessykepleier bruker WinMed, konsultasjoner føres på kommuneoverlege, slik at takstene registreres på kommunal stilling.

5.6.1 Elektronisk kommunikasjon

Gjennom WinMed sendes epikrise, etter konsultasjon hos diabetessykepleier til fastlege elektronisk internt på Finnsnes legekontor, samt Gibostad og Rossfjord legekontor. Det må sees på alternativ for å sende elektronisk til øvrige fastleger i Senjalegen og øvrige kommuner. Mulig finnes mulighet for dette. Alternativt kommunikasjon via telefon og pr post.

Elektronisk kommunikasjon med hjemmesykepleie, sykehjem og øvrige institusjoner, for å utveksle informasjon og behandlingsopplegg, vil foregå via ELIN-K, internt i Lenvik kommune. Mulig finnes mulighet for elektronisk kommunikasjon med øvrige samarbeidskommuner, da vil samme prosedyre følges. Alternativt kommunikasjon via telefon og pr post.

5.6.2 FUNNKe-prosjektet

Elektronisk kommunikasjonssystem og meldingssystem mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og internt i primærhelsetjenesten. Prosjektet er ikke slutført, men systemet vil tas i bruk når det iverksettes.

5.6.3 Noklus

Gratis Diabetes fagsystem/diabetesskjema for primærhelsetjenesten. Norsk Diabetesregister for voksne tilbyr to ulike registreringsverktøy: Vi må se hvilket som passer for vår tjeneste.

NOKLUS Diabetes fagsystem er en strukturert diabetesjournal som dekker alle funksjoner ved en diabetespoliklinikk.

Medisinsk registreringssystem (MRS) er en web-basert registrering som er tenkt brukt av diabetes poliklinikker som ikke kan ta NOKLUS Diabetes fagsystem i bruk. Her registreres journaldata manuelt på web-sider via Norsk Helsenett. (Noklus.no)

Diabetespoliklinikker som avgir data til Norsk Diabetes registeret vil få en tilbakemeldingsrapport som kan brukes til kvalitetsforbedrende arbeid. NOKLUS Diabetesskjema anbefales brukt i Nasjonale retningslinjer for Diabetes. Helse Nord, gjennom sin Handlingsplan for Diabetes 2008-2013, anbefaler på det sterkeste at primærhelsetjenesten tar i bruk Noklus Diabetesskjema da dette både gir oversikt, system og fungere som huskeliste i forhold til god diabetesoppfølging.

5.7 Rom, funksjonskrav til rom

- 1 fast kontor.
Til dager der man er 2 diabetessykepleiere ev lege, kan andre ledige kontorer benyttes.
- PC med software
- Kontorinventar
- Vask; til håndvask og utslag av urinprøver etc.
- Benk med lite benkeskap.
- Venterom

5.8 Teknologi /utstyr

- HbA1c og U-ACR måler: DCA 2000+, samt forbruksmateriell
- Personvekt
- Måleband
- Blodtrykksapparat
- Undersøkelseslampe
- Monofilament – for fotundersøkelse
- Fagbøker
- Informasjonsmateriell

6.0 Eksternt samarbeid

I driften av et regionalt diabetesteam vil det være flere samarbeidsparter både internt og eksternt. Samarbeidet vil være av faglig, kvalitetsmessig og økonomisk art.

Internt i Lenvik kommune og i samarbeidskommuner vil dette være

- Primærhelsetjeneste/fastleger og kommunale helseinstitusjoner; faste rutiner for samarbeid/kommunikasjon
- Laboratorie/bioingeniører – kvalitetssikring av laboratorieundersøkelser

Eksternt vil dette kunne være

- Spesialisthelsetjenesten UNN – kvalitetssikring medisinsk behandling, bidra til forskning/forebygging av diabetes og diabetesrelaterte komplikasjoner
- Kommuner med tilsvarende og sammenlignbare diabetestjenester – hospitering
- Deltakelse i Regionalt diabetesforum
- Farmasøyter/legemiddelfirma – kvalitetssikring medisinbruk/hjelpemidler

6.1 Faglig samarbeid med UNN

UNN er naturlig samarbeidspart i kraft av at de er spesialisthelsetjenesten som naturlig dekker området geografisk. For å bygge opp en faglig sterk og forsvarlig tjeneste regionalt må det etableres faglig og kvalitetssikret samarbeid, som vil være kompetansehevende for tjenesten.

Samarbeid vil kunne foregå

- Telemedisinsk
- Telefonisk
- Deltakelse i UNN sine diabetesfaggrupper, ev andre relevante faggrupper, eks sårbehandling
- Hospitering i fagmiljø; faglig oppdatering og opplæring
- Andre fagrelevante samlinger, kurs etc. arrangert av UNN

6.1.1 Regionalt diabetesforum

Helse Nord støtter Regionalt diabetesforum, og den betydning det har for nettverksbygging og kompetanseheving innenfor forebygging og behandling av diabetes. Det vil være av stor betydning at et regionalt diabetesteam får mulighet og støtte til å delta i dette forumet, som har som målsetting å arrangeres hvert annet år.

6.1.2 Årsplan kompetanseutvikling

Eksempelvis 2 opplæringsbolker à 2-3 dager pr år, for alle medlemmer av regionalt diabetesteam (2 diabetessykepleiere og 1 lege). I form av hospitering, kurs, studiesirkler.

Hospitering kan være ved spesialisthelsetjeneste/UNN eller sammenlignbar tjeneste i annen region/kommune. Vi tilbyr gjensidig hospitering fra UNN, og andre aktuelle.

Deltakelse i Regionalt diabetesforum.

Kompetanse utviklingen må bidra til faglig oppdatering og kvalitetssikring av tjenesten. Ved nyervervelse av kompetanse må det kvalitetssikres at opplæringen er så god at det kan utvide tjenestetilbudet regionalt. Opplæring må da gis og kvalitetssikres etter den norm spesialisthelsetjenesten/annen opplærende instans benytter.

6.2 Samarbeidsforhold mellom kommunene

Organisering som kommunal tjeneste, men Lenvik kommune som vertskommune etter vertskommunemodellen §28 i kommuneloven. Avdelingen blir en del av virksomheten Senjalegen.

Samarbeidet bygges opp på samme måte som øvrig interkommunalt samarbeid knyttet til DMS. Det lages samarbeidsavtaler for drift og fordeling av utgifter, ev annet.

Tjenesten må ha fokus på overføring av spesialistkompetanse til de involverte kommuner innenfor aktuelt fagområde slik at kompetansen også øker ute i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

7.0 Informasjonsstrategi

Dersom det bestemmes at tilbudet skal etableres, blir det viktig å få ut informasjon til befolkningen, samarbeidsparter, brukere/pasienter og politiske myndigheter.

Tilbudet må markedsføres, alene og i lag med øvrige tjenester knyttet til DMS. Informasjonskanaler vil være internett, Lenvik kommunes og samarbeidende kommuners web-sider, informasjonsplakater og ev brosjyremateriell.

8.0 Økonomi

8.1 Utgifter

Hoveddelen av driftsutgiftene utgjør lønnskostnader til 1 årsverk for diabetessykepleier og 10 % årsverk for lege.

Andre driftsutgifter dreier seg om diverse engangsutstyr, husleie, oppdatering av kompetanse og lignende.

Ved etableringen av tjenesten vil det påløpe noe investeringskostnader som må dekkes inn gjennom leieinntekter.

8.2 Inntekter

Inntekter skal sikres gjennom at vi kan ta i bruk takstsystemet for fastleger ved å knytte tjenesten til Senjalegen. Kommuneoverlegen er ansvarlig for konsultasjon slik at takstinntektene tilfaller kommunen og således dekker deler av driftsutgiftene. Denne praksisen er forenlig med hvordan det gjøres i andre kommuner som yter tilsvarende tjenester til befolkningen, eksempel vis Alta kommune.

I det ligger pasientbetaling, som faller innenfor HELFO sitt system for egenandeler, frikort og refusjonstakster. I tillegg takster for utstyr, laboratorium og bruk av Noklus diabetesskjema.

	Forventet antall/dag	Takst inkl refusjon NOK	Daglig inntekt NOK	Inntekt, 5 dager/uke NOK	Inntekt, år (46 uker) NOK
Konsultasjon inkludert laboratorietakst	7	184	1288	6 440	296 240
Refusjonstakst for HbA1c og U-ACR	7	128+115 = 243	1 701	8 505	391 230
Telefon	3	50	150	750	34 500
Enkel pasientkontakt	2	55	110	550	25 300
Noklus, takst x1/år pr pasient	800 pas/år	60			48 000
Sum Total					795 270

8.3 Budsjett

SAMHANDLINGSREFORMEN – DIABETESTEAM			
Art	Tekst	Budsjett	Sum
1010xx	Lønn inkl sos utg diasykepl	562.000	
1010xx	Lønn inkl sos utg lege 10%	124 000	
	Sum lønn		686 000
111000	Medisinsk forbruksmateriell	50 000	
112000	Andre driftsutgifter, annons ktr matr	20 000	
112005	Spes.bekl./arbeidstøy	3 000	
113001	Ab.avg.telefon/tellerskritt	4 000	
115001	Kurs/konferanseutgifter	5 000	
115002	Andre kursutgifter (opph/bill.)	3 000	
116000	Kjøregodtgjørelse	5 000	
117000	Ikke oppg.pl. reiseutg. (billetter)	2 000	
120003	Inventar og utstyr	5 000	
	Leie av med.tekn utstyr	2 000	
	Leie administrasjon,regnskap,mv.	50 000	
	FDV-kostnader	30 000	
	Sum andre utgifter		179 000
	Sum driftsutg.		865 000
	Refusjon takster	-795 000	
	Tilskudd fra UNN		-795 000
	Sum inntekter		
	Netto driftsutgift		
	Til fordeling mellom kommunene		70 000

(Tilskudd fra UNN er ikke avklart. UNN sparer om lag kr. 400.000,- på pasienttransport ved at vi etablerer diabetesteam i Midt-Troms regionen.)

Utgiftsfordelingen mellom kommunene kan gjøres etter følgende oppsett:

- 20% av netto driftskostnadene fordeles likt på kommunene.
- Resterende 80% av netto driftskostnader fordeles etter folketall.

Kilder

Diabetesforbundet, <http://www.diabetes.no>

Diabetesforbundet Lenvik og Senja, ved leder

Helsedirektoratet, 2009: *Diabetes, Forebygging, diagnostikk og behandling*. Nasjonale kliniske retningslinjer

Helse Nord, 2007: Handlingsplan for diabetes 2008-2013, prosjektrapport. *Fra kunnskap til handling*.

Helse og omsorgsdepartementet: *Stortingsmelding nr 47(2008-2009)*, Samhandlingsreformen pkt 3; Hovedinnholdet i samhandlingsreformen og Sammendrag av hovedinnhold.

<http://www.regjeringen.no>

Noklus, Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.

<http://noklus.no/Hvartilbyrvi/Norskdiabetesregisterforvoksne/tabid/85/Default.aspx>

Statistisk Sentralbyrå: <http://ssb.no>. <http://www.ssb.no/folkendrkv/tab-2012-02-23-02.html>

Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN Tromsø, endokrinolog Johan Svartberg. Muntlig og pr e-post

Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN Tromsø, pasientreiser (tall fra NIMES)

WinMed, datajournalsystem benyttet i Senjalegen