

MØTEINNKALLING

Formannskap

Dato: 23.08.2018 kl. 09:00

Sted: Kommunestyresalen

Arkivsak: 14/00582

Arkivkode:

Mulige forfall meldes snarest til ordføreren.

SAKSKART			Side
Saker til behandling			
66/18	16/00514-7	Astafjordlegene	2
67/18	18/00243-2	Partnerskapsavtale mellom Ibestad kommune og Ibestad Frivilligsentral.	10
68/18	18/00242-2	Opptak av Tjeldsund kommune i Sør-Troms regionråd	12
69/18	13/00518-26	Ny selskapsavtale Hålogaland Ressursselskap IKS	15
70/18	18/00018-16	Styrings,- drøftings- og orienteringssaker - Formannskapsmøte 23.08.2018	17

Hamnvik, 15.08.2018

Dag Sigurd Brustind
ordfører

Saker til behandling

66/18 Astafjordlegene

Arkivsak-dok. 16/00514-7
Arkivkode. B
Saksbehandler Roe Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Formannskap	23.08.2018	66/18
2 Kommunestyret		

Forslag til vedtak/innstilling:

Formannskapet tilrår kommunestyret å fatte følgende vedtak:

1. Astafjordlegen etableres som et samarbeid mellom kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen med utgangspunkt i Kommunelovens §28, administrativt vertskommunesamarbeid. Salangen kommune er vertskommune og de tre øvrige kommunene blir samarbeidskommuner.
2. Det gjennomføres virksomhetsoverdragelse i henhold til Arbeidsmiljølovens §16.
3. Astafjordlegen opprettholder legekantor i hver kommune. Kontorene skal bemannes fem dager i uka på hverdager med minimum to leger, hvorav den ene kan være turnuskandidat. Videre bemannes det enkelte kontor med minst to medarbeidere per legedag.
4. Astafjordlegen ledes faglig av en kommuneoverlege. Det avsettes 1 årsverk til kommuneoverlegefunksjon. Funksjonen fordeles på flere personer med ulike faglige ansvarsområder, herunder faglig ledelse.
5. 100% stilling som administrativ leder opprettes.
6. Leger og øvrige medarbeidere som ansettes etter iverksettelse av Astafjordlegen, ansettes på et tjenestested, men må ved behov påregne å jobbe ved andre legekantor.
7. Fra dato for iverksettelse av Astafjordlegen gjennomføres all tjenestekjøring fra primært arbeidssted til andre legekantor innenfor normal arbeidstid i kjøretøy som eies/leases av Astafjordlegen.
8. Ordningen med både kommunalt ansatte og privatpraktiserende leger videreføres.

9. Satsingen på turnusleger, legestudenter og andre studenter videreføres og systematiseres.
10. Det utarbeides kompetanseplan for leger og medarbeidere.
11. Det innføres felles system for pasientjournalhåndtering og telefon.
Elektroniske system for pasientenes kommunikasjon med legekantorene videreutvikles, og det innføres systematisk bruk innenfor lovens begrensinger av teknologiske hjelpemidler.
12. Merkostnadene på kommunene fordeles slik: 20% fordeles likt, og 80% etter befolkningstall.

	Merkostnad enkeltkommuner	Felles- kostnader	Sum
Dyrøy	kr 647.040	kr 361.894	kr 1.008.934
Ibestad	kr 269.700	kr 423.564	kr 693.264
Lavangen		kr 346.958	kr 346.958
Salangen		kr 622.548	kr 622.548

13. For å gjennomføre punktene 1-12 nedsettes egen styringsgruppe bestående av rådmenn/administrasjonssjef. Verts kommunen, Salangen kommune, har prosjektleder-ansvar fram til administrativ leder har tiltrådt.
14. Ibestad kommune sin merkostnad per år pålydende Kr 693.264,- dekkes over eksisterende ramme til HSO.
15. Ibestad kommune forutsetter at minimum to av de øvrige tre kommunene fatter vedtak om deltakelse, og er innforstått med at dersom en kommune ikke velger å delta så vil andelen felleskostnader øke.

Vedlegg:

1. Sluttrapport prosjekt Astafjordlegen (datert 20.6.18)
2. Kommunestyrets vedtak 23.02.2017, sak 2/17

Kort beskrivelse av saken

I kommunestyret den 23.02.2017, sak 2/17, tok kommunestyret utredningen av fase 1 til orientering og ba om at fase 2 ble iverksatt.

Dette arbeidet er nå gjennomført og saken skal opp til ny politisk behandling.

Fakta i saken

I kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen har det gjennom de siste årene fremkommet bekymring i forhold til legedekningen i distriktet, nye oppgaver som legges til kommunene, samt utfordringer med å rekruttere og beholde leger. I 2016 har de fire kommunene utviklet og jobbet med et prosjekt kalt Astafjordlegen. Med

utgangspunkt i samarbeidsordninga Senjalegen ønsket kommunene å utvikle sin egen modell, tilpasset egne ønsker og behov.

Å gi befolkningen i kommunene et fullgodt legetilbud har til tider vært krevende. Fravær av gode søkere har ført til at legestillinger har stått ubesatt, og vikarleger fra vikarbyrå har vært benyttet. Manglende tilstedeværelse av nødvendig kompetanse har medført at enkelte kommuner ikke har kunnet motta turnusleger. Ulike samarbeidsordninger har ikke i tilstrekkelig grad gitt befolkningen den primærhelsetjenesten de etterspør. Små legekantor med én til tre leger gjør det vanskelig å planlegge når ferie skal avvikles og sykdom oppstår. Det samarbeidet som er inngått med hensyn til legevakt, der de respektive kommuners leger må ta vakter, bidrar også til en svekkelse av legetjenesten i kommunen. Det er stor fare for at det systematiske samfunnsmedisinske og lovpålagte arbeidet nedprioriteres ettersom det ikke er kapasitet.

Med dette som bakgrunn ble det gjennomført møte mellom de fire rådmennene/administrasjonssjef der målet var å avklare om det var ønskelig med et interkommunalt samarbeid. Resultatet av dette møtet var at det ble besluttet å gjennomføre et prosjekt delt inn i tre faser:

Fase 1.

Avklare grunnlaget for videre arbeid med prosjekt Astafjordlegen. Fase 1 ble gjennomført i 2016 og førte til politiske vedtak i alle kommunene.

Fase 2.

Prosjekt Astafjordlegen skal detaljplanlegges (utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering). Opprettelse av Astafjordlegen vil ikke føre til billigere tjenester for kommunene, men en bedre tjeneste.

Det er i oppdragsgivers bestilling for fase 2 understreket at prosjektet ikke er iverksatt for å spare penger, men for å sikre stabil legedekning gjennom tiltak for primært å rekruttere og beholde leger og sekundært for å videreutvikle øvrige medarbeidere.

For å bistå i arbeidet med fase 2 besluttet referansegruppa, bestående av rådmenn/administrasjonssjef i de fire kommunene, at det skulle engasjeres ekstern prosjektleder. Etter en forenklet anbudsrunde besluttet referansegruppa i samråd med Finn AS at Astafjord Utvikling AS skulle engasjeres som prosjektleder.

Organisering fase 2:

Prosjekteier;

Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen kommune.

Oppdragsgiver/Prosjektansvarlig:

Roe Jensen, Rådmann, Ibestad

Styringsgruppe:

Roe Jensen (leder)

Rådmann, Ibestad

Karl-Johan Olsen/Tore Uthaug (*1)

Kommunalsjef for helse og

omsorg/rådmann, Dyrøy

Erling Hansen
Frode Skuggedal

Rådmann, Lavangen
Administrasjonssjef, Salangen

Styringsgruppa har gjennomført fire møter. Herav to fellesmøter med arbeidsgruppa.

*1 Uthaug overtok etter Olsen 1.1.18

Prosjektleder:

Astafjord Utvikling AS v/Bjørn Nordmo og Ingrid Frantzen.

Arbeidsgruppe:

Karl-Johan Olsen

Kommunalsjef for helse og omsorg, Dyrøy

Kjell-Are Pettersen

Kommuneoverlege, Lavangen

Anita Dahl-Solbakken

Leder av HSO, Ibestad

Lars A. Nesje

Kommuneoverlege, Salangen

Arbeidsgruppa har gjennomført seks møter (to sammen med styringsgruppa) inkludert befarings på legekantorene.

Det har vært gjennomført egne møter med medarbeiderne på legekantorene, og et fellesmøte for medarbeiderne og arbeidsgruppa.

Det er gjennomført dokument og litteraturstudier. Arbeidsgruppa har vært på møte med Senjalegen og prosjektledelsen med Nasjonalt senter for distriktsmedisin – UiT.

Fase 3.

Gjennomføres dersom politikerne i de fire kommunene etter fase 2 beslutter å gå videre med prosjektet. I denne fasen skal prosjektet kunne implementeres uten videre utredning.

KOSTNADER FOR ENKELTKOMMUNER:

For å oppnå målet med to leger per ukedag må Dyrøy øke sin ressursbruk med 0,5 årsverk. Med utgangspunkt i tallene for Senjalegen (kapittel 5.5) vil det med full stilling, spesialistutdanning og kontor på andre steder utgjøre kr 870.000 per år.

50 % = kr 435.000 x 1,24 (sosiale utgifter) = kr 539.400

Summen av pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO anslås til kr 270.000 per år (*1).

50 % av kr 270.000 = kr 135.000 per år.

Total merutgift per år for økt antall legedager: Lønn inkludert sosiale utgifter kr 539.400 minus pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO kr 135.000 = kr 304.400

For å oppnå to medarbeidere per legedag må Dyrøy øke sin ressursbruk med 0,8 årsverk. Med utgangspunkt i ei gjennomsnittlig årslønn for medarbeidere i Dyrøy (sykepleier og helsesekretær) beregnet til kr 475.000 vil 80 % utgjøre kr 380.000,- x 1,24 (sosiale utgifter) = kr 471.200.

Økte merutgifter per år for økt antall legedager kr 304.400 og økt antall dager for medarbeidere kr 471.200 = **775.600**

Per dato har Lavangen og Salangen til sammen 0,8 årsverk som kommuneoverlege, og Dyrøy 0,25 årsverk. 1 årsverk som kommuneoverlege for de fire kommunene fordeles likt på hver av de fire kommunen. Med utgangspunkt i Senjalegen utgjør et årsverk kr 870.000 x 1,24 (sosiale utgifter) = 1.078.800 : 4 = kr 269.700. For

Lavangen og Salangen vil det bety en besparing på 0.15 årsverk i forhold til dagens forbruk. For Dyrøy vil kostnaden bli som for dagens nivå og for lbestad vil det bli en merkostnad på kr 269.700

Merkostnad Dyrøy = kr **775.600**

Merkostnad lbestad = kr **269.700**

*1 Det er den enkelte lege og turnuskandidat som i henhold til HELFO sine systemer skal sende inn refusjonskrav. Størrelsen på årlig refusjonsinnkreving ligger mellom kr 250.000 og kr 800.000 avhengig av om det for eksempel er turnuslege eller en erfaren lege, samt i forhold til antallet pasienter på den enkelte fastleges liste. I utregningen er det lagt opp til et lavt årlig anslag i forhold til refusjoner fra HELFO.

FELLESKOSTNADER PER ÅR

Dersom en kommune velger ikke å delta vil kostnadene for de tre andre kommunene samlet øke tilsvarende kostnadene for den kommunen som ikke deltar.

Ansettelse av administrativ leder:

Godt kvalifisert leder (høgskoleutdannet). Årslønn kr 675.000X1,24 = kr **837.000** per år

Kompetanseheving:

Kritisk suksessfaktor ved innføring av Astafjordlegen og gjelder for alle ansatte. Det settes av kr **200.000** per år

Møtearenaer og intern nettverksbygging:

Det settes av kr **100.000** per år.

Leasing av biler:

Kostnad ved 4 kjøretøy (et kjøretøy ved hvert legekantor) anslås til kr. 3.500 per måned per kjøretøy = kr 14.000 per måned x 12 måneder = kr **168.000** per år.

Innføring av Elektronisk pasientjournalsystem – EPJ, og felles telefonsystem:

Engangskostnad. System, lisenser, innleie kr 250.000 for EPJ og kr 100.000,- for felles telefonsystem = kr **350.000**

Drift av Elektronisk pasientjournalsystem – EPJ, og felles telefonsystem:

Det forutsettes det at IT support ivaretas av en eller flere av de eksisterende dataavdelingene. Kostnad per år kr **100.000**

Totalt kr **1.755.000** Av dette vil kr 350.000 være engangskostnad, Det vil si at fra og med år to vil felleskostnadene være kr 1.405.000

Fordeling av felleskostnader per år

Felleskostnadene fordeles med A) 20 % likt på hver enkelt kommune og B) 80 % fordelt etter befolkningstall.

A. 20 % fordeles likt på hver kommune:

20 % av kr 1.755.000 = kr 351.000 fordeles likt på 4 kommuner = kr **87.750,-** per

B. 80 % fordelt etter folketall:

80 % av kr 1.755.000 = kr 1.404.000 fordeles etter folketall. I henhold til tabell 4.2 er folketallet 5828 innbyggere = kr 240,90 per innbygger

Dyrøy: 1138 innbyggere x kr 240,90 = kr 274.144

Ibestad: 1394 innbyggere x kr 240,90 = kr 335.814

Lavangen: 1076 innbyggere x kr 240,90 = kr 259.208

Salangen: 2220 innbyggere x kr 240,90 = kr 534.798

Sum A) og B):

Dyrøy: kr 87.750 + kr 274.144 = kr 361.894

Ibestad: kr 87.750 + kr 335.814 = kr 423.564

Lavangen: kr 87.750 + kr 259.208 = kr 346.958

Salangen: kr 87.750 + kr 534.798 = kr 622.548

Merkostnader per kommune:

	Merkostnad enkeltkommuner	Felles-kostnader	SUM
Dyrøy	Kr 775.600	Kr 361.894	Kr 1.137.494
Ibestad	Kr 269.700	Kr 423.564	Kr 693.264
Lavangen		Kr 346.958	Kr 346.958
Salangen		Kr 622.548	Kr 622.548

Vurdering

Ei enstemmig arbeidsgruppe tilrår at Astafjordlegen innføres. Det opprettholdes legekontor i hver kommune, som bemannes av leger og medarbeidere på alle hverdager. Dagens leger og øvrige medarbeidere ansettes i Astafjordlegen, og beholder sine nåværende arbeidssteder. Det motiveres og tilrettelegges for at disse ved kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling kan ambulere mellom legekantorene.

Personer som ansettes etter iverksettingen av Astafjordlegen ansettes på et tjenestested, men med plikt til å ambulere ved kompetanseheving, sykefravær eller ferieavvikling. Kjøring mellom ulike tjenestesteder foregår i arbeidstiden, og ved bruk av kjøretøy eid eller leaset av Astafjordlegen. Det innføres felles kommuneoverlegefunksjon fordelt på flere personer som samlet ivaretar bred fagkompetanse.

Astafjordlegen ledes faglig av en av kommuneoverlegene og administrativt av en administrativ leder. Ny stilling opprettes.

Kompetanseheving av leger og øvrige medarbeidere prioriteres, og det legges opp til systematisk videreutvikling for rekruttering, mottak og oppfølging av turnusleger og studenter. Det innføres felles system for pasientjournalhåndtering og telefon, og kommunene inngår administrativt vertskommunesamarbeid i henhold til Kommunelovens §28. Før inngåelse av avtale utarbeides det avtaler for ansvar, myndighet, delegering, økonomi samt utvikling og evaluering.

Innføring av Astafjordlegen vil ha flere effekter på kort og lang sikt. Tilgang på felles system for pasientjournalhåndtering vil føre til at den enkelte lege og medarbeider i enda sterkere grad kan gi den enkelte pasient et godt tilbud. Innføring av felles telefonsystem vil føre til mindre ventetid for pasienter som for eksempel ønsker å bestille legetime. Det vil bli lettere å benytte dagens kompetanse mer effektivt på

tvers av kommunegrensene. For eksempel gjennom at spesialister i allmenntidisin kan veilede andre leger, turnuskandidater og studenter, eller at medarbeidere med spesialkompetanse kan bli en ressurs for alle fire kommunene.

Kommunene kan videreutvikle og systematisere deling av systemer og rutiner. Felles faglig og administrativ ledelse vil føre til bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten, som vil føre til mindre sårbarhet i forbindelse med kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling. Planlegging for rekruttering av nye leger og øvrige medarbeidere blir lettere, og mulighetene for veiledning og kompetanseheving forenkles.

Helse og miljø (HMS og "tradisjonelle miljøspørsmål)

Det forventes en forbedring av legetilbud og tilgjengelighet i lbestad kommune, noe som vil komme befolkningen til gode. Et større faglig miljø forventes også å ha positive mentale- og faglige effekter ved legekantoret.

Personell

lbestad kommune får tilført kommuneoverlegeressurs, slik at de samfunnsmedisinske arbeidsoppgavene blir ivaretatt.

Økonomi

Merkostnaden, per år, på kr. 693.264,- må ses i sammenheng med følgende: lbestad kommune har per dato ikke kommuneoverlege og arbeidsoppgaver innen samfunnsmedisin blir derfor ikke ivaretatt. Kr. 270.000,- av totalsummen er kostnader i forbindelse med etablering av kommuneoverlege i lbestad kommune.

Per dato har lbestad kommune en svært dyr legeordning. Gjennom et samarbeid med de andre kommunene står vi sterkere ved rekruttering og forhandling av lønn. Det vil også bli fremmet en søknad til fylkesmannen om oppstartsmidler, når de respektive kommunene har fattet sine vedtak.

Rådmannens konklusjon

Etter en totalvurdering vil rådmannen tilrå at lbestad kommune tilslutter seg samarbeidet. Konklusjonen er basert på det faktum at innbyggerne i lbestad kommune vil få en bedre helsetjeneste. lbestad kommune får dekket inn behovet av kommuneoverlege og dermed ivaretatt de samfunnsmedisinske oppgavene. Rådmannen er også av den mening at merkostnadene vil elimineres på sikt, ved rekruttering av nye leger.

Vedlegg til sak

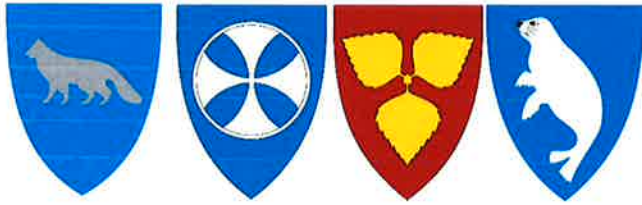


Sluttrapport
Astafjordlegene, fase



Kommunestyrets
vedtak - sak 2/17

SAK 66/18 - VI



2018

Prosjekt - Astafjordlegen



Astafjord Utvikling

20.06.2018

Sammendrag

Iverksetting av prosjekt Astafjordlegen har bakgrunn i at det gjennom en periode over mange år har vist seg at det i større eller mindre grad er blitt mer krevende å rekruttere og beholde leger til kommunehelsetjenesten.

Ei enstemmig arbeidsgruppe tilrår at Astafjordlegen innføres. Det opprettholdes legekantor i hver kommune, som bemannes av leger og medarbeidere på alle hverdager. Dagens leger og øvrige medarbeidere ansettes i Astafjordlegen, og beholder sine nåværende arbeidssteder. Det motiveres og tilrettelegges for at disse ved kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling kan ambulere mellom de ulike legekantorene. Personer som ansettes etter iverksettingen av Astafjordlegen ansettes på et tjenestested men med plikt til å ambulere ved kompetanseheving, sykefravær eller ferieavvikling. Kjøring mellom ulike tjenestesteder foregår i arbeidstiden, og ved bruk av kjøretøy eid eller leaset av Astafjordlegen. Det innføres felles kommuneoverlegefunksjon fordelt på flere personer som samlet ivaretar bred fagkompetanse. Astafjordlegen ledes faglig av en av kommuneoverlegene og administrativt av en administrativ leder (stillingen nyopprettes). Kompetanseheving av leger og øvrige medarbeidere prioriteres, og det legges opp til systematisk videreutvikling for mottak og oppfølging av turnusleger og studenter. Det innføres felles system for pasientjournalhåndtering og felles telefonsystem, og kommunene inngår administrativt vertskommunesamarbeid i henhold til Kommunelovens §28. Før inngåelse av avtale utarbeides det avtaler for ansvar, myndighet, delegering, økonomi samt utvikling og evaluering.

Innføring av Astafjordlegen vil ha flere effekter på kort og lang sikt. Tilgang på felles system for pasientjournalhåndtering vil føre til at den enkelte lege og medarbeider i enda sterkere grad kan gi den enkelte pasient et godt tilbud. Innføring av felles telefonsystem vil føre til mindre ventetid for pasienter som for eksempel ønsker å bestille legetime. Det vil bli lettere å benytte dagens kompetanse mer effektivt på tvers av kommunegrensene. For eksempel gjennom at spesialister i allmenntillegning kan veilede andre leger, turnuskandidater og studenter, eller at andre medarbeidere med spesialkompetanse kan bli en ressurs for alle fire kommunene. Kommunene kan videreutvikle og systematisere deling av systemer og rutiner. Felles faglig og administrativ ledelse vil føre til bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten som vil føre til mindre sårbarhet i forbindelse med kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling. Videre vil det bli lettere å planlegge for rekruttering av nye leger og øvrige medarbeidere, samt at mulighetene for veiledning og kompetanseheving forenkles.

Sjøvegan 28. mai 2018

ARBEIDSGRUPPA FOR PROSJEKT ASTAFJORDLEGEN

Karl-Johan Olsen
Dyrøy kommune

Anita Dahl-Solbakken
Ibestad kommune

Kjell-Are Pettersen
Lavangen kommune

Lars A. Nesje
Salangen kommune

Innhold

1.0	Bakgrunn	3
2.0	Hovedmål og arbeidsoppgaver for fase 2	4
2.1	Prosjektmål for fase 2	4
2.2	Fokusområder og arbeidsoppgaver fase 2.....	5
3.0	Prosjektorganisering	6
4.0	Organisering av legetjenesten i Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen.....	6
4.1	Kart over kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen	7
4.2	Folketallsutvikling.....	8
4.3	Avstander mellom legekantorene	8
5.0	Tiltak og løsninger	8
5.1	Generelle forhold	8
5.2	Faglig og administrativ ledelse	9
5.3	Forholdet til etablerte legevaktordninger	9
5.4	Kommuneoverlegefunksjon	10
5.5	Praktiserende leger	11
5.6	Medarbeidere på legekantorene	13
5.7	Felles pasientjournalhåndtering	14
5.8	Felles telefonsystem.....	14
5.9	Faglig utvikling.....	15
5.10	Merkostnader for drift av legekantorene ved innføring av Astafjordlegen	16
6.0	Alternativer og anbefaling.....	18

1.0 Bakgrunn

I kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen har det gjennom de siste årene fremkommet bekymring i forhold til legedekningen i distriktet, nye oppgaver som legges til kommunene, samt utfordringer med å rekruttere og beholde leger. Gjennom 2016 har de fire kommunene utviklet og jobbet med et prosjekt kalt Astafjordlegen. Prosjektet har tatt utgangspunkt i Senjalegen, og med utgangspunkt i dette prosjektet ønsker kommunene å utvikle en modell, tilpasset egne ønsker og behov.

Å gi befolkningen i de respektive kommunene et fullgodt legetilbud har til tider vært krevende. Fravær av gode søkere har ført til at legestillinger har stått vakant, og utbredt bruk av vikarleger fra vikarbyrå har vært benyttet. Manglende tilstedeværelse av nødvendig kompetanse har medført at enkelte kommuner ikke har kunnet motta turnusleger. Ulike samarbeidsordninger har ikke i tilstrekkelig grad gitt befolkningen den primærhelsetjenesten de etterspør. Små legekontor med én til tre leger gjør det vanskelig å planlegge når ferie skal avvikles og sykdom oppstår. Det samarbeidet som er inngått med hensyn til legevakt, der de respektive kommuners leger må ta vakter, bidrar også til en svekkelse av legetjenesten i kommunen. Det er også stor fare for at det systematiske samfunnsmedisinske og lovpålagte arbeidet nedprioriteres ettersom det ikke er kapasitet.

Med dette som bakgrunn ble det gjennomført møte mellom de fire rådmennene/administrasjonssjefene der målet var å avklare om det var ønskelig med et interkommunalt samarbeid. Resultatet av dette møtet var at det ble besluttet å gjennomføre et prosjekt delt inn i tre faser:

Fase 1.

Avklare grunnlaget for videre arbeid med prosjekt Astafjordlegen. Fase 1 ble gjennomført i 2016 og førte til likelydende politiske vedtak i alle kommunestyrene.

1. *Kommunestyret tar orienteringen vedrørende etablering av Astafjordlegen til etterretning.*
2. *Kommunestyret ber arbeidsgruppen iverksette fase 2 i prosjektet, som omhandler detaljplanlegging, utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering og implementering.*
3. *Kommunestyret ber om at saken fremmes for ny politisk behandling etter at fase 2 er gjennomført.*

Fase 2.

Prosjekt Astafjordlegen skal detaljplanlegges (utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering). Opprettelse av Astafjordlegen vil ikke føre til billigere tjenester for kommunene, men en bedre tjeneste.

For å bistå i arbeidet med fase 2 besluttet referansegruppa, bestående av rådmenn/administrasjonssjefer i de fire kommunene, at det skulle engasjeres ekstern prosjektleder. Etter en forenklet anbudsrunde besluttet referansegruppa i samråd med Finn AS at Astafjord Utvikling AS skulle engasjeres som prosjektleder.

Fase 3.

Gjennomføres dersom politikerne i de fire kommunene etter fase 2 beslutter å gå videre med prosjektet. I denne fasen skal prosjektet kunne implementeres uten videre utredning.

2.0 Hovedmål og arbeidsoppgaver for fase 2

Kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen skal med utgangspunkt i Senjalegen utvikle egen modell kalt Astafjordlegen, som skal tilpasses ønsker og behov hos de fire kommunene.

2.1 Prosjekt mål for fase 2

1. Utvikle en modell Astafjordlegen slik at befolkningen i Dyrøy, Lavangen, Ibestad og Salangen får et fullgodt legetilbud i egen kommune. Herunder ivareta allmenntilleggs- og samfunnsmedisinske oppgaver som kommunene er pålagt.
2. Prosjekt Astafjordlegen skal detaljplanlegges (utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering).
3. Med den detaljerte prosjektbeskrivelsen som bakgrunn skal det utarbeides et saksfremlegg med nødvendige vedlegg som kan legges frem for de respektive kommunene for politisk behandling.

Det er i oppdragsgivers bestilling for fase 2 understreket at prosjektet ikke er iverksatt for å spare penger, men for å sikre stabil legedekning gjennom tiltak for primært å rekruttere og beholde leger og sekundært for å videreutvikle øvrige medarbeidere.

I nesten alle OECD land er det ifølge Ono med flere (2014) slik at leger er fordelt ulikt mellom ulike regioner. I følge Holte (2015) finnes det ikke vitenskapelige studier som dokumenterer at ustabil legetjeneste som fører til vikarbruk, påvirker helsen til folk. Imidlertid er det ifølge Cabana og Jee (2004) påvist positiv sammenheng i forhold til kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient, og utbyttet dette gir pasienten. Spesielt er slik kontinuitet viktig for mennesker som er kronisk syke. Det er av Grobler med flere (2015) beskrevet fire strategier for å påvirke helsepersonell til å arbeide i områder med personellmangel:

- Utdanning (for eksempel via fortrinnsrett, god praksistilrettelegging med mer).
- Reguleringer (for eksempel fordelinger av leger i primær- og spesialisthelsetjenesten og påvirkning av geografisk spredning).
- Finansielle (for eksempel inntekt som har kortsiktig effekt, men ingen dokumentert langsiktig effekt).
- Personlig eller profesjonell støtte (for eksempel ikke-økonomisk støtte men faglig utvikling).

2.2 Fokusområder og arbeidsoppgaver fase 2

Fokusområdene og oppgavene er satt opp stikkordsmessig i uprioritert rekkefølge. Lista er ikke utfyllende og en av oppgavene i forbindelse med fase 2 vil være å utdype, konkretisere og prioritere lista (herunder kravet til involvering av ansattes organisasjoner samt forholdet til gjeldende lov- og avtaleverk):

- Eksisterende stillingshjemler som kommunene har, skal videreføres.
- Ved nytilsetninger, må tilsatte være villig til å samarbeide praktisk og faglig som beskrevet.
- Legekontorene skal bestå i de respektive kommunene, og være bemannet med lege og medarbeidere, normalt på alle hverdager.
- Videreføre og videreutvikle samarbeidsavtaler med UiT Norges Arktiske Universitet (Tromsø).
- På sikt er det ønskelig å kunne inngå i forsknings- og fagutviklingsarbeid.
- For leger som skal betjene de mindre legekontorene, er det hensiktsmessig at de også har faste arbeidsdager på andre kontorsteder.
- Det forventes at det tilrettelegges felles faglige møter, både for leger og øvrige medarbeidere.
- Forholdet til etablerte legevaktordninger, og krav til disse.
- Det etableres felles journalsystem (EPJ) der hensynet til personvern, legale krav, krav om tilgang til nødvendige og relevante opplysninger (også ved fravær blant legene) er ivaretatt.
Det må avklares hvordan legevirkosheten organisatorisk skal driftes, for legalt å kunne drifte et felles journalsystem (EPJ).
- Kompetanse- og bemanningskrav i akutforskriften er utsatt til 2020. Kommunene plikter å etablere bakvaksordning for leger i vakt, som ikke oppfyller kravene for å jobbe alene. Videre at helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i vold og overgrepshåndtering.
- Ta hensyn til at et overordnet interkommunalt legevaktsamarbeid eventuelt kan føre til ytterligere samarbeid (Kommunale, akutte døgnplasser, KAD, innen rus/psykiatri, helsesøstertjeneste, psykososialt kriseteam, jordmortjeneste, folkehelsearbeid, visuelle tjenester med mer). Dette punktet ligger utenfor prosjektets mandat, men må hensyn tas ved implementering av eventuell ny organisasjonsmodell.

3.0 Prosjektorganisering

Prosjekteier;

Dyrøy, lbestad, Lavangen og Salangen kommune.

Oppdragsgiver/Prosjektansvarlig:

Roe Jensen, på vegne av oppdragsgiver.

Styringsgruppe;

Roe Jensen (leder)

Karl-Johan Olsen

Erling Hansen

Frøde Skuggedal

Rådmann i lbestad kommune

Kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy kommune

Rådmann i Lavangen kommune

Administrasjonssjef i Salangen kommune

Prosjektleder;

Astafjord Utvikling AS v/Bjørn Nordmo og Ingrid Frantzen.

Arbeidsgruppe;

Karl-Johan Olsen

Kjell-Are Pettersen

Anita Dahl-Solbakken

Lars A. Nesje

Kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy kommune

Kommuneoverlege i Lavangen kommune

Leder av HSO i lbestad kommune

Kommuneoverlege i Salangen kommune

Referanser;

Helen Brandstorp (leder av Nasjonalt senter for distriktsmedisin – UiT) med flere.

Evy Nordby (Senjalegen).

4.0 Organisering av legetjenesten i Dyrøy, lbestad, Lavangen og Salangen

Per 1.4.18 er det et legekantor i hver av de fire kommunene. Felles for alle disse legekantorene er at de er lokalisert i hensiktsmessige lokaler med god adkomst og godt medisinsk utstyr som kreves og forventes på et moderne legekantor.

Kantoret i Dyrøy er bemannet mandager, onsdager og fredager mens de øvrige er bemannet alle hverdager innenfor normal arbeidstid. I Dyrøy er det totalt syv legedager i løpet av ei uke. Seks av disse er fordelt på hver av de tre dagene nevnt ovenfor med to leger på hver dag, og den syvende dagen er avsatt til institusjon.

I Dyrøy er legekantoret samlokalisert i Brøstadbotn sammen med kommuneadministrasjonen, NAV, fysioterapi, ambulansesenter og helsestasjon. Det er kort veg mellom legekantoret og sykehjemmet.

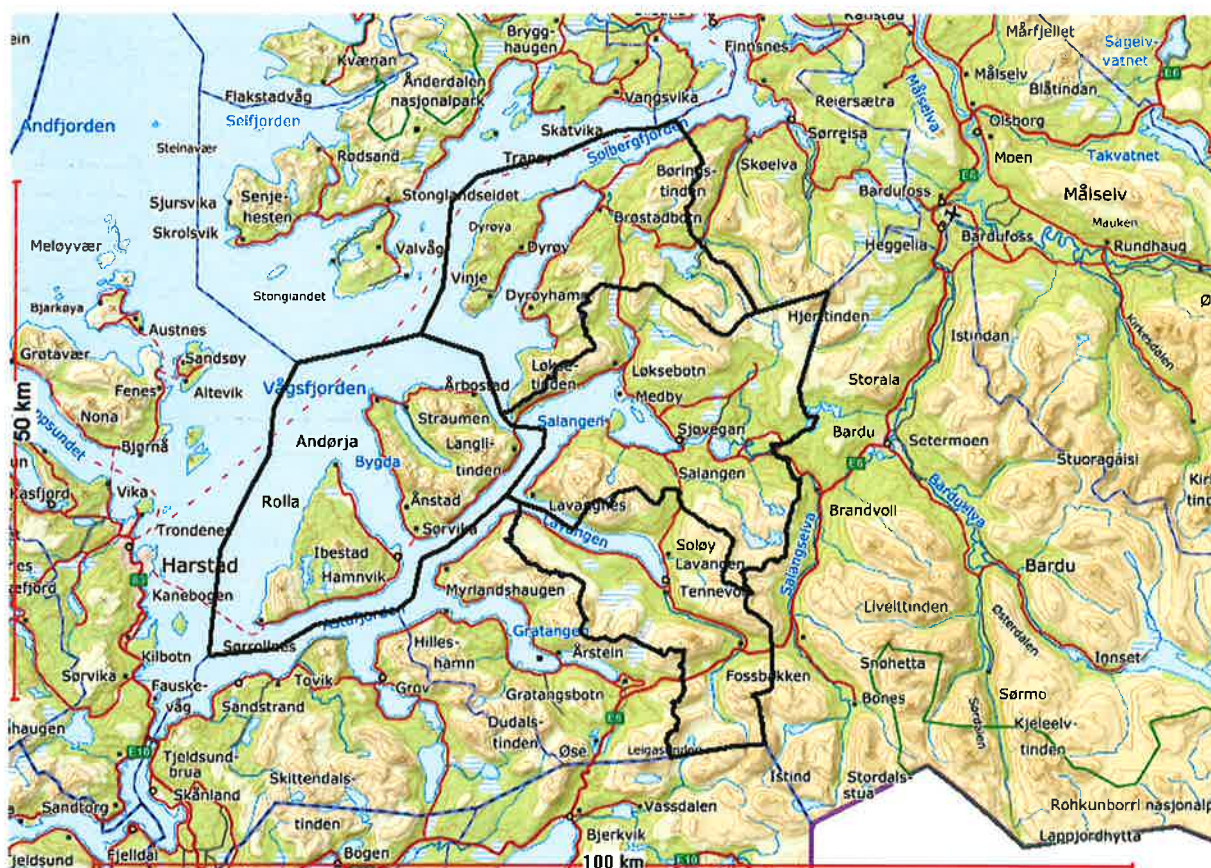
På Ibestad er legekantoret samlokalisert med Pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjon, fysioterapitjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten, NAV og sykehjemmet i Hamnvik sentrum. Det er gangavstand fra legekantoret til ambulansesasjon og kommuneadministrasjonen.

I Lavangen er legekantoret nylig flyttet fra Soløy til Tennevoll, og er nå samlokalisert med helsestasjonen. Den nye lokaliseringen er nær både sykehjem og kommuneadministrasjon.

I Salangen ligger legekantoret på Sjøvegan, og er samlokalisert med ambulansesasjon, helsestasjon, fysioterapitjenesten, psykiatritjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Det er gangavstand både til sykehjem og kommuneadministrasjon.

Nærhet til ambulansetjenesten er viktig, og opprettholdelse av dagens struktur er av vesentlig betydning i forhold til den akuttmedisinske beredskapen for innbyggerne. Kommunene Dyrøy og Lavangen har i tillegg valgt å utdanne deltidsmannskaper i Brannvesenet i forhold til «First responder» for å styrke beredskapen ved hjertelungeredning. Det ligger forpliktelser for samtrening mellom alle aktører som inngår i den akuttmedisinske beredskapen, og det må prioriteres og tilrettelegges for at dette i tilstrekkelig grad blir utført.

4.1 Kart over kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen



4.2 Folketallsutvikling

Kommune	2010	2017	Endring
Dyrøy	1233	1138	-95
Ibestad	1408	1394	-14
Lavangen	1012	1076	+64
Salangen	2211	2220	+9

Kilde: Kommuneprofilen

Totalt folketall per 31.12.17 for de fire kommunene = **5828** innbyggere. Ved utgangen av 2010 var befolkningstallet 5864. Det er syv år mellom de ulike tellingene og i perioden har det vært en nedgang i folketallet på 42 personer.

4.3 Avstander mellom legekantorene

Brøstadbotn	Hamnvik	49 km
Brøstadbotn	Tennevoll	54 km
Brøstadbotn	Sjøvegan	30 km
Hamnvik	Tennevoll	63 km
Hamnvik	Sjøvegan	44 km
Tennevoll	Sjøvegan	18 km

Kjøreavstandene mellom de fire legekantorene, Brøstadbotn (Dyrøy), Hamnvik (Ibestad), Tennevoll fra og med 1.6.18 (Lavangen) og Sjøvegan (Salangen) er i snitt 43 km. Samtlige avstander er under 70 km. Mellom Sjøvegan og Hamnvik vil det enkelte dager på vinteren kunne være stengt enten på grunn av ras eller fare for ras. Videre er kvaliteten på vegene av noe varierende standard. På tross av dette anses alle avstandene og strekningene å være innenfor akseptabel dagpendleravstand.

5.0 Tiltak og løsninger

Med bakgrunn i prosjektets mandat, prosessen som er gjennomført og beskrevet ovenfor, drøftes aktuelle utfordringer og problemstillinger i dette kapittelet.

5.1 Generelle forhold

Detaljene i gjennomføringen vil i liten grad bli beskrevet. Arbeidsgruppa anbefaler å vedta prinsippene rundt Astafjordlegen i dette stadiet av prosjektet. Når disse eventuelt er fattet vil det være opp til den nye organisasjonen å detaljplanlegge og implementere. Dialog med fagforeningene vil stå sentralt i dette arbeidet, noe som på grunn av ressurstilgang ikke har vært prioritert i denne fasen av prosjektet.

I prosjektets mandat fremkommer det at man skal sette seg inn i, og benytte erfaringer fra, innføringen av Senjalegen der dette ikke går ut over oppdragets rammer. Videre ble det forutsatt at prosjektet skulle ha dialog med Nasjonalt senter for distriktsmedisin og deres

erfaringer/forskning i forhold til denne typen samarbeid. Der det er naturlig vil erfaringer fra ovenfor nevnte, helt eller delvis bli henvist til.

Felles for kommunene er at de på ulik måte prioriterer, planlegger, organiserer, tilrettelegger for og tar imot turnuskandidater, legestudenter og andre studenter. Det er krevende å gjennomføre dette på en optimal måte både for turnuskandidat/student og arbeidsgiver, men erfaringene konkluderer med at det er svært hensiktsmessig å fortsette med å videreutvikle dette arbeidet. Turnuskandidater/studenter som blir tatt godt imot og får godt faglig og sosialt utbytte av sin utplassering får først og fremst relevant faglig påfyll, men de blir også gode ambassadører for det stedet de har vært. Dette både i forhold til selv å komme tilbake, men også for å påvirke andre. Utplassering av turnuskandidater/studenter virker rekrutteringsfremmende, og bør inngå som en viktig del av den fremtidige organiseringen.

5.2 Faglig og administrativ ledelse

En av nøkkelfaktorene for at innføringen av Senjalegen ble vellykket var fokus på, og strukturering av, den faglige og administrative ledelsen. Det anbefales at det overordnede faglige ansvaret tillegges en av legene med kommuneoverlegefunksjon. Det er ikke nødvendig at administrativ leder er lege, men det kreves gode lederegenskaper og ledererfaring. Senjalegen har ansatt administrativ leder med sykepleierbakgrunn. Ved ansettelse av administrativ leder for Astafjordlegen bør ledererfaring vektas i sterkere grad enn faglig bakgrunn.

Det anbefales at det ansettes en person i 100 % stilling for å implementere, iverksette og drifte Astafjordlegen. Det anbefales ikke at det ansettes administrativ leder i deltidsstilling, da dette ikke vil gi tilstrekkelig fokus til å kunne utføre en optimal jobb. Ved ansettelse i hel stilling bør det vurderes hvorvidt leder kan tillegges relevante merkantile oppgaver. Alternativt om disse helt eller delvis kan tillegges noen av de øvrige medarbeiderne, eller at de kjøpes hos en eller flere av de samarbeidende kommunene.

5.3 Forholdet til etablerte legevaktordninger

Fra mai 2018 har nasjonale myndigheter, i henhold til akuttmedisinforskriften, lagt opp til at leger må være spesialist i allmenntmedisin for å kunne gå selvstendig legevakt. Alternativt at det kan gås legevakt med en spesialist i allmenntmedisin som går bakvakt (iverksettelse av den nye forskriften er utsatt til 2020). Per i dag har Dyrøys innbyggere legevakt på Finnsnes sammen med kommunene Sørreisa, Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy. Kommunene Ibestad, Lavangen og Salangen har felles legevakt på Setermoen sammen med Bardu og Målselv kommune. Det er slått fast at prosjekt Astafjordlegen ikke skal ta for seg dagens legevaktordning. Imidlertid er det grunn til å påpeke at dersom den nye akuttmedisinforskriften iverksettes som forutsatt vil dette kunne få vesentlig betydning både i forhold til å rekruttere leger, men også for å beholde leger i deltakerkommunene.

I henhold til høringsnotatet fra kommuneoverlegene for de kommunene som sokner til legevakta på Setermoen ble det ved en opptelling funnet at 72 % av legevaktene i en 4 måneders periode ble utført av leger som etter reglene fra 1.5.18 vil trenge bakvakt. Videre fremgår det at 1/3 av legene som inngår i vaktplanen er kompetente til selvstendig vakt, men at enkelte kan søke vaktfritak på grunn av alder (etter fylte 60 år). Dersom kravet om at leger med bakvakt skal ha utrykningsplikt, vil det kunne føre til at vaktbelastningen blir så stor for legene at det blir vanskelig både å beholde de som per dato er i kommunene eller å rekruttere nye. Videre vil den nye forskriften kunne bli avgjørende for om det kan opprettholdes eget legevaktdistrikt i vår region.

Flyttes nærmeste legevakt for eksempel til Narvik vil det bli enda lengre for den enkelte lege å reise fra bosted til legevakta, som igjen kan virke hemmende på å rekruttere og beholde leger og det medfører betydelig lengre reisevei for publikum.

5.4 Kommuneoverlegefunksjon

Ved inngangen til 2018 har Lavangen og Salangen kommuneoverlege med 40 % stilling hver Dyrøy samarbeider med Sørreisa og er som nevnt i legevaktdistrikt med de øvrige kommunene i Midt-Troms. Disse kommunene har samlet 1,5 årsverk. Dyrøy og Sørreisa deler på 0,5 årsverk. Det vil si 0,25 årsverk i Dyrøy. Ibestad har per dato ikke definert størrelse på funksjonen. I følge SSB (2016) ligger landsgjennomsnittet for kommuneoverlege på 0,5 årsverk per 10000 innbyggere. For Troms er gjennomsnittet på 0,7 årsverk, mens Samfunnsmedisinernes organisasjon – LSA (Leger i samfunnsmedisinsk arbeid) hadde i 2012 en anbefaling på 1,0 årsverk per 10000 innbyggere.

Ofte tillegges kommuneoverlegefunksjonen til fastleger, og det anbefales at kommuneoverleger er spesialister i samfunnsmedisin. Oppgavene som skal utføres er både lovbestemte innenfor Lov om helse- og omsorgstjeneste, Lov om psykisk helsevern, Lov om smittevern, Lov om folkehelse samt Dødsårsakregisterfunksjon. I tillegg kommer de ikke-lovpålagte oppgavene der det ofte er forventninger om ansvar selv uten tildelt myndighet.

Det er ulikt hvordan de fire kommunene har organisert helsesjefunksjonen. Bakgrunnen for valg av organisering er forskjellig, og avhenger for eksempel av om kommunen er organisert etter 2- eller 3-nivåmodell. Det tilrådes at den enkelte kommune på fritt grunnlag fortsetter å organisere sin helsesjefunksjon, og at dette i sin helhet holdes utenfor Astafjordlegen.

Etter iverksetting av fase to i prosjekt Astafjordlegen har det vært rettet en forespørsel fra kommunene Bardu og Målselv i forhold til mulig felles kommuneoverlegefunksjon for alle kommunene som sokner til den interkommunale legevakten på Setermoen. Prosjektet har deltatt på møte med de nevnte kommunene, og i etterkant av dette har arbeidsgruppa anbefalt at man ikke tiltrer forslaget. Begrunnelsen for dette er at de fire samarbeidende kommunene ønsker å avklare hvorvidt Astafjordlegen skal etableres, og at man innenfor denne rammen vil etablere en slik fellesfunksjon. Videre ønsker man ikke å tiltre et slikt samarbeid på grunn av geografiske avstander og sårbarhet ved fravær.

Arbeidsgruppa ønsker imidlertid å etablere felles kommuneoverlegefunksjon innenfor rammene av Astafjordlegen. Det påpekes at arbeidsoppgavene må fordeles på flere personer, der en kan få det overordnede ansvaret. Ved å fordele ansvaret på flere personer vil disse kunne spesialisere seg innenfor ulike fagfelt, og det vil kunne bli lettere å rekruttere til funksjonen. Dette gir også rom for stedfortrederfunksjon og større robusthet ved fravær.

Det anslås å være behov for 1 årsverk til kommuneoverlegefunksjon (se vedlegg 1)

5.5 Praktiserende leger

Per dato er legene i Lavangen og turnuskandidater lønnet av kommunen. I Ibestad og Salangen er det en blanding av kommunalt ansatte leger og næringsdrivende leger med driftstilskudd. Legene som praktiserer i Dyrøy er ansatt i Sørreisa kommune.

Det er til sammen 11 leger med ulik stillingsstørrelse som praktiserer. Antallet turnuskandidater er varierende og telles ikke med her. Det påpekes imidlertid at det er viktig å satse på turnuskandidater. Dette både i forhold til den totale legedekningen, men også i forhold til å rekruttere turnusleger til faste stillinger, samt at disse både kan og vil være gode ambassadører for rekruttering av andre leger.

I Dyrøy er det to stillinger på 60 %. Bortsett fra Dyrøy er det 4 kvinner og fem menn med en gjennomsnittsalder på 44,8 år og av disse er det to personer som er spesialister i allmenntidmedisin, samt en person som er ferdig med sin spesialistutdanning i løpet av høsten 2018. I tillegg er den ene kommuneoverlegen spesialist i allmenntidmedisin, men vedkommende praktiserer ikke. Tre av de ni legene er 60 år eller eldre, og dette kombinert med naturlig jobbtapasjon vil føre til store rekrutteringsutfordringer de nærmeste årene. Erfaringer både fra Senjalegen og i forhold til arbeidsgruppas egne ønsker og erfaringer tilsier at det bør være minimum to leger i tillegg til medarbeidere for hver enkelt legedag (normal arbeidsdag). Begrunnelsen for dette er å kunne overlappet hverandre faglig og på den måten gi innbyggerne et optimalt tilbud:

«Legekontorene skal bestå i de respektive kommunene og de skal være bemannet med 2 leger (hvorav den ene kan være turnuskandidat) og to medarbeidere, normalt på alle hverdager»

Med fire legekontor vil dette kreve 40 legedager, mens det totale antallet legedager som produseres per i dag er 47. I forhold til de 47 legedagene er det viktig å ta hensyn til at Dyrøy per dato har lege tre av fem uke dager, og da bemannet med to leger. Det vil si seks legedager fordelt på 2 x 60 % stilling. For å sikre minimumsdekning med to leger på jobb alle hverdager også i Dyrøy så må Dyrøy øke stillingsressursen med 0,8 årsverk (fire legedager). Totalt antall legedager som produseres i løpet av ei arbeidsuke blir 51.

Dersom Astafjordlegen innføres, videreføres stillingshjemlene som kommunene har i dag. gjennomføres det virksomhetsoverdragelse i henhold til Arbeidsmiljølovens §16. Det må avklares hvorvidt det er mulig og ønskelig at også dagens kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende ved kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling ambulerer mellom de

ulike legekantorene. Ved å stimulere til dette vil det være mulig å holde alle fire legekantorene åpne med minimum to leger til stede på hvert kontor hver dag. Videre vil det være mulig å gjennomføre fagdager og en vil være mindre sårbare enn i dag i forhold til ferie, permisjoner, sykdom med mer.

For å lykkes er det viktig med god dialog med den enkelte lege og deres organisasjon, og merarbeidet/merbelastningen må kompenseres på en hensiktsmessig måte. I Senjalegen har de organisert seg slik at de kjører i arbeidstiden og at kjøring foretas i kjøretøy administrert av Senjalegen. Utfordringen med kjøring i arbeidstiden er at antallet timer hver enkelt lege behandler pasienter synker (legetimer). Hvor stor nedgang i antallet legetimer produsert per dag dette vil føre til, avhenger av kjørelengden. I Senjalegen (all utkjøring foretas fra Silsand i Lenvik) er nedgangen på over 30 % i forhold til kontoret på Skaland (nåværende Berg kommune).

Ved nyrekruttering må det være fleksibilitet i forhold til stillingsstørrelser og ved hvilket av de fire legekantorene stillingshjemlene plasseres. Ansatte tilsettes i Astafjordlegen med arbeidssted spesifisert til et av de fire legekantorene, og fordeles ut fra behovene til enhver tid, samt preferansene for den/de som skal tilsettes.

For å oppnå et felles fagmiljø, gode samarbeidsrelasjoner og et godt tjenestetilbud for kommunens innbyggere må leger som skal tilsettes ved behov påregne å ha arbeidsdager på andre kontorsteder enn der den primære ansettelsen er foretatt.

Kjøring fra primært arbeidssted til andre lokasjoner er å anse som arbeidstid og kan foretas innenfor normal arbeidstid og i kjøretøy som driftes av Astafjordlegen.

Der legen er selvstendig næringsdrivende, mottar de pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO. Disse legene betaler husleie til kommunen og kommunen yter basistilskudd per capita, til den enkelte legen. Basistilskuddet ligger i rammeoverføringene til kommunene.

Der legene er fastlønnet beholder kommunen basistilskuddet, og kommunen mottar pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO. Legene betaler ikke husleie og kommunen betaler lønn til den enkelte legen.

I 2015 ble leger ansatt i Senjalegen godtgjort slik:

- Grunnlønn i 100 % stilling kr 720.000,- per år.
- Spesialister i allmenmedisin gis et tillegg på kr 100.000,- per år.
- Hver lege gis 20 % av inntjeningen på sine pasienters innkrevde egenandel, og 20 % av tilhørende innkrevde refusjoner fra HELFO.
- Leger som betjener utekontor gis et lønnstillegg på kr 50.000,- per år.

5.6 Medarbeidere på legekantorene

Ifølge Nasjonalt senter for distriktsmedisin er involvering av øvrige medarbeidere en fellesnevner for å lykkes i forhold til arbeid med å bedre legedekningen. Ved utgangen av mars 2018 er det gjennomført møte med medarbeiderne på samtlige fire legekantor. I disse møtene har prosjektet, status for prosjektet og den videre fremdriften blitt presentert. I samtlige av disse møtene har det vært uttrykt tilfredshet med å få informasjon. Det ble påpekt fra medarbeiderne at man ser behovet for prosjektet, men at man er opptatt av hvordan egen fremtidig arbeidssituasjon vil bli, og at eventuelle endringer må skje i nær dialog med medarbeiderne samt at eventuelle endringer ikke må føre til økt arbeidsbelastning i forhold til ukompensert arbeidstid osv. Det er imidlertid uttrykt klart at nye arbeidsoppgaver fulgt opp av kompetanseheving og samarbeid med andre er ønskelig.

Som det fremkommer av tabellen i kapittel 4.3 «Fordeling av yrkesgrupper, kjønn og stillingsprosent» er det samlet sett svært god og variert kompetanse blant medarbeiderne.

Det er til sammen 13 kvinner med følgende utdanning og stillingsstørrelse:

Det er tre sykepleiere med totalt 2,5 årsverk. Dyrøy (70 %), lbestad (80 %) og Salangen (100 %). I Dyrøy har sykepleieren videreutdanning som kreftsykepleier og i lbestad som diabetessykepleier.

Samtlige fire kommuner har helsesekretærer fordelt på seks personer og 4,0 årsverk. Dyrøy (100 %), lbestad (80 %), Lavangen med tre personer (80 %, 60 % og 60 %) og Salangen (20 %).

Det er to bioingeniører med henholdsvis 70 % og 80 % stilling, og begge disse jobber i Salangen.

Salangen har også to andre medarbeidere i 100 % og 30 % stilling, og for disse er det ikke spesifisert utdanning.

Aldersspredningen på medarbeiderne er fra 26 år til 64 år med en gjennomsnittsalder på 43,2 år. Tre av medarbeiderne er over 60 år, og dette sammen med naturlig jobbrotasjon gjør at samarbeidskommunene også i forhold til sine medarbeidere vil ha utfordringer med rekruttering i årene som kommer.

De fire kommunene har god og allsidig kompetanse blant sine medarbeidere og bør systematisk jobbe med å videreutvikle og spre denne.

Det anbefales at det utarbeides plan for rekruttering av medarbeidere. Hver lokasjon bør ha minimum to medarbeidere med særlig tanke på å redusere sårbarhet i forhold til permisjoner, ferie og sykdom. Ved nyansettelse må det i hvert enkelt tilfelle gjøres ei vurdering av hvilken type kompetanse som skal etterspørres. Dette for å ivareta den enkelte kommune sitt behov, men også for å sikre at Astafjordlegen til enhver tid har godt sammensatt kompetanse blant sine medarbeidere.

Medarbeiderne og deres organisasjoner må gis anledning til medbestemmelse i forhold til den praktiske organiseringen. Imidlertid bør det ligge til grunn for nyrekruttering at disse i

likhet med nyrekrutterte leger må påregne å ambulere mellom de ulike lokasjonene. Slik ambuleringsmå kompenseres på lik linje med de ordninger som blir gjort gjeldende for legene (for eksempel kjøring i arbeidstid). I forbindelse med innføring av Astafjordlegen må det tilrettelegges for at medarbeidere på legekantorene kan møtes til strukturert oppfølging av faglig utvikling, utvikling av nye samarbeidsrelasjoner samt at medarbeiderne gis tilbud om økt kompetanse innen akuttmedisin. Et høyt kompetansenivå blant medarbeiderne i forhold til akuttmedisin vil bidra til økt trygghet for innbyggerne i den enkelte kommunen.

5.7 Felles pasientjournalhåndtering

Det er mulig å innføre felles pasientjournalhåndtering for to eller flere kommuner. I følge Fylkeslegen i Troms er ei forutsetning for dette med innføring av eget organisasjonsnummer. Både Senjalegen og ETS-samarbeidet (Evenes, Tjeldsund og Skånland) er organisert etter vertskommuneprinsippet med felles organisasjonsnummer og felles pasientjournal.

Kommunene Dyrøy, lbestad, Lavangen og Salangen deltar alle i ulike former for interkommunalt samarbeid. I henhold til Kommunelovens §28a gis det mulighet til at en kommune kan utføre tjenester i og for en eller flere andre kommuner.

Kommuneloven §28a «overføring av myndighet til vertskommune»

En kommune kan overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver, herunder deleger myndighet til å treffe vedtak som omtalt i forvaltningsloven §2 første ledd bokstav a (offentlig myndighetsutøvelse) til en vertskommune etter §§ 28b og 28c hvis den aktuelle lov ikke er til hinder for det.

Det er tre typer samarbeid som kan iverksettes: 1) **Administrativt vertskommunesamarbeid** og 2) **vertskommunesamarbeid** med folkevalgt nemd. Hos de deltagende kommunene er det gode erfaringer med administrativt vertskommunesamarbeid der en av kommunene tillegges eller påtar seg vertskommunerollen. Det siste alternativet er 3) **interkommunalt selskap** som passer best for tilnærmet forretningsdrift som for eksempel avfallsselskap.

Arbeidsgruppa anbefaler at kommunene inngår et administrativt vertskommunesamarbeid i henhold til §28. Før inngåelse av avtale utarbeides det avtaler for ansvar, myndighet, delegering, økonomi samt utvikling og evaluering.

5.8 Felles telefonsystem

I prosjektets oppdrag er innføring av felles telefonsystem et av temaene. Dette temaet var et av de momentene som ble drøftet i møtene med medarbeiderne på de ulike legekantorene. Her fremkom det at de fleste så positivt på dette, og at et slikt felles system ville bidra til å gi pasientene et enda bedre tjenestetilbud. Slik situasjonen er nå kan det være nødvendig å stenge sentralbordet dersom kontoret holder felles kurs eller møter. I en slik situasjon vil brukerne oppleve at legekantoret er utilgjengelig. Spesielt for de mindre

legekantorene vil det samme være gjeldende både ved sykdom og ved avvikling av ferie og permisjon. Innføring av felles telefonsystem vil gi økt tilgjengelighet til det enkelte legekantor. Ved innføring av felles telefonsystem forutsettes at det utvikles god dialog og samarbeid mellom de enkelte legekantorene og de medarbeiderne som har ansvar for å følge opp telefoniske henvendelser. Ved innføring av felles telefonsystem vil det være ei forutsetning at system for felles pasientjournalhåndtering blir innført. Ved innføring vil det til enhver tid kunne tilrettelegges for raske besvarelser av telefonhenvendelser.

Det opprettes felles telefonsystem med rullerende svarfunksjon mellom kantorene. Alarmvakt kan vurderes lagt til et av kantorene etter nærmere avtale. I livstruende tidskritiske situasjoner er det et lovkrav at nærmeste lege gir nødvendig helsehjelp.

Det anbefales at parallelt med innføring av felles telefonsystem videreutvikles det elektroniske systemet for kommunikasjon med legekantorene. Dette systemet må markedsføres på en slik måte at det motiverer til økt bruk. Dette vil være tidsriktig spesielt for yngre brukere, og vil i tillegg bidra til mindre trykk på telefon og fysisk oppmøte.

5.9 Faglig utvikling

Tradisjonelt har den enkelte kommune i sin helhet forestått å rekruttere og beholde leger. Ofte har dette ført til utstrakt og dyr vikarbruk, mye vakanser og stor turn over. Nasjonalt senter for distriktsmedisin påpeker at i de kommunene og regionene der man har lyktes med å endre den tradisjonelle metodikken for å rekruttere og beholde leger, så har de særlig vektlagt å utvikle kompetansen både til den enkelte legen, men også til hver enkelt av de øvrige medarbeiderne. Både Senjalegen og i Alta kommune er det satset på å utdanne medarbeiderne i forhold til akuttmedisin. På den måten opprettholdes et godt akuttmedisinsk tilbud på det enkelte legekantoret selv om antallet legedager og legetimer er redusert. Dette kommer innbyggerne til gode, og virker motiverende og stimulerende både på de medarbeiderne som er ansatt og i forhold til rekruttering av nye.

Hvilken type faglig utvikling det skal legges til rette for både ovenfor leger og øvrige medarbeidere må fremkomme gjennom utvikling av kompetanseutviklingsplan. Kompetanseplanen utarbeides med bakgrunn i krav, ønsker og behov sett i forhold til dagens gruppe ansatte og deres utviklingsønsker og potensial. I tillegg må kompetanseutviklingsplanen ta hensyn til fremtidige behov for rekruttering og derigjennom rotasjon av kompetanse og behov for endret kompetanse.

I Senjalegen var det i 2015 et betydelig antall ukentlige kontakter mellom pasienter og det enkelte legekantor, som ikke ble foretatt av leger, men øvrige medarbeidere. Ved å organisere tjenestetilbudet slik blir det mindre sårbarhet i forhold til om et legekantor enkelte dager ikke er bemannet med lege. Omfanget av en slik organisering må fastsettes sammen med de enkelte medarbeiderne og under ledelse av faglig og administrativ ansvarlig. I tillegg til kompetanseheving for medarbeidere, anbefales systematisk bruk innenfor lovens begrensinger av teknologiske hjelpemidler.

5.10 Merkostnader for drift av legekantorene ved innføring av Astafjordlegen

I tillegg til dagens kostnader vil det komme ekstra kostnader. Noen av disse vil være felleskostnader, mens andre vil være ekstrakostnader for enkeltkommuner.

Kostnader for enkeltkommuner:

For å oppnå målet med to leger per ukedag må Dyrøy øke sin ressursbruk med 0,5 årsverk. Med utgangspunkt i tallene for Senjalegen (kapittel 5.5) vil det med full stilling, spesialistutdanning og kontor på andre steder utgjøre kr 870.000 per år.

50 % = kr 435.000 x 1,24 (sosiale utgifter) = kr 539.400

Summen av pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO anslås til kr 270.000 per år (*1).

50 % av kr 270.000 = kr 135.000 per år.

Total merutgift per år for økt antall legedager: Lønn inkludert sosiale utgifter kr 539.400 minus pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO kr 135.000 = kr 304.400

For å oppnå to medarbeidere per legedag må Dyrøy øke sin ressursbruk med 0,8 årsverk. Med utgangspunkt i ei gjennomsnittlig årslønn for medarbeidere i Dyrøy (sykepleier og helsesekretær) beregnet til kr 475.000 vil 80 % utgjøre kr 380.000,- x 1,24 (sosiale utgifter) = kr 471.200.

Økte merutgifter per år for økt antall legedager kr 304.400 og økt antall dager for medarbeidere kr 471.200 = **775.600**

Per dato har Lavangen og Salangen til sammen 0,8 årsverk som kommuneoverlege, og Dyrøy 0,25 årsverk. 1 årsverk som kommuneoverlege for de fire kommunene fordeles likt på hver av de fire kommunene. Med utgangspunkt i Senjalegen utgjør et årsverk kr 870.000 x 1,24 (sosiale utgifter) = 1.078.800 : 4 = kr 269.700. For Lavangen og Salangen vil det bety en besparing på 0.15 årsverk i forhold til dagens forbruk. For Dyrøy vil kostnaden bli som for dagens nivå og for lbestad vil det bli en merkostnad på kr 269.700

Merkostnad Dyrøy = kr **775600**

Merkostnad lbestad = kr **269.700**

*1 Det er den enkelte lege og turnuskandidat som i henhold til HELFO sine systemer skal sende inn refusjonskrav. Størrelsen på årlig refusjonsinnkreving ligger mellom kr 250.000 og kr 800.000 avhengig av om det for eksempel er turnuslege eller en erfaren lege, samt i forhold til antallet pasienter på den enkelte fastleges liste. I utregningen er det lagt opp til et lavt årlig anslag i forhold til refusjoner fra HELFO.

Felleskostnader per år

Dersom en kommune velger ikke å delta vil kostnadene for de tre andre kommunene samlet øke tilsvarende kostnadene for den kommunen som ikke deltar.

Ansettelse av administrativ leder:

Godt kvalifisert leder (høgskoleutdannet). Årslønn kr 675.000X1,24 = **kr 837.000** per år

Kompetanseheving:

Kritisk suksessfaktor ved innføring av Astafjordlegen og gjelder for alle ansatte. Det settes av **kr 200.000** per år

Møtearenaer og intern nettverksbygging:

Det settes av **kr 100.000** per år.

Leasing av biler:

Kostnad ved 4 kjøretøy (et kjøretøy ved hvert legekantor) anslås til kr. 3.500 per måned per kjøretøy = kr 14.000 per måned x 12 måneder = **kr 168.000** per år.

Innføring av Elektronisk pasientjournalssystem – EPJ, og felles telefonsystem:

Engangskostnad. System, lisenser, innleie kr 250.000 for EPJ og kr 100.000,- for felles telefonsystem = **kr 350.000**

Drift av Elektronisk pasientjournalssystem – EPJ, og felles telefonsystem:

Det forutsettes det at IT support ivaretas av en eller flere av de eksisterende dataavdelingene. Kostnad per år **kr 100.000**

Totalt **kr 1.755.000** Av dette vil kr 350.000 være engangskostnad, Det vil si at fra og med år to vil felleskostnadene være kr 1.405.000

Fordeling av felleskostnader per år

Felleskostnadene fordeles med A) 20 % likt på hver enkelt kommune og B) 80 % fordelt etter befolkningstall.

A. 20 % fordeles likt på hver kommune:

20 % av kr 1.755.000 = kr 351.000 fordeles likt på 4 kommuner = **kr 87.750,-** per

B. 80 % fordelt etter folketall:

80 % av kr 1.755.000 = kr 1.404.000 fordeles etter folketall. I henhold til tabell 4.2 er folketallet 5828 innbyggere = kr 240,90 per innbygger

Dyrøy: 1138 innbyggere x kr 240,90 = kr 274.144

Ibestad: 1394 innbyggere x kr 240,90 = kr 335.814

Lavangen: 1076 innbyggere x kr 240,90 = kr 259.208

Salangen: 2220 innbyggere x kr 240,90 = kr 534.798

Sum A) og B):

Dyrøy: kr 87.750 + kr 274.144 = kr 361.894
Ibestad: kr 87.750 + kr 335.814 = kr 423.564
Lavangen: kr 87.750 + kr 259.208 = kr 346.958
Salangen: kr 87.750 + kr 534.798 = kr 622.548

Merkostnader per kommune:

	Merkostnad enkeltkommuner	Felles-kostnader	SUM
Dyrøy	Kr 775.600	Kr 361.894	Kr 1.137.494
Ibestad	Kr 269.700	Kr 423.564	Kr 693.264
Lavangen		Kr 346.958	Kr 346.958
Salangen		Kr 622.548	Kr 622.548

6.0 Alternativer og anbefaling

ALTERNATIV 1 – Nullalternativet:

Nullalternativet innebærer at kommunene fortsetter i henhold til dagens organisering. Alternativet vil innebære trygghet i forhold til at både ansatte og kommunens innbyggere vil ha et kjent tilbud. Velges dette alternativet vil utfordringene slik de er per i dag med vanskelig rekruttering, vakante stillinger og derigjennom ustabil tjenestetilbud til innbyggerne i de fire kommunene fortsette.

Arbeidsgruppa tilrår at dette alternativet ikke benyttes da utfordringene med å rekruttere og beholde både leger og øvrige medarbeidere vil bli uforholdsmessig store ved dette alternativet.

ALTERNATIV 2 – Senjalegen:

Dette er et sentraliseringsalternativ, som i prosjekt Astafjordlegen er beskrevet som uaktuelt. Prosjektgruppa vil imidlertid understreke at drift av Senjalegen gjennom flere år også har gode erfaringer. En analyse utført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin viser at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å beholde utekontor fremfor å sentralisere hele legetjenesten. For Senjalegen var den beregnede innsparingen (transport og tidskostnader for pasienter og ledsagere) for samfunnet på 8,3 millioner kroner, mens kostnadene med drift (husleie, lønn, transport av ansatte og åpningstider) beløp seg til 1,5 millioner kroner. Gjennom Senjalegen har det vist seg at flere søker på stillinger som lyses ut, og at de blir i jobben fem år eller lengre. En av de største utfordringene for Senjalegen for å bemanne utekontorene (Skaland, Gryllefjord og Stonglandseidet) med det antallet legedager som er fastsatt må kjøring foretas i arbeidstiden. For Senjalegen har dette som nevnt i kapittel 5.5 ført til en reduksjon på over 30 % i antallet legetimer som produseres. Med denne organiseringen vil det være grunn til å anta at det ved nyrekruttering av øvrige medarbeidere vil kunne bli utfordrende.

Produseres det legedager kun noen få dager i uka vil det være mindre attraktivt å være for eksempel helsesekretær på de øvrige ukedagene. Skal dette bli effektivt og ikke minst attraktivt vil man være helt avhengig av at medarbeiderne gis nye oppgaver slik at arbeidsdagene blir meningsfulle. Et annet element med denne typen organisering vil kunne være at de innbyggerne som normalt sokner til det spesifikke legekantoret samlet får så begrenset tilgang på legetimer at de bytter fastlege til et annet legekantor og derigjennom får økt avstand til egen fastlege. I en forlengelse av dette vil en ytterligere sentralisering og nedleggelse av mindre legekantor kunne bli en konsekvens.

Arbeidsgruppa tilrår at heller ikke dette alternativet benyttes. Dette først og fremst fordi det ligger utenfor oppdraget, dernest fordi alternativet gir for mange usikkerhetsmomenter og at antallet legedager og legetimer blir redusert.

ALTERNATIV 3 – Astafjordlegen:

Astafjordlegen vil for kommunene Dyrøy, lbestad, Lavangen og Salangen være en ny måte å organisere legetjenesten på. Modellen forutsetter at det skal være legekantor i alle fire kommunene. Disse skal holdes åpne innenfor normal arbeidstid alle hverdager. Alle fire legekantorene skal innenfor dette bemannes med minimum to leger og to medarbeidere samtlige hverdager. Det inngås avtale i forhold til vertskommunemodell med Salangen kommune som vertskommune. Det innføres felles system for pasientjournalhåndtering og telefonsystem. Rådmenn/administrasjonssjefer utgjør styre/styringsgruppe og det utarbeides egne regler for samarbeidet. Astafjordlegen ledes faglig av en kommuneoverlege. I tillegg ansettes det administrativ leder (nyopprettet hel stilling) med bred ledererfaring og kompetanse. Astafjordlegen opprettes med eget organisasjonsnummer, og det gjennomføres virksomhetsoverdragelse i henhold til Arbeidsmiljølovens §16. Nåværende ansatte (både leger og øvrige medarbeidere) opprettholder sine arbeidsbetingelser, og stimuleres til å påta seg arbeidsoppgaver ved behov også på et eller flere av legekantorene utenom eget ansettelsessted. Nyansatte må som en del av sitt ansettelsesforhold påregne å reise til øvrige legekantor ved behov. Astafjordlegen vil gjøre det enkelte legekantoret mindre sårbart i forhold til ferie, permisjon og sykdom og vil gi et godt utgangspunkt for kompetanseheving, oppfølging av studenter, felles møter og samhandling med spesialisthelsetjenestene og ulike utdanningsinstitusjoner. Samlet vil Astafjordlegen bidra til å sikre bedre legetjeneste for den enkelte innbygger. Det skal tilrettelegges for kompetanseheving for alle ansatte, og ved arbeid utenfor primært ansettelsessted foregår transporten i arbeidstiden med leasede kjøretøy. Innføringen av Astafjordlegen vil medføre økte kostnader, men disse vil langsiktig bli innspart helt eller delvis ved at leger og øvrige medarbeidere i økt grad blir værende i jobben over flere år. Astafjordlegen vil gi den enkelte bruker en stabil legetjeneste som totalt vil virke positivt på den totale samfunnsøkonomien. Det vil være mulig å innføre Astafjordlegen dersom en av de fire kommunen beslutter å ikke delta, men det tilrådes ikke å fortsette dersom kun to kommuner ønsker å samarbeide.

Arbeidsgruppa tilrår at Astafjordlegen innføres og at de fire kommunene fatter likelydende vedtak inkludert plan for implementering av Astafjordlegen.

Dokumenter og litteratur

Eksterne dokumenter:

Cabana MD, Jee SH (2004) Does continuity of care improve patient outcomes? Journal of Family Practice, 53, 974-980

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v (akuttmedisinforskriften).

Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus NOU 2015:17

Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6 art.no CD005314.

Holte JH (2015). Remuneration and organization in general practice. Avhandling for phd-grad i helsevitenskap. UiT Norges arktiske universitet. Tromsø

Kommunal- og Regionaldepartementet. Veileder. Vertskommunemodellen i kommuneloven §28a flg 2011.

Ono T, Schoenstein M, Buchan J, Geographical Imbalance in Doctor Supply and Policy Responses, OECD Health working papers, NO 69, 2014.

Pasientjournalloven og helseregisterloven. Prop. 72 L (2023-2014).

Senjalegen – Modell for fremtidig god legetjeneste i kommunene, Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy kommuner.

Senjalegen – en evaluering (2015) Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Det helsevitenskapelige fakultet. Gaski M og Abelsen B

Interne dokumenter:

Etablering av legesamarbeid (saksfremlegg for politisk behandling i de fire deltakerkommunene)

Oppdragsavtale mellom Dyrøy, lbestad, Lavangen og Salangen og Astafjord Utvikling AS vedrørende prosjektledelse for fase 2 «Astafjordlegen»

VEDLEGG 1

Stillingsramme for kommuneoverleger i Astafjordlegen

Notatet oppsummerer faglige og legale rammer for kommuneoverlegestillinger.

I vårt område er mange ulike oppgaver tillagt kommuneoverleger, andre kommuneleger og helsesjefer og kommunenes organisering er ikke ensartet.

Oppgavene omfatter:

- Faglig og eventuelt administrativ ledelse av kommunal helsetjeneste, herunder drift og ledelse av legekontor, medisinskfaglig ansvar for helsestasjon, rehabiliteringstjeneste, omsorg for psykisk utviklingshemmede, hjemmesykepleie og sykehjem
- Internkontroll og prosedyreutvikling i helsetjenesten
- Veiledning av turnusleger (LIS1- leger) og leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin (ALIS)
- Tilsyn, planarbeid og saksbehandling innen beredskap, folkehelse, miljørettet helsevern, smittevern, psykisk helsevern og allment planarbeid

Siden disse oppgavene kan organiseres, ledes og fordeles på mange måter, vil også stillingsrammen for å ivareta dette være fleksibel. Dersom rammen reduseres, vil flere oppgaver måtte fordeles på andre leger innenfor deres fastlønnsramme.

Oppsummering av faglige og legale rammer for kommuneoverlegestillinger

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt spesialitetsregler for samfunnsmedisin. Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin har vedtatt en målbeskrivelse for spesialiteten. Følgende er utdrag fra denne:

Samfunnsmedisin er grupperettet legearbeid for å:

- *ha oversikt over forekomsten av sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker befolkningens helsetilstand*
- *tilrå, evaluere og eventuelt iverksette, og administrere målrettede helsefremmende tiltak.*
- *Bidra til god planlegging og organisering av helsetjenester på alle nivåer*
- *anbefale prioriteringer og fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser*
- *utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten i henhold til over og forskrifter.*

2.2.1. Kommunehelsetjeneste

Samfunnsmedisinsk praksis i en kommune har som mål å belyse og gi innsikt i:

- *hva slags lovpålagte oppgaver som finnes i kommunen, som miljørettet helsevern, smittevern og helseberedskap*
- *hvordan helsetjenestene forvaltes og hvordan beslutninger tas i et samspill mellom profesjonell rådgivning og politiske prosesser*
- *hvordan helsetjenestene kan utvikles på bakgrunn av de epidemiologiske, personalmessige, forvaltningsmessige og økonomiske forholdene i samfunnet*
- *utvikling og bruk av virksomhetens systemer for styring og evaluering av driften*
- *samarbeid med andre deler av helsetjenesten, kommuneforvaltningen, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner*
- *bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid*
- *helsemessig og sosial beredskap, som risiko- og sårbarhetsanalyser, katastrofeplaner i forhold til helse- og sosialtjenesten, smittevernplan herunder pandemiberedskap.*
- *bidrag til et helhetlig helsetjenestetilbud for innbyggerne, gjennom samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og øvrig statlig helseforvaltning.*

Kommuneoverlegens oppgaver er dels fastsatt i lov.

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5: Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks.
- Psykisk helsevernloven § 3.1: Foreligger det behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen ..., vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang. Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig.
- Smittevernloven § 7-2: Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her; Planarbeid for smittevern og beredskap • Oversikt • Forebyggende arbeid og akutt problemløsende • Informasjon;
- Folkehelseloven (Hastekompetanse og rådgiver) § 9: Myndighet innen MHV i hastesaker § 27: Samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet: - samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, inkl. epidemiologiske analyser, jf. § 5 - hastekompetanse ... i saker innen MHV, smittevern og helsemessig beredskap - andre oppgaver delegert fra kommunestyret.
- Dødsårsaksregisterforskriften § 2-3: Kommunelegen skal kontrollere at skjema, jf. § 2-2, er nøyaktig og fullstendig utfyllt, og videresende skjema til Dødsårsaksregisteret senest to måneder etter at det er mottatt. Dersom det er nødvendig, skal kommunelegen innhente tilleggsopplysninger fra lege som har gitt helsehjelp til den person meldingen gjelder, før vedkommende døde.

Avtalefestede oppgaver:

- Rammeavtalen ASA 4310 regulerer forholdet mellom fastleger og kommunen. Kommuneoverlegen eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig
- SFS 2305 om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten:
 - § 13 Samfunnsmedisin
 - 13.1 Kommunens medisinsk-faglige rådgiver benevnes kommuneoverlege. ...
 - 13.2 Kommuneoverlegen bør være spesialist i samfunnsmedisin – eller det skal legges til rette for slik utdanning.
 - 13.3 Kommunen skal tilstrebe at stillingen som kommuneoverlege utgjør minst 50 % av full stilling.
 - 13.4 For å sikre ..., kan det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning

Andre oppgaver

- Medisinskfaglig rådgivning
 - Oppfølging av fastleger/Legevakt
 - Organisering av tjenesten
 - Planarbeid
 - Kvalitetsarbeid/ Internkontroll
 - Medarbeidersamtaler
 - Bekymringsmeldinger fra befolkningen, politi, ambulanse eller ansatte
 - Tvang:
 - Pasient- og brukerrettighetsloven kap 4 A
 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-2, § 10-3 og §10-4
 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kap. 9

Arkivsak-dok. 16/00514
Arkivkode
Saksbehandler Roe Jensen

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Formannskap	26.01.2017	5/17
2 Kommunestyret	23.02.2017	2/17

SAKSPROTOKOLL

Etablering av legesamarbeid

Kommunestyret har behandlet saken i møte 23.02.2017 sak 2/17

Møtebehandling

Votering

Formannskapets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

1. Kommunestyret tar orienteringen vedrørende etablering av Astafjordlegene til etterretning
2. Kommunestyret ber arbeidsgruppen iverksette fase 2 i prosjektet, som omhandler detaljplanlegging, utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekrutering og implementering.
3. Kommunestyret ber om at saken fremmes for ny politisk behandling, etter at fase 2 er gjennomført

67/18 Partnerskapsavtale mellom lbestad kommune og lbestad Frivilligsentral.

Arkivsak-dok. 18/00243-2
Arkivkode. B
Saksbehandler Roe Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Formannskap	23.08.2018	67/18

Forslag til vedtak:

Formannskapet støtter den utarbeidede partnerskapsavtalen mellom lbestad kommune og lbestad Frivilligsentral.

Rådmannen gis fullmakt til å signere avtalen.

Vedlegg:

18/00243-1 Forslag til Partnerskapsavtale mellom lbestad kommune og lbestad Frivilligsentral.
Uttalelse fra styre i lbestad Frivilligsentral.

Kort beskrivelse av saken

Myndighetene har endret rammebetingelsene for frivilligsentraler, på den måten at det nå er opp til den enkelte kommune hvordan de ønsker å organisere frivilligheten i kommunen.

lbestad kommune har bestemt å videreføre modellen med Frivilligsentral, der kommunen sammen med staten finansierer driften av sentralen.

Det er et ønske fra lbestad Frivilligsentral at det inngås en partnerskapsavtale mellom partene, som formaliserer samarbeidet.

Fakta i saken

En partnerskapsavtale er et gjensidig og forpliktende samarbeidsavtale mellom aktørene, for å nå et felles mål. Partene skal ha nytte av å delta og plikter å bidra med avtalt innsats.

Vurdering

Rådmannen er av den mening at frivillighet er en svært viktig del av arbeidet som utføres i samfunnet og viktigheten av dette arbeidet vil øke i tiden som kommer.

For å koordinere alle gode krefter i lokalsamfunnet er Frivilligsentralen en utmerket aktør. At lbestad Frivilligsentral ønsker en partnerskapsavtale, er forståelig all den tid kommunen står fritt til å organisere det frivillige arbeidet i kommunen. Det handler om forutsigbarhet og ryddige forhold – for begge parter.

Rådmannen og leder av Ibestad Frivilligsentral har forhandlet- og redigert avtalen slik at begge parter er tilfreds.

Helse og miljø (HMS og "tradisjonelle miljøspørsmål (eks. forurensning))
Ikke vurdert

Personell
Ikke vurdert

Økonomi
Så lenge Ibestad kommune velger å opprettholde en Frivilligsentral, på en eller annen måte, vil kommunen motta et tilskudd fra staten over rammen. Det overskytende beløpet, for drift av Frivilligsentralen, vil kommunen måtte dekke av egen kasse.

Rådmannens konklusjon
Rådmannen tilrår formannskapet å godta den fremlagte partnerskapsavtalen.

Vedlegg til sak



Forslag til partnerskapsavtale

**PARTNERSKAPSAVTALE
MELLOM**



**IBESTAD KOMMUNE
OG**



IBESTAD FRIVILLIGSENTRAL

1. Bakgrunn

Drift av lbestad Frivilligsentral (heretter kalt frivilligsentralen) har gjennom årene vært finansiert gjennom årlig tilskudd fra kulturdepartementet og lbestad kommune. I tillegg har inntekter fra andre tiltak initiert av frivilligsentralen vært en viktig del av finansieringen.

Den støtten som Frivilligsentralen har fått fra lbestad kommune, må sees på som ett uttrykk for nødvendigheten av frivillig arbeid, og til videre utvikling av Frivilligsentralen.

Frivilligsentralen er et lokalt virkemiddel som skal:

- Være en lokal møteplass for enkeltmennesker, lag og foreninger
- Være lokalt forankret, og utvikles av de som er knyttet til sentralen ut fra brukernes behov
- Være en formidler av kontakt med tradisjonelle aktører, og være et kreativt senter for nye former for frivillighet ut fra lokale forutsetninger og behov
- Være en god plass å komme til. Det skal «være plass til alle»

2. Formål

En partnerskapsavtale er et gjensidig og forpliktende samarbeid mellom aktørene for å kunne nå ett felles mål. Partene skal ha nytte av å delta, og plikter å bidra med avtalt innsats. Partnerskapsavtalen skal bidra til å styrke den videre utvikling av frivillig arbeid i lbestad kommune, samt motivere til frivillig aktivitet på nye områder.

3. Plikter:

For å nå målene i partnerskapsavtalen, må det være gjensidige forpliktelser.

Gjensidige plikter:

- Partene skal sørge for gjensidig dialog med utveksling av informasjon – gjerne med en **fast kontaktperson. Fast kontaktperson skal være leder av kommunens kulturavdeling.** Partene skal gjøre samarbeidet kjent både internt og eksternt. (Ibestad kommune legger det ut på sin hjemmeside)
- Partene skal sørge for å holde hverandre oppdatert på relevant utvikling.
- Partene skal arrangere samarbeidsmøte i begynnelsen av oktober hvert år. Dette i samband med utarbeidelse av aktivitetsplaner for kommende arbeidsår.
- **Ibestad kommune plikter å:**
- Bidra med 1 politisk valgt styrerepresentant med personlig vararepresentant til styret i frivilligsentralen
- Under forutsetning av årlig godkjenning fra Kulturdepartementet/ tildeling av øremerkede statlige tilskudd til Ibestad kommune for drift av Frivilligsentral, får Frivilligsentralen i avtaleperioden ett årlig tilskudd fra Ibestad kommune, tilsvarende summen av den til enhver tid gjeldende fordelingsnøkkel mellom stat og kommune. Eventuelle ekstrabevilgninger bestemmes årlig av kommunestyret.
- Gi innspill til aktiviteter og tjenester som kan gjennomføres i frivillig regi.

Frivilligsentralen plikter å:

- Være en positiv medspiller for lag, organisasjoner og det offentlige.
- Være initiativrik, bli oppfattet som troverdig åpen og inkluderende.
- Være synlig og kjent i nærmiljøet og et knutepunkt for frivillig arbeid.
- Utarbeide årlige driftsplaner- og rapporter, samt delta i utviklingsarbeid, og bidra til implementering av relevante prosjekt i samarbeid med Ibestad kommune
- Avholde årsmøter/informasjonsmøter.

4. Satsningsområder for frivillisentralen

Partene er enige om følgende felles satsningsområder:

- Møteplass for enkeltmennesker, lag og foreninger.
- Organisering og koordinering av frivillig arbeid.

5. Oppfølging og ajourføring av Partnerskapsavtalen

Avtalen skal evalueres hvert år. Oppstår det uenighet mellom partene vedrørende tolkning av denne avtalen, skal tvisten først søkes løst gjennom dialog. Dersom dette ikke fører fram, er oppsigelse av avtalen en mulig konsekvens.

6. Avtaleperiode

Avtalen gjelder fra _____ og 4 år framover.

Avtalen kan sies opp skriftlig av begge parter med 6 måneders varsel. Begge parter har rett til å si opp avtalen med umiddelbar virkning dersom avtalen blir vesentlig misligholdt, eller det er forhold ved den ene part, eller avtalen som kan skade den andre sitt omdømme.

Ibestad, den _____

Ibestad kommune

Ibestad Frivillisentral

68/18 Opptak av Tjeldsund kommune i Sør-Troms regionråd

Arkivsak-dok. 18/00242-2
Arkivkode. 074
Saksbehandler Roe Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Formannskap	23.08.2018	68/18
2 Kommunestyret		

Forslag til vedtak/innstilling:

Formannskapet tilrår kommunestyret å fatte følgende vedtak:

1. Ibestad kommunestyre viser til årsmøtet i Sør-Troms regionråd 13.04.2018, sak 3/18 Vedtektsendring § 2
2. Kommunestyret godkjenner endringen i vedtektene for Sør-Troms regionråd, § 2, slik at Tjeldsund kommune kan tas opp som medlem i Sør-Troms regionråd

Kort beskrivelse av saken

Saken gjelder opptak av Tjeldsund kommune som formelt medlem av Sør-Troms regionråd.

Bakgrunnen er at Tjeldsund og Skånland kommuner gjennomfører en prosess med kommunesammenslåing som medfører oppløsning av begge kommuner og opprettelsen av nye Tjeldsund kommune i Troms fylke. Kommunesammenslåingen vil være effektiv fra 1. januar 2020.

I Sør-Troms regionråd sine vedtekter står følgende:

§ 2 Sammensetning og regionrådets geografiske virkeområde Sør-Troms regionråd **består av kommunene Gratangen, Harstad, Ibestad, Kvæfjord, Lavangen, Salangen og Skånland.** Regionrådet er sammensatt av ordførerne i kommunene med varaordføreren som vararepresentant. Dersom varaordfører ikke kan møte som vararepresentant, møter den som ordfører bemyndiget. Representasjonen følger valgperioden, dvs at den til enhver tid sittende ordfører representerer sin kommune i regionrådet. Leder og nestleder velges for to år av gangen på ordinært regionrådsmøte i november måned. Dersom leder eller nestleder søker permisjon eller fritak i valgperioden, foretas suppleringsvalg så snart som mulig i ordinært regionrådsmøte.

§ 10 Vedtektsendringer Endringer i vedtektene kan bare foretas på ordinært eller ekstraordinært årsmøte og krever at minst 2/3-deler av de møtende representanter stemmer for endringen. **Endringer må godkjennes av de deltakende kommuner.**

Fakta i saken

Tjeldsund kommune har sagt opp sitt medlemskap i Ofoten regionråd med virkning fra 1. januar 2019. Det vil si at Tjeldsund kommune fortsatt er formelt medlem av Ofoten regionråd, som fullt betalende medlem.

Tjeldsund kommune orienterer seg av naturlige årsaker mer og mer i retning av Troms, og ser det som avgjørende viktig å delta i Sør-Troms regionråd også i mellomperioden frem til kommunesammenslåingen er et faktum.

Tjeldsund kommune fremmet derfor ultimo 2017 en anmodning om å bli tatt opp som medlem av Sør-Troms regionråd.

Regionrådet vedtok på møte i Skånland 25. januar 2018 (Sak 05/18) *Formell godkjenning av Tjeldsund kommune som fullverdig medlem av Sør-Troms regionråd:*

Vedtak: Tjeldsund kommune opptas som fullverdig medlem av Sør-Troms regionråd f.o.m. 1. januar 2018. Kontingentbidraget beregnes etter folketallet. For 2018 utgjør dette kr. 23.298.

På grunn av at Tjeldsund kommune må betale fullt medlemskap i Ofoten regionråd ut 2019, ble det i ovennevnte møte vedtatt at Tjeldsund kommune kun skulle betale folketallsandelen i 2018, og deretter fullt medlemskap fra 1. januar 2019. For 2018 utgjør befolkningsandelen kr. 23.298.

I påvente av godkjenning i Sør-Troms sine medlemskommuner har Tjeldsund deltatt på regionrådsmøtene som konsultativt medlem.

I henhold til regionrådets vedtekter § 10 skal vedtektsendringer behandles slik: «Endringer i vedtektene kan bare foretas på ordinært eller ekstraordinært årsmøte og krevet at minst 2/3-deler av de møtende representanter stemmer for endringen. Endringer må godkjennes av de deltakende kommuner.»

Saken ble derfor behandlet i regionrådets årsmøte 13. april 2018, hvor det i årsmøtesak 3/18 *Vedtektsendring* ble fattet slik vedtak:

Formalisere opptak av Tjeldsund kommune som medlem i Sør-Troms regionråd.

Vedtak: Sør-Troms regionråd vedtok å ta opp Tjeldsund kommune som fullverdig medlem av rådet. Vedtaket trer først i kraft etter at alle medlemskommunene har godkjent opptaket gjennom en endring av regionrådets sammensetning i vedtektenes § 2. Daglig leder utformer felles saksframlegg.

Vurdering

Rådmannen anbefaler at kommunestyret godkjenner vedtaket i Sør-Troms regionråd om å ta opp Tjeldsund kommune som fullverdig medlem. Medlemskapet trer i kraft når alle medlemskommuner har gitt sin godkjenning.

Det anbefales at Tjeldsund kommune kun skal betale for befolkningsandelen i 2018, og deretter fullt medlemskap fra og med 1. januar 2019.

Det anbefales videre at vedtektenes § 2 endres ved utelukkende å tilføye Tjeldsund til listen over medlemskommuner.

Anbefalt ny tekst:

§ 2 Sammensetning og regionrådets geografiske virkeområde
Sør-Troms regionråd består av kommunene Gratangen, Harstad, Ibestad, Kvæfjord, Lavangen, Salangen, Skånland og **Tjeldsund**. Regionrådet er sammensatt av ordførerne i kommunene med varaordføreren som vararepresentant. Dersom varaordfører ikke kan møte som vararepresentant, møter den som ordfører bemyndiger. Representasjonen følger valgperioden, dvs at den til enhver tid sittende ordfører representerer sin kommune i regionrådet. Leder og nestleder velges for to år av gangen på ordinært regionrådsmøte i november måned. Dersom leder eller nestleder søker permisjon eller fritak i valgperioden, foretas suppleringsvalg så snart som mulig i ordinært regionrådsmøte.

Helse og miljø (HMS og "tradisjonelle miljøspørsmål (eks. forurensning))

Ikke vurdert

Personell

Ikke vurdert

Økonomi

Ingen konsekvens

Rådmannens konklusjon

Rådmannen anbefaler at kommunestyret godkjenner vedtaket i Sør-Troms regionråd om å ta opp Tjeldsund kommune som fullverdig medlem. Medlemskapet trer i kraft når alle medlemskommuner har gitt sin godkjenning.

69/18 Ny selskapsavtale Hålogaland Ressursselskap IKS

Arkivsak-dok. 13/00518-26
Arkivkode. 074
Saksbehandler Roe Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Formannskap	23.08.2018	69/18
2 Kommunestyret		

Forslag til vedtak/innstilling:

Formannskapet tilrår kommunestyret å fatte følgende vedtak:

Ibestad kommunestyret godkjenner ny selskapsavtale for Hålogaland Ressursselskap IKS.

Vedlegg:

13/00518-25 Brev fra HRS med forslag til ny selskapsavtale.

Kort beskrivelse av saken

Representantskapet for Hålogaland Ressursselskap IKS har godkjent ny selskapsavtale. Avtalen sendes ut til alle eierkommunene for endelig godkjenning av det enkelte kommunestyre, jf. lov om interkommunale selskaper §4 samt selskapsavtalen §10.

Fakta i saken

Representantskapet i Hålogaland Ressursselskap IKS vedtok 31. mai 2017 i sak 9/17 å nedsette et eget eierutvalg for gjennomgang av eksisterende selskapsavtale. Representantskapet behandlet utvalgets anbefaling i møte 20. november 2017 og vedtok i sak 19/17 å sende forslaget ut til høring i alle eierkommunene.

Vurdering

Rådmannen mener forslaget til ny selskapsavtale er forsvarlig behandlet i de respektive organ og ser ingen grunn til å motsette seg fremlagte forslag.

Vedlagte brev fra Hålogaland Ressursselskap IKS utdyper de endringene som er foretatt i eksisterende selskapsavtale.

Helse og miljø (HMS og "tradisjonelle miljøspørsmål (eks. forurensning))

Ingen konsekvens

Personell

Ingen konsekvens

Økonomi

Ingen konsekvens

Rådmannens konklusjon

Rådmannen tilrår godkjenning av ny selskapsavtale for Hålogaland Ressursselskap IKS.

Vedlegg til sak



13-00518-25
Godkjenning av ny se

IBESTAD KOMMUNE	
Avd.	Saks. DSTB
29 JUNI 2018	
Saks. nr. 15/00518	Dek. nr. 25
Ark.kode:	

SAK 69/18-VI



HRS

Hålogaland Ressursselskap
Postboks 333 | Djupvikveien 21
8505 Narvik
Tlf: 76 92 20 00
E-post: post@hrs.no
www.hrs.no
Org. nr 959 019 126

Til eierkommunene

Vår ref:

Deres ref:

Narvik, 21. juni 2018

Godkjenning av ny selskapsavtale for Hålogaland Ressursselskap IKS

Vi viser til representantskapet for HRS IKS sitt vedtak 30. mai 2018 i sak 8/18 *Ny selskapsavtale*:

«Representantskapet for Hålogaland Ressursselskap IKS godkjenner ny selskapsavtale.

Avtalen sendes ut til alle eierkommunene for endelig godkjenning av det enkelte kommunestyre, jf. lov om interkommunale selskaper § 4 samt selskapsavtalen § 10.

Representantskapet oppfordrer til at eierkommunene får saksbehandlet og foretatt godkjenningsvedtak innen rimelig tid, senest innen utgangen av oktober 2018.»

Vi viser i den forbindelse også til representantskapets tidligere vedtak av 31. mai 2017 i sak 9/17 om å nedsette et eget eierutvalg for gjennomgang av selskapsavtalen, representantskapets behandling av utvalgets anbefaling i møte 20. november 2017 og vedtak i sak 19/17 om å sende ut forslaget til høring, samt utsendt høringsbrev til eierkommunene datert 10. januar 2018.

Forslag til ny selskapsavtale inneholder enkelte endringer som ikke kan godkjennes av representantskapet selv. De mest vesentlige endringsforslagene er følgende:

- Deltakerandelene låses i henhold til historisk/nåværende fordeling. Både eierandel, ansvarsandel og stemmerett reguleres likt. Nåværende motstrid og uklarheter tilknyttet folketallsjusteringer mv. elimineres derved bort. Stemmeretten baseres på gjeldende eier- og ansvarsandeler (differensiert stemmevekt), ikke folketallsbasert/justert etter antall innbyggere.
- Det foreslås at alle deltakerne velger 1 representant og 1 vararepresentant til representantskapet. Endringen medfører at Harstad og Narvik som hittil har hatt 2 representanter hver, samt 2 vararepresentanter hver, nå likestilles med de øvrige deltakerne.
- Selskapets låneramme oppjusteres fra 100 mill. kr. til 150 mill. kr. Dette for å sikre selskapet større fleksibilitet og et handlingsrom for investeringer som er bedre i samsvar med behovene og samtidig også mer i overensstemmelse med lånerammene for andre sammenliknbare selskaper.

For øvrig er det i forslaget til ny selskapsavtale foretatt en del opprydding av redaksjonell art, herunder innholdsmessig forenkling ved å redusere rene gjengivelser av lovtekst samt andre mindre oppdateringer og korrigeringer.



Selskapsavtalen for interkommunale selskaper tilsvarer vedtekter for aksjeselskaper. Men i motsetning til hvordan vedtektsendringer foretas av generalforsamlingen i aksjeselskaper, så medfører bestemmelser i IKS-loven at representantskapet ikke kan beslutte alle avtaleendringer selv. Ordningen for interkommunale selskaper krever at det er de enkelte kommunestyrene som selv må godkjenne nærmere bestemte endringer, jf. IKS-loven § 4.

Tidligere erfaringer har vist at det er vanskelig og tidkrevende å få samtlige eierkommuner til å behandle og godkjenne de endringsforslag/-vedtak som har vært fremmet fra representantskapet. Hvis en eller flere av eierkommunene, i enkelte tilfeller mange, ikke responderer, så har dette som konsekvens at selskapet står uten en gyldig oppdatert selskapsavtale. Det har dessverre vært situasjonen for HRS IKS i en årrekke.

Forslaget som nå sendes ut til endelig godkjenning er identisk med den versjonen som ble sendt ut på høring 10. januar 2018. Hensikten med høringsrunden var nettopp å gi eierkommunene anledning i en tidlig fase til å komme med eventuelle merknader, slik at selve godkjenningsprosessen forhåpentligvis denne gang kan fullføres raskere. Ingen av eierne hadde merknader til høringsutkastet.

På vegne av representantskapet ber og oppfordrer vi herved våre eierkommuner til å godkjenne ny selskapsavtale. Vi minner også om at representantskapet i sitt vedtak har en forventning om at denne saken kan tas opp til behandling innen rimelig tid, senest innen utgangen av oktober 2018.

Det er tilstrekkelig at godkjenningsvedtakene eksempelvis formuleres slikt:

«[Navn] kommune godkjenner forslag til ny selskapsavtale for Hålogaland Ressurselskap IKS».

Vi ber om at eierkommunene melder tilbake til selskapet når kommunestyret har behandlet saken og det foreligger gyldig godkjenningsvedtak.

Med vennlig hilsen
Hålogaland Ressurselskap IKS


Andreas Støllander
Administrasjonssjef

SELSKAPSAVTALE FOR HÅLOGALAND RESSURSSELSKAP IKS

I medhold av lov om interkommunale selskaper av 29. januar 1999 nr. 6.

§ 1 Selskapet.

Selskapets navn er Hålogaland Ressursselskap IKS.

§ 2 Deltakere og deltakerandeler.

Selskapet eies av kommunene Harstad, Narvik, Ballangen, Evenes, Gratangen, Ibestad, Kvæfjord, Lavangen, Skånland, Tjeldsund og Tysfjord.

Deltakerandel er:

Harstad - 7/21 del, Narvik - 5/21 del og Ballangen, Evenes, Gratangen, Ibestad, Kvæfjord, Lavangen, Skånland, Tjeldsund og Tysfjord kommuner - 1/21 del hver.

Hver enkelt deltaker innbetaler et innskudd på kr. 100.000,- pr. deltakerandel.

§ 3 Hovedkontor.

Selskapets hovedkontor er i Narvik kommune.

§ 4 Formål.

Selskapet skal, enten ved direktetildeling, i egenregi eller gjennom administrasjon av anbud, sørge for miljøvennlig og kostnadseffektiv transport, mottak og behandling av husholdningsavfall fra eierkommunene. Den enkelte eierkommune kan gjøre unntak for innsamling av husholdningsavfall.

Selskapet skal, gjennom datterselskaper og eierskap i andre selskaper samt eiendommer og utvalgte driftsmidler, på forretningsmessige grunnlag, være aktiv utøver innenfor det konkurranseutsatte avfallsmarkedet i Nord-Norge og på Nordkalotten der hvor dette gir klare synergieffekter med kjernevirksomheten nevnt i første ledd.

Selskapet skal være kompetanseorgan for eierne i avfalls- og miljøspørsmål, herunder sørge for tilstrekkelig informasjon til kommunene og dets innbyggere om avfallsordningene.

Selskapet skal gi råd ved, bistå i, eller utføre planlegging, bestilling og administrasjon av tjeneste- og vareinnkjøp innenfor tjenesteområdet etter oppdrag fra den enkelte kommune.

§ 5 Representantskapet

1. Representantskapets sammensetning.

Representantskapets medlemmer oppnevnes av de enkelte eieres kommunestyre. Alle eierkommuner velger en fast representant og en vararepresentant for en periode av fire år som sammenfaller med kommunevalgperioden. Representantene avgir stemmer etter sin deltakerandel.

Representantskapet velger selv sin leder og nestleder blant sine medlemmer for 2 år av gangen. Valg på leder og nestleder skal være skriftlig dersom noen krever det.

2. Representantskapets forretningsorden.

Representantskapsmøte innkalles og gjennomføres i henhold til IKS-loven § 8, men skal avholdes minst 2 ganger hvert år, henholdsvis årsmøte innen 1. mai og budsjettmøte innen utgangen av november måned.

Representantskapets leder innkaller til møte når det er nødvendig for behandling av en sak som etter loven eller selskapsavtalen skal behandles av representantskapet, og når det ellers er nødvendig for behandling av en bestemt sak.

Innkalling til representantskapsmøte skal skje skriftlig med minst 4 ukers varsel og skal inneholde sakliste. De enkelte deltakere skal med samme frist varsles om innkallingen og saklisten.

Representantskapets leder kan innkalle representantskapet med kortere frist i tilfeller hvor dette er påtrengende nødvendig.

Representantskapet er beslutningsdyktig når minst halvdel av medlemmene er til stede, og disse representerer minst to tredeler av stemmene (deltakerandelene). Om habilitet blir kommuneloven § 40 nr. 3 gjort gjeldende i samsvar med IKS-loven § 15.

Ordførere og rådmennene i de enkelte eierkommunene innkalles til representantskapets forhandlinger med talerett med mindre de er medlemmer i representantskapet. Den enkelte eierkommune kan invitere med politisk valgte kommunestyremedlemmer som observatører til møtet.

Saker som ikke er meddelt representantene etter de regler som gjelder for innkalling, kan ikke behandles av representantskapet med mindre samtlige representanter samtykker.

For øvrig gjelder IKS-loven § 9.

3. Representantskapets kompetanse.

Deltakerne utøver sin myndighet i selskapet gjennom representantskapet.

A. På årsmøtet skal representantskapet behandle disse sakene:

- Skriftlig årsberetning for IKS og konsern fra styret.
- Revidert årsregnskap for IKS og konsern fra styret fra forrige kalenderår.

- Valg av leder og nestleder i representantskapet hvert 2. år.
- Valg av styremedlemmer med varamedlemmer etter forslag fra valgkomiteen.
- Valg av valgkomité og dets leder og nestleder.
- Valg av styrets leder og nestleder.
- Valg av revisor og fastsettelse av revisors godtgjørelse.
- Fastsetting av godtgjørelse til representantskap og styre, samt evt. særskilte godtgjørelser til leder og nestleder i representantskap og styre.

Valgene skal være skriftlige dersom noen krever det. Vedtak og valg avgjøres med alminnelig flertall.

B. På budsjettmøtet skal representantskapet behandle disse sakene fast:

- Vedta selskapets budsjett for kommende kalenderår.
- Vedta økonomiplan for de fire neste budsjettår i henhold til IKS-loven § 20.
- Forslag fra styret til låneopptak og evt. kommunale garantier, jf. avtalens § 8.
- Forslag til endringer av låneramme for selskapet, jf. avtalens § 8.
- Fullmakter til styret.

Representantskapet skal behandle spørsmål om avhendelse og pantsettelse av fast eiendom eller andre større kapitalgjenstander etter forslag fra styret samt forslag om å foreta investeringer som er av vesentlig betydning for selskapet eller en eller flere av deltakerne, jf. IKS-loven § 25.

Vedtak om låneopptak, budsjett og låneramme krever 2/3 flertall av de avgitte stemmene.

For øvrig behandler representantskapet de saker som er fremmet av styret eller eierkommunene innen 8 uker før møtet.

§ 6 Styret

1. Styrets sammensetning.

Styret i selskapet skal ha 8 faste medlemmer. Det skal være tilsvarende antall varamedlemmer.

Styrets medlemmer velges for 4 år av gangen og maksimalt for tre perioder. Dersom særlige grunner tilsier det, kan dette fravikes.

Styrets medlemmer velges av representantskapet med unntak for ett styremedlem med varamedlem som velges av og blant de ansatte i selskapet.

Dersom styret treffer enkeltvedtak eller fastsetter forskrifter, jf. Forvaltningsloven § 2, skal de ansattes representant i styret ikke delta i behandlingen av disse sakene.

Styrets sammensetning skal være slik:

Harstad kommune:	2 medlemmer
Narvik kommune:	2 medlemmer
Øvrige deltakerkommunene:	3 medlemmer
Ansatte i selskapet:	1 medlem

Det velges 2 varamedlemmer for Harstads styremedlemmer, 2 varamedlemmer for Narviks styremedlemmer og 3 varamedlemmer for øvrige kommuners styremedlemmer. Varamedlem innkalles i rekkefølge.

2. Styrets forretningsorden.

Lederen kaller inn til møte når han finner det nødvendig eller når ett av medlemmene i styret eller administrerende direktør ber om det.

Administrerende direktør skal delta på styrets møter med talerett og føre styrets protokoll. Innkalling til møte skal skje med minst 5 dagers varsel og innkallingen skal inneholde sakliste, jf. for øvrig IKS-loven § 11.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av medlemmene er til stede. Vedtak blir gjort med vanlig flertall. Ved stemmelikhet er møtelederens stemme avgjørende.

Styret gir sin innstilling i saker som skal forelegges representantskapet og skal i god tid orientere lederen i representantskapet om slike saker.

3. Styrets virksomhet.

Forvaltningen av selskapet hører under styret. Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering av selskapets virksomhet, herunder datterselskaper i konsern.

Selskapet forpliktes av styrets leder eller to styremedlemmer, i begge tilfeller sammen med selskapets direktør. Administrerende direktør kan av styret meddeles prokura.

Styret skal påse at virksomheten drives i samsvar med selskapets formål, selskapsavtalen, selskapets årsbudsjett og andre vedtak og retningslinjer fastsatt av representantskapet, og skal sørge for at bokføringen og formuesforvaltningen er gjenstand for betryggende kontroll.

Styret skal påse at de virksomheter selskapet har hel- eller deleierskap i bidrar til å oppfylle selskapets overordnede målsetning.

Styret skal ansette daglig leder og føre tilsyn med daglig leders ledelse av virksomheten.

§ 7 Daglig ledelse

Selskapet skal ha en daglig leder som ansettes av styret. Daglig leder har stillingsbetegnelse administrerende direktør. Stillingsbetegnelsen kan endres av styret dersom organisatoriske tilpasninger gjør dette hensiktsmessig/nødvendig.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelse av selskapet og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

For å sikre tilfredsstillende kontroll med og informasjon om selskapets datterselskaper skal administrerende direktør, eller den han/hun bemyndiger, være styreleder i disse selskapene.

§ 8 Ansvar og lån.

1. Ansvar.

Deltakerne har et delt ansvar for selskapets forpliktelser (pro rata ansvar).

Deltakernes ansvar fordeler seg med:

<i>Kommune</i>	<i>Ansvarsandel (%)</i>	<i>Deltakerandel</i>
Harstad	33,34 %	7/21
Narvik	23,82 %	5/21
Ballangen	4,76 %	1/21
Evenes	4,76 %	1/21
Gratangen	4,76 %	1/21
Ibestad	4,76 %	1/21
Kvæfjord	4,76 %	1/21
Lavangen	4,76 %	1/21
Skånland	4,76 %	1/21
Tjeldsund	4,76 %	1/21
Tysfjord	4,76 %	1/21
Sum:	100,00 %	21/21

2. Lån.

Representantskapet kan beslutte opptak av lån til kapitalformål, til konvertering av eldre gjeld og til likviditetsformål.

Selskapet samlede lånegjeld eksklusive driftskreditt skal imidlertid til enhver tid ikke overskride 150 mill. kr pr. 1. januar 2017. Rammen justeres automatisk i samsvar med konsumprisindeks. Øvre ramme for driftskreditt er 2 mill. kr.

Vedtak om låneopptak og garantier må foretas og godkjennes etter IKS-loven § 22.

§ 9 Utvidelse, uttreten og oppløsning.

1. Utvidelse.

Representantskapet kan med to tredjedels flertall vedta opptak av nye deltakere.

Deltakerandelens størrelse fastsettes av representantskapet på bakgrunn av selskapets aktiva og passiva.

2. Uttreden.

Uttreden av selskapet skal kunne skje 1 år etter at slik oppsigelse er fremmet skriftlig. Den uttredende part skal kun kunne ta med seg maksimalt den innskutte eierandel. Den uttredende part har ikke krav på noen del av selskapets eiendeler eller del av offentlig tilskudd som selskapet har mottatt.

Den uttredende part kan forhandle med selskapet om overtakelse mot vederlag av selskapets eiendeler som ligger innenfor kommunegrensene til den uttredende part.

For øvrig gjelder bestemmelsen i IKS-loven § 30.

3. Oppløsning.

Selskapet kan oppløses dersom deltakerne er enige om det. Det enkelte kommunestyre treffer selv vedtak i saken.

Oppløsning av selskapet må godkjennes av departementet, jf. IKS-loven § 32. Avvikling skal i tilfelle oppløsning skje etter IKS-loven §§ 33 – 38.

§ 10 Endringer i selskapsavtalen, tvister.

1. Endringer i selskapsavtalen.

Endringer i selskapsavtalen må vedtas med to tredjedels flertall i representantskapet.

Endringer i selskapsavtalen som gjelder følgende forhold skal imidlertid vedtas av det enkelte kommunestyret, jf. IKS-loven § 4:

1. selskapets foretaksnavn;
2. angivelse av deltakerne;
3. selskapets formål;
4. den kommune der selskapet har sitt hovedkontor;
5. antall styremedlemmer;
6. deltakernes innskuddsplikt og plikt til å foreta andre ytelser overfor selskapet;
7. den enkelte deltakers eierandel i selskapet og den enkelte deltakers ansvarsandel i selskapet dersom denne avviker fra eierandelen;
8. antall medlemmer av representantskapet og hvor mange medlemmer den enkelte deltaker oppnevner;
9. annet som etter lov skal fastsettes i selskapsavtalen.

2. Tvister.

Dersom partene ikke er enig om annen behandling, skal tvister knyttet til avtalen avgjøres ved de ordinære domstoler. Saken skal anlegges ved det verneting hvor selskapet har sitt hovedkontor, med mindre partene blir enige om et annet verneting.

§ 11 Ikrafttreden.

Selskapsavtalen trer i kraft når eierkommunene har godkjent denne i kommunestyrene.

70/18 Styrings,- drøftings- og orienteringssaker - Formannskapsmøte 23.08.2018

Arkivsak-dok. 18/00018-16
Arkivkode. B
Saksbehandler Sonja Johansen

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Formannskap	23.08.2018	70/18

Forslag til vedtak/innstilling:

Styringssaker:

- Ti på Topp

Drøftingssaker:

- Sammenslåing Sør-Troms og Ofoten regionråd (se vedlegg)
- Kulturskolen, lbestad skole
- Nyansettelser I kommunen

Orienteringssaker:

- BTI v/Merethe Jacobsen

Vedlegg:

Vedlegg til sak



Norut_rapport_4-20
15 øk samspill og vek



Saksutredning nytt
regionråd. pr 12.06.1



Samfunnsanalyse
Ofoten



NOU2016.4 Ny
kommunelov