

MØTEINNKALLING

Utvalg:	UTVALG HELSE - OPPVEKST		
Møtested:	kommunestyresalen		
Møtedato:	12.11.2019	Tid:	Møtestart klokken 08.00 (sammen med Planutvalget og Utvalg Samfunn, info budsjett og økonomiplan 2020-2023)
			Lunsj klokken: 12.00
			Orientering NAV v/ Vivian Storøy klokken: 12.30

Eventuelt forfall meldes til Linda Marken Strøm tlf. 95876318
Varamedlemmer møter kun etter nærmere avtale.

Saksliste

Saksnr.	Tittel
1/19	Gebyr- og betalingsregulativ 2020
2/19	Budsjett 2020 og økonomiplan 2020 - 2023
3/19	Partnerskapsprosjekt NAV i Nordland i en ny tid
4/19	Orienteringssak - Fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg
5/19	Referatsak Helse - Oppvekst

Ørnes, den 07.11.2019

Kristian Johnsen Haukalid (Sv)
Leder

Tharald Sæstad
Kommunalsjef oppvekst

Stein Laastad
Konstituert kommunalsjef Helse- og omsorg

Sak 1/19
Arkivsaksnr 19/1530
Arkiv: 233
Saksbehandler: Stein Gaute Endal

Gebyr- og betalingsregulativ 2020

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
/	Kommunestyret	05.12.2019
/	Formannskapet	14.11.2019
/	Planutvalg	12.11.2019
/	Utvalg Samfunn	12.11.2019
1/19	Utvalg Helse - Oppvekst	12.11.2019
/	Eldrerådet	19.11.2019
/	Funksjonshemmedes råd	19.11.2019

Innstilling:

1. Det vises til vedlagte forslag til nytt gebyr- og betalingssatser for Meløy kommune for 2020.
2. Kommunestyret godkjenner forslaget til nye betalingssatser gjeldende fra 01.01.2020.

Bakgrunn

Hvert år får kommunestyret seg forelagt forslag til nye betalingssatser for kommunen. Det nye satsene som vedtas nå gjelder fra 01.01.2020.

Saksutredning

Oppvekst:

SFO:

Satsene for SFO er vedtatt å være enten på skoledagene eller helårs. Satsene foreslås økt med kr. 70 som tilsvarer 3,2% for skoledagene og 2,6% for helårs SFO. Matpenger foreslås økt med 5 kr. pr. mnd. for skoledagene og kr. 10 pr. mnd. for helårs. Matpenger ble ikke økt fra 2018 til 2019.

Barnehage

Statsbudsjettet for 2019 legger opp til en maxpris på kr. 3 135 som er en økning på 3,13% fra 2019.

Deltidsplasser foreslås økt med rundt 3%.

Matpenger i barnehagene foreslås økt med mellom 2,6 og 3,5% alt etter størrelsen på plassen.

Helse og velferd:

Satsene foreslås økt mellom 0,8% og 3,3% alt etter inntektsgruppe.

Jo høyere inntektsgruppe jo større økning.

Satsene for matsalg/matombringning og vask av private klær økes ikke.

Ingen økning i satsen for montering av trygghetsalarmer.

Månedssatsen for trygghetsalarmer økes med kr. 5,00,-.

Brukerbetaling korttidsopphold og dag- og nattopphold fastsettes i forbindelse med Statsbudsjettet

Samfunn:

Fritidsbadet:

Billettsatsene i fritidsbadet foreslås økt mellom 1,35 og 16,67%

Enkeltbilletter barn foreslås økt med 5 kr. til kr. 45,- som er en økning på 12,5%.

Klippekort (12 klipp) barn foreslås økt med 1,35%.

Ved kjøp av klippekort bli prisen kr. 31,25 pr. gang, en differanse på rundt 30%.

Klippekort familie (2+2) har en gjennomsnittelig pris på kr. 37,50.

Bibliotek:

Det foreslås ingen økning i purregebyr på biblioteket.

Kulturskolen:

Satsene foreslås økt med rundt 2,5%.

Leie av lysanlegg inntil 3 dager økes med 5%.

Idrettshall kulturhuset:

Satsene foreslås økt mellom 0,26% og 3,08%.

Aktivitetet for barn er skjermet og har en beskjedne økning.

Samfunnsdalen kulturhuset:

Foreslått økning på mellom 0,76% og 3,45%.

Bruk av kantina øker mest.

Kulturhuset med idrettshall:

Foreslått økning på mellom 0,70% og 2,38%.
Størst økning hele huset pr. døgn til næringslivsaktivitet.
Neverdal samfunnshall:

Foreslått økning av satsene på mellom 0,45% og 3,9%.
Aktiviteter til barn og unge har en beskjeden økning.
Neverdal skolekorps har gratis leie.
Vestibylen er fortsatt gratis ifm møter lag/foreninger.

Kommunalteknikk:

Meløy kommune har brukt Momentum til å beregne gebyrsatsene på selvkostområdene for 2020.

Vann:

Årsgebyret for vann er todelt, bestående av et fast abonnementsgebyr og et variabelt forbruksgebyr.
Abonnementsgebyret for 2020 foreslås satt til kr. 2 439 som er en økning på 69,88%, mens forbruksgebyret foreslås satt til kr. 19,48 som er en reduksjon på 20%.
Samlet årsgebyr blir dag for en normalabonnet med årlig vannforbruk på 150m³ vil for 2020 bli på kr. 5 361 inkl. mva.
For 2019 var årsgebyret kr. 5 088,- som gir en økning fra 2019 til 2020 på 5,4%.

Tilknytningsavgiften foreslås økt med 3%.

Avløp:

I likhet med årsgebyret for vann består årsgebyret for avløp av et fast abonnementsgebyr og et variabelt forbruksgebyr.
Abonnementsgebyret for 2020 foreslås satt til kr. 1 114 som er en reduksjon på 3,7%, mens forbruksgebyret foreslås satt til kr. 28,75 som er en økning på 5,39%.
Samlet årsgebyr blir dag for en normalabonnet med årlig vannforbruk på 150m³ vil for 2020 bli på kr. 5 426 inkl. mva.
For 2019 var årsgebyret kr. 5 249,- som gir en økning fra 2019 til 2020 på 3,3%.

Slam:

Slamavgiften ble for 2019 redusert med 20%. Forslaget for 2020 er en økning på 20% slik at en i 2020 er på samme nivå som i 2018.

Feiing:

Kommunestyret vedtok i sak 107/17 forskrift om gebyr for gjennomføring av feie- og tilsynstjenester. Forskriften gjelder fra 01.01.2018.
I forskriftens § 3, 2 ledd har følgende ordlyd:

Det skal innkreves gebyr fra samtlige som mottar feie- og tilsynstjenester. Dette gjelder uavhengig av om fyringsanlegget er i regelmessig bruk eller ikke, herunder fritidsboliger.

Kommunen har ikke hatt årsgebyr for fritidsboliger. Etter forskriftene skulle dette vært gjort fra og med 2018, men er ikke gjennomført.

Det foreslås nå fra 2020 å fastsette et årsgebyr også for fritidsboliger.

Årsgebyret foreslås satt til kr. 300 inkl. mva.

Årsgebyret for boliger foreslås satt ned til kr. 500 inkl. mva. som utgjør 29%.

Dette pga. av at gebyrinntektene de siste årene har vært en god del høyere enn utgiftene.

Renovasjonsgebyr:

IRIS foreslår hvilke renovasjonsgebyr vi må ha. Alle kommunen tilknyttet IRIS har samme gebyr.

Forslaget fra IRIS har vi ikke fått enda.

Vil bli lagt inn til kommunestyremøtet.

Det kommunale tillegget foreslås økt med kr 5 til kr 70.

Kaivederlag:

Foreslås ikke økt. Kaivederlag ble heller ikke økt i 2019.

Havne- og farvannsloven:

Satsene foreslås økt med rundt 3%.

Byggesaker:

Satsene foreslås økt med rundt 3%.

For å få selvkost på dette området må satsene økes med rundt 100%.

I forhold til Kostra-gruppe 12 ligger Meløy 23% lavere enn gjennomsnittet når det gjelder gebyr for oppføring av enebolig. Også gruppe 12 kommunene subsidierer området kraftig.

Et mål bør være å komme opp på gjennomsnittlig gruppe 12 nivå i økonomiplanperioden.

Det foreslås derfor at byggesaksgebyrene økles med 10% i 2020.

Oppmåling:

Foreslås økt med 3%.

Andre satser:

Foreslås økt med mellom 1 og 3%.

Vurdering

Rådmannen tilrår at vedlagte forslag til kommunale betalingssetter for 2019 godkjennes.

Vedlegg
Forslag til betalingssetter 2020

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Sak 2/19

Arkivsaksnr 19/966

Arkiv: 124

Saksbehandler: Eva Stokvik

Budsjett 2020 og økonomiplan 2020 - 2023

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
/	Kommunestyret	21.11.2019
/	Formannskapet	14.11.2019
/	Administrasjonsutvalg	14.11.2019
/	Planutvalg	12.11.2019
/	Utvalg Samfunn	12.11.2019
2/19	Utvalg Helse - Oppvekst	12.11.2019
23/19	Arbeidsmiljøutvalget	11.11.2019
/	Eldrerådet	19.11.2019
/	Funksjonshemmedes råd	19.11.2019

Innstilling:

1. Kommunestyret viser til rådmannens budsjett for 2020, samt økonomiplan for perioden 2020 – 2023.
2. Kommunestyret vedtar budsjettforslaget for 2020 med økonomiplan for perioden 2020 – 2023, samt bevilgning drift - vedlegg 1, 2 og 3.
3. Handlingsregler for økonomisk bærekraft - følgende måltall vedtas:
 - Netto driftsresultat 2 %
 - Disposisjonsfond 8 %
 - Andel lånegjeld 75 %
4. Kommunestyret vedtar de økonomiske hovedtall pr. tjenesteområde slik det fremkommer i tabellen nedenfor.

	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
Meløy kommune						
Sum utgifter	780 107 494	692 654 710	758 687 577	773 568 561	774 304 661	775 539 461
Sum inntekter	-780 107 451	-692 654 710	-758 687 577	-773 568 561	-774 304 661	-775 539 461
Sum netto utgift	43	0	0	0	0	0
Sentraladministrasjon						
Sum utgifter	50 994 157	50 643 658	57 879 488	55 935 540	54 601 562	51 725 165
Sum inntekter	-4 563 075	-3 542 000	-4 533 816	-3 935 800	-3 700 900	-3 179 700
Sum netto utgift	46 431 082	47 101 658	53 345 672	51 999 740	50 900 662	48 545 465
Oppvekst						
Sum utgifter	220 859 027	196 715 035	201 299 616	197 309 049	195 809 049	195 809 049
Sum inntekter	-60 596 704	-44 897 495	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553
Sum netto utgift	160 262 323	151 817 540	161 503 063	157 512 496	156 012 496	156 012 496
Helse og omsorg						
Sum utgifter	278 699 203	263 530 271	280 021 900	279 713 750	279 133 750	279 186 300
Sum inntekter	-74 944 596	-28 352 747	-29 626 890	-29 326 890	-28 826 890	-28 826 890
Sum netto utgift	203 754 607	235 177 524	250 395 010	250 386 860	250 306 860	250 359 410
Teknisk						
Sum utgifter	45 667 284	45 082 567	46 801 265	46 251 265	46 349 267	46 349 267
Sum inntekter	-33 505 587	-29 234 968	-30 916 818	-31 985 818	-33 538 818	-35 378 818
Sum netto utgift	12 161 697	15 847 599	15 884 447	14 265 447	12 810 449	10 970 449
Eiendom						
Sum utgifter	38 702 287	37 497 680	40 307 512	40 307 512	40 307 512	40 307 512
Sum inntekter	-15 815 530	-11 605 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000
Sum netto utgift	22 886 757	25 892 680	27 867 512	27 867 512	27 867 512	27 867 512
Interkommunalt og offentlig samarbeid						
Sum utgifter	3 593 229	3 561 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000
Sum inntekter	-1 425 716	-1 211 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000
Sum netto utgift	2 167 513	2 350 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000
Fellesområder						
Sum utgifter	141 592 307	95 624 499	128 542 796	150 216 445	154 268 521	158 327 168
Sum inntekter	-589 256 243	-573 811 500	-639 830 500	-654 540 500	-654 458 500	-654 374 500
Sum netto utgift	-447 663 936	-478 187 001	-511 287 704	-504 324 055	-500 189 979	-496 047 332

5. Kommunestyret vedtar investeringer slik de fremkommer i tabellen nedenfor.

Ansvar	Investeringsprosjekter	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
12202	Egenkapitaltilskudd KLP	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
12319	Bredbånd	2 500 000	0	0	0
30100	Velferdsteknologi	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
42223	Ombygging gamle Ørnes sykehjem	500 000	20 000 000	0	0
42224	Vall omsorgssenter - ombygging - renovering	500 000	30 000 000	0	0
42226	Miniboliger	6 000 000	0	0	0
42227	Engavågen bofellesskap - tilbygg HMS-tiltak	2 500 000	0	0	0
42914	Energibesparende tiltak formålsbygg	500 000	1 000 000	1 000 000	0
43407	Grunnerverv Galtneset	1 000 000	0	0	0
43408	Grunnerverv gnr 6781 Gamle posthus Reipå	350 000	0	0	0
43440	Utvikling av offentlige areal fyllingen Ørnes	2 000 000	0	0	0
48117	Veiutbygging	5 125 000	0	0	0
48213	Gang og sykkelvei Halså	17 000 000	0	0	0
48215	Stia - etablere gangvei	500 000	300 000	0	0
48303	Grunnerverv Kilvik	1 000 000	0	0	0
48307	Utskifting bilparken	650 000	700 000	0	0
Sum investeringsutgifter		44 225 000	56 100 000	5 100 000	4 100 000
Finansiering:					
	Disposisjonsfond	6 700 000	14 300 000	2 100 000	2 100 000
	Momskompensasjon	7 725 000	10 900 000	600 000	400 000
	Lån	29 800 000	30 900 000	2 400 000	1 600 000
Sum finansiering		44 225 000	56 100 000	5 100 000	4 100 000
Ansvar	Investeringsprosjekter - Selvkost vann/ avløp/ oppmåling	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
46155	Ny sjøledning Ørnes - Reipå	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
46156	Høydebasseng Reipå	1 225 000	1 225 000	1 225 000	1 225 000
46157	Høydebasseng Spilderdalen	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
46158	Nytt vannverk og høydebasseng Mosvoldalen	7 750 000	7 750 000	7 750 000	7 750 000
46159	Nytt renseanlegg og nødstrømsagregat Vassdalsvik	1 075 000	1 075 000	1 075 000	1 075 000
46160	Utredning ny vannkilde Halså Vassdal	350 000	0	0	0
48309	Arbeidsbåt kommunalteknisk	1 000 000	0	0	0
48310	Ny bil oppmåling	400 000	0	0	0
48311	GPS utstyr oppmåling	350 000	0	0	0
48312	Brøyteskjær	200 000	0	0	0
48313	Ny hjullaster	0	1 500 000	0	0
48314	Krokløftbil Sørbygda	0	1 000 000	0	0
Sum investeringsutgifter - Selvkost		15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
Finansiering:					
	Lån	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
Sum finansiering - Selvkost		15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
	Startlån - lån til videre utlån	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000
Totalt låneopptak inklusive Startlån		53 250 000	54 550 000	23 550 000	22 750 000

6. Kommunestyret godkjenner en låneramme for 2020 på kr 45.250.000 til finansiering av investeringer ihht tabell ovenfor, og i tillegg lån til videreutlån (Startlån) på kr 8.000.000. Renter på byggelån belastes

det enkelte prosjekt.

7. Kommunestyret godkjenner opptak av kassakredittlån på kr 30.000.000.
8. Kommunestyret vedtar mål for sykefravær på 7,61 % innen utgangen av 2022.
9. Skatt på inntekt og formue skrives ut etter høyest lovlige sats.
10. For eiendomsskatteåret 2020 skal det skrives ut eiendomsskatt på kraftverk, vindkraftverk, kraftnettet og anlegg omfattet av særskattereglene for petroleum, jf. eieendomsskattelova (esktl.) § 3 første ledd bokstav c. Utskrivingsalternativet omfatter også flytende oppdrettsanlegg i sjø, jf. esktl. § 4 tredje ledd.

For eiendomsskatteåret 2020 skal det skrives ut eiendomsskatt på et «særskilt fastsett grunnlag» i henhold til overgangsregelen til eiendomsskatteloven §§ 3 og 4 første ledd. Det særskilte grunnlaget skal i 2020 være lik 5/7 av differansen mellom eiendomsskattegrunnlaget i 2018 og 2019 som er forårsaket av nye verdsettelsesregler og at produksjonsutstyr- og installasjoner ikke skal regnes med i grunnlaget for verk og bruk som fra og med 2019 blir ansett som næringseiendom.

For eiendomsskatteåret 2020 skal det videre skrives ut eiendomsskatt på bygninger og grunnareal for verk og bruk som fra og med 2019 blir ansett som næringseiendom, så langt disse var omfattet av eiendomsskattegrunnlaget for verk og bruk i 2018, jf. overgangsregelen til eiendomsskatteloven §§ 3 og 4 andre ledd.

Den alminnelige eiendomsskattesatsen settes til 7 promille (esktl. § 11, 1. ledd). Skattesatsen på det særskilte skattegrunnlaget skal være 7 promille»

Utskriving av eiendomsskatt for skatteåret 2020 er basert på takster fra siste alminnelige taksering i kommunen som ble gjennomført i år 2013, samt fastsatte takster ved retaksering som følge av lovendring gjeldende fra 2019. Utskriving av eiendomsskatt på kraftproduksjonsanlegg er basert på eiendomsskattegrunnlag mottatt fra Skatteetaten Storbedrift.

Eiendomsskatten skrives ut i to terminer, jf. esktl. § 25 første ledd. Første termin er mars 2020 og andre termin er september 2020.

Kommunen er lovet «tilnærmet full kompensasjon» av skattetapet kommunene får som følge av endringene i eiendomsskatt på verk og bruk. Meløy kommune vil få et samlet tap på kr. 7.496.000. Ifølge departementet vil kun 90 % av tapet bli dekket. Kommunen må basere sitt budsjett i 2020 basert på denne beregningen, og legger til grunn at kommunens inntektsreduksjon i 2020 på kr 2.141.000 kun blir kompensert 90 %.

Saksutredning

Økonomisk bærekraft

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 innføres økonomisk bærekraft som et av tre satsingsområder i Utviklingsprogram Meløy 2019-2024– bærekraftig samfunns- og stedsutvikling.

Økonomisk bærekraft handler om å styrke Meløy kommunes økonomiske framtid gjennom helhetlig økonomistyring og digitalisering. Økonomisk bærekraft forutsetter en kunnskapsbasert tilnærming og metoder for å synliggjøre mulighetsrom i økonomien til å bevege seg mot et sett av handlingsregler.

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 presenteres sammenligningstall fra inntektsmodellen og KOSTRAtall fra gruppe 12 og gruppe 11. Gjennom å sammenligne med andre kommuner og presentere handlingsregler for økonomisk bærekraft presenteres et utgangspunkt for en felles forståelse for hvordan kommunens økonomiske situasjon er og hvordan den kan utvikle seg i planperioden. Hensikten er å skape en felles plattform for å fortsette det igangsatte arbeidet med å tilpasse utgifter i forhold til inntektene. En god økonomistyring vil være avgjørende for å få til investeringer i velferdstjenester, samfunns- og næringsutvikling.

Innføring av handlingsregler

I økonomiplan 2019-2022 ble det i desember 2018 vedtatt to handlingsregler for perioden. Dette var et nedtrekk på 15 millioner i drift fra 2021, samt at konsesjonskraft inntekt utover 26 øre avsettes til disposisjonsfond, innarbeides i mål for kommunens økonomi.

Disse to handlingsreglene videreføres i rådmannens forslag til økonomiplan for 2020-2023.

Det foreslås i tillegg handlingsregler for økonomisk bærekraft med måltall for netto driftsresultat, disposisjonsfond og andel lånegjeld, jamfør punkt 3 i forslag til vedtak. Dette er i tråd med bestemmelsene i ny kommunelov om at kommunestyret skal vedta finansielle måltall. I løpet av planperioden skal det arbeides med konkrete tiltak for å nå målene og skape

et økonomisk handlingsrom til å videreutvikle Meløysamfunnet til beste for de som bor, arbeider og besøker oss.

I gjeldende budsjett for 2019, samt rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 legges følgende utvikling for handlingsreglene til grunn, forutsatt nedtrekk drift på kr. 15 mill. fra 2021, samt at inntekt utover 26 øre avsettes til disposisjonsfond.

År	2019	2020	2021	2022	2023
Netto driftsresultat	2,70 %	1,20 %	1,80 %	2,40 %	2,90 %
Disposisjonsfond	7,17 %	6,54 %	5,61 %	7,01 %	8,92 %
Andel lånegjeld	59,40 %	59,80 %	80,66 %	77,15 %	75,10 %

I 1000

År	2019	2020	2021	2022	2023
Netto driftsresultat	18 160	8 066	12847	16739	20 459
Disposisjonsfond	47	46			
	836	190	40 489	50 705	64 640
Andel lånegjeld	396	422			
	237	136	582 469	557 823	543 969

Dersom forutsetningene i fremlagte budsjett innfris og at det i perioden vedtas tiltak som vil omstille og redusere drift vil Meløy kommune ha økonomisk bærekraft i utgangen av økonomiplan perioden.

Fondsoversikt Meløy kommune

I handlingsregelen, som beskrives ovenfor, for økonomisk bærekraft er det sum disposisjonsfond som brukes.

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 foreslås en deling i to fond for praktiske formål.

For å tydeliggjøre bruk av fond gjennom økonomiplanperioden foreslår rådmannen å innføre en todeling av disposisjonsfond til disposisjonsfond drift og utvikling og disposisjonsfond næringsstøtte og utvikling. Det følger og av handlingsreglene som er vedtatt i gjeldende økonomiplan. I planperioden vil det vurderes om det er hensiktsmessig å rapportere særskilt på disposisjonsfond premieavvik for å tydeliggjøre utvikling i pensjonsforpliktelsene i og med at pensjonsforpliktelser kan ha stor betydning for økonomisk bærekraft.

Bundne fond videreføres slik de er i dag.

Historisk utvikling og *status pr oktober 2019*.

År	2015	2016	2017	2018	2019
Disposisjonsfond	16 565	11 248	9 479	26 276	41 844
Bundne driftsfond	34 482	26 822	24 527	30 559	30 149
Bundne investeringsfond	1 052	2 810	1 946	4 291	4 291
Ubundne investeringsfond	17 533	1 391	890	1 322	1 322

Næringsfond II	14 874	11 665	11 598	13 028	13 001
30 GWH	845	0	992	1 625	1 625

Næringsfond II avsettes fra konsesjonsavgift og er et bundet fond fordi det har formål knyttet til næringsutvikling og infrastruktur.

30 GWH – inngår i disposisjonsfond, avsettes fra netto driftsresultat og er et ubundet fond.

Konsekvensjustert budsjett

I kommunestyre i juni 2019, sak 37/19, ble følgende vedtak gjort:

Med bakgrunn i saksutredelsen under og evalueringen av budsjettprosessen for 2019, vedtar Meløy kommunestyre å endre metode for budsjett- og økonomiplanprosess for perioden 2020 – 2023 fra rammebudsjettering til konsekvensjustert budsjett.

Meløy kommune har gjennom mange år brukt rammebudsjettering som budsjettmetode. Det vil si at en tar utgangspunkt i inneværende års driftsramme vedtatt i budsjett og økonomiplan for hvert tjenesteområde og justerer denne for kjente og vedtatte endringer gjennom året. Etter dette er det opp til hvert enkelt tjenesteområde å finne løsninger for driften innenfor den tildelte rammen.

Det er særlig to forhold ved rammebudsjettering som er årsaken til at rådmannen la frem forslag til endret budsjettform i juni. For det første vil rammebudsjettering over år kunne medføre store forskjeller innad i tjenesteområdene mellom de enkelte enhetene. Det gir igjen utslag i ulike tilbud og kvalitet til innbyggere, eksempelvis på skoleområdet. For det andre er det vanskeligere å ta høyde for endringer i eksempelvis demografi i budsjettarbeidet i og med at man viderefører rammer fra tidligere år basert på en annen demografi som grunnlag for inntektene til kommunen.

Dersom vi skal lykkes med utvikling av økonomisk bærekraft og en helhetlig økonomistyring er det avgjørende at det utvikles et sterkere felles ansvar for de endringene og utfordringene vi ser. Dette gjelder særlig å forstå hvordan den demografiske utviklingen som er i de fleste kommunene i Norge påvirker det økonomiske handlingsrommet og vår omstillingskraft. I Meløy, som andre steder, fødes det færre barn, innvandringen har bremsert opp og vi står ovenfor det man kan kalle en sølvgrå vekst.

Ved å benytte konsekvensjustert budsjett framskrives dagens drift ut fra kjente og vedtatte endringer i driften på hvert enkelt tjenesteområde i kommunen. Erfaringene fra innføring av denne metoden i Meløy viser at det er behov for økt kompetanse blant ledere, både i de verktøyene som benyttes, samt hvordan endringer i demografi skal innarbeides i de økonomiske forutsetningene for drift. Derfor foreslås det å igangsette et lederprogram og det vil i løpet av 2020 innføres lederavtaler på alle nivå.

I årets budsjettprosess er det også innført bruk av tiltaksmodul i verktøyet Arena. En egen tiltaksmodul gir rådmann og politikere oversikt over alle forslag til endringer i prioriteringer i budsjettet og økonomiplanen. I tiltaksmodulen skal alle nye tiltak legges inn som ikke er mulig å håndtere innenfor eget budsjett gjennom året. Erfaringene fra årets budsjettprosess viser at det er stor forskjell i hvordan lederne klarer å gjøre justeringer innad i egne budsjett, som igjen gir svært forskjellige utslag i bruk av tiltaksmodellen. Det er i seg selv en indikator på at

rammebudsjetteringen som er brukt har skapt skjevheter i fordelingen av økonomiske rammer mellom enhetene.

Gjennom arbeidet med konsekvensjustert budsjett og tiltak, ender en til slutt opp med en budsjetttramme for de ulike tjenesteområdene. Ved å benytte konsekvensjustert budsjett som metode mener rådmannen at Meløy kommune vil komme frem til mer riktige og realistiske budsjett for de ulike tjenesteområdene etter hvert som kompetansen øker blant lederne.

Rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 etter denne metoden legges frem til politiske behandling med oversikt over økonomiske hovedtall pr. tjenesteområde som det presenteres i punkt 4 i forslag til vedtak.

Foreslåtte driftstiltak

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 foreslås driftstiltak som gjengitt i tabellen nedenfor. Tiltakene slik de er foreslått er innarbeidet i den økonomiske oversikten pr. tjenesteområde som foreslås vedtatt i punkt 4 i forslag til vedtak. Dette er og en endring i forhold til tidligere bruk av rammebudsjett der det i driftsoversikten presenteres hvordan tiltakene enten øker eller reduserer rammen, og er også en følge av innføring av konsekvensjustert budsjett.

Når budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 er vedtatt og det eventuelt er kommet endringer og/eller tiltak utover de rådmannen presenterer fra kommunestyret vil tiltaksoversikten bli oppdatert og tiltak innarbeides i den økonomiske oversikten pr. tjenesteområde slik at det fordeles til tjenesteområdenes budsjetter.

Innføring av konsekvensjustert budsjett og vurderingene som er redegjort for ovenfor blir tydelige i denne oversikten. Første versjon av konsekvensjustert budsjett viste at kompetansen på bruk av tiltaksmodul og konsekvensjustert budsjett er svak i organisasjonen og må bedres. Budsjettarbeidet ble dermed preget av klargjøring av forskjellen mellom konsekvensjustert budsjett og rammebudsjett og omfattende gjennomganger av tjenesteområdene for å kunne levere et budsjett i balanse.

Oversikten over foreslåtte driftstiltak viser at det er store forskjeller i kompetanse og mulighetene de ulike enhetene har til å gjennomføre endringer i eget budsjett gjennom året.

Nedenfor redegjøres for bakgrunnen for noen av de tiltak som presenteres i rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2019-2023.

I Utviklingsprogram Meløy 2019-2024 – en bærekraftig samfunns- og stedsutvikling er i tillegg til økonomisk bærekraft, sosial bærekraft et satsingsområde. Sosial bærekraft handler om å styrke Meløy som bo-, arbeids- og nærmiljø, der folk møtes og trives. Eksempelvis er det å utvikle riktige tjenester til lavest kostnad gjennom arbeidet med kommunedelplan for helse, omsorg og velferd viktig for både sosial bærekraft og økonomisk bærekraft. Videre er det å fortsette arbeidet med en næringsvennlig kommune gjennom strategisk næringsplan eksempler på arbeid med sosial bærekraft.

Når det gjelder Meløy som bo- og arbeidssted er en satsing på stedsutvikling i hele Meløy et foreslått satsingsområde i prioriteringen av nye tiltak på drift. Meløy er summen av 10

bygder/tettsteder som på hvert sitt vis setter sitt preg på Meløy som bo- og arbeidssted. Stedsutvikling i alle 10 bygdene og kommunikasjonen mellom bygdene og inn til kommunesenteret vil ha stor betydning for om vi lykkes med satsingsområdet sosial bærekraft. I kommunestyrets vedtak i sak 3/19 i februar ble det vedtatt å oppette en stilling i rådmannens stab. I første omgang foreslår rådmannen å oppette et engasjement i 50% som prosjektleder for Bygdeutvikling – Sammen for meløy. Prosjektet har som målsetting å styrke hver bygd/tettsteds identitet, bistå i konkrete utviklingsprosjekter igangsatt i bygdene/tettstedene, samt lage et kunnskapsgrunnlag til bruk i arbeidet med revidering av samfunnsdel og arealdel i denne planperioden. Det er særlig arbeidet med de 9 andre bygdene som skal prioriteres i dette prosjektet i og med at rapport fra parallelloppdraget vil gi et kunnskapsgrunnlag til arbeidet med utvikling av kommunesenteret Ørnes.

Programbeskrivelsen for parallelloppdraget som er igangsatt, samt tilbakemeldingene fra grendelag og innbyggere både gjennom Meløy tettpå og alle møtene i forkant av arbeidet med prosjektet Vi bygger Kystbyen Ørnes sammen – for Meløy, har forsterket rådmannens utgangspunkt for saken i februar og behov for å styrke kompetansen i arbeidet med stedsutvikling. Finansiering av denne stillingen er i første omgang foreslått ved bruk av resterende fondsmidler som ble vedtatt i saken i februar 2019. Erfaringene fra arbeidet vil bli tatt med inn i neste budsjettprosess for å vurdere videreføring av engasjement og overgang til permanent stilling på 100%.

De er flere aktører som bidrar til sosial bærekraft som trenger bedre lokaler. Det er blant annet frivillighetssentralen og tilflytterkontoret. Videre har det fremkommet som en tydelig forventning til Ørnes fra grendelagene, særlig i fra sør-bygda og øyene at det er behov for møtesteder som er åpne og tilgjengelige når de kommer til kommunesenteret. Aktører i reiselivsnæringen har etterspurt bedre informasjon om de mange mulighetene som finnes i Meløy, og flere har påpekt betydningen av å ha møtesteder til ulike tider på døgnet. I arbeidet i Meløy tettpå og i strategisk næringsplan har behovet for lokaler til stedsavhengige arbeidsplasser og arenaer for utvikling av gründerskap utover industrien blitt fremhevet. Og ikke minst har ungdommene både gjennom medvirkningsprosesser og via ungdomsrådet uttrykt sterkt behov for møteplasser både på Ørnes og i de øvrige bygdene. Eldrerådet har og uttrykt behov for nytt møtested etter at deres lokaler måtte vike plassen for nye Meløy helse og velferdssenter.

Derfor foreslår rådmannen å leie tidligere sparebankbygget og utvikle konsepter for hvordan dette lokalet kan bli et flerbrukshus med ulike funksjoner som kan dekke behov og skape sosial bærekraft for innbyggerne, besøkende, lag og foreninger, ulike tjenesteområder i kommunen og privat næringsliv.

Finansiering av Tilskudd til bygdeutvikling tatt inn i forslaget fra rådmannen. Dette ble også vedtatt i sak 3/19 og fulgt opp med retningslinjer og tildeling av midler for 2019. Erfaringene fra innkomne søknader og dialogen med grendelag, trivselspatrulje, samt lag og foreninger viser at det er et svært positivt tiltak.

En satsing på å få flere flyktninger integrert i arbeid. Veileder – arbeidsrettet oppfølging av flyktninger. Stillingen innebærer i hovedsak arbeidsrettet oppfølging av flyktninger de 5 første årene etter bosetting, og er et samarbeid mellom Kunnskap og inkludering (tidligere flyktnings-tjenesten og voksenopplæringen) og NAV. Finansieringen er foreslått gjennom å bruke en del av integreringstilskuddet fra IMDI til en stilling som kan bidra til å løfte denne gruppen ut av livsoppholdsytelse og ut i selvforsørgelse. Imidlertid er dette et tiltak som

forventes å redusere utgifter til livsopphold og derfor en viktig satsing i arbeidet med både sosial og økonomisk bærekraft. Tjenestene oppfatter det som hensiktsmessig at tiltaket lyses ut som en prosjektstilling over 2 år, slik at det kan evalueres før eventuell videreføring.

Sosial bærekraft handler om både små og større tiltak. Derfor foreslår rådmannen også opprettelse av en pensjonistklubb for tidligere ansatte i Meløy kommune. Det er gjort forsøk i høst der tidligere ansatte er invitert inn og på pensjonistvilkår bistår med gjennomføring av folkemøter og andre større arrangementer. Det har vært en svært positiv erfaring og foreslås derfor som et tiltak i drift.

Utvikling av nye næringsområder er en viktig satsing i Meløy kommune og det foreslås arbeid med både Kilvika og Galtneset i perioden. Dette er driftstiltak som må sees i sammenheng med investeringstiltak foreslått i punkt 5 i forslag til vedtak.

Prosjektet bærekraftig areal og transportplanlegging er finansiering av egenandel i forbindelse med mottatt tilskudd til økt kompetanse på bærekraftig areal- og transportplanlegging på 300.000 fra Miljødirektoratet. Prosjektet skal starte opp i 2020 og levere rapport i 2021. Tiltaket viser en prioritering av ressurser til arbeidet i perioden. Denne kompetansehevingen er og viktig i arbeidet med å utvikle eget samferdselsprosjekt i Meløy.

Nedenfor følger oversikt over driftstiltakene som er innarbeidet i den økonomiske oversikten pr. tjenesteområde som foreslås vedtatt i punkt 4

Av de tiltak som er innarbeidet i rådmannens forslag til budsjett og økonomiplan, er følgende tiltak finansiert ved bruk av disposisjonsfond, Næringsfond II og/ eller tilskudd fra andre private:

- Lederutviklingsprogram
- Prosjektleder bygdeutvikling – sammen for Meløy
- Tilskudd til bygdeutvikling
- Prosjekt – Bærekraftig areal transportplanlegging
- Grunnundersøkelser Galtneset
- Konsekvensutredning reguleringsplan Æsvika – Galtneset
- Reguleringsplan Holandsvika

Når det gjelder veileder til arbeidsrettet oppfølging av flytninger dekkes denne gjennom omdisponering av andel integreringstilskudd fra IMDI. Midlene har til nå vært benyttet til livsoppholdsytelse for denne gruppen.

Driftstiltak innarbeidet i rådmannens forslag	2020	2021	2022	2023
Sentraladministrasjon	1 848 616	727 500	727 500	527 500
Bytte av PC for web-tv i kommunestyresal	25 000	-	-	-
Flytting av e-post og kalendertjeneste til sky	100 000	-	-	-
Lederutviklingsprogram	300 000	200 000	200 000	-
Oppgradering av fremvisningsutstyr i kommunestyresalen	100 000	-	-	-
Prosjektleder bygdeutvikling - sammen for Meløy	386 116	-	-	-
Tilskudd til bygdeutvikling	500 000	500 000	500 000	500 000
Renovering av trådløst nettverk	62 500	2 500	2 500	2 500
Pensjonistklubb for tidligere ansatte i Meløy kommune	25 000	25 000	25 000	25 000
Uttrekk helsesjekk ESA	350 000	-	-	-
Oppvekst	-2 206 902	-6 197 469	-7 697 469	-7 697 469
Fagfornyelsen	1 500 000	1 500 000	-	-
Leasingbil for PPT	123 664	123 664	123 664	123 664
Nedtrekk årsverk i skolen tilsvarende 12 pedagogårsverk	-3 920 566	-7 841 133	-7 841 133	-7 841 133
Oppvaskmaskin til bilbloteket	10 000	-	-	-
Testmateriell PPT	30 000	20 000	20 000	20 000
Utbygging av tak over soveplass - Reipå barnehage	50 000	-	-	-
Helse og omsorg	1 120 500	1 105 500	525 500	578 050
Elsyssel - Fysio- og ergoterapitjenesten	15 000	-	-	-
Sykesenger Vall omsorgssenter	80 000	80 000	-	-
Veileder - arbeidsrettet oppfølging av flyktninger	500 000	500 000	-	-
Økning i KVP fra 6 til 10-11	525 500	525 500	525 500	578 050
Teknisk	875 000	325 000	-	-
Prosjekt - Bærekraftig areal og transportplanlegging	150 000	150 000	-	-
Grunnundersøkelser Galtneset	250 000	-	-	-
Konsekvensutredning reguleringsplan Æsvika-Galtneset	300 000	-	-	-
Reguleringsplan Holandsvika	175 000	175 000	-	-
Eiendom	500 000	500 000	500 000	500 000
Leie kommunale bygg	500 000	500 000	500 000	500 000
Fellesområder	2 272 746	10 812 444	14 529 235	18 148 938
Avsetning til disposisjonsfond	2 272 746	10 812 444	14 529 235	18 148 938

Momenter til forslag investeringsbudsjett

Investeringsprosjektene presenteres under punkt 5 i forslag til vedtak, utvalgte prosjekter kommenteres særskilt i det følgende.

Veitbygging på kr. 5.125.000. Gjelder opprusting og reasfaltering av kommunale veier. Utover det som foreslås i budsjett 2020 mener rådmannen at ytterligere opprusting og reasfaltering bør skje etter en samlet plan for kommunale veier, og nye drift og investeringstiltak i perioden vil fremkomme som en del av denne planen og innarbeides i fremtidig budsjett og økonomiplan.

I tillegg vil rådmannen at trafikksikkerhetsplanen sees i sammenheng med denne samlede planen slik at også tiltak for myke trafikanter, herunder gang og sykkelvei på Reipå kan arbeides med i perioden, og da opp mot Nordland fylkeskommune for å komme inn i regionale planer.

Bredbånd kr. 2.500.000. Det er satt av midler til fiberbygging i 2020. Det er behov for å få etablert en strategi for fiberbygging for å nå målet om å ha fiberbygging til husstander og næringsliv innen 2023. Og i dette må også utvikling av et bedre mobilnett ivaretas.

Miniboliger kr 6.000.000. Videreføring av budsjett 2019. Kom ikke i mål med siste utlysning av miniboliger i 2019 og det er stort behov for denne typen botilbud. Må få gjennomført utlysning i 2020 for å kunne beholde deler av tilskudd fra Husbanken.

Vedlegg til saksfremlegget

Rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023.

Samt tre oversikter som følger av forskriftskrav:

- Bevilgning drift netto budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023.
- Bevilgning investering 2020 og økonomiplan 2020 – 2023
- Økonomisk oversikt drift

Det legges i tillegg ved flere talloversikter som vedlegg til saken:

Nettoutgift alle områder viser en litt dypere oversikt innen tjenesteområdene

Inntekstoversikt er et utdrag av inntekstpostene.

Tiltaksoversikt er et utdrag av budsjettet som viser tiltak som ikke er en del av tjenesteområdenes budsjetter.

Interkommunalt samarbeid viser forpliktelsene til samarbeidet vi har med andre kommuner i Salten.

Vedlegg

- 1.Rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020 -2023
2. Bevilgning drift netto budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023
3. Bevilgning investering 2020 og økonomiplan 2020 - 2023
4. Økonomisk oversikt drift

Mer detaljerte oversikter over tallbudsjettet legges som utdypende vedlegg til saksfremlegget.

5. Nettoutgift alle områder
6. Inntektsoversikt
7. Tilskuddsoversikt
8. Interkommunal samarbeid

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Sak 3/19

Arkivsaksnr 19/1367

Arkiv: X61 &40

Saksbehandler: Stein Laastad

Partnerskapsprosjekt NAV i Nordland i en ny tid

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
/	Kommunestyret	21.11.2019
/	Formannskapet	14.11.2019
3/19	Utvalg Helse - Oppvekst	12.11.2019

Innstilling:

1. Kommunestyret i Meløy tar NAV-leders evaluering av pilotprosjektet samt rapport «Partnerskapsprosjektet NAV i Nordland i en ny tid» til orientering.
2. Kommunestyret i Meløy ønsker at erfaringene fra pilotprosjektet benyttes til å fortsette og videreutvikle samarbeidet med Gildeskål og Rødøy kommuner, for å utnytte ressursene på en bærekraftig måte.
3. Kommunestyret i Meløy ber om at NAV Nordland opprettholder dagens struktur; organisering, ledelse, finansiering og lokalisering og at Meløy fortsatt er en del av tjenesteområdet Ytre-Salten.
4. Kommunestyret i Meløy ber om at hvis det vurderes vertskommunemodell så etableres Meløy som vertskommune for Sør- Salten.

Oppsummering

Bakgrunn

Prosjektet «NAV i Nordland i en ny tid» ble initiert av samarbeidsforum i Nordland v/fylkesdirektør

Cathrine Stavnes, NAV Nordland og leder av rådmannsforum Amund Eriksen, Hemnes kommune. Prosjektperioden var fra 01.06.17-01.06.18, med forlengelse til 30.06.19. Med likeverdighet i partnerskapet som forutsetning, ble det gjennomført en organisasjonsmessig kartlegging av NAV Nordland, samt etablering av tre piloter hvor NAV-kontorene i Gildeskål, Meløy og Rødøy utgjorde en av disse.

Meløy kommune vedtok i 2017 å delta i pilotprosjektet. Pilotperioden er nå utløpt og styringsgruppen for alle pilotene har fullført evaluering av prosjektet.

Saksutredning

NAV-kontorene i Gildeskål, Meløy og Rødøy er fremdeles en del av tjenesteområde Ytre Salten. Det har ikke vært tatt opp som tema i prosjektperioden at dette skal endres.

De ansatte i alle tre kontorene har vært positive til samarbeidet, som har gitt et større fagmiljø med flere kollegaer som jobber med de samme oppgavene.

Digitalisering med tilhørende dataløsninger har gjort det mulig å ha møter via Skype, slik at vi har kunnet gjennomføre fagmøter via nettet. På statlig side har kontorene kunnet bistå hverandre i saker og opplæring, og ved fravær har oppgavene blitt løst fortløpende. Det har også vært arrangert fagsamlinger/opplæring i Sør-Salten, både på kommunal og statlig side.

Pilot Sør-Salten fikk tidlig beskjed av NAV og FMNO om at det ikke var mulig å samarbeide på tvers av kontorene med kommunale oppgaver på grunn av regelverket i Sosialtjenesteloven. Det var ønskelig å undersøke dette nærmere og det ble derfor sendt inn søknad til Arbeids- og velferdsdirektoratet jfr. lov om fravikelse i kommunal sektor. Det har fremdeles ikke kommet svar på denne søknaden. Jurist hos Fylkesmannen i Nordland har i etterkant sendt en henvendelse om at loven oppfattes som utdatert blant annet i forhold til nye digitale løsninger, blant annet Digisos, som gjør at mottakere av sosialhjelp kan kommunisere med NAV digitalt. Denne tjenesten har ikke Meløy per i dag, men den er planlagt implementert i 2020. FMNO ber om at departementene og direktoratet ser på loven og vurderer endringer som er mer tilpasset dagen samfunn. Dette ønskes besvart, da en fremdeles tenker at et formelt samarbeid kan gi mer effektiv ressursutnyttelse og lik forvaltningsprosess.

I møte med rådmenn fra alle tre kommuner i januar 2019, var det enighet om å fortsette å se på muligheter for å samarbeide på tvers, uavhengig av om piloten ble videreført. Det var også ønskelig å vurdere samarbeid om andre kommunale oppgaver som er underlagt dagens ordning i NAV, som for eksempel startlån.

I løpet av pilotprosjektet har leder for NAV Meløy sluttet, og leder i Gildeskål ble ansatt som leder i Meløy med ansvar for Gildeskål frem til 30.06.20. Dette har ført til noe opphold i prosessen, men ikke vesentlige forsinkelser. Pilotens hovedmål om å få til tverrfaglig samarbeid har hele tiden fungert.

Vurdering

Det har vært positivt for NAV Meløy å delta i piloten, selv om ikke alle ønskede gevinster har latt seg realisere. Det anbefales å fortsette med det faglige samarbeidet og gjerne utvide til flere områder.

Pilotprosjektet har satt i gang noen prosesser angående tolkning og innspill til eventuell fornying av lovverket, og utforsket hva som var mulig å gjøre innenfor dagens handlingsrom. Disse prosessene anbefales videreført. NAV Meløy bør fortsatt, sammen med Gildeskål og Rødøy, være en del av tjenesteområdet Ytre Salten da vi drar fordeler av fagkompetansen NAV Bodø besitter, samt at vi kan ta del i felles opplæring på fagområdene.

Meløy kommune ønsker å videreføre erfaringene fra pilotprosjektet ved å fortsette det faglige samarbeidet med Gildeskål og Rødøy kommuner, for å utnytte ressursene til det beste for brukerne av NAV. På denne måten skal vi ta vare på lokale arbeidsplasser i NAV, samtidig som vi møter fremtidige krav til kompetanse og fagmiljøer, og reduserer sårbarheten i forhold til bemanning og kapasitet.

Samtidig pågår det en prosess med å sentraliser oppgaver i NAV som fører til en nedbygging av tjenesten ute i kommunene. Hvis det fortsetter vil det kunne medføre en nedbygging både i Meløy, Gildeskål og Rødøy, noe som ikke er ønskelig. Hvis denne tendensen fortsetter ønsker vi at Meløy blir hovedkontor for tjenesteområdet i Ytre Salten.

Vedlegg

1. NAV Nordland, rapport «Partnerskapsprosjektet NAV i Nordland i en ny tid», delrapport 2, 13. september 2019
2. Følgerevurteringsrapport NAV i Nordland i en ny tid 13.09.2019

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Sak 4/19

Arkivsaksnr 19/1565
Arkiv:
Saksbehandler: Linda Marken Strøm

Orienteringssak - Fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg

Saksnr.: Utvalg
4/19 Utvalg Helse - Oppvekst

Møtedato
12.11.2019

Innstilling:

Utvalg Helse – Oppvekst tar orienteringssak – Fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg til orientering

Bakgrunn

Brev fra fylkesmannen i Nordland til alle kommunene i Nordland den 31. oktober 2019. Fylkesmannen vil i samarbeid med KS-Nord-Norge og Helse Nord RHF ta initiativ til møter med regionråd og rådmannsutvalg for å drøfte utfordringer knyttet til demografiske utviklingstrekk i kommunene og problemstillinger knyttet til fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg. Det vises blant annet til rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge datert 7.september 2019, som er oversendt til samtlige kommuner i Nord-Norge. Fylkesmannen vurderer rapporten som et viktig bidrag til det pågående arbeidet nasjonalt med å utvikle tiltak for å styrke fastlegetjenesten.

Vedlegg

- 1.Brev til kommunene i Nordland fra fylkesmannen i Nordland den 30. oktober 2019
- 2.Rapport fastlegetjenesten i Nord- Norge Status, utfordringer og forslag til tiltak, 7. september2019.

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Arkivsaksnr 19/1553
Arkiv:
Saksbehandler: Linda Marken Strøm

Referatsak Helse - Oppvekst

Saksnr.: **Utvalg**
5/19 Utvalg Helse - Oppvekst

Møtedato
12.11.2019

Innstilling:

Utvalg Helse – Oppvekst tar referatsaker til orientering

Vedlegg

- 1.Avgitt høringssvar den 23.oktober 2019. Høring – utvidelse av rettighetsbestemmelse om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år.
-Referat fra kommuneoverlegeforum Salten 26.september 2019.
- 2.Søknad om tilskudd.

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Stein Gaute Endal
Arkivsaksnr.: 19/1530

Arkiv: 233

Gebyr- og betalingsregulativ 2020

Rådmannens innstilling

1. Det vises til vedlagte forslag til nytt gebyr- og betalingssatser for Meløy kommune for 2020.
2. Kommunestyret godkjenner forslaget til nye betalingssatser gjeldende fra 01.01.2020.

Bakgrunn

Hvert år får kommunestyret seg forelagt forslag til nye betalingssatser for kommunen. Det nye satsene som vedtas nå gjelder fra 01.01.2020.

Saksutredning

Oppvekst:

SFO:

Satsene for SFO er vedtatt å være enten på skoledagene eller helårs.
Satsene foreslås økt med kr. 70 som tilsvarer 3,2% for skoledagene og 2,6% for helårs SFO
Matpenger foreslås økt med 5 kr. pr. mnd. for skoledagene og kr. 10 pr. mnd. for helårs.
Matpenger ble ikke økt fra 2018 til 2019.

Barnehage

Statsbudsjettet for 2019 legger opp til en maxpris på kr. 3 135 som er en økning på 3,13% fra 2019.

Deltidsplasser foreslås økt med rundt 3%.

Matpenger i barnehagene foreslås økt med mellom 2,6 og 3,5% alt etter størrelsen på plassen.

Helse og velferd:

Satsene foreslås økt mellom 0,8% og 3,3% alt etter inntektsgruppe.

Jo høyere inntektsgruppe jo større økning.
Satsene for matsalg/matombinging og vask av private klær økes ikke.
Ingen økning i satsen for montering av trygghetsalarmer.
Månedssatsen for trygghetsalarmer økes med kr. 5,00,-.

Brukerbetaling korttidsopphold og dag- og nattopphold fastsettes i forbindelse med Statsbudsjettet

Samfunn:

Fritidsbadet:

Billetsatsene i fritidsbadet foreslås økt mellom 1,35 og 16,67%
Enkeltbilletter barn foreslås økt med 5 kr. til kr. 45,- som er en økning på 12,5%.
Klippekort (12 klipp) barn foreslås økt med 1,35%.
Ved kjøp av klippekort bli prisen kr. 31,25 pr. gang, en differanse på rundt 30%.
Klippekort familie (2+2) har en gjennomsnittelig pris på kr. 37,50.

Bibliotek:

Det foreslås ingen økning i purregebyr på biblioteket.

Kulturskolen:

Satsene foreslås økt med rundt 2,5%.
Leie av lysanlegg inntil 3 dager økes med 5%.

Idrettshall kulturhuset:

Satsene foreslås økt mellom 0,26% og 3,08%.
Aktiviteten for barn er skjermet og har en beskjedent økning.

Samfunnsdalen kulturhuset:

Foreslått økning på mellom 0,76% og 3,45%.
Bruk av kantina øker mest.

Kulturhuset med idrettshall:

Foreslått økning på mellom 0,70% og 2,38%.
Størst økning hele huset pr. døgn til næringslivsaktivitet.

Neverdal samfunnshall:

Foreslått økning av satsene på mellom 0,45% og 3,9%.
Aktiviteter til barn og unge har en beskjedent økning.
Neverdal skolekorps har gratis leie.
Vestibylene er fortsatt gratis ifm møter lag/foreninger.

Kommunalteknikk:

Meløy kommune har brukt Momentum til å beregne gebyrsatsene på selvkostområdene for 2020.

Vann:

Årsgebyret for vann er todelt, bestående av et fast abonnementsgebyr og et variabelt forbruksgebyr.

Abonnementsgebyret for 2020 foreslås satt til kr. 2 439 som er en økning på 69,88%, mens forbruksgebyret foreslås satt til kr. 19,48 som er en reduksjon på 20%.

Samlet årsgebyr blir dag for en normalabonnt med årlig vannforbruk på 150m³ vil for 2020 bli på kr. 5 361 inkl. mva.

For 2019 var årsgebyret kr. 5 088,- som gir en økning fra 2019 til 2020 på 5,4%.

Tilknytningsavgiften foreslås økt med 3%.

Avløp:

I likhet med årsgebyret for vann består årsgebyret for avløp av et fast abonnementsgebyr og et variabelt forbruksgebyr.

Abonnementsgebyret for 2020 foreslås satt til kr. 1 114 som er en reduksjon på 3,7%, mens forbruksgebyret foreslås satt til kr. 28,75 som er en økning på 5,39%.

Samlet årsgebyr blir dag for en normalabonnt med årlig vannforbruk på 150m³ vil for 2020 bli på kr. 5 426 inkl. mva.

For 2019 var årsgebyret kr. 5 249,- som gir en økning fra 2019 til 2020 på 3,3%.

Slam:

Slamavgiften ble for 2019 redusert med 20%. Forslaget for 2020 er en økning på 20% slik at en i 2020 er på samme nivå som i 2018.

Feiing:

Kommunestyret vedtok i sak 107/17 forskrift om gebyr for gjennomføring av feie- og tilsynstjenester. Forskriften gjelder fra 01.01.2018.

I forskriftens § 3, 2 ledd har følgende ordlyd:

Det skal innkreves gebyr fra samtlige som mottar feie- og tilsynstjenester. Dette gjelder uavhengig av om fyringsanlegget er i regelmessig bruk eller ikke, herunder fritidsboliger.

Kommunen har ikke hatt årsgebyr for fritidsboliger. Etter forskriftene skulle dette vært gjort fra og med 2018, men er ikke gjennomført.

Det foreslås nå fra 2020 å fastsette et årsgebyr også for fritidsboliger.

Årsgebyret foreslås satt til kr. 300 inkl. mva.

Årsgebyret for boliger foreslås satt ned til kr. 500 inkl. mva. som utgjør 29%.
Dette pga. av at gebyrintektene de siste årene har vært en god del høyere enn utgiftene.

Renovasjonsgebyr:

IRIS foreslår hvilke renovasjonsgebyr vi må ha. Alle kommunen tilknyttet IRIS har samme gebyr.

Forslaget fra IRIS har vi ikke fått enda.

Vil bli lagt inn til kommunestyremøtet.

Det kommunale tillegget foreslås økt med kr 5 til kr 70.

Kaivederlag:

Foreslås ikke økt. Kaivederlag ble heller ikke økt i 2019.

Havne- og farvannsloven:

Satsene foreslås økt med rundt 3%.

Byggesaker:

Satsene foreslås økt med rundt 3%.

For å få selvkost på dette området må satsene økes med rundt 100%.

I forhold til Kostra-gruppe 12 ligger Meløy 23% lavere enn gjennomsnittet når det gjelder gebyr for oppføring av enebolig. Også gruppe 12 kommunene subsidierer området kraftig.

Et mål bør være å komme opp på gjennomsnittlig gruppe 12 nivå i økonomiplanperioden.

Det foreslås derfor at byggesaksgebyrene økles med 10% i 2020.

Oppmåling:

Foreslås økt med 3%.

Andre satser:

Foreslås økt med mellom 1 og 3%.

Vurdering

Rådmannen tilrår at vedlagte forslag til kommunale betalingssetter for 2019 godkjennes.

Vedlegg

Forslag til betalingssetter 2020

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmand

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Oppvekst				
Skolefritidsordningen	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
SFO skoledager	2 180,00	2 250,00	70,00	3,21
Helårs SFO pr. mnd. 11 mnd.	2 630,00	2 700,00	70,00	2,66
Matpenger skoledager	205,00	210,00	5,00	2,44
Matpenger helårs	270,00	280,00	10,00	3,70
Barnehager	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
2 dager pr. uke 40% plass	1 360,00	1 400,00	40,00	2,94
3 dager pr. uke 60% plass	2 020,00	2 080,00	60,00	2,97
5 dager pr. uke * Maxpris	3 040,00	3 135,00	95,00	3,13
Matpenger 2 dager pr. uke 40 % plass	190,00	195,00	5,00	2,63
Matpenger 3 dager pr. uke 60 % plass	285,00	295,00	10,00	3,51
Matpenger 5 dager pr. uke	475,00	490,00	15,00	3,16
Omsorg				
Egenandeler *	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Inntektsgruppe inntil 2G, pr. mnd.	*			
Inntektsgruppe inntil 2G - 3G, pr. mnd. tak	1 260,00	1 270,00	10,00	0,79
Inntektsgruppe inntil 2G - 3G pr. time	305,00	308,00	3,00	0,98
Inntektsgruppe inntil 3G - 4G, pr. mnd. tak	1 830,00	1 850,00	20,00	1,09
Inntektsgruppe inntil 3G - 4G pr. time	400,00	405,00	5,00	1,25
Inntektsgruppe inntil 4G - 5G, pr. time tak	2 980,00	3 030,00	50,00	1,68
Inntektsgruppe inntil 4G - 5G pr. time	440,00	450,00	10,00	2,27
Inntektsgruppe over 5G pr. mnd. tak	3 450,00	3 550,00	100,00	2,90
Inntektsgruppe over 5 G pr. time	455,00	470,00	15,00	3,30
(* Statlig fastsetting. Forslag statsbudsjettet 2020)				
Salg	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Matsalg/matombringing	100,00	100,00	-	-
Vask av klær	150,00	150,00	-	-
Leieinntekter	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Trygghetsalarmer pr. mnd. inntekt over 2G	180,00	185,00	5,00	2,78
Motering trygghetsalarm	800,00	800,00	-	-
Brukerbetalinger	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Korttidsopphold *	165,00	*		
Dag- og nattopphold *	85,00	*		
Dagsenter, utvikl. hemmede fritatt *	-		-	
Samfunn				
Kultur og folkehelse				
Salg	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Sats for arbeidsoppgaver i prosjekter	490,00	510,00	20,00	4,08
Billettinntekter fritidsbad	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Barn 3 - 16 år	40,00	45,00	5,00	12,50
Klippekort barn (12 ganger)	370,00	375,00	5,00	1,35

(* Statlig fastsetting. Forslag statsbudsjettet 2020)

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Pensjoniser/studenter/elever v.g.	65,00	70,00	5,00	7,69
Klippekort pensj./stud./v.g skole (12 ganger)	580,00	590,00	10,00	1,72
Voksne	75,00	80,00	5,00	6,67
Klippekort voksne (12 ganger)	690,00	700,00	10,00	1,45
Familie 2+2	180,00	190,00	10,00	5,56
Klippekort familie (2+2) (12 ganger)	1 740,00	1 800,00	60,00	3,45
Tillegg pr. barn over 2	30,00	35,00	5,00	16,67
Meløy svømmeklubb pr. time	105,00	110,00	5,00	4,76
Leie lag/foreninger i åpningstiden pr. time	550,00	580,00	30,00	5,45
Inntil 25 personer pr.time	1 800,00	1 900,00	100,00	5,56
Over 25 pers. pr. time	2 450,00	2 500,00	50,00	2,04
Bibliotek	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Purregebyr voksne 1. purring	25,00	25,00	-	-
Purregebyr voksne 2. purring	50,00	50,00	-	-
Purregebyr voksne 3. purring	75,00	75,00	-	-
Purregebyr barn 1. purring	15,00	15,00	-	-
Purregebyr voksne 1. purring	30,00	30,00	-	-
Purregebyr voksne 1. purring	45,00	45,00	-	-
Kulturskolen	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Elevkontingent	2 705,00	2 775,00	70,00	2,59
Elevkontingent dans	2 155,00	2 210,00	55,00	2,55
Aspirantopplæring korps pr. halvår	5 590,00	5 730,00	140,00	2,50
Instrumentleie 1	644,00	660,00	16,00	2,48
Instrumentleie 2	987,00	1 012,00	25,00	2,53
Materiellavgift 1	645,00	661,00	16,00	2,48
Materiellutgift 2 Etter utlegg	-	-	-	-
Elevkontingen voksne	6 225,00	6 380,00	155,00	2,49
Leie lysanlegg inntil 3 dager	2 000,00	2 100,00	100,00	5,00
Idrettshall kulturhuset	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Arr. frivillige med deltagere under 18 år	1 793,00	1 800,00	7,00	0,39
Deltagere over 18 år	3 177,00	3 275,00	98,00	3,08
Arr. i regi av andre	6 355,00	6 500,00	145,00	2,28
Øving/tilrettelegging pr. døgn	758,00	760,00	2,00	0,26
Trening deltagere under 18 år pr. time	125,00	125,00	-	-
Trening over 18 år pr. time	230,00	235,00	5,00	2,17
Trening private og off. instanser	364,00	375,00	11,00	3,02
Arrangement pr. time	302,00	310,00	8,00	2,65
Samfunnsdelen kulturhuset	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Arrangement frivillige lag/ foreninger pr døgn	2 132,00	2 150,00	18,00	0,84
Arr. Prof./nær.liv pr. døgn inkl. kantine	6 047,00	6 200,00	153,00	2,53
Øvrige (private) pr. døgn	3 024,00	3 100,00	76,00	2,51
Øving/tilrigging pr. døgn	681,00	685,00	4,00	0,59
Fast øving pr. time	138,00	140,00	2,00	1,45
Møter pr. time	225,00	230,00	5,00	2,22
Kantine, døgnl. konfirmasj./dåp	1 588,00	1 600,00	12,00	0,76
Kantine bursdager m/mulighet til hall leie	738,00	750,00	12,00	1,63
Kantina pr. time	174,00	180,00	6,00	3,45

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Kulturhuset med idrettshall	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Hele huset lag/foreninger pr. døgn	4 059,00	4 100,00	41,00	1,01
Hele huset nær. liv etc. pr. døgn	8 302,00	8 500,00	198,00	2,38
Øving/tilrettelegging pr. døgn hele huset	1 291,00	1 300,00	9,00	0,70
Leie lydanlegg, pr. gang	523,00	530,00	7,00	1,34
Neverdal Samfunnshall	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Hall og vestibyle, intektsbringende arr.	1 911,00	1 930,00	19,00	0,99
Arr. i reg av profesjonelle/næringsliv	4 776,00	4 930,00	154,00	3,22
Arr. i regi av private	2 388,00	2 460,00	72,00	3,02
Barnebursdager	896,00	900,00	4,00	0,45
Kurs og seminar	292,00	300,00	8,00	2,74
Ekstra for teppeleie pr. arr.	1 194,00	1 200,00	6,00	0,50
Tilrigging/øving til arr.	476,00	480,00	4,00	0,84
Trening/øving barn/unge u/18 år pr. time	110,00	110,00	-	-
Trening/øving o/18 år pr. time	179,00	185,00	6,00	3,35
Trening private og off. instanser	308,00	320,00	12,00	3,90
Vestibyle til privat arr. pr. døgn	840,00	865,00	25,00	2,98

Neverdal skolekorps gratis leie.

Vestibyle gratis til lag/foreninger i fbm møter og lignende.

Eiendom og kommunalteknikk				
Gebyr	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Søknad om tillatelse handel fyrverkeri	2 884,00	3 000,00	116,00	4,02
Vann inkl. mav.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Leie vannmåler pr. år.	220,00	227,00	7,00	3,18
Abonnementsgebyr	1 435,72	2 439,00	1 003,28	69,88
Forbruksgebyr (kr/m ³)	24,35	19,48	-4,87	-20,00
Uten vannmåler: 1 m ² (brutto areal) = 1,2 m ³				
Fastsetting av kategorifaktor:	Kat. faktor	Sats 2019	Sats 2020	End. i %
Bygningstype/forbruk:		Ab. gebyr	Ab. gebyr	
Bolig	1	1 435,72	2 439,00	69,88
Hytte/fritidshus	1	1 435,72	2 439,00	69,88
Næringsbygg etc. < 300 m ³ /år	1	1 435,72	2 439,00	69,88
Næringsbygg etc. 301 - 900 m ³ /år	3	4 307,16	7 317,00	69,88
Næringsbygg etc. 901 - 3.000 m ³ /år	7	10 050,04	17 073,00	69,88
	Kat.faktor	Sats 2019	Sats 2020	End. i %
Næringsbygg etc. 3.001 - 7.000 m ³ /år	12	17 228,64	29 268,00	69,88
Næringsbygg etc. 7.001 - 10.000 m ³ /år	16	22 971,52	39 024,00	69,88
Næringsbygg etc. 10.001 - 15.000 m ³ /år	20	28 714,40	48 780,00	69,88
Næringsbygg etc. > 15.000 m ³ /år	30	43 071,60	73 170,00	69,88
Fylling av vanntanker over 10m ³ pr. m ³		34,32	36,15	5,33
Gebyr pr. fylling vanntanker		240,24	253,00	5,31
Tilknytning vann inkl. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Tilkobling pr. m ² (ikke bolig)	186,30	192,00	5,70	3,06
Tilkoblingsavg. minsteavg < 150m ²	18 543,60	19 100,00	556,40	3,00
Avløp inkl. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Abonnementsgebyr	1 156,80	1 114,00	-42,80	-3,70

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Forbruksgebyr (kr/m ³)	27,28	28,75	1,47	5,39
Uten vannmåler: 1 m ² (brutto areal) = 1,2 m ³				
Fastsetting av kategorifaktor:	Kat. faktor	Sats 2019	Sats 2020	End. i %
Bygningstype/forbruk:		Ab. gebyr	Ab. gebyr	
Bolig	1	1 156,80	1 114,00	-3,70
Hytte/fritidshus	1	1 156,80	1 114,00	-3,70
Næringsbygg etc. < 300 m ³ /år	1	1 156,80	1 114,00	-3,70
Næringsbygg etc. 301 - 900 m ³ /år	3	3 470,40	3 342,00	-3,70
Næringsbygg etc. 901 - 3.000 m ³ /år	7	8 097,60	7 798,00	-3,70
Næringsbygg etc. 3.001 - 7.000 m ³ /år	12	13 881,60	13 368,00	-3,70
Næringsbygg etc. 7.001 - 10.000 m ³ /år	16	18 508,80	17 824,00	-3,70
Næringsbygg etc. 10.001 - 15.000 m ³ /år	20	23 136,00	22 280,00	-3,70
Næringsbygg etc. > 15.000 m ³ /år	30	34 704,00	33 420,00	-3,70
Tilknytning avløp inkl. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Tilkobling pr. m ² (ikke bolig)	201,08	207,10	6,02	2,99
Tilkoblingsavg. minsteavg < 150m ²	20 083,00	20 680,00	597,00	2,97
Slam inkl. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Avgift pr. år pr. boenhet	1 400,00	1 680,00	280,00	20,00
Avgift pr. år fritidsbolig	700,00	840,00	140,00	20,00
Ekstra slamtømming	1 720,00	1 800,00	80,00	4,65
Feiing inkl. mva	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Årsavgift feiing og tilsyn boliger	703,80	500,00	-203,80	-28,96
Årsavgift feiing og tilsyn fritidsboliger		300,00	300,00	
Fjerning blanksot (bestilles)	703,80	730,00	26,20	3,72
Betaling medgått tid pr. time	828,00	853,00	25,00	3,02
Husholdningsgebyr eks. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Kommunalt tillegg	65,00	70,00	5,00	7,69
Grunngebyr	2 103,00		-2 103,00	-100,00
80 liter	2 103,00		-2 103,00	-100,00
130 liter	2 354,00		-2 354,00	-100,00
190 liter	2 653,00		-2 653,00	-100,00
240 liter	2 902,00		-2 902,00	-100,00
350 liter	4 213,00		-4 213,00	-100,00
500 liter	5 757,00		-5 757,00	-100,00
Husholdningsgebyr eks. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
660 liter	7 584,00		-7 584,00	-100,00
750 liter	8 610,00		-8 610,00	-100,00
Pr. m ³ i container	11 915,00		-11 915,00	-100,00
Levering pr. 100 L sekk i tillegg, gul sekk	78,00		-78,00	-100,00
Henting av avfallsdunk inntil 10 m fra veikant	1 051,00		-1 051,00	-100,00
Grovavfallsruter pr. tonn	3 522,00		-3 522,00	-100,00
Husholdningsgebyr eks. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Fradrag ved hjemmekompostering	276,00		-276,00	-100,00
Feriehenting	63,00		-63,00	-100,00
Bytting av dunk	201,00		-201,00	-100,00
Utslippstillatelse	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Behandlingsgebyr	2 008,50	2 070,00	61,50	3,06

Meløy kommune

FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Utleie komm. tjenester inkl. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Utstyr pr. time utleie	338,87	350,00	11,13	3,28
Rigg	594,31	610,00	15,69	2,64
Tilkjøring	231,75	240,00	8,25	3,56
Mannskap i arbeidstiden pr. time	504,70	520,00	15,30	3,03
Mannskap utenom ordinær arb. tid pr. time	841,51	870,00	28,49	3,39
Leie tyngre kjøretøy pr. time	657,14	680,00	22,86	3,48
Varevederlag over kai eks. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Stykkogods pr. tonn	30,00	30,00	-	-
Trelast, bygningsmoduler 1m ³ =0,5 tonn	30,00	30,00	-	-
Tømmer 1m ³ =0,5 tonn	12,00	12,00	-	-
Metal, kjøretøy og annet tunggods	25,00	25,00	-	-
Stein- og sementbaserte byggevarer	14,00	14,00	-	-
Diverse m ³ -basert last 1m ³ =0,5 tonn	30,00	30,00	-	-
Sand, singel, grus, asfalt 1m ³ =1,5 tonn	10,00	10,00	-	-
Minstepris alle varer pr. kolli	60,00	60,00	-	-
Container med last pr. 10 fots lengde	170,00	170,00	-	-
Lagring på kai eller tilliggende areal pr. m ² pr. døgn	5,00	5,00	-	-
Kaivederlag eks. mva.	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
For de første 300 BT	0,70	0,70	-	-
For de neste 300 BT	0,60	0,60	-	-
For de neste 600 BT	0,35	0,35	-	-
For de neste 1800 BT	0,25	0,25	-	-
Over 3000	0,20	0,20	-	-
Rutegående passasjerbåt kr. xxx enkeltanløp, kr. xxx pr. døgn			-	
Havne og farvannsloven	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Tiltaksklasse 1	1 751,00	1 800,00	50,00	2,86
Tiltaksklasse 2	3 502,00	3 600,00	100,00	2,86
Tiltaksklasse 3	7 004,00	7 210,00	210,00	3,00
Plan og utvikling				
Byggesaker	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Eneboliger 11 - 100 m ²	5 201,50	5 720,00	518,50	9,97
Eneboliger 101 - 150 m ²	7 261,50	7 990,00	728,50	10,03
Eneboliger 151 - 200 m ²	9 167,00	10 080,00	913,00	9,96
Eneboliger 201+ m ²	10 918,00	12 020,00	1 102,00	10,09
1-roms leiligheter	2 678,00	2 945,00	267,00	9,97
2-roms leiligheter	3 656,50	4 025,00	368,50	10,08
3-roms leiligheter	4 841,00	5 325,00	484,00	10,00
4-roms leiligheter	6 798,00	7 480,00	682,00	10,03
Større leiligheter	8 240,00	9 065,00	825,00	10,01
Andre nybygg, tillbyg 0 - 15 m ²	937,30	1 032,00	94,70	10,10
Andre nybygg, tillbyg 16 - 50 m ²	2 214,50	2 436,00	221,50	10,00
Andre nybygg, tillbyg 51 - 100 m ²	3 708,00	4 080,00	372,00	10,03
Andre nybygg, tillbyg 101 - 200 m ²	5 562,00	6 120,00	558,00	10,03
Andre nybygg, tillbyg 201 - 400 m ²	8 343,00	9 180,00	837,00	10,03
Andre nybygg, tillbyg 401 - 700 m ²	11 072,50	12 190,00	1 117,50	10,09
Andre nybygg, tillbyg 701 - 1000 m ²	16 583,00	18 250,00	1 667,00	10,05

Meløy kommune

FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Andre nybygg, tillbyg 1001+ m ² per påbegynt 500 m ²	7 364,50	8 100,00	735,50	9,99
Andre konstruksjoner og anlegg	1 957,00	2 154,00	197,00	10,07
Tiltak knyttet til pipe/ildsted	494,40	544,00	49,60	10,03
Tiltak uten ansvarsrett med oppdatering av kart	1 957,00	2 154,00	197,00	10,07
Tiltak uten ansvarsrett uten oppdatering av kart	937,30	1 032,00	94,70	10,10
Godkjenning av ansvarsrett for selvbygger	1 450,00	1 595,00	145,00	10,00
Ansvarsrettv etter SAK 10 § 11-4, 6. ledd	1 450,00	1 595,00	145,00	10,00
Utstedelse av midlertidig brukstillatelse	1 240,00	1 365,00	125,00	10,08
Oppmåling	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Plassering bolighus 0 - 50 m ²	1 236,00	1 280,00	44,00	3,56
Plassering bolighus 51 - 400 m ²	1 957,00	2 020,00	63,00	3,22
Plassering bolighus 401 - 800 m ²	2 935,50	3 030,00	94,50	3,22
Plassering bolighus 801 - 1000 m ²	4 377,50	4 510,00	132,50	3,03
Plassering bolighus 1000+ m ²	4 686,50	4 830,00	143,50	3,06
Plassering hytter	1 236,00	1 280,00	44,00	3,56
Plassering naust, garasjer, elskap	1 236,00	1 280,00	44,00	3,56
Behandling av delingssaker	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Behandling av delingssaker	1 802,50	1 850,00	47,50	2,64
Behandling av delingssaker ekstra pr arealenhet	576,80	600,00	23,20	4,02
Jordlovsbehandling	2 000,00	2 000,00	-	-
Behandling arealoverføring/grensejustering	1 236,00	1 280,00	44,00	3,56
Arbeid etter matrikkelloven	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Tinglysingsgebyr	525,00	Fastsettes av staten		
Oppretting av matrikkelenhet 0 - 500 m ²	16 171,00	16 300,00	129,00	0,80
Oppretting av matrikkelenhet 501 - 2000 m ²	22 608,50	22 800,00	191,50	0,85
Oppretting av matrikkelenhet 2001+ m ² per påbegynt 100	2 575,00	2 600,00	25,00	0,97
Maksbeløp	53 045,00	53 500,00	455,00	0,86
Matrikulering av umatrikulert grunn 0 - 500 m ²	-			
Matrikulering av umatrikulert grunn 501 - 2000 m ²	-			
Matrikulering av umatrikulert grunn 2001+ m ² per påbegy	-			
Arbeid etter matrikkelloven	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Utearel på eierseksjon 0 - 50 m ²	7 570,00	7 640,00	70,00	0,92
Utearel på eierseksjon 51 - 250 m ²	10 763,50	10 860,00	96,50	0,90
Utearel på eierseksjon 251 - 2000 m ²	16 171,00	16 320,00	149,00	0,92
Utearel på eierseksjon 2001+ m ² per påbegynt 1000 m ²	2 575,00	2 600,00	25,00	0,97
Oppretting av anleggseiendom 0 - 2000 m ³	32 599,50	32 900,00	300,50	0,92
Oppretting av anleggseiendom 2001+ m ³ per påbegynt 10	4 326,00	4 365,00	39,00	0,90
Uten fullført oppmålingsforretning	7 570,50	7 640,00	69,50	0,92
Grensejustering 0 - 250 m ²	6 489,00	6 550,00	61,00	0,94
Grensejustering 251 - 500 m ²	10 815,00	10 920,00	105,00	0,97
Justering anleggseiendom 0 - 250 m ³	16 171,00	16 330,00	159,00	0,98
Arbeid etter matrikkelloven	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Justering anleggseiendom 251 - 1000 m ³	21 527,00	21 740,00	213,00	0,99
Arealoverføring 0 - 250 m ²	6 489,00	6 550,00	61,00	0,94
Arealoverføring 251 - 500 m ²	10 815,00	10 920,00	105,00	0,97
Arealoverføring 501+ m ² per påbegynt 500 m ²	1 339,00	1 352,00	13,00	0,97
Overføring anleggseiendom 0 - 250 m ³	16 171,00	16 320,00	149,00	0,92

Meløy kommune

FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Overføring anleggseiendom 251 - 500 m ³	21 527,00	21 740,00	213,00	0,99
Overføring anleggseiendom 501+ m ³ per påbegynt 500 m ³	1 339,00	1 352,00	13,00	0,97
Klarlegging med eks målebrev - inntil 2 pkt	4 326,00	4 365,00	39,00	0,90
Klarlegging med eks målebrev - pr ekstra pkt	545,90	551,00	5,10	0,93
Klarlegging uten eks målebrev - inntil 2 pkt	8 652,00	8 730,00	78,00	0,90
Klarlegging uten eks målebrev - pr ekstra pkt	1 081,50	1 092,00	10,50	0,97
Matrikkelbrev inntil 10 sider	329,60	332,60	3,00	0,91
Matrikkelbrev over 10 sider	648,90	655,00	6,10	0,94
Kart	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Byggekart 0 - 500 m ²	490,00	510,00	20,00	4,08
Byggekart 501 - 2000 m ²	970,00	1 000,00	30,00	3,09
Byggekart 2001+ m ²	1 490,00	1 540,00	50,00	3,36
Tradisjonelle kart - A2	300,00	310,00	10,00	3,33
Tradisjonelle kart - hele kartblad	380,00	390,00	10,00	2,63
Innhenting eiendomsopplysninger	650,00	670,00	20,00	3,08
Reguleringsplaner	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Mindre endringer av reguleringsplan	7 210,00	7 430,00	220,00	3,05
Regulerings spørsmål forelagt kommunestyret, se PBLs § 1	3090	3 180,00	90,00	2,91
Område-/detaljreguleringsplaner - enkel plan	25 750,00	26 520,00	773,00	3,00
Område-/detaljreguleringsplaner - sammensatt plan	36 050,00	37 130,00	1 080,00	3,00
Område-/detaljreguleringsplaner - komplisert plan	51 500,00	53 050,00	1 550,00	3,01
Oppstartsansønen	6 180,00	6 370,00	190,00	3,07

Dispensasjon	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Dispensasjon enkelt sak av administrasjon	2 060,00	2 120,00	60,00	2,91
Dispensasjon sammensatt sak som behandles adm	4 120,00	4 240,00	120,00	2,91
Dispensasjon enkelt sak politisk	6 180,00	6 370,00	190,00	3,07
Dispensasjon sammensatt sak som behandles politisk	12 360,00	12 730,00	370,00	2,99
Refusjonssaker	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
1-5 parter	10 150,00	10 450,00	300,00	2,96
6-10 parter	15 710,00	16 180,00	470,00	2,99
11-20 parter	24 200,00	24 930,00	730,00	3,02
21-40 parter	33 890,00	34 910,00	1 020,00	3,01
41+ parter	43 620,00	44 930,00	1 310,00	3,00
Kommunalgrunn	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Søknad om kjøp av kommunal grunn	1 000,00	1 030,00	30,00	3,00
Søkn. kjøp komm. grunn - pol. behandling tillegg	1 000,00	1 030,00	30,00	3,00
Opsjonsavtaler	5 000,00	5 150,00	150,00	3,00
Utleie av kommunalt areal til rigg etc. m ² pr. mnd.	90,00	95,00	5,00	3,00
Kostnader kommunen måtte ha i forbindelse med innhenting av eiendomstakst må kjøper i sin helhet betale.				
Felles	Sats 2019	Sats 2020	Endring	End. i %
Timesatser arkitekt/ingeniør/bestyrer	820	845	25	3,00

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

Meløy kommune
FORSLAG TIL GEBYR- OG BETALINGSSATSER 2020

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Eva Stokvik/Adelheid Buschmann Kristiansen Arkiv: 124
Arkivsaksnr.: 19/966

Budsjett 2020 og økonomiplan 2020 - 2023

Rådmannens innstilling

1. Kommunestyret viser til rådmannens budsjett for 2020, samt økonomiplan for perioden 2020 – 2023.
2. Kommunestyret vedtar budsjettforslaget for 2020 med økonomiplan for perioden 2020 – 2023, samt bevilgning drift - vedlegg 1, 2 og 3.
3. Handlingsregler for økonomisk bærekraft - følgende måltall vedtas:
 - Netto driftsresultat 2 %
 - Disposisjonsfond 8 %
 - Andel lånegjeld 75 %
4. Kommunestyret vedtar de økonomiske hovedtall pr. tjenesteområde slik det fremkommer i tabellen nedenfor.

	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
Meløy kommune						
Sum utgifter	780 107 494	692 654 710	758 687 577	773 568 561	774 304 661	775 539 461
Sum inntekter	-780 107 451	-692 654 710	-758 687 577	-773 568 561	-774 304 661	-775 539 461
Sum netto utgift	43	0	0	0	0	0
Sentraladministrasjon						
Sum utgifter	50 994 157	50 643 658	57 879 488	55 935 540	54 601 562	51 725 165
Sum inntekter	-4 563 075	-3 542 000	-4 533 816	-3 935 800	-3 700 900	-3 179 700
Sum netto utgift	46 431 082	47 101 658	53 345 672	51 999 740	50 900 662	48 545 465
Oppvekst						
Sum utgifter	220 859 027	196 715 035	201 299 616	197 309 049	195 809 049	195 809 049
Sum inntekter	-60 596 704	-44 897 495	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553
Sum netto utgift	160 262 323	151 817 540	161 503 063	157 512 496	156 012 496	156 012 496
Helse og omsorg						
Sum utgifter	278 699 203	263 530 271	280 021 900	279 713 750	279 133 750	279 186 300
Sum inntekter	-74 944 596	-28 352 747	-29 626 890	-29 326 890	-28 826 890	-28 826 890
Sum netto utgift	203 754 607	235 177 524	250 395 010	250 386 860	250 306 860	250 359 410
Teknisk						
Sum utgifter	45 667 284	45 082 567	46 801 265	46 251 265	46 349 267	46 349 267
Sum inntekter	-33 505 587	-29 234 968	-30 916 818	-31 985 818	-33 538 818	-35 378 818
Sum netto utgift	12 161 697	15 847 599	15 884 447	14 265 447	12 810 449	10 970 449
Eiendom						
Sum utgifter	38 702 287	37 497 680	40 307 512	40 307 512	40 307 512	40 307 512
Sum inntekter	-15 815 530	-11 605 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000
Sum netto utgift	22 886 757	25 892 680	27 867 512	27 867 512	27 867 512	27 867 512
Interkommunalt og offentlig samarbeid						
Sum utgifter	3 593 229	3 561 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000
Sum inntekter	-1 425 716	-1 211 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000
Sum netto utgift	2 167 513	2 350 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000
Fellesområder						
Sum utgifter	141 592 307	95 624 499	128 542 796	150 216 445	154 268 521	158 327 168
Sum inntekter	-589 256 243	-573 811 500	-639 830 500	-654 540 500	-654 458 500	-654 374 500
Sum netto utgift	-447 663 936	-478 187 001	-511 287 704	-504 324 055	-500 189 979	-496 047 332

5. Kommunestyret vedtar investeringer slik de fremkommer i tabellen nedenfor.

Ansvar	Investeringsprosjekter	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
12202	Egenkapitaltilskudd KLP	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
12319	Bredbånd	2 500 000	0	0	0
30100	Velferdsteknologi	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
42223	Ombygging gamle Ørnes sykehjem	500 000	20 000 000	0	0
42224	Vall omsorgssenter - ombygging - renovring	500 000	30 000 000	0	0
42226	Miniboliger	6 000 000	0	0	0
42227	Engavågen bofellesskap - tilbygg HMS-tiltak	2 500 000	0	0	0
42914	Energibesparende tiltak formålsbygg	500 000	1 000 000	1 000 000	0
43407	Grunnerverv Galtneset	1 000 000	0	0	0
43408	Grunnerverv gnr 6781 Gamle posthus Reipå	350 000	0	0	0
43440	Utvikling av offentlige areal fyllingen Ørnes	2 000 000	0	0	0
48117	Veiutbygging	5 125 000	0	0	0
48213	Gang og sykkelvei Halså	17 000 000	0	0	0
48215	Stia - etablere gangvei	500 000	300 000	0	0
48303	Grunnerverv Kilvik	1 000 000	0	0	0
48307	Utskifting bilparken	650 000	700 000	0	0
	Sum investeringsutgifter	44 225 000	56 100 000	5 100 000	4 100 000
	Finansiering:				
	Disposisjonsfond	6 700 000	14 300 000	2 100 000	2 100 000
	Momskompensasjon	7 725 000	10 900 000	600 000	400 000
	Lån	29 800 000	30 900 000	2 400 000	1 600 000
	Sum finansiering	44 225 000	56 100 000	5 100 000	4 100 000
Ansvar	Investeringsprosjekter - Selvkost vann/ avløp/ oppmåling	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
46155	Ny sjøledning Ørnes - Reipå	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
46156	Høydebasseng Reipå	1 225 000	1 225 000	1 225 000	1 225 000
46157	Høydebasseng Spilderdalen	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
46158	Nytt vannverk og høydebasseng Mosvoldalen	7 750 000	7 750 000	7 750 000	7 750 000
46159	Nytt renseanlegg og nødstrømsagregat Vassdalsvik	1 075 000	1 075 000	1 075 000	1 075 000
46160	Utredning ny vannkilde Halså Vassdal	350 000	0	0	0
48309	Arbeidsbåt kommunalteknisk	1 000 000	0	0	0
48310	Ny bil oppmåling	400 000	0	0	0
48311	GPS utstyr oppmåling	350 000	0	0	0
48312	Brøyteskjær	200 000	0	0	0
48313	Ny hjullaster	0	1 500 000	0	0
48314	Krokløftbil Sørbygda	0	1 000 000	0	0
	Sum investeringsutgifter - Selvkost	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
	Finansiering:				
	Lån	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
	Sum finansiering - Selvkost	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
	Startlån - lån til videre utlån	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000
	Totalt låneopptak inklusive Startlån	53 250 000	54 550 000	23 550 000	22 750 000

6. Kommunestyret godkjenner en låneramme for 2020 på kr 45.250.000 til finansiering av investeringer iht tabell ovenfor, og i tillegg lån til videreutlån (Startlån) på kr 8.000.000. Renter på

byggelån belastes det enkelte prosjekt.

7. Kommunestyret godkjenner opptak av kassakredittlån på kr 30.000.000.
8. Kommunestyret vedtar mål for sykefravær på 7,61 % innen utgangen av 2022.
9. Skatt på inntekt og formue skrives ut etter høyest lovlige sats.
10. For eiendomsskatteåret 2020 skal det skrives ut eiendomsskatt på kraftverk, vindkraftverk, kraftnettet og anlegg omfattet av særskattereglene for petroleum, jf. eignedomsskattelova (esktl.) § 3 første ledd bokstav c. Utskrivingsalternativet omfatter også flytende oppdrettsanlegg i sjø, jf. esktl. § 4 tredje ledd.

For eiendomsskatteåret 2020 skal det skrives ut eiendomsskatt på et «særskilt fastsett grunnlag» i henhold til overgangsregelen til eiendomsskatteloven §§ 3 og 4 første ledd. Det særskilte grunnlaget skal i 2020 være lik 5/7 av differansen mellom eiendomsskattegrunnlaget i 2018 og 2019 som er forårsaket av nye verdsettelsesregler og at produksjonsutstyr- og installasjoner ikke skal regnes med i grunnlaget for verk og bruk som fra og med 2019 blir ansett som næringseiendom.

For eiendomsskatteåret 2020 skal det videre skrives ut eiendomsskatt på bygninger og grunnareal for verk og bruk som fra og med 2019 blir ansett som næringseiendom, så langt disse var omfattet av eiendomsskattegrunnlaget for verk og bruk i 2018, jf. overgangsregelen til eiendomsskatteloven §§ 3 og 4 andre ledd.

Den alminnelige eiendomsskattesatsen settes til 7 promille (esktl. § 11, 1. ledd). Skattesatsen på det særskilte skattegrunnlaget skal være 7 promille»

Utskriving av eiendomsskatt for skatteåret 2020 er basert på takster fra siste alminnelige taksering i kommunen som ble gjennomført i år 2013, samt fastsatte takster ved retaksering som følge av lovendring gjeldende fra 2019. Utskriving av eiendomsskatt på kraftproduksjonsanlegg er basert på eiendomsskattegrunnlag mottatt fra Skatteetaten Storbedrift.

Eiendomsskatten skrives ut i to terminer, jf. esktl. § 25 første ledd. Første termin er mars 2020 og andre termin er september 2020.

Kommunen er lovet «tilnærmet full kompensasjon» av skattetapet kommunene får som følge av endringene i eiendomsskatt på verk og bruk. Meløy kommune vil få et samlet tap på kr. 7.496.000. Ifølge departementet vil kun 90 % av tapet bli dekket. Kommunen må basere sitt budsjett i 2020 basert på denne beregningen, og legger til grunn at kommunens inntektsreduksjon i 2020 på kr 2.141.000 kun blir kompensert 90 %.

Saksutredning

Økonomisk bærekraft

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 innføres økonomisk bærekraft som et av tre satsingsområder i Utviklingsprogram Meløy 2019-2024– bærekraftig samfunns- og stedsutvikling.

Økonomisk bærekraft handler om å styrke Meløy kommunes økonomiske framtid gjennom helhetlig økonomistyring og digitalisering. Økonomisk bærekraft forutsetter en kunnskapsbasert tilnærming og metoder for å synliggjøre mulighetsrom i økonomien til å bevege seg mot et sett av handlingsregler.

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 presenteres sammenligningstall fra inntektsmodellen og KOSTRA-tall fra gruppe 12 og gruppe 11. Gjennom å sammenligne med andre kommuner og presentere handlingsregler for økonomisk bærekraft presenteres et utgangspunkt for en felles forståelse for hvordan kommunens økonomiske situasjon er og hvordan den kan utvikle seg i planperioden. Hensikten er å skape en felles plattform for å fortsette det igangsatte arbeidet med å tilpasse utgifter i forhold til inntektene. En god økonomistyring vil være avgjørende for å få til investeringer i velferdstjenester, samfunns- og næringsutvikling.

Innføring av handlingsregler

I økonomiplan 2019-2022 ble det i desember 2018 vedtatt to handlingsregler for perioden. Dette var et nedtrekk på 15 millioner i drift fra 2021, samt at konsesjonskraft inntekt utover 26 øre avsettes til disposisjonsfond, innarbeides i mål for kommunens økonomi.

Disse to handlingsreglene videreføres i rådmannens forslag til økonomiplan for 2020-2023.

Det foreslås i tillegg handlingsregler for økonomisk bærekraft med måltall for netto driftsresultat, disposisjonsfond og andel lånegjeld, jamfør punkt 3 i forslag til vedtak. Dette er i tråd med bestemmelsene i ny kommunelov om at kommunestyret skal vedta finansielle måltall. I løpet av planperioden skal det arbeides med konkrete tiltak for å nå målene og

skape et økonomisk handlingsrom til å videreutvikle Meløysamfunnet til beste for de som bor, arbeider og besøker oss.

I gjeldende budsjett for 2019, samt rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020- 2023 legges følgende utvikling for handlingsreglene til grunn, forutsatt nedtrekk drift på kr. 15 mill. fra 2021, samt at inntekt utover 26 øre avsettes til disposisjonsfond.

År	2019	2020	2021	2022	2023
Netto driftsresultat	2,70 %	1,20 %	1,80 %	2,40 %	2,90 %
Disposisjonsfond	7,17 %	6,54 %	5,61 %	7,01 %	8,92 %
Andel lånegjeld	59,40 %	59,80 %	80,66 %	77,15 %	75,10 %

I 1000

År	2019	2020	2021	2022	2023
Netto driftsresultat	18 160	8 066	12847	16739	20 459
Disposisjonsfond	47 836	46 190	40 489	50 705	64 640
Andel lånegjeld	396 237	422 136	582 469	557 823	543 969

Dersom forutsetningene i fremlagte budsjett innfris og at det i perioden vedtas tiltak som vil omstille og redusere drift vil Meløy kommune ha økonomisk bærekraft i utgangen av økonomiplan perioden.

Fondsoversikt Meløy kommune

I handlingsregelen, som beskrives ovenfor, for økonomisk bærekraft er det sum disposisjonsfond som brukes.

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 foreslås en deling i to fond for praktiske formål.

For å tydeliggjøre bruk av fond gjennom økonomiplanperioden foreslår rådmannen å innføre en todeling av disposisjonsfond til disposisjonsfond drift og utvikling og disposisjonsfond næringsstøtte og utvikling. Det følger og av handlingsreglene som er vedtatt i gjeldende økonomiplan. I planperioden vil det vurderes om det er hensiktsmessig å rapportere særskilt på disposisjonsfond premieavvik for å tydeliggjøre utvikling i pensjonsforpliktelsene i og med at pensjonsforpliktelser kan ha stor betydning for økonomisk bærekraft.

Bundne fond videreføres slik de er i dag.

Historisk utvikling og *status pr oktober 2019*.

År	2015	2016	2017	2018	2019
Disposisjonsfond	16 565	11 248	9 479	26 276	41 844
Bundne driftsfond	34 482	26 822	24 527	30 559	30 149
Bundne investeringsfond	1 052	2 810	1 946	4 291	4 291
Ubundne investeringsfond	17 533	1 391	890	1 322	1 322
Næringsfond II	14 874	11 665	11 598	13 028	13 001
30 GWH	845	0	992	1 625	1 625

Næringsfond II avsettes fra konsesjonsavgift og er et bundet fond fordi det har formål knyttet til næringsutvikling og infrastruktur.
30 GWH – inngår i disposisjonsfond, avsettes fra netto driftsresultat og er et ubundet fond.

Konsekvensjustert budsjett

I kommunestyre i juni 2019, sak 37/19, ble følgende vedtak gjort:

Med bakgrunn i saksutredelsen under og evalueringen av budsjettprosessen for 2019, vedtar Meløy kommunestyre å endre metode for budsjett- og økonomiplanprosess for perioden 2020 – 2023 fra rammebudsjettering til konsekvensjustert budsjett.

Meløy kommune har gjennom mange år brukt rammebudsjettering som budsjettmetode. Det vil si at en tar utgangspunkt i innværende års driftsramme vedtatt i budsjett og økonomiplan for hvert tjenesteområde og justerer denne for kjente og vedtatte endringer gjennom året. Etter dette er det opp til hvert enkelt tjenesteområde å finne løsninger for driften innenfor den tildelte rammen.

Det er særlig to forhold ved rammebudsjettering som er årsaken til at rådmannen la frem forslag til endret budsjettform i juni. For det første vil rammebudsjettering over år kunne medføre store forskjeller innad i tjenesteområdene mellom de enkelte enhetene. Det gir igjen utslag i ulike tilbud og kvalitet til innbyggere, eksempelvis på skoleområdet. For det andre er det vanskeligere å ta høyde for endringer i eksempelvis demografi i budsjettarbeidet i og med at man viderefører rammer fra tidligere år basert på en annen demografi som grunnlag for inntektene til kommunen.

Dersom vi skal lykkes med utvikling av økonomisk bærekraft og en helhetlig økonomistyring er det avgjørende at det utvikles et sterkere felles ansvar for de endringene og utfordringene vi ser. Dette gjelder særlig å forstå hvordan den demografiske utviklingen som er i de fleste kommunene i Norge påvirker det økonomiske handlingsrommet og vår omstillingskraft. I Meløy, som andre steder, fødes det færre barn, innvandringen har bremsset opp og vi står ovenfor det man kan kalle en sølvgrå vekst.

Ved å benytte konsekvensjustert budsjett framskrives dagens drift ut fra kjente og vedtatte endringer i driften på hvert enkelt tjenesteområde i kommunen. Erfaringene fra innføring av denne metoden i Meløy viser at det er behov for økt kompetanse blant ledere, både i de verktøyene som benyttes, samt hvordan endringer i demografi skal innarbeides i de økonomiske forutsetningene for drift. Derfor foreslås det å igangsette et lederprogram og det vil i løpet av 2020 innføres lederavtaler på alle nivå.

I årets budsjettprosess er det også innført bruk av tiltaksmodul i verktøyet Arena. En egen tiltaksmodul gir rådmann og politikere oversikt over alle forslag til endringer i prioriteringer i budsjettet og økonomiplanen. I tiltaksmodulen skal alle nye tiltak legges inn som ikke er mulig å håndtere innenfor eget budsjett gjennom året. Erfaringene fra årets budsjettprosess viser at det er stor forskjell i hvordan lederne klarer å gjøre justeringer innad i egne budsjett, som igjen gir svært forskjellige utslag i bruk av tiltaksmodellen. Det er i seg selv en indikator

på at rammebudsjetteringen som er brukt har skapt skjevheter i fordelingen av økonomiske rammer mellom enhetene.

Gjennom arbeidet med konsekvensjustert budsjett og tiltak, ender en til slutt opp med en budsjetttramme for de ulike tjenesteområdene. Ved å benytte konsekvensjustert budsjett som metode mener rådmannen at Meløy kommune vil komme frem til mer riktige og realistiske budsjett for de ulike tjenesteområdene etter hvert som kompetansen øker blant lederne.

Rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 etter denne metoden legges frem til politiske behandling med oversikt over økonomiske hovedtall pr. tjenesteområde som det presenteres i punkt 4 i forslag til vedtak.

Foreslåtte driftstiltak

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 foreslås driftstiltak som gjengitt i tabellen nedenfor. Tiltakene slik de er foreslått er innarbeidet i den økonomiske oversikten pr. tjenesteområde som foreslås vedtatt i punkt 4 i forslag til vedtak. Dette er og en endring i forhold til tidligere bruk av rammebudsjett der det i driftsoversikten presenteres hvordan tiltakene enten øker eller reduserer rammen, og er også en følge av innføring av konsekvensjustert budsjett.

Når budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 er vedtatt og det eventuelt er kommet endringer og/eller tiltak utover de rådmannen presenterer fra kommunestyret vil tiltaksoversikten bli oppdatert og tiltak innarbeides i den økonomiske oversikten pr. tjenesteområde slik at det fordeles til tjenesteområdenes budsjetter.

Innføring av konsekvensjustert budsjett og vurderingene som er redegjort for ovenfor blir tydelige i denne oversikten. Første versjon av konsekvensjustert budsjett viste at kompetansen på bruk av tiltaksmodul og konsekvensjustert budsjett er svak i organisasjonen og må bedres. Budsjettarbeidet ble dermed preget av klargjøring av forskjellen mellom konsekvensjustert budsjett og rammebudsjett og omfattende gjennomganger av tjenesteområdene for å kunne levere et budsjett i balanse.

Oversikten over foreslåtte driftstiltak viser at det er store forskjeller i kompetanse og mulighetene de ulike enhetene har til å gjennomføre endringer i eget budsjett gjennom året.

Nedenfor redegjøres for bakgrunnen for noen av de tiltak som presenteres i rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2019-2023.

I Utviklingsprogram Meløy 2019-2024 – en bærekraftig samfunns- og stedsutvikling er i tillegg til økonomisk bærekraft, sosial bærekraft et satsingsområde. Sosial bærekraft handler om å styrke Meløy som bo-, arbeids- og nærmiljø, der folk møtes og trives. Eksempelvis er det å utvikle riktige tjenester til lavest kostnad gjennom arbeidet med kommunedelplan for helse, omsorg og velferd viktig for både sosial bærekraft og økonomisk

bærekraft. Videre er det å fortsette arbeidet med en næringsvennlig kommune gjennom strategisk næringsplan eksempler på arbeid med sosial bærekraft.

Når det gjelder Meløy som bo- og arbeidssted er en satsing på stedsutvikling i hele Meløy et foreslått satsingsområde i prioriteringen av nye tiltak på drift. Meløy er summen av 10 bygder/tettsteder som på hvert sitt vis setter sitt preg på Meløy som bo- og arbeidssted. Stedsutvikling i alle 10 bygdene og kommunikasjonen mellom bygdene og inn til kommunesenteret vil ha stor betydning for om vi lykkes med satsingsområdet sosial bærekraft.

I kommunestyrets vedtak i sak 3/19 i februar ble det vedtatt å oppette en stilling i rådmannens stab. I første omgang foreslår rådmannen å oppette et engasjement i 50% som prosjektleder for Bygdeutvikling – Sammen for meløy. Prosjektet har som målsetting å styrke hver bygd/tettsteds identitet, bistå i konkrete utviklingsprosjekter igangsatt i bygdene/tettstedene, samt lage et kunnskapsgrunnlag til bruk i arbeidet med revidering av samfunnsdel og arealdel i denne planperioden. Det er særlig arbeidet med de 9 andre bygdene som skal prioriteres i dette prosjektet i og med at rapport fra parallelloppdraget vil gi et kunnskapsgrunnlag til arbeidet med utvikling av kommunesenteret Ørnes.

Programbeskrivelsen for parallelloppdraget som er igangsatt, samt tilbakemeldingene fra grendelag og innbyggere både gjennom Meløy tettpå og alle møtene i forkant av arbeidet med prosjektet Vi bygger Kystbyen Ørnes sammen – for Meløy, har forsterket rådmannens utgangspunkt for saken i februar og behov for å styrke kompetansen i arbeidet med stedsutvikling. Finansiering av denne stillingen er i første omgang foreslått ved bruk av resterende fondsmidler som ble vedtatt i saken i februar 2019. Erfaringene fra arbeidet vil bli tatt med inn i neste budsjettprosess for å vurdere videreføring av engasjement og overgang til permanent stilling på 100%.

De er flere aktører som bidrar til sosial bærekraft som trenger bedre lokaler. Det er blant annet frivillighetssentralen og tilflytterkontoret. Videre har det fremkommet som en tydelig forventning til Ørnes fra grendelagene, særlig i fra sør-bygda og øyene at det er behov for møtesteder som er åpne og tilgjengelige når de kommer til kommunesenteret. Aktører i reiselivsnæringen har etterspurt bedre informasjon om de mange mulighetene som finnes i Meløy, og flere har påpekt betydningen av å ha møtesteder til ulike tider på døgnet.

I arbeidet i Meløy tettpå og i strategisk næringsplan har behovet for lokaler til stedsavhengige arbeidsplasser og arenaer for utvikling av gründerskap utover industrien blitt fremhevet. Og ikke minst har ungdommene både gjennom medvirkningsprosesser og via ungdomsrådet uttrykt sterkt behov for møteplasser både på Ørnes og i de øvrige bygdene. Eldrerådet har og uttrykt behov for nytt møtested etter at deres lokaler måtte vike plassen for nye Meløy helse og velferdssenter.

Derfor foreslår rådmannen å leie tidligere sparebankbygget og utvikle konsepter for hvordan dette lokalet kan bli et flerbrukshus med ulike funksjoner som kan dekke behov og skape sosial bærekraft for innbyggerne, besøkende, lag og foreninger, ulike tjenesteområder i kommunen og privat næringsliv.

Finansiering av Tilskudd til bygdeutvikling tatt inn i forslaget fra rådmannen. Dette ble også vedtatt i sak 3/19 og fulgt opp med retningslinjer og tildeling av midler for 2019.

Erfaringene fra innkomne søknader og dialogen med grendelag, trivselspatrulje, samt lag og foreninger viser at det er et svært positivt tiltak.

En satsing på å få flere flyktninger integrert i arbeid. Veileder – arbeidsrettet oppfølging av flyktninger. Stillingen innebærer i hovedsak arbeidsrettet oppfølging av flyktninger de 5 første årene etter bosetting, og er et samarbeid mellom Kunnskap og inkludering (tidligere flyktingetjenesten og voksenopplæringen) og NAV. Finansieringen er foreslått gjennom å bruke en del av integreringstilskuddet fra IMDI til en stilling som kan bidra til å løfte denne gruppen ut av livsoppholdsytelse og ut i selvforsørgelse. Imidlertid er dette et tiltak som forventes å redusere utgifter til livsopphold og derfor en viktig satsing i arbeidet med både sosial og økonomisk bærekraft. Tjenestene oppfatter det som hensiktsmessig at tiltaket lyses ut som en prosjektstilling over 2 år, slik at det kan evalueres før eventuell videreføring.

Sosial bærekraft handler om både små og større tiltak. Derfor foreslår rådmannen også opprettelse av en pensjonistklubb for tidligere ansatte i Meløy kommune. Det er gjort forsøk i høst der tidligere ansatte er invitert inn og på pensjonistvilkår bistår med gjennomføring av folkemøter og andre større arrangementer. Det har vært en svært positiv erfaring og foreslås derfor som et tiltak i drift.

Utvikling av nye næringsområder er en viktig satsing i Meløy kommune og det foreslås arbeid med både Kilvika og Galtneset i perioden. Dette er driftstiltak som må sees i sammenheng med investeringstiltak foreslått i punkt 5 i forslag til vedtak.

Prosjektet bærekraftig areal og transportplanlegging er finansiering av egenandel i forbindelse med mottatt tilskudd til økt kompetanse på bærekraftig areal- og transportplanlegging på 300.000 fra Miljødirektoratet. Prosjektet skal starte opp i 2020 og levere rapport i 2021. Tiltaket viser en prioritering av ressurser til arbeidet i perioden. Denne kompetansehevingen er og viktig i arbeidet med å utvikle eget samferdselsprosjekt i Meløy.

Nedenfor følger oversikt over driftstiltakene som er innarbeidet i den økonomiske oversikten pr. tjenesteområde som foreslås vedtatt i punkt 4

Av de tiltak som er innarbeidet i rådmannens forslag til budsjett og økonomiplan, er følgende tiltak finansiert ved bruk av disposisjonsfond, Næringsfond II og/ eller tilskudd fra andre private:

- Lederutviklingsprogram
- Prosjektleder bygdeutvikling – sammen for Meløy
- Tilskudd til bygdeutvikling
- Prosjekt – Bærekraftig areal transportplanlegging
- Grunnundersøkelser Galtneset
- Konsekvensutredning reguleringsplan Æsvika – Galtneset
- Reguleringsplan Holandsvika

Når det gjelder veileder til arbeidsrettet oppfølging av flytninger dekkes denne gjennom omdisponering av andel integreringstilskudd fra IMDI. Midlene har til nå vært benyttet til livsoppholdsytelse for denne gruppen.

Driftstiltak innarbeidet i rådmannens forslag	2020	2021	2022	2023
Sentraladministrasjon	1 848 616	727 500	727 500	527 500
Bytte av PC for web-tv i kommunestyresal	25 000	-	-	-
Flytting av e-post og kalendertjeneste til sky	100 000	-	-	-
Lederutviklingsprogram	300 000	200 000	200 000	-
Oppgradering av fremvisningsutstyr i kommunestyresalen	100 000	-	-	-
Prosjektleder bygdeutvikling - sammen for Meløy	386 116	-	-	-
Tilskudd til bygdeutvikling	500 000	500 000	500 000	500 000
Renovering av trådløst nettverk	62 500	2 500	2 500	2 500
Pensjonistklubb for tidligere ansatte i Meløy kommune	25 000	25 000	25 000	25 000
Uttrekk helsesjekk ESA	350 000	-	-	-
Oppvekst	-2 206 902	-6 197 469	-7 697 469	-7 697 469
Fagfornyelsen	1 500 000	1 500 000	-	-
Leasingbil for PPT	123 664	123 664	123 664	123 664
Nedtrekk årsverk i skolen tilsvarende 12 pedagogårsverk	-3 920 566	-7 841 133	-7 841 133	-7 841 133
Oppvaskmaskin til bilbioteket	10 000	-	-	-
Testmaterieill PPT	30 000	20 000	20 000	20 000
Utbygging av tak over soveplass - Reipå barnehage	50 000	-	-	-
Helse og omsorg	1 120 500	1 105 500	525 500	578 050
Elsykkel - Fysio- og ergoterapitjenesten	15 000	-	-	-
Sykesenger Vall omsorgssenter	80 000	80 000	-	-
Veileder - arbeidsrettet oppfølging av flyktninger	500 000	500 000	-	-
Økning i KVP fra 6 til 10-11	525 500	525 500	525 500	578 050
Teknisk	875 000	325 000	-	-
Prosjekt - Bærekraftig areal og transportplanlegging	150 000	150 000	-	-
Grunnundersøkelser Galtneset	250 000	-	-	-
Konsekvensutredning reguleringsplan Æsvika-Galtneset	300 000	-	-	-
Reguleringsplan Holandsvika	175 000	175 000	-	-
Eiendom	500 000	500 000	500 000	500 000
Leie kommunale bygg	500 000	500 000	500 000	500 000
Fellesområder	2 272 746	10 812 444	14 529 235	18 148 938
Avsetning til disposisjonsfond	2 272 746	10 812 444	14 529 235	18 148 938

Momenter til forslag investeringsbudsjett

Investeringsprosjektene presenteres under punkt 5 i forslag til vedtak, utvalgte prosjekter kommenteres særskilt i det følgende.

Veiutbygging på kr. 5.125.000. Gjelder opprusting og reasfaltering av kommunale veier. Utover det som foreslås i budsjett 2020 mener rådmannen at ytterligere opprusting og reasfaltering bør skje etter en samlet plan for kommunale veier, og nye drift og investeringstiltak i perioden vil fremkomme som en del av denne planen og innarbeides i fremtidig budsjett og økonomiplan.

I tillegg vil rådmannen at trafiksikkerhetsplanen sees i sammenheng med denne samlede planen slik at også tiltak for myke trafikanter, herunder gang og sykkelvei på Reipå kan arbeides med i perioden, og da opp mot Nordland fylkeskommune for å komme inn i regionale planer.

Bredbånd kr. 2.500.000. Det er satt av midler til fiberutbygging i 2020. Det er behov for å få etablert en strategi for fiberutbygging for å nå målet om å ha fiberutbygging til husstander og næringsliv innen 2023. Og i dette må også utvikling av et bedre mobilnett ivaretas.

Miniboliger kr 6.000.000. Videreføring av budsjett 2019. Kom ikke i mål med siste utlysning av miniboliger i 2019 og det er stort behov for denne typen botilbud. Må få gjennomført utlysning i 2020 for å kunne beholde deler av tilskudd fra Husbanken.

Vedlegg til saksfremlegget

Rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023.

Samt tre oversikter som følger av forskriftskrav:

- Bevilgning drift netto budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023.
- Bevilgning investering 2020 og økonomiplan 2020 – 2023
- Økonomisk oversikt drift

Det legges i tillegg ved flere talloversikter som vedlegg til saken:

Nettoutgift alle områder viser en litt dypere oversikt innen tjenesteområdene

Inntekstoversikt er et utdrag av inntekstpostene.

Tiltaksoversikt er et utdrag av budsjettet som viser tiltak som ikke er en del av tjenesteområdenes budsjetter.

Interkommunalt samarbeid viser forpliktelsene til samarbeidet vi har med andre kommuner i Salten.

Vedlegg

1. Rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020 -2023
2. Bevilgning drift netto budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023

3. Bevilgning investering 2020 og økonomiplan 2020 - 2023
4. Økonomisk oversikt drift

Mer detaljerte oversikter over tallbudsjettet legges som utdypende vedlegg til saksfremlegget.

5. Nettoutgift alle områder
6. Inntektsoversikt
7. Tilskuddsoversikt
8. Interkommunal samarbeid

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Foto: Rune Krogh



RAUS OG KRAFTFUL

Innholdsfortegnelse

Rådmannens kommentar	4
Om statsbudsjettet.....	5
Momenter fra statsbudsjettet som må følges særskilt opp fremover Helse og velferd.....	6
Momenter fra ny kommunelov	10
Krav og plikter i økonomiforvaltningen (§§14-1 og 14-2)	10
Behandling av økonomiplan og budsjett (§14-3)	10
Om budsjett og økonomiplan (§§14-4 og 14-15).....	10
Balanse i budsjett og økonomiplan (§14-10)	11
Økonomisk bærekraft.....	12
Kommunal økonomisk bærekraft – en innføring	12
Handlingsregler for økonomisk bærekraft	13
Trekantmodellen i KØB.....	14
Betraktninger om tidshorisont i analyser og økonomiplanen.....	16
Økonomistyring mot KØB – Netto driftsresultat.....	16
Disposisjonsfond – utvikling mot handlingsregel.....	18
Andel lånegjeld – vesentlig for å ha handlingsrom	19
Hvordan få til økonomisk bærekraft	21
Handlingsreglene 2015-2018 og i økonomiplanperioden.....	22
Oversikt over finansielle nøkkeltall – overordnet	22
Nøkkeltall handlingsreglene	23
KOSTRA analyse 2019 - utvalgte historiske data 2015-2018.....	27
Meløy kommune sammenlignet med kostragruppe 12 og 11	28
Effektiviseringspotensialet	30
Oversikt over driftsutgifter - tjenesteområde og utvalgte delområder	33
Sentrale plandokumenter	37
Visjon, innsatsområder og mål i kommuneplanens samfunnsdel	37
Kommunedelplan helse- omsorg og velferd 2019 - 2026	38
Strategisk næringsplan 2019-2022.....	40
Kommunedelplan for vannforsyning 2019-2029	41
Oversikt over vedtatte planer i perioden 2016-2019.....	42
Kommunal planstrategi	43
Utviklingsprogram Meløy 2029-2024 – en bærekraftig samfunns- og stedsutvikling	43
Ledelse og medarbeiderskap i Meløy.....	45
Strategisk kompetanseplan	45

Organisasjonskart.....	45
Lederprogram og lederavtaler	45
Årsverk Meløy kommune	46
Heltidsprosjekt	46
Lærlinger.....	47
Helse, miljø og sikkerhet - HMS.....	47
Digitalisering i Meløy.....	49
Nytt ERP system	52
Oversikt over tallbudsjett 2020.....	54
Investeringsprosjekter.....	55
Driftstiltak innarbeidet i budsjett – og økonomiplanen.....	57
Foreslåtte driftstiltak uten finansiering.....	58

Rådmannens kommentar

I rådmannens forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 innføres økonomisk bærekraft som et av tre satsingsområder i Utviklingsprogram Meløy 2019-2024– bærekraftig samfunns- og stedsutvikling.

Økonomisk bærekraft handler om å styrke Meløy kommunes økonomiske framtid gjennom helhetlig økonomistyring og digitalisering. Økonomisk bærekraft forutsetter en kunnskapsbasert tilnærming og metoder for å synliggjøre mulighetsrom i økonomien til å bevege seg mot et sett av handlingsregler.

Det foreslås handlingsregler med måltall for netto driftsresultat, disposisjonsfond og andel lånegjeld. Dette er i tråd med bestemmelsene i ny kommunelov om at kommunestyret skal vedta finansielle måltall. I løpet av planperioden skal det arbeides med konkrete tiltak for å nå målene og skape et økonomisk handlingsrom til å videreutvikle Meløysamfunnet til beste for de som bor, arbeider og besøker oss.

De to andre satsingsområdene er sosial og miljømessig bærekraft. Sosial bærekraft handler om å styrke Meløy som bo-, arbeids- og nærmiljø, der folk møtes og trives. Meløy er summen av 10 bygder som på hvert sitt vis setter sitt preg på Meløy som bo- og arbeidssted. Stedsutvikling i alle 10 bygdene og kommunikasjonen mellom bygdene og inn til kommunesenteret vil ha stor betydning for om vi lykkes med satsingsområdet sosial bærekraft. Mens miljømessig bærekraft handler om å ta klimautfordringene på alvor og arbeide for at også Meløy kan og vil bidra i et felles løft for klima.

Budsjett- og økonomiplanen inneholder en rekke forslag til tiltak, både på drift og investeringer som følger opp politiske vedtak og er nødvendige for driften videre. Det å arbeide med endring mens driften tar hverdagene er krevende, men helt nødvendig. Det er en klar forventning fra staten, regionale aktører, politikere, næringsliv, ansatte og innbyggere at kommunen tar i bruk digitale løsninger, forbedrer tjenestene og samtidig arbeider mot økonomisk bærekraft slik at handlingsrommet for å gjøre det økes.

Ørnes 1.11.2019

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Om statsbudsjettet

I statsbudsjettet legges det opp til en vekst i kommunesektorens frie inntekter (skatt og rammetilskudd) i 2020 på 1,3 mrd. kroner. Veksten i frie inntekter i 2020 ut fra inntektsnivået i kommuneproposisjonen tilsvarer omlag 0,3 prosent. Tas det hensyn til forventet merskattevekst inneværende år, ligger det an til at de frie inntektene i statsbudsjettet til kommunene reelt vil gå ned med 3,8 milliarder kroner fra 2019 til 2020. I disse beregningene er det benyttet et anslag for samlet lønns- og prisvekst fra 2019 til 2020 på 3,1 prosent. For Meløy kommune er det beregnet en vekst på kun 1,1% fra 2019 til 2020, mens gjennomsnittlig vekst er på 2,2%. Til sammenligning var veksten fra 2018 til 2019 på 3,4%.

Oversikt over frie inntekter 2020

Frie inntekter	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Endring fra 2019	Endring i %	2020
Innbyggertilskudd	156 338 000	158 850 639	2 512 639	1,6%	
Utgiftsutjevning	58 940 000	50 632 335	- 8 312 000	-14,1%	Kr. 7 994 pr. innbygger. 14% mer tungdrevet
Korrigerer private skoler	3 001 000	- 2 030 000	- 5 031 000	-167,6	53 elever. Trekk og tilbakeføring.
Inntektsgarantiordning	337 000	9 537 498	9 200 498	27,3%	Negativ vekst på kr. 1 291 = kompenseres med kr. 1 560,-
Særskilt fordeling	1 459 000	4 524 000	3 065 000	210,1%	Helsestasjon og skolehelsetj. lærertetthet, frivilligsentraler
N-N tilskudd	11 156 000	11 472 000	316 000	2,83%	Kr. 1 812,- pr. innbygger
Skjønnstilskudd	2 003 000	0	- 2 003 000	-	
3 Inntektutjevning	8 864 000				8-10 mill.
1 Sum rammetilskudd	242 098 000	242 732 000**			
2 Skatt inntekt og formue	179 991 000	187 879 000**			
Sum frie inntekter	422 089 000 *	430 611 000**	8 522 000	1,54	. 2 mill høyere i budsjett enn anslag frie inntekter**

* Er anslag på frie inntekter 2019 fra dep. (Grønt hefte)

** Tallene i budsjettet avviker med vel 2 millioner fra anslaget i inntektsmodellen. Vi bruker KS prognosemodell i budsjettet og forklaringen på differansen mellom hhv skatt og rammetilskudd + sum frie inntekter på ca. 2 Mkr er som følger; kommunedata har inntektutjevningen presentert sammen med skatt. Prognosemodell og vi har inntektutjevningen sammen med rammetilskudd. I tillegg har vi lagt inn i modellen 2 Mkr i ordinært skjønn noe som kommunedata ikke har tatt med da det er opp til kommunene å stipulere dette

Momenter fra statsbudsjettet som må følges særskilt opp fremover

Helse og velferd

Kortere liggetid og økt aktivitet i sykehus gir økt behov for helse- og omsorgstjenester i kommunene. Innen rus og psykisk helse er det en utvikling mot mindre døgnbehandling og kortere liggetid. Dette kan isolert sett være positivt for brukerne, men det gir prioriteringsutfordringer og skaper press på kommuneøkonomien. Innen psykiatrien blir pasienter med store utfordringer skrevet ut, og det er utfordrende både ressursmessig og faglig å ta dem imot på en så god måte som ønskelig. I tillegg begynner rekrutteringsutfordringer å vise seg.

Det er urealistisk at kommunene kan kompensere for mindre døgnbehandling, kortere liggetid og redusert tilskudd til ressurskrevende tjenester samtidig som demografien endres, og på sikt gir flere eldre med sammensatte behov for tjenester. Med kun 1,1% vekst i frie inntekter for Meløy kommune er det åpenbart at det ikke kompenserer for disse endringene. Gjennom 2019 har Meløy kommune sett at dette gir merforbruk i tjenesteområdet.

Videre innlemmes tilskuddet til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens i rammetilskuddet, slik at særskilt tilskudd på rundt 1 mill. kroner utgår. Fra 2020 blir dette tilskuddet rettighetsfestet. I Meløy kommune har vi hatt dagaktivitetstilbud siden 2014, og vi har økt antall plasser fra 8 til 12 i denne perioden. I budsjettforslaget for 2020 er tilskuddet tatt ut som en følge av at finansiering inngår i rammen. Kjøp av antall plasser er opprettholdt på samme nivå som i 2019.

Husbankens tilskuddsordning til etablering og tilpasning av bolig blir fra 2020 avvirket, og om lag 500 mill. kroner blir overført til kommunenes rammetilskudd. For Meløy kommune vil en slik overføring i prinsippet si at ordningene forsvinner om ikke det settes av egne budsjettmidler til formålet. Dette fordi en overføring til rammen gjør at det ikke lenger kan søkes tilskudd til enkeltsaker fra Husbanken, og inntektsmodellen gjør at midlene smøres tynt utover.

Det vurderes også endringer for investeringstilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger. Etter Stortingsvedtaket i fjor om likebehandling i investeringstilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger, er ordningen delt i to. I den ene halvparten er det krav om netto tilvekst i antallet plasser, mens den andre er forbeholdt rehabilitering av bygg.

For å motta fullt tilskudd til renovering og-/eller bygging av nye heldøgns omsorgsplasser, blir det i statsbudsjettet foreslått at fremtidige prosjekter må inneholde produksjonskjøkken og tilfredsstillende lokale kjøkkenfunksjoner, i - eller i nærheten av boenhetene. For prosjekter uten dette, reduseres maksimal godkjent anleggskostnad med 5 pst. I forbindelse med utredningen som er igangsatt for ombygging av Vall sykehjem er det viktig at dette blir tatt med i vurderingene.

Meløy kommune har behov for et mer differensiert og fleksibelt tilbud innen boligløsninger for eldre, særlig når det gjelder trygghetsboliger, omsorgsboliger og bofellesskap. I

statsbudsjettet meldes det at regjeringen har startet arbeid med et kunnskapsgrunnlag, der virkemidler som legger til rette for at flere kan bo hjemme lenger og gode og tilpassede boligløsninger for den enkelte vurderes. En vurdering av hvorvidt investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsboliger kan inkludere trygghetsboliger uten heldøgns omsorg vil bli vurdert i dette arbeidet.

Fra 2020 er kommunene lovpålagt å ha psykologkompetanse. Det øremerkede tilskuddet på 211 mill. kroner til rekruttering blir dermed innlemmet i kommunenes rammetilskudd. Mange kommuner har store utfordringer med å få rekruttert psykolog og dette gjelder også for Meløy. I statsbudsjettet for 2020 vil tilskudd til rekruttering av psykologer innlemmes i rammen og særskilt tilskudd på rundt kr. 200 000 utgår. Helse og Velferd er i dialog med andre kommuner i Salten for å se på muligheten til et interkommunalt samarbeid om psykologkompetanse.

Stortinget har vedtatt at alle leger i kommunehelsetjenesten skal være spesialister i allmenntilleggsmedisin, samtidig som spesialistutdanningen er lagt om. Kommunene har fått betydelig større ansvar for å planlegge og tilrettelegge for spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin.

Lege under spesialisering til allmennlege (ALIS) skal ha en individuell utdanningsplan hvor emnekurs, gruppeveiledning, individuell veiledning, supervisjon, læringsmål og praksis inngår. Dette setter store krav til kompetanse, tilstedeværelse og oppfølging fra de legene som jobber i legetjenesten, og som skal veilede ALIS legene. Prosjekt Meløylegen beskriver flere samtidige tiltak for å oppnå større stabilitet i legestillinger, som vil være avgjørende for å lykkes med spesialiseringsforløp. Nasjonalt senter for distriktsmedisin har bistått kommunen under prosjektet.

Oppvekst

Bemanningsnormen i barnehager er fortsatt underfinansiert i statsbudsjettet, og gjør at Meløy kommune selv må tilføre midler for å kunne nå målene, som kom fra 1. august 2019, om maksimalt 3 barn under tre år og 6 barn over tre år per årsverk. I tillegg er det forventinger om gratis kjernetid i barnehager for 2-åringer, og makspris for barnehageplass settes til kr. 3 135 pr. mnd. fra 1. januar 2020.

Regjeringen vil høsten 2019 legge fram stortingsmelding om tidlig innsats og inkluderende fellesskap. Denne vil omhandle både barnehage, SFO, skole, lokale støttesystemer (f.eks. PPT) og statlige støttesystemer (Statped). Meldingen er en oppfølging av blant annet Nordahl-/ og Stoltenbergutvalgets rapporter. Den vil sannsynligvis gi flere føringer for oppgavefordeling mellom staten og kommunesektoren, og for ansvar og oppgaver - inkludert kompetansebehov - i kommunesektoren.

Regjeringen foreslår likevel allerede nå å innføre en moderasjonsordning for SFO fra august 2020, noe som innebærer at ingen skal betale mer enn 6 % av husholdningens samlede inntekt for en SFO-plass på 1. og 2. trinn. I tillegg innføres det en ordning med gratis SFO til barn med særlige behov på 5. til 7. trinn.

Regjeringen foreslår å sette av totalt 250 mill. kroner til læremidler i forbindelse med fagfornyelsen. Kommunene får 170 mill. kroner til ekstraordinære kostnader for innkjøp av digitale og analoge læremidler. I tillegg styrkes «den teknologiske skolesekken» med 50 mill. kroner fra en tilskuddsordning for innkjøp av digitale læremidler.

Kommunene skal gjøre store anskaffelser i løpet av de kommende årene, og dette vil kreve tett dialog og samhandling lokalt og nasjonalt, slik at disse midlene blir brukt på en måte som understøtter intensjonene i fagfornyelsen og de lokale behov. I Meløy kommune er det viktig at vi utvikler en IKT strategi som hensyntar forventningene i fagfornyelsen og samtidig sørger for opplæring av ansatte i skolen, slik at oppnår riktig bruk av digitale hjelpemidler i Meløyskolen.

Kunnskapsdepartementets fagproposisjon til statsbudsjettet legger til grunn at det er mer fleksibilitet til å flytte lærerårsverk mellom skoler og trinn innad i kommunen i 2020, og det virker i omtalen av lærernormen som om regjeringen beregner årsverksbehovet på kommunenivå. Dette vil naturlig nok dempe behovet for å tilføre nye lærerstillinger og ressurser totalt sett.

I statsbudsjettet innlemmes tilskudd til tidlig innsats i skolen, økt lærertetthet 1. til 10.trinn, samt tilskudd til leirskoleopplæring i rammen.

Samfunn

I postene for forebygging mot-/ og håndtering av flom og skred, er det foretatt flere endringer. Blant annet er posten for flom- og skredforebygging redusert med 37 mill. kroner til 220 mill. kroner, samtidig som det er lagt til en ny post for krise- og hastetiltak på 45 millioner kroner. Endringene i de øvrige tilknyttede postene er små, slik at midlene til flom- og skredforebygging samlet øker med åtte mill. kroner. NVE har imidlertid nylig oppdatert sitt anslag over behovet for aktuelle sikringstiltak til 3,9 milliarder kroner. På bakgrunn av dette har NVE foreslått en økning av de årlige bevilgningene til slike tiltak til 200 mill. kroner. I Meløy kommune har vi flere prosjekter som planlegges fremover, der fylkeskommunen er avhengig av statlige midler for å få gjennomført disse. Underfinansiering i disse ordningene er krevende.

For 2020 er det satt av 256 mill. kroner i tilskudd til bredbåndsutbygging, en økning på 50 mill. kroner fra 2019. Med et ambisjonsnivå på 95 % dekning for 100 Mbit/s bredbåndsaksess innen 2025, må de årlige offentlige bevilgningene være i størrelsesorden 500 – 900 mill. kroner. I Meløy kommune har vi fått tilsagn på 1,5 mill. kroner for 2019, og vil søke på nytt i ordningen for 2020.

Stab og støtte

I statsbudsjettet blir det foreslått at skatteoppkreving overføres fra kommunene til staten, med virkning fra 1. juni 2020. Regjeringen fremhever at forslaget vil bidra til å styrke kampen mot arbeidslivskriminalitet og svart økonomi, styrke rettssikkerheten og likebehandlingen, gi en forenkling til skattytere og mer effektiv ressursbruk. Det blir også vist til at Skatteetatens nye organisering med landsdekkende fagdivisjoner legger til rette for en slik overføring.

Denne endringen har skapt en del debatt, og det er viktig å følge med på hvordan det endelige vedtaket blir.

VEDLEGG – OVERSIKT OVER INNLEMMINGER AV ØREMERKEDE TILSKUDD I RAMMETILSKUDET 2020

	Bevilgning øremerket tilskudd i mill. kroner 2019 (anslag KS)	Innlemmet i rammetilskudd i 2020, mill. kroner i 2019 priser	Kommentar
Kommunene:			
Tilskudd til psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	205,0	205,2	Innlemmet etter dekostnadsnøkkel for kommunehelse
Tilskudd til dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens	348,0	358,0	Innlemmet etter dekostnadsnøkkel for pleie og omsorg
Tilskudd til habilitering og rehabilitering	88,2	84,4	Innlemmet etter dekostnadsnøkkel for kommunehelse
Tilskudd til samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak	6,2	6,2	
Tilskudd til tidlig innsats i skolen gjennom økt lærerinnsats på 1.-10. trinn	1 752,7	1 277,2	Innlemmet med særskilt fordeling i tabell C. Regjeringen bemerker at innlemmingen må ses i sammenheng med 400 mill. kroner av realveksten i frie inntekter som er begrunnet med tidlig innsats.
Tilskudd til leirskoleopplæring	69,3	54,4	Innlemmet etter dekostnadsnøkkel for grunnskole
Tilskudd til etablering og tilpasning av bolig	481,6	481,6	Innlemmet etter dekostnadsnøkkel for sosialtjenester
60 prosent av tilskudd til gang- og sykkelveier	47,1	47,1	

Momenter fra ny kommunelov

I dette kapitlet beskrives utdrag fra ny kommunelov som trer i kraft 1.januar 2020, noe som er særlig relevant for budsjett og økonomiplan. Det kommenteres i utvalgte deler av teksten hvordan Meløy kommune i praksis anvender lovformuleringene.

Krav og plikter i økonomiforvaltningen (§§14-1 og 14-2)

Kommuner skal forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid. Kommuner skal utarbeide samordnete og realistiske planer for egen virksomhet og økonomi og for lokalsamfunnets utvikling.

Kommunestyret skal vedta finansielle måltall for utviklingen av kommunens økonomi. I Meløy kommune igangsettes et arbeid med økonomisk bærekraft som en del av utviklingsprogram Meløy 2019-2024, der det vil bli utviklet finansielle måltall både på overordnet nivå og innenfor de ulike tjenesteområdene. Etter deltakelsen i utviklingsnettverket til Fylkesmannen i Nordland, har kommunen besluttet å ta i bruk erfaringene fra arbeidet med kommunal økonomisk bærekraft (KØB) som er initiert av Rana kommune og Nord universitet. Arbeidet bygger på riksrevisjonens rapport fra 2015 om forholdet mellom netto driftsresultat, disposisjonsfond og andel lånegjeld.

Behandling av økonomiplan og budsjett (§14-3)

Budsjett for 2020 og økonomiplan for 2020-2023 skal vedtas før årsskiftet. Formannskapet innstiller til vedtak om budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023 til kommunestyret. Innstillingen til økonomiplan og årsbudsjett, med alle forslag til vedtak som foreligger, skal offentliggjøres minst 14 dager før kommunestyret behandler den. Dette gjelder ikke for innstillinger om endring i vedtatt økonomiplan eller årsbudsjett. Økonomiplanen for 2020-2023 og budsjettet for 2020 sendes departementet til orientering.

Om budsjett og økonomiplan (§§14-4 og 14-15)

Økonomiplanen skal vise hvordan langsiktige utfordringer, og hvordan mål og strategier i kommunale planer skal følges opp.

Budsjett for 2020 og økonomiplan 2020-2023 skal vise kommunestyrets prioriteringer og bevilgninger, og de målene og premissene som budsjettet og økonomiplanen bygger på. Budsjett og økonomiplan skal også vise utviklingen i kommunens økonomi, og utviklingen i gjeld og andre vesentlige langsiktige forpliktelser. Vedtaket om budsjett skal angi hvor mye lån som skal tas opp i budsjettåret.

Budsjett og økonomiplan skal være i balanse og realistiske, fullstendige og oversiktlige. Økonomiplanen skal deles inn i en driftsdel og en investeringsdel. Budsjettet skal deles inn i et driftsbudsjett og et investeringsbudsjett, og stilles opp på samme måte som økonomiplanen.

Økonomiplanen kan inngå i, eller utgjøre kommuneplanens handlingsdel etter plan- og bygningsloven § 11-1 fjerde ledd. For Meløy kommune vil budsjett 2020 og økonomiplanen for 2020-2023 inneholde strategiene i samfunnsdelen til gjeldende kommuneplan. Arbeidet med revisjon av både samfunnsdel og arealdel vil igangsettes i planperioden, og ny

handlingsdel vil bli innarbeidet i økonomiplanen når denne foreligger. Utviklingsprogram Meløy 2019-2024 er igangsatt og en egen programplan med mål og tiltak vil bli politisk behandlet i 2020.

Kommunestyret skal endre årsbudsjettet når det er nødvendig for å oppfylle lovens krav om realisme og balanse.

Kommunedirektøren skal minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med budsjettet. I Meløy kommune rapporteres det gjennom tertialrapportering, i tillegg har Formannskapet økonomi som fast sak på sine møter. Hvis utviklingen tilsier vesentlige avvik, skal kommunedirektøren foreslå endringer i budsjettet i forbindelse med tertialrapporteringen til kommunestyret.

Balanse i budsjett og økonomiplan (§14-10)

All bruk av midler i årsbudsjettet skal ha dekning i årets tilgang på midler. Driftsbudsjettet skal dekke avdrag på lån med et beløp som minst tilsvarer avdrag beregnet etter §14-18. Årsbudsjettet skal dekke inn tidligere års merforbruk i driftsregnskapet, og udekket beløp i investeringsregnskapet etter reglene i §§ 14-11 og 14-12. Midler som etter lov eller avtale er reservert for særskilte formål, og som ikke benyttes i budsjettåret, skal settes av til et bundet fond. I Meløy kommune er det satt av omlag kr. 30.000.000 i bundet driftsfond pr. oktober 2019.

Budsjettet skal dekke avsetninger, disposisjonsfond, som er nødvendige for en god kommunal økonomiforvaltning. Investeringene skal over tid ha en egenfinansiering som ivaretar kommunens økonomiske handleevne. I Meløy kommune vil det i denne økonomiplanperioden bli innført handlingsregler som har til hensikt å sikre avsetninger til disposisjonsfond, og et netto driftsresultat som vil gi økt handleevne for egenfinansiering i investeringene.

Økonomisk bærekraft

I Utviklingsprogram Meløy 2019-2024 – en bærekraftig samfunns og stedsutvikling- er det tre satsingsområder:

- **Sosial bærekraft** – styrke Meløy som bo-, arbeids- og nærmiljø, der folk møtes og trives.
- **Økonomisk bærekraft** – styrke Meløy kommunes økonomiske framtid gjennom helhetlig økonomistyring og digitalisering
- **Miljømessig bærekraft** – styrke Meløys unike fortrinn for en bærekraftig nærings- og samfunnsutvikling.

Arbeidet med økonomisk bærekraft i Meløy kommune ble startet som en konsekvens av deltakelse i utviklingsnettverket til Fylkesmannen i Nordland. I dette nettverket deltok representanter fra formannskapet, hovedtillitsvalgte og strategisk ledelse. Da Rana kommune presenterte sine erfaringer på samlingene våren 2019 var det stor enighet i gruppen om at Meløy kommune har behov for å øke kompetansen på området. I denne budsjett og økonomiplanen vil derfor retningen for hvordan Meløy kommune skal arbeide mot økonomisk bærekraft synliggjøres.

Å skaffe et godt kunnskapsgrunnlag er vesentlig for å arbeide med økonomisk bærekraft, og Meløy kommune er i første fase med å endre måten vi bruker rapporteringen til KOSTRA (kommune-stat-rapportering).

I økonomiplanperioden vil Meløy kommune bruke sammenligningstall fra KOSTRA gruppene 12 og 11 for å få et bredt sammenligningsgrunnlag.

I det følgende beskrives teoriene om økonomisk bærekraft, og det eksemplifiseres ved bruk av historiske tall (2015-2018) for Meløy kommune på disse handlingsreglene.

Kommunal økonomisk bærekraft – en innføring

Kommunal økonomisk bærekraft (KØB) ser på økonomiske styringsmodeller for langsiktig utvikling og bærekraft i kommunesektoren.

Et grunnleggende KØB premiss er at dagens tjenestetilbud minst er i samsvar med de minimumsstandarder (krav i lover og regler m.m.) som gjelder for kommunen, og kan opprettholdes over lengre tid, uten vesentlig kvalitetsmessig forringelse i tjenestetilbud, nedbygging av formue, skattemessige eller gjeldsmessige økninger.

I bunn og grunn handler det om at hver generasjon skal betale for sine egne utgifter, uten å overdrevent/unødvendig subsidiere andre eller bli subsidiert selv.

Fokusområder	Interessenter
Styrke koblingen mellom kort - og langsiktig kommunal beslutningstaking og planlegging	Administrasjon og politikere
Bedre politisk handlingsrom over tid	Politikere og innbyggere
Bedre innbyggerforståelse for økonomisk bærekraft	Politikere og innbyggere
Generasjonsprinsipp - Fornuftig bruk av folkets penger	Politikere og innbyggere

Forskning på KØB og undersøkelser gjort mot en rekke kommuner viser hva som er viktige virkemidler for å lykkes med å innføre økonomisk bærekraft som satsingsområde i kommunene:

- lederrollen til rådmannen - en sterk rådmann som tydelig understreker viktigheten og følger opp gjennom ledelse og styring
- gjennomføre kunnskapsbaserte beslutningsprosesser som involverer kommunens politikere i budsjettprosessen og derigjennom synliggjør problemstillinger
- innføre egne handlingsregler for KØB
- politisk oppslutning i kommunen om viktigheten av å gjennomføre tiltak for å kunne nå målene i handlingsreglene
- kompetanseheving blant både politikere, ledere og sentrale medarbeidere
- regelmessig og enkel rapportering til politikerne og god formidling til kommunens innbyggere

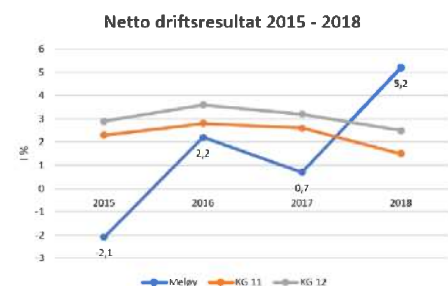
Handlingsregler for økonomisk bærekraft

Riksrevisjonen (2015) slo fast at sammenhengen av store lån, lavt disposisjonsfond og lavt driftsresultat gir utfordringer for norske kommuner. I KØB er disse tre foreslått som handlingsregler og det er gjort omfattende tester med andre parametere som viser at disse tre er stabile og gode indikatorer på bærekraft.

Handlingsregler for økonomisk bærekraft setter en ramme for disponeringen av kommunens økonomiske midler. De skal bidra til at dagens disposisjoner også vil være økonomisk bærekraftig på lengre sikt. Intensjonen tilsvarer det som er gjeldende i staten med handlingsregelen for bruk av oljepenger. Handlingsregler vil ofte være formulert som en prosentvis størrelse, f.eks. netto driftsresultat i prosent av totale driftsinntekter.

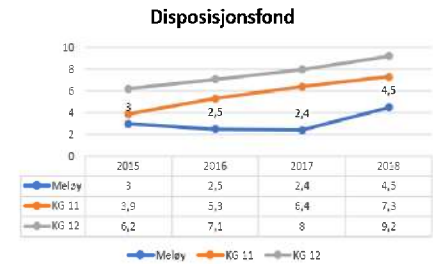
Netto driftsresultat – bærekraft i budsjettet på 1 år:

Resultat basert på forskjell mellom inntekter og utgifter i budsjettåret. Et stabilt netto driftsresultat over tid kan bidra med egenkapital til investeringer, styrking av likviditeten og som økonomisk buffer for å møte framtidige utfordringer. Tallet som brukes er netto driftsresultat i % av inntektene.



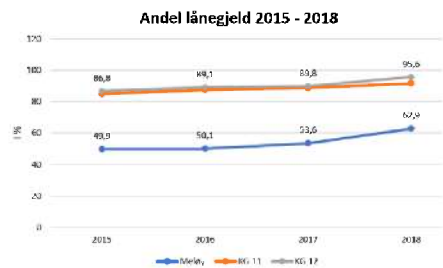
Disposisjonsfond – bærekraft i planperioden på 4 år:

Midler som ikke er budet opp i tiltak og opparbeidet over år. Disposisjonsfondet er viktig for å kunne håndtere uforutsette hendelser i økonomiplanperioden og gir tid til å gjennomføre endringer i driften. Tallet som brukes er størrelsen på disposisjonsfondet i % av inntektene.



Andel lånegjeld – bærekraft i et generasjonsperspektiv på 20 til 40 år:

Lånegjelden påvirker handlingsrommet til kommunen betydelig fordi høy gjeld fører til høye driftsutgifter for å dekke renter og avdrag både nå og fremover. Tallet som brukes er størrelsen på lånegjeld i % av inntektene.



I KØB er det følgende nivå på handlingsreglene som anbefales:

Netto driftsresultat på 2% - Disposisjonsfond på 8% - Andel lånegjeld på 75%

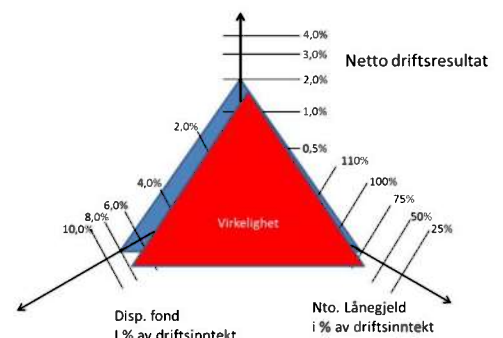
Historiske data viser at Meløy kommune har over tid hatt lavere NDR og disposisjonsfond enn anbefalingen i KØB, det er krevende for å oppnå økonomisk bærekraft, mens andel gjeldsgrad også har vært lavere, som er positivt for økonomisk bærekraft.

Disse handlingsreglene har vært benyttet av Teknisk beregningsutvalg (TBU) tidligere og er ikke nytt i kommunesammenheng. Meløy kommune har hatt måltall tidligere år som følger denne tenkingen. Det som er nytt i KØB er en mer systematisk og helhetlig tilnærming til handlingsreglene, samt økt fokus på sammenhengen mellom de tre.

Trekantmodellen i KØB

I KØB har sammenhengen mellom disse tre parameterne en avgjørende betydning og forholdet mellom dem er synliggjort i modellen nedenfor. Intensjonen med trekantmodellen er at den skal fremme helhetstenkning og at det skal være mulig å avveie ulike parametere mot hverandre. Økonomisk bærekraft er oppnådd i denne modellen når de tre parameterne ligger på måltallet. Da er det balanse i trekanten. Virkeligheten kan imidlertid være en forskyvning gitt hvilke faktiske resultater det er fra år til år, men det kan allikevel oppnås bærekraft så lenge en av de andre handlingsreglene kompenseres for endringen i en av dem.

- økt gjeld kan kompenseres i form av høyere NDR eller disposisjonsfond.
- lavt disposisjonsfond kan kompenseres i form av høyere NDR



- jo lavere disposisjonsfond kommunen har jo mer taler det for å påse at gjelden holdes forholdsvis lavt og/eller at NDR er tilstrekkelig høyt til å kompensere for lavt nivå på disposisjonsfond.

Prinsipielt sett vil det mest spesielle kanskje være en situasjon hvor en kommune legger seg på et lavt NDR-nivå i budsjetteringen. Det framstår forholdsvis risikabelt, da kommunen på kort sikt ikke kan omstille gjelden eller velge et annet nivå på den. Gjeldsnivået er det det er. Ut fra et KØB-perspektiv er det mer forståelig om lavt NDR skyldes at kommunen har betalt høyere avdrag enn den trenger å gjøre.

Dersom disposisjonsfondet ligger på et høyt nivå kan en kommune på kort sikt i prinsippet legge seg på et lavere NDR nivå og så bruke disposisjonsfondet til å dekke inn uforutsette utgifter eller sviktende inntekter. Dette er imidlertid kun aktuelt som en kortsiktig tilpasning eller justering. En annen mulig løsning er å selge unna langsiktige eiendeler og bruke inntektene til å nedbetale gjeld.

Dersom NDR-nivået er lavt, blir det også vanskeligere å finne rom til å avsette til disposisjonsfondet. Den vanskeligste situasjonen en kommune kan sette seg i vil være å øke gjelden over tid, samtidig som disposisjonsfondet reduseres eller holdes på et lavt nivå, og kommunen samtidig legger seg på et lavt NDR nivå. Da strider økonomistyringen med alle parameterne i trekantmodellen, og en kommune med en slik praksis drives ikke bærekraftig ut fra et tradisjonelt KØB-perspektiv.

Historiske tall i Meløy viser at NDR har vært for lavt over tid, disposisjonsfondet også. Imidlertid har lånegjelden vært under handlingsregelen, selv om denne nå er stigende. I denne budsjett og økonomiplanen forverres situasjonen betydelig og det er behov for å igangsette et omfattende omstillingsarbeid for å bevege seg mot økonomisk bærekraft i planperioden. Det er spesielt viktig å bygge opp disposisjonsfond, og dette kan gjøres gjennom økt NDR og å holde andel lånegjeld på et forsvarlig nivå. Meløy kommune arbeider mot følgende mål i 2023:

Netto driftsresultat - 2%

Disposisjonsfond - 8 %

Netto lånegjeld - 75 %

Betraktninger om tidshorisont i analyser og økonomiplanen

Skal handlingsreglene være et historisk mål, basert på regnskapet for det siste året eller de siste årene, eller skal den være orientert mot den økonomiske nåsituasjonen til kommunen eller framtiden? Hvis det gjelder for framtiden, er det snakk om kommende budsjettår, kommende fire års økonomiplan-periode eller en lengre tidshorisont? Hvilken tidshorisont på økonomiplanen gir best muligheter for å nå målet om økonomisk bærekraft. Er 4 år for kort? Burde økonomiplanperioden utvides til 8 år?

I arbeidet med økonomisk bærekraft er et godt kunnskapsgrunnlag viktig, derfor vil vi bruke 2015 - 2018 som historisk analyseperiode, det gjelder særlig analyser der vi sammenligner med KOSTRA tall fra andre grupper. Der det er hensiktsmessig vil status i 2019 brukes og fremover brukes økonomiplanperioden 2020 - 2023.

Økonomistyring mot KØB – Netto driftsresultat

Netto driftsresultat (NDR) er handlingsregelen i KØB som viser om kommunen har kontroll med driftsdelen. NDR er en oppsummerende parameter som innbefatter mye av aktiviteten i kommunen og som gjennom økt nivå på NDR er det handlingsregelen som kompenserer for brudd med måltallene for de to andre handlingsreglene.

Kommunens økonomi og resultater representerer summen av tjenesteområdene som kommunen består av, og dermed også hvordan ledere styrer økonomien innen sitt område.

Utfordringen i en klassisk budsjettrevet kommune er at de ulike delene av tjenesteområdene må gi fra seg udisponerte midler til andre som har brukt mer enn de har (m.a.o. at overskuddsenheter kryss-subsidierer underskuddsenheter). Dette kan resultere i normer eller kulturbygging som innebærer at ingen ser nytten i å drive med overskudd og heller velger å (unødig) bruke opp midler på slutten av året. Dersom en slik økonomistyringskultur utvikles vil kommunen få problemer med en gang en eller flere avdelinger ender med merforbruk. I Meløy kommune ønsker vi å fortsette å utvikle en kultur der vi er sammen om å løse samfunnsoppdraget. Dette skal synliggjøres gjennom bruk av konsekvensjustert budsjett og gode beslutningsgrunnlag til formannskap og kommunestyret. Videre skal det innføres lederavtaler med tydelige føringer for hvordan den enkelte enhet skal bidra til å nå målene om økonomisk bærekraft.

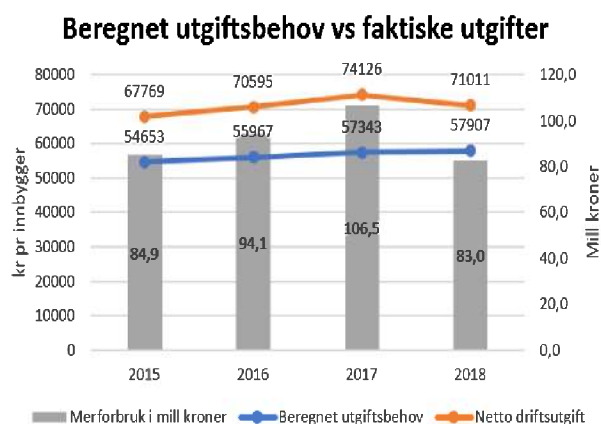
For å drive kommunen på en bærekraftig måte over tid er det nødvendig å tilpasse kapasiteten innen ulike tjenester til brukernes behov og antall brukere. Kommunen kan ikke over tid ha for mye ledig kapasitet i for eksempel barnehagesektoren eller grunnskolen. Om det ikke er gode og realistiske grunner til å tro at kapasiteten vil tilpasse seg et naturlig nivå over tid, vil det bli for kostnadskrevenende å drive kommunen med en større, ledig kapasitet. Det vil innebære unødvendige utgifter til blant annet lønn og annen drift, herunder også vedlikehold av bygningene og andre eiendeler.

I motsatt fall er det nødvendig for kommunene å investere dersom de driver på eller over kapasitetsgrensen, og forventer at dette vil fortsette eller forsterkes framover. Manglende

justeringer av kapasitet vil trolig føre til at kvaliteten på tjenestene blir for lave. Et slikt utfall vil ikke være bærekraftig.

Hva er riktig nivå på kapasiteten vi skal ha på tjenestene i Meløy kommune? I arbeidet med økonomisk bærekraft er nivå på utgifter sett i forhold til demografi og sammenlignet med andre kommuner, være et viktig kunnskapsgrunnlag for å utvikle styringsparametere som kan bidra til å definere hvilket nivå som kan styre oss mot økonomisk bærekraft. KOSTRA analysen, som er vedlegg til budsjett og økonomiplan, er første versjon, og vil utvikles videre som kunnskapsgrunnlag for å komme frem til styringsparametere som skal innarbeides i lederavtaler og rapporter til formannskap og kommunestyre. Se for øvrig kapittel med utdrag fra KOSTRA analysen.

Et eksempel på bruk av analyser er å sammenligne beregnet utgiftsbehov i inntektsmodellen med faktiske utgifter. I inntektsmodellen beregnes en indeks for beregnet utgiftsbehov basert på en rekke kriterier og vektig mellom dem. Dette sier noe om hvor tung eller lett er kommunen å drive sammenlignet med landsgjennomsnittet. I modellen omfordes midler fra kommuner med lavt beregnet utgiftsbehov til kommuner med høyt beregnet utgiftsbehov, og skal gi kompensasjon for forskjeller i utgiftsbehov som kommunene ikke kan påvirke selv.



I denne grafen ser vi at netto driftsutgifter i Meløy kommune de siste årene har ligget betydelig høyere enn beregnet utgiftsbehov. Merforbruket har vært betydelig over mange år. Imidlertid er det en positiv utvikling fra 2017 til 2018. Det er krevende å oppnå økonomisk bærekraft dersom en negativ utvikling fortsetter, i og med at kommunens faktiske utgifter ikke kompenseres i modellen. Kraftinntektene og brukerbetalingene kompenserer for noe av differansen, men det er behov for endringer skal vi ha en bærekraftig økonomi.

Å ha et måltall på netto driftsresultat på 2 % av inntektene krever endringer i ressursbruken og en gjennomgang av alle tjenesteområder og delområder for å finne riktig nivå på utgiftene. Med en utvikling på inntektsiden som viser reduserte rammer til Meløy kommune så blir det helt avgjørende for å få en bærekraftig økonomi.

Disposisjonsfond – utvikling mot handlingsregel

Disposisjonsfond er fond som kan benyttes til å håndtere uforutsette endringer i økonomiplanperioden, samt gi rom for å gjennomføre endringer for å tilpasse driften mot bærekraft.

Pr. oktober 2019 har Meløy kommune følgende fond (i 1000kr):

	2015	2016	2017	2018	2019
Disposisjonsfond	16 565	11 248	9 479	26 276	41 844
Bundne driftsfond	34 482	26 822	24 527	30 559	30 149
Bundne investeringsfond	1 052	2 810	1 946	4 291	4 291
Ubundne investeringsfond	17 533	1 391	890	1 322	1 322

Av disse er det disposisjonsfond som vil inngå i handlingsregel for KØB. For å ha bedre oversikt over hvordan fondene anvendes til drift og utvikling, samt mulighet for å bygge opp fond for næringsstøtte foreslås det en ny inndeling:

Disposisjonsfond drift og utvikling
Disposisjonsfond næringsstøtte og utvikling

Disposisjonsfond næringsstøtte og utvikling følger da av vedtaket gjort i kommunestyrets behandling av budsjett- og økonomiplan 2019-2022 i desember 2019. Der ble det vedtatt at av fra salg av konsesjonskraft skal en andel inngå i kommunens driftsinntekter, mens overskytende skulle settes til disposisjonsfond. Det har tidligere vært avsatt midler fra salg av konsesjonskraft til 30GWHfondet som i oversikten inngår i første linje, disposisjonsfond. Det vil bli utarbeidet egen sak til formannskap og kommunestyret om endring i benevnelse, organiseringen og forventet utvikling av begge disposisjonsfond.

I budsjett- og økonomiplan 2019-2023 vedtok kommunestyret en handlingsregel for fond.

Konsesjonskraft inntekt ut over 26 øre brutto
overføres fond

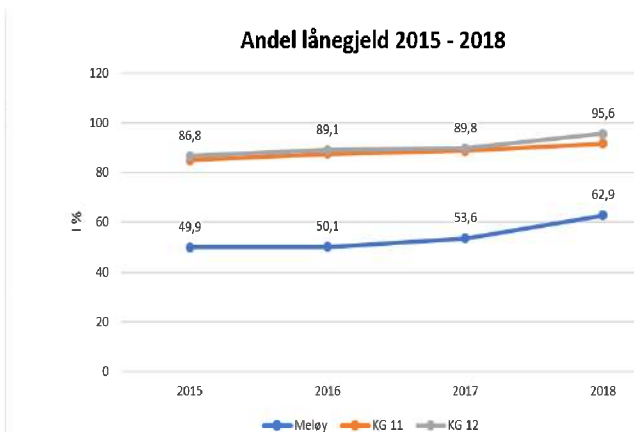
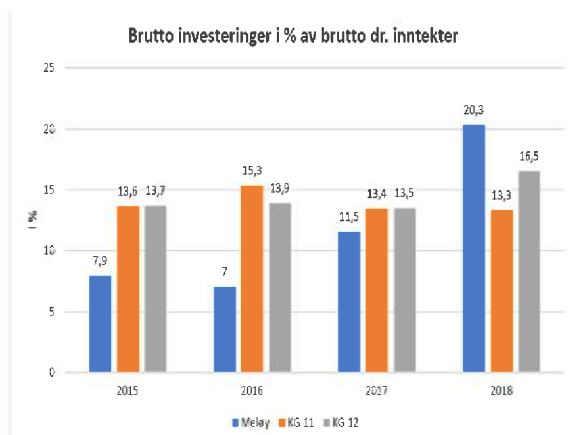
I denne budsjett- og økonomiplanen skal kommunen bruke egen konsesjonskraft til eget forbruk. Det betyr at en andel av konsesjonskraften ikke vil selges til markedet og det vil påvirke andelen av inntektene som overføres til fond, men handlingsregelen består. Samtidig beregner vi å få dette igjen gjennom reduserte strømgifter.

Å ha et måltall på disposisjonsfond på 8 % av inntektene er krevende med den driftsprofilen Meløy kommune har i dag. Det vil derfor være en realistisk ambisjon å kunne nå målet mot slutten av økonomiplanperioden.

Andel lånegjeld – vesentlig for å ha handlingsrom

Andel lånegjeld og utviklingen i lånegjeld både historisk og fremover er viktig kunnskap for å kunne styre godt etter handlingsreglene. Høy lånegjeld medfører økte renter og avdrag, og påvirker dermed avsetninger til disposisjonsfond betydelig.

Meløy kommune har historisk sett ligget lavt sammenlignet med andre kommuner. Nødvendige investeringer innen flere av tjenesteområdene har imidlertid medført en betydelig økning i lånegjeld i slutten av forrige budsjett- og økonomiplanperiode og inn i denne. I 2019 går andel lånegjeld ned til 59,4 % for så å øke utover perioden.



To forhold som påvirker muligheten for å oppnå økonomisk bærekraft

En utfordring med bærekraftsmodellen er situasjoner med manglende avsetninger til vedlikehold. Da kan det ut fra budsjett og regnskapsmessige parametere se ut som kommunen har en bærekraftig posisjon, mens den faktiske situasjonen er at (deler av) driften ikke er bærekraftig.

Kommuner som har et betydelig vedlikeholdsetterslep, og som dermed skyver regningen foran seg, driver ikke kommunen på en økonomisk bærekraftig måte. Det er for øvrig rimelig å betrakte grad av vedlikeholdsetterslep, ikke bare som et bærekraftsmål i seg selv, men også som et signal om at større utfordringer og problemer kan være på vei når etterslepet blir omfattende. Det å ignorere vedlikeholdsbehov vil raskt kunne resultere i langt mer omfattende utgifter i form av kortere levetid eller større reparasjoner med mere.

I Meløy kommune har vi fortsatt et større vedlikeholdsetterslep. Verdien etter rapport fra Multiconsult, var på kr 6.200 pr m² i 2013. Nå har vi fått en del nye bygg og en del bygg er renoverert og oppdatert, og vi mener at tallet vil være redusert, men fortsatt har vi mange bygg som har et stort behov for renovering. Samfunn har som mål å få vurdert all bygningsmasse gjennom systemet «IK-bygg» innen juni 2020. Dette vil vise tilstandsgrad og oppgraderingsverdi, satt opp i tabell for alle bygg. Det vil legges frem en sak til politisk behandling høsten 2020 som vil synliggjøre hvilke investeringsbeløp for større renoveringer som skal til for å hente inn mye av etterslepet.

Et annet forhold som påvirker bærekraft er premieavvik knyttet til pensjonskostnadene. Reglene om regnskapsføring av premieavvik har over flere år medført at utgiftsførte pensjonsutgifter blir lavere enn det som faktisk er betalt (pensjonspremien), ved at Staten har innført et kostnadselement i kommuneregnskapet.

Ved utgangen av 2018 har Meløy kommune et netto premieavvik inkl. arbeidsgiveravgift på 29 Mkr, dvs. pensjonspremie som er betalt, men som ikke er utgiftsført. Dette skal utgiftsføres over de neste 7 år i tillegg til premieavvik for 2019 som netto er budsjettert til omlag 9,6 Mkr netto.

Det er avsatt 8,8 Mkr til premieavviksfond (dette inngår i dagens disposisjonsfond). Ideelt sett burde sum avsatt til premieavviksfond være på samme nivå som det netto premieavvik inkl. arbeidsgiveravgift er på for å unngå negativ innvirkning på kommunens arbeidskapital/ likviditet.

Arbeidskapital er summen av kommunens bankinnskudd og fordringer som forfaller innen ett år fratrukket kortsiktig gjeld. Alternativt at det skapes rom for at dette kan dekkes inn i sin helhet i løpet av påfølgende år.

Meløy kommune har betydelig mindre utfordringer med premieavvik enn mange andre kommuner. Imidlertid er det viktig i arbeidet med økonomisk bærekraft å ha god kontroll på netto premieavvik for å ha økonomisk bærekraft. I planperioden skal det gjøres en analyse av dagens nivå og hvordan premieavviket vil kunne utvikles seg.

Hvordan få til økonomisk bærekraft

I Meløy kommune vil det fra høsten 2020 bli gjennomført årlige politiske budsjettseminar. Utgangspunktet er at det å arrangere budsjettseminarer for politikerne vil hjelpe dem til å bli bedre kjent med budsjettprosessen, samt gi en dypere forståelse for vurderingene som ligger til grunn for budsjettet. Gjennom å inkludere politikerne direkte, deltar de i å utforme prosessen og budsjettvurderingene. Dette medvirker til politisk bevisstgjøring og ansvarliggjøring. Arbeidet med økonomisk bærekraft fordrer godt samarbeid mellom politikere og administrasjon. Det er kommunestyret som skal vedta budsjettet – en bærebjelke i KØB sammenheng, men det er administrasjonen som skal forberede det, informere om det, og forklare både budsjett og regnskapstall, samt andre økonomiske analyser.

Det vil bli utredet politiske saker i perioden for å gjennomføre de tiltak som er nødvendig for å bevege tjenesteområdene mot økonomisk bærekraft. Formannskapets rolle som økonomiutvalg må forsterkes og politikeropplæringen skal videreutvikles.

Hvert tjenesteområde må gjennomgå omfattende analyser for å innarbeide prinsippene for økonomisk bærekraft. Det er behov for å se på hvordan hver enkelt enhet skal bidra og sette tydelige mål for arbeidet som følges opp kontinuerlig. Gjennom 2020 vil det bli arbeidet med mål- og resultatstyring i den hensikt å utvikle styringsparametere med måltall for hvordan hvert enkelt tjenesteområde skal bidra til økonomisk bærekraft. Disse skal inngå i lederavtaler, rapportering i ledermøter, økonomirapportering til formannskap og kommunestyret, samt årsberetning. Skal arbeidet med økonomisk bærekraft fungere bra må satsingen oppfattes som meningsfullt, samtidig som den faktiske bruken, ikke minst handlingsreglene og modellen, må oppleves som nyttig og en kilde til læring og forbedring.

Bruk av demografiske framskrivninger framstår som meget sentralt for å forberede kommunen på nødvendige omstillingsbehov eller økte satsinger, med utgangspunkt i trendene som ligger i alt fra fødselsrater til antall barn i barnehagealder og skolealder, folk i arbeid, så vel som antall pensjonister eller antall brukere av sykehjemsplasser. Derfor vil utvikling av en årlig KOSTRA analyse, samt framskrivninger i forbindelse med årsrapportering være viktige verktøy for arbeidet videre.

Revidering av kommuneplanens samfunnsdel med eget satsingsområde for økonomisk bærekraft er et viktig tiltak i økonomiplanperioden. Det er viktig at kommuneplanens handlingsdel er godt integrert i budsjett- og økonomiplan og videre inn i oppdragsbrev, lederavtaler og handlingsplaner for de ulike tjenesteområdene.

Administrativ forankring er avgjørende for KØB. Sentrale elementer i dette dreier seg om at administrasjonen har et tydelig KØB perspektiv i budsjettprosessen, at de besørger rutiner som fremmer KØB og for øvrig bidrar til å bygge eller videreføre en "KØB-kultur". Dess bedre jobb administrasjonen gjør i budsjettarbeidet, ledet av rådmannen, jo mer forankret blir budsjettet i kommunen.

Handlingsreglene 2015-2018 og i økonomiplanperioden

Oversikt over finansielle nøkkeltall – overordnet

Nøkkeltall - 2018	Meløy	KG 11	KG 12	Diff. 12
Frie inntekter per innbygger (kr)	64 057	56 830	59 590	4 467
Egenfinansiering av investeringene i prosent av totale brutto investeringer (prosent)	23,1	21,6	23,9	-0,8
Nøkkeltall i prosent av brutto driftsinntekter				
Netto driftsresultat	5,2	1,5	2,5	2,7
Brutto driftsresultat	5,6	1,3	2,4	3,2
Årets mindre/merforbruk i driftsregnskapet	2,4	1,1	1,3	1,1
Langsiktig gjeld ex pensjonsforpliktelser	76,2	106,2	111,5	-35,3
Disposisjonsfond	4,5	7,3	9,2	-4,7
Langsiktig gjeld	209,8	229,5	235,2	-25,4
Netto lånegjeld	62,9	91,8	95,6	-32,7
Renteeksponert gjeld	44,9	66,7	70,5	-25,6
Nøkkeltall i kroner pr. innbygger				
Brutto driftsutgifter totalt	111 386	93 697	104 025	7 361
Netto driftsutgifter totalt	71 011	63 758	70 406	605
Brutto driftsinntekter i alt	118 046	94 907	106 560	11 486
Netto driftsresultat	6 182	1 377	2 716	3 466
Skatt på inntekt og formue	28 378	25 790	27 362	1 016
Rammetilskudd	35 679	31 040	32 228	3 451
Eiendomsskatt totalt	8 243	3 368	8 087	156
Frie inntekter	64 057	56 830	59 590	4 467
Netto inntekt fra konsesjonskraft, kraftrettigheter og annen kraft for videresalg	3 270	447	963	2 307
Brutto investeringsutgifter totalt	23 955	12 643	17 632	6 323
Netto lånegjeld	74 220	87 147	101 848	- 27 628
Pensjonsforpliktelse	157 647	117 033	131 772	25 875

Frie inntekter som består av skatt og rammetilskudd var totalt 28,3 mill. kr høyere i Meløy enn i KG 12. Dette skyldes i all hovedsak høyere rammetilskudd enn snittet. Høyere rammetilskudd utgjør 21,9 mill. kr. Skatteinntektene i Meløy var 6,4 mill. høyere pr innb. enn gjennomsnittet for i KG 12.

Eiendomsskatteinntekter var rundt 1mill. kr høyere i Meløy enn i KG 12, mens netto inntekter fra salg av konsesjonskraft, kraftrettigheter og annen kraft for videresalg var 14,6 mill. kr høyere i Meløy. Egenfinansiering av investeringene lå på omtrent samme nivå som gjennomsnittet i KG 12.

Ser vi på utgiftsnivået har Meløy en brutto driftsutg. som er kr. 46,6 mill. kr. høyere enn KG 12 kommunene. Netto ligger vi 3,8 mill. høyere.

Netto dr. resultat i Meløy var i 2018 dobbelt så høyt som gjennomsnittet for KG 12 kommunene. Kun to kommuner (Tysvær og Hammerfest) har høyere netto driftsresultat (prosent av brutto dr. inntekter) enn Meløy. Pr. 31. desember 2018 er renteeksponert gjeld lav i Meløy. Dette er positivt i forhold til eventuelle renteøkninger.

Nøkkeltall handlingsreglene

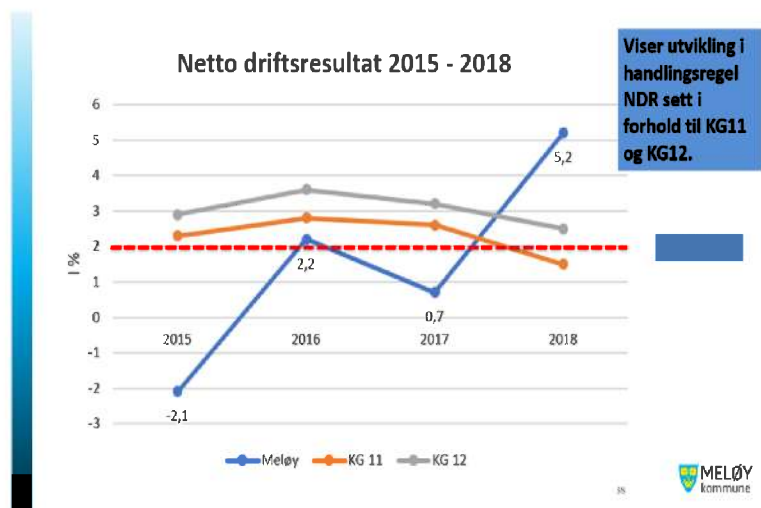
Nedenfor presenteres nøkkeltall for handlingsreglene for perioden 2015-2018, og så for hele perioden fra 2015-2023, der også forventinger for 2019 og planperioden er innarbeidet.

I budsjett og økonomiplan 2019-2022, som ble vedtatt i desember 2018, ble det vedtatt to verbaler som legges til grunn for budsjett og økonomiplan 2020-2023:

- vedtatt endringsprosjekt videreføres i henhold til utarbeidet prosessplan. Reduksjon drift kr. 15 mill innarbeides i økonomiplan 2021 og 2022.
- handlingsregelen – konsesjonskraft inntekt ut over 26 øre brutto overføres fond, innarbeides i mål for kommunens økonomi

Dette er innarbeidet i budsjettet. Når det gjelder andel lånegjeld er det gjeld uten VVA og startlån (Husbanken) da disse skal være selvfinansierende.

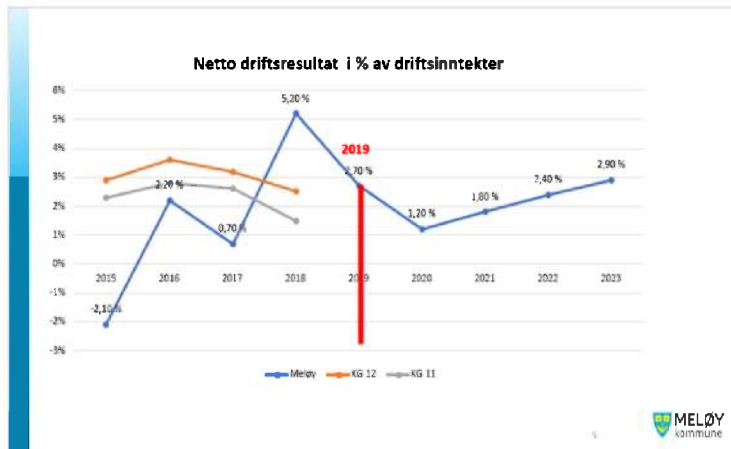
I det neste vises både historiske tall og forventinger til nivå på handlingsreglene i økonomiplanperioden.



I budsjett- og økonomiplanperioden 2020-2023 har Meløy kommune et måltall på 2 % på NDR.

NDR i perioden 2015-2018 har en positiv utvikling. I 2018 fikk Meløy kommune utbetalt kr.16, 4 mill fra Havbruksfondet som påvirket resultatet positivt.

Når vi ser på hele perioden med 2015-2018, budsjett 2019 og forventning i budsjett- og økonomiplan 2020-2023, ser vi at det fremover er mulig å nå måltallet om NDR på 2% under gitte forutsetninger.

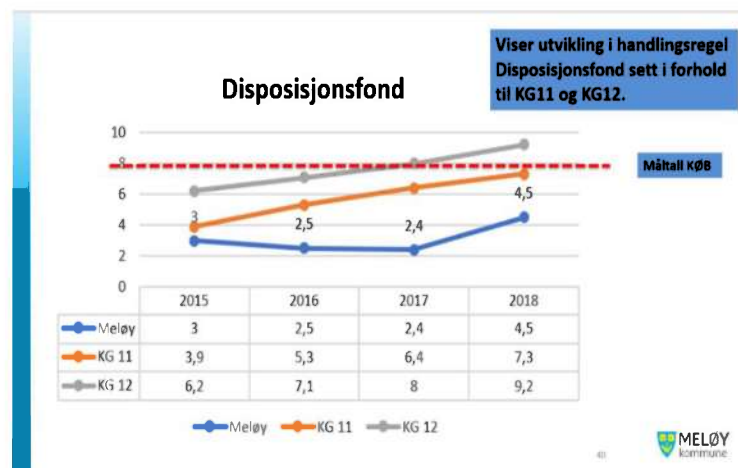


Denne utviklingen på NDR forutsetter at handlingsreglene som er vedtatt av kommunestyret i desember 2018 blir gjennomført.

Dette krever at en gjennomførbar tiltaksplan legges frem for politisk behandling i løpet av 2020.

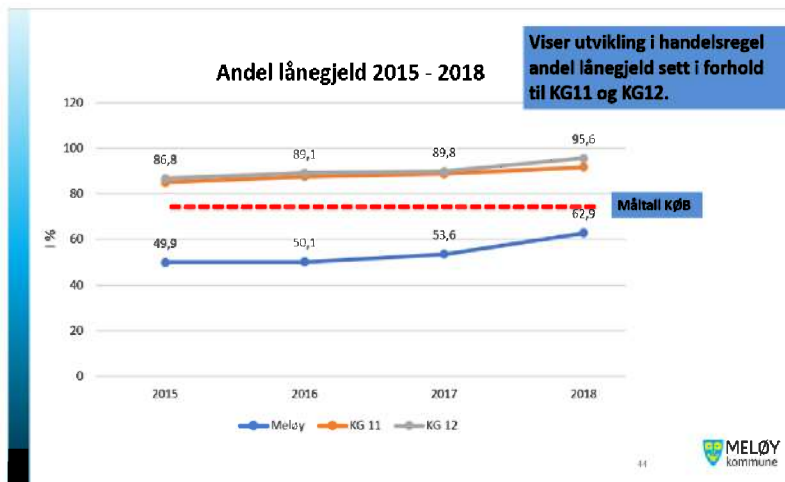
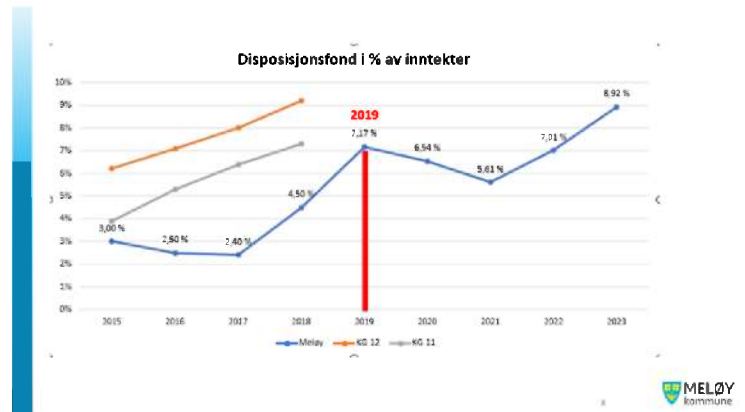
I budsjett- og økonomiplanperioden 2020-2023 har Meløy kommune et måltall som tilsier at disposisjonsfond skal være på 8 % i utgangen av perioden.

Disposisjonsfondet i perioden 2015-2018 er både betydelig lavere enn fremtidig måltall og sammenlignet med andre kommuner.



Når vi nedenfor ser på hele perioden med 2015-2018, budsjett 2019 og forventning i budsjett- og økonomiplan 2020-2023, ser vi at det fremover er mulig å nå måltallet om disposisjonsfond på 8 % i slutten av planperioden under gitte forutsetninger.

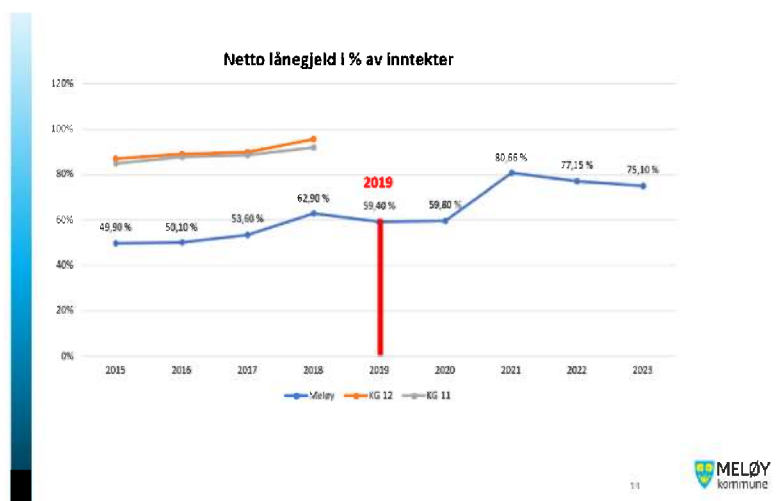
Denne utviklingen på disposisjonsfond forutsetter som nevnt ovenfor at handlingsreglene vedtatt i kommunestyret i desember 2018 om et nedtrekk på 15 millioner og avsetninger til fond blir gjennomført.



I budsjett- og økonomiplanperioden 2020-2023 har Meløy kommune et måltall for maksimum andel lånegjeld som er satt til 75 %.

Lånegjelden i perioden 2015-2018 er betydelig lavere enn både måltall og sammenlignbare kommuner.

Når vi ser på hele perioden med 2015-2018, budsjett 2019 og forventning i budsjett- og økonomiplan 2020-2023, ser vi at det fremover er mulig å nå måltallet om låneandel på 75 % under gitte forutsetninger.



Meløy kommune har gjennomført større investeringer de siste par årene og har i perioden planer om blant annet ombygging av Vall sykehjem estimert til kr. 30 mill, og ombygging på Ørnes sykehjem med kr. 20 mill.

Det å ha bærekraft i låneutviklingen er viktig for å skape handlingsrom,

samtidig vil investeringer kunne ha store virkninger for en mer effektiv og bedre drift av tjenester.

Rolleavklaring er en forutsetning for god økonomistyring og mulighetene til å nå handlingsreglene for økonomisk bærekraft. Tabellen nedenfor beskriver rollefordelingen mellom både de ulike politiske delene, samt i administrasjonen.

Ordfører	Leder for de folkevalgte og kommunes ansikt utad	Bindeledd mellom folkevalgte og administrasjon	Skape en konstruktiv dialog i alle leire
Formannskap/ Kommunestyre	Sette seg inn i kommunens økonomisk utgangspunkt	Prioritere innenfor kommunes økonomisk rammer	Vedta budsjett- og økonomiplan
Rådmann	Leder for administrasjon	Ansvarlig for at sakene som legges fram er forsvarlig utredet	Skal være uavhengig og gi selvstendige råd
Økonomiavd	Kartlegge økonomisk utgangspunkt	Utarbeide beslutningsgrunnlag	Utarbeide økonomiplan
Alle ledere	Vurdere potensial for effektivisering og omstilling	Gjennomføre vedtatt politikk	Rapportere avvik
Kontrollutvalg	Påse at ressursbruken er forsvarlig	Påse at ressursbruken er i tråd med politiske vedtak	Påse at økonomiplanen er i tråd med gjeldene lov og regelverk

KOSTRA analyse 2019 - utvalgte historiske data 2015-2018

I arbeidet med økonomisk bærekraft er bruk av KOSTRA analyser et viktig verktøy for å vise utvikling over tid for kommunen, samt utviklingen sammenlignet med andre kommuner. Rådmannen vil hvert år utarbeide et analysedokument som skal være et støttedokument for både politikk og administrasjon i arbeidet med økonomisk bærekraft.

I budsjett- og økonomiplanen 2020-2023 vil analysen ta utgangspunkt i nettodriftsutgifter for de ulike tjenesteområdene og utvalgte delområder. Hensikten med analysen er å sammenligne historiske data med andre kommuner for å belyse hvordan ressursene i Meløy kommune brukes. Dette for å synliggjøre et felles utgangspunkt og forståelse for den økonomiske situasjonen, et startpunkt for å nå målene om økonomisk bærekraft.

Gjennom 2020 skal det utvikles styringsparametere med økonomiske måltall som skal vise hvilket nivå Meløy kommune skal ligge på innen de ulike tjenesteområdene. I tillegg vil det bli utviklet styringsparametere for kvalitet og andre områder som har nær sammenheng med økonomisk bærekraft.

Om KOSTRA

KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og ble startet som et prosjekt i 1995 med formål å samordne og effektivisere all rapportering fra kommunene til staten, samt å sørge for relevant styringsinformasjon om kommunal virksomhet, måle ressursinnsats, prioritering og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Fra 2001 var alle kommuner og fylkeskommuner med i KOSTRA.

Informasjonen om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder registreres og sammenstilles for å gi relevant informasjon til beslutningstakere og andre, både nasjonalt og lokalt. Informasjonen skal tjene som grunnlag for analyse, planlegging og styring, og herunder gi grunnlag for å vurdere om mål oppnås.

Gruppering av grupper

SSB foretar hvert femte år en gruppering av kommunene etter folkemengde og ut fra hvilke kostnader de står overfor for å innfri minstestandarder, utføre lovpålagte oppgaver og yte et tjenestetilbud tilpasset innbyggernes behov. Disse kostnadene varierer mellom kommunene på grunn av ulike demografiske, sosiale og geografiske forhold.

Meløy kommune er plassert i KOSTRA gruppe 12 (KG 12), som defineres som mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, og høye frie disponible inntekter. I denne gruppen er det i all hovedsak kraftkommuner med relativt store kraftinntekter.

Kommuner i KG 11 er definert som mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, og middels frie disponible inntekter. I denne analysen er det hensiktsmessig

og også sammenligne med tall fra gruppe 11 kommuner. Dette for å få et bredere grunnlag for å vurdere ressursbruken og resultater i Meløy kommune sammenlignet med andre kommuner.

Meløy kommune sammenlignet med kostragruppe 12 og 11

Pr. 01.01.2018 består KG 12 av 21 kommuner med mellom 5200 og 20 700 innbyggere.

KG 11 består av 53 kommuner. Flere av dem med lignende folketall som Meløy kommune. Tabellen under er basert på regnskapstall for 2018 og folketall pr. 31. desember 2018, sortert etter størrelsen på netto driftsutgifter og frie inntekter pr. innbygger.

Kommuner i KOSTRA gruppe 12 – Folkemengde, netto dr. utgifter og frie inntekter 2018

Kommune	Innbyggere	Netto dr. utg.	Frie inntekter	Kommune	Innbyggere	Netto dr. utg.	Frie inntekter
Tynset	5 591	67 291	61 173	Alstahaug	7 415	68 964	58 021
Nord-Fron	5 742	70 482	58 545	Vefsn	13 403	65 438	56 811
Tinn	5 780	76 436	63 551	Meløy	6 331	71 011	64 057
Kvinesdal	6 048	74 703	59 704	Fauske	9 760	64 679	54 951

Kommune	Innbyggere	Netto dr. utg.	Frie inntekter	Kommune	Innbyggere	Netto dr. utg.	Frie inntekter
Tysvær	11 028	69 633	56 082	Lenvik	11 679	67 698	61 452
Odda	6 745	69 868	61 548	Vadsø	5 894	75 409	62 878
Lindås	15 812	65 802	53 974	Hammerfest	10 536	82 487	62 483
Årdal	5 245	71 644	60 095	Alta	20 665	68 629	62 475
Luster	5 195	74 841	62 081	Sør-Varanger	10 156	69 250	60 605
Sunndal	7 106	79 433	59 099	Målselv	6 538	65 628	58 982
Nome	6 805	71 156	58 405				

Netto driftsutgifter viser driftsutgiftene inkludert avskrivninger etter at driftsinntektene, som blant annet inneholder øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter, er trukket fra.

Med frie inntekter menes inntekter som kommunene kan disponere uten andre bindinger enn gjeldende lover og forskrifter, og vedrører skatt på inntekt og formue og rammetilskudd, inkludert inntektsutjevning fra staten. Inntekter fra kraft og naturressursskatten defineres også som frie inntekter.

7 kommuner i KG 12 hadde høyere netto driftsutgifter enn Meløy i 2018. Meløy er den kommunen i KG 12 som har størst frie inntekter pr. innbygger. 7 kommuner har færre innbyggere enn Meløy.

KOSTRA nøkkeltall viser at Meløy hadde høyere inntekter enn de fleste kommunene i KG 12 og høyere driftsutgifter i forhold til mange av kommunene i sammenligningsgruppa.

I 2018 var netto driftsutgifter i Meløy kr. **3,8 mill.** høyere enn gjennomsnittet i gruppa.

Ressursbruken i 2018 var totalt kr. **49,3 mill.** høyere i Meløy på områdene helse og omsorg, grunnskole, administrativ styring og kontroll, sosial, kirke og samferdsel i forhold til ressursbruken i KG 12.

Sammenlignet med KG 11 er ressursbruken kr. **83,9 mill.** høyere.

Meløy hadde lavere ressursbruk enn KG 12 på kr. **16,3 mill.** innen barnehage, plan, kultur, voksenopplæring og barnevern.

I forhold til KG 11 hadde Meløy et lavere ressursbruk på kr. **7,2 mill.** innen barnehager, kultur, plan og voksenopplæring.

Netto driftsutgifter i kr. pr. innbygger **Meløy kommune** **KOSTRA gruppe 12**

	2017	2018	Endring	Endring %	2017	2018	Endring	Endring %
Adm. og styring	7 961	7 436	-525	-6,6	5 024	5 536	512	10,2
Grunnskolen	17 782	17 817	35	0,2	15 869	16 337	468	2,9
Barnehager	7 580	7 784	204	2,7	8 038	8 438	400	5,0
Helse og omsorg	30 490	30 698	208	0,7	25 398	27 194	1 796	7,1
Sosialtjenesten	3 440	3 400	40	1,2	2 373	2 483	110	4,6
Barnevern	2 478	2 574	96	3,9	2 448	2 683	235	9,6
Kultur	2 194	1 924	-270	-12,3	3 027	3 021	-6	-
Kirke	750	755	5	0,7	703	709	-6	-0,9
Brann og ulykkes vern	1 221	1 235	14	1,1	1 116	1 215	99	8,9
Samferdsel	1 959	2 018	59	3,0	1 801	1 790	-11	-0,6
Voksenopplæring	283	206	-77	-27,2	428	481	53	12,4
Plan etc.	828	462	-366	-44,2	869	908	39	4,5
Netto dr. utgifter totalt	76 966	76 309	-657	-0,9	67 094	70 795	3 701	5,5

Netto driftsutgifter i kr. pr. innbygger **Meløy kommune** **KOSTRA gruppe 11**

	2017	2018	Endring	Endring %	2017	2018	Endring	Endring %
Adm. og styring	7 961	7 436	-525	-6,6	4 548	5 199	651	14,3
Grunnskolen	17 782	17 817	35	0,2	14 251	14 811	560	3,9
Barnehager	7 580	7 784	204	2,7	7 772	8 197	425	5,5
Helse og omsorg	30 490	30 698	208	0,7	23 152	25 194	2 042	8,8
Sosialtjenesten	3 440	3 400	40	1,2	2 230	2 072	-158	-7,0

Barnevern	2 478	2 574	96	3,9	2 304	2 341	37	1,6
Kultur	2 194	1 924	-270	-12,3	2 100	2222	122	5,8
Kirke	750	755	5	0,7	589	634	45	7,6
Brann og ulykkes vern	1 221	1 235	14	1,1	934	1 019	85	9,1
Samferdsel	1 959	2 018	59	3,0	1 309	1 358	49	3,7
Voksenopplæring	283	206	-77	-27,2	348	444	96	27,6
Plan etc.	828	762	-366	-44,2	571	655	84	14,7
Netto dr. utgifter totalt	76 966	76 309	-657	-0,9	60 108	64 146	4 038	6,7

Samlet ressursbruk på de områder som er nevnt i tabellen over ble i Meløy redusert med 0,9% fra 2017 til 2018, mot en økning på 5,5 % i KG 12. Ressursbruken i Meløy økte på alle områder med unntak av administrasjon og styring, kultur og voksenopplæring. I KG 12 økte ressursbruken til alle områder, med unntak av kultur, kirke og samferdsel.

KG 11 hadde en økning på alle områder med unntak av sosialtjenesten.

Totalt økte KG 11 ressursbruken med 6,7% fra 2017 til 2018 mot en reduksjon på 0,9% i Meløy.

Effektiviseringspotensialet

Effektiviseringspotensialet er et mål på hvor mye kommunene kan spare dersom en sammenligner netto driftsutgifter pr. innbygger på forskjellige tjenesteområder i kommunene med gjennomsnittlig netto driftsutgifter pr. innbygger for de samme områdene i KOSTRA – gruppene 11 og 12.

Dersom Meløy kommune bestemmer seg for å bevege seg mot snittet i KG 12 eller KG 11, vil effektiviseringspotensialet fremkomme basert på nettoforskjellene når det og er hensyntatt et mindreforbruk på enkelte områder. Bruk av disse analysene vil bidra til kunnskapsoppbygging i kommunen, som er viktig for å kunne styre de knappe ressursene vi har. Utviklingen i frie inntekter over tid viser at det ikke kompenseres fullt for utvikling i tjenestebehov, og heller ikke for lønns- og prisvekst i overføringene fra stat til kommuner. Det er derfor avgjørende at Meløy kommune finner ut hvilket ressursnivå som gir økonomisk bærekraft.

Effektiviseringspotensialet er en fremstilling av hvilket mer- og mindreforbruk Meløy kommune har, sett i forhold til KG 12 og KG 11. Behovet for styring av ressurser illustreres i figuren nedenfor.

Behovet for styring av knappe ressurser

En kommune som har målsetting og å både være produktiv og effektiv er dermed nødt til å gjøre det riktige bra – levere riktige tjenester til lavest kostnad.

	Effektiv	Ineffektiv
Produktiv	Gjøre det riktige bra <i>Riktige tjenester til lavest kostnad</i>	Gjøre det gale bra <i>Gale tjenester til lavest kostnad</i>
Uproduktiv	Gjøre det riktige dårlig <i>Riktige tjenester til høye kostnader</i>	Gjøre det gale dårlig <i>Gale tjenester til høye kostnader</i>

Effektiviseringspotensialet sammenlignet med KG 12

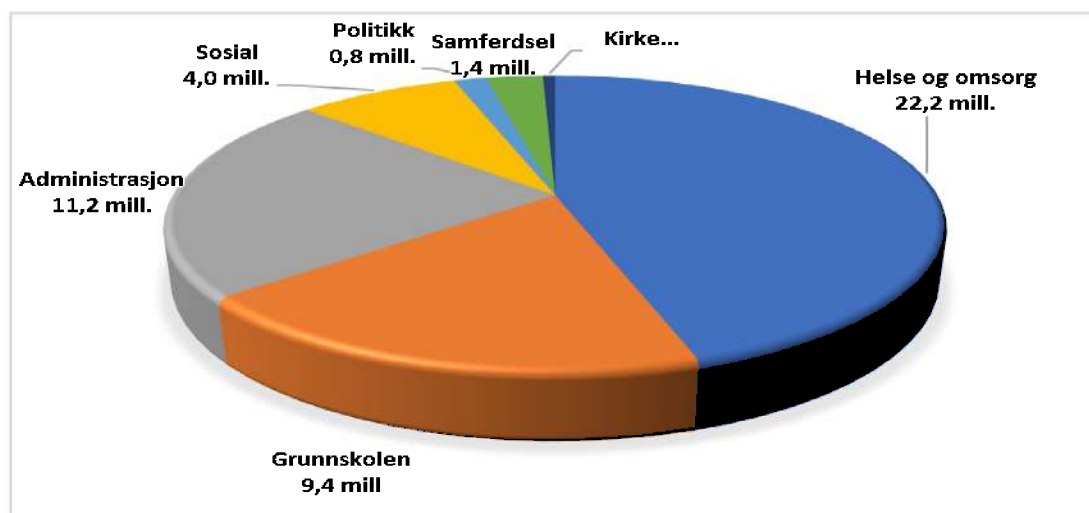
Figuren under viser ressursbruken i 2018 i Meløy sammenlignet med gjennomsnittlig ressursbruk i KG 12 på områder der Meløy hadde høyere ressursbruk målt i forhold til målgruppene.

Dersom Meløy kommune hadde tilsvarende netto driftsutgifter pr. innbygger som KG 12 på disse områdene, ville ressursbruken i Meløy vært kr. **49,3 mill.** lavere.

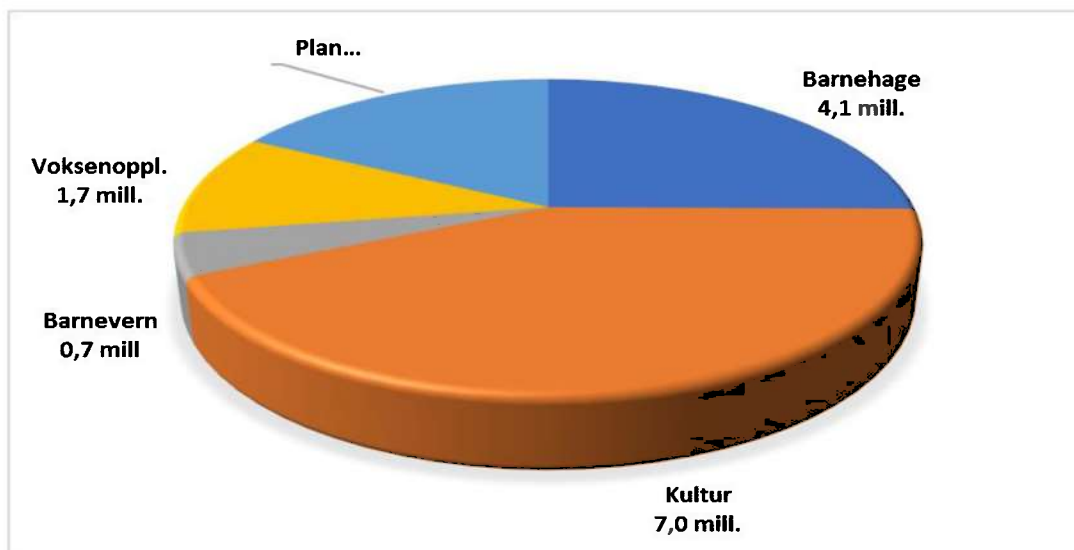
Samtidig var ressursbruken i Meløy totalt kr. **16,3 mill.** lavere på områdene barnehage, kultur, barnevern, kirke og voksenopplæring.

Samlet var dermed ressursbruken i Meløy kr. **33 mill.** høyere enn gjennomsnittet i KG 12.

+ kr. 49,3 mill.



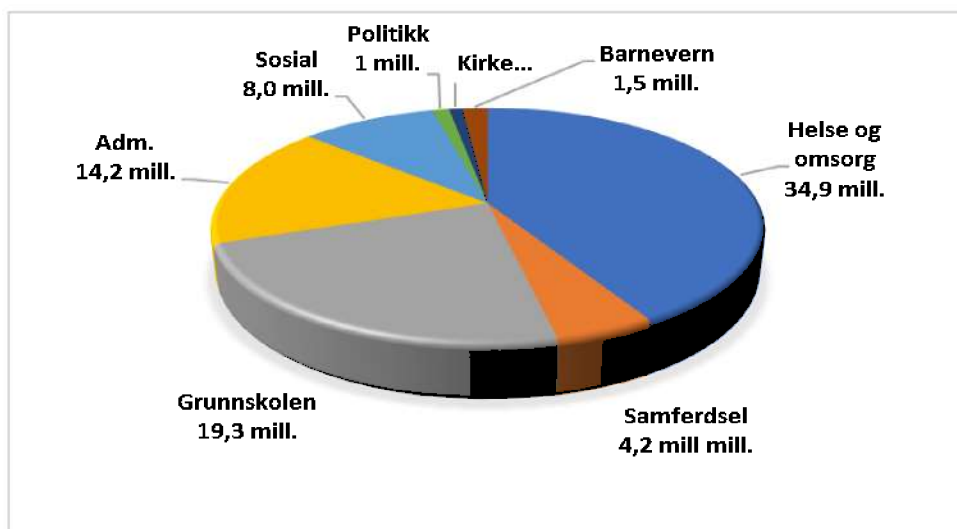
- kr. 16,3 mill.



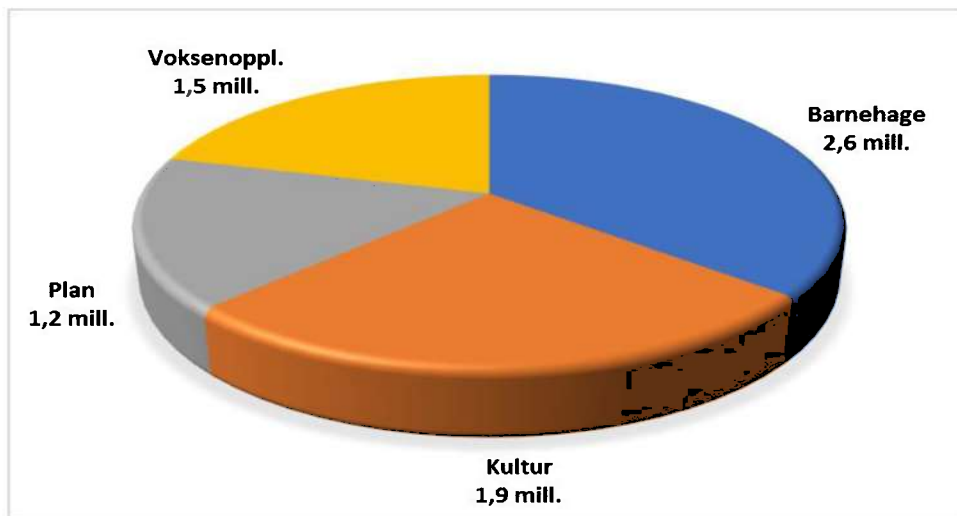
Det er også viktig å ha med seg at Meløy har en lavere arbeidsgiveravgiftssats enn halvparten av kommunene i gruppe 12. Dersom Meløy hadde en arbeidsgiveravgift på 14,1% i stedet for 5,2%, ville dette utgjort rundt kr. 35 mill. i ekstrautgift.

Effektiviseringspotensialet sammenlignet med KG 11

+ kr. 83,9 mill.



- kr. 7,2 mill.



Sammenlignet med KG 11 bruker Meløy dermed kr. 76,7 mill. mer.

I arbeidet med økonomisk bærekraft viser erfaringene fra prosjektet til Rana kommune og Nord universitet at en viktig faktor for å lykkes, er en felles forståelse av utfordringene og gode kunnskapsgrunnlag for hvordan de ulike tjenesteområdene og delområdene skal arbeide for å få tatt ut effektiviseringspotensialet. Rana har jobbet i flere år med dette arbeidet. Det er viktig å bruke god tid i Meløy kommune, både i forhold til ledere i administrasjon og politikere til å innarbeide kunnskap og dermed gode tiltak for å lykkes.

Oversikt over driftsutgifter - tjenesteområde og utvalgte delområder

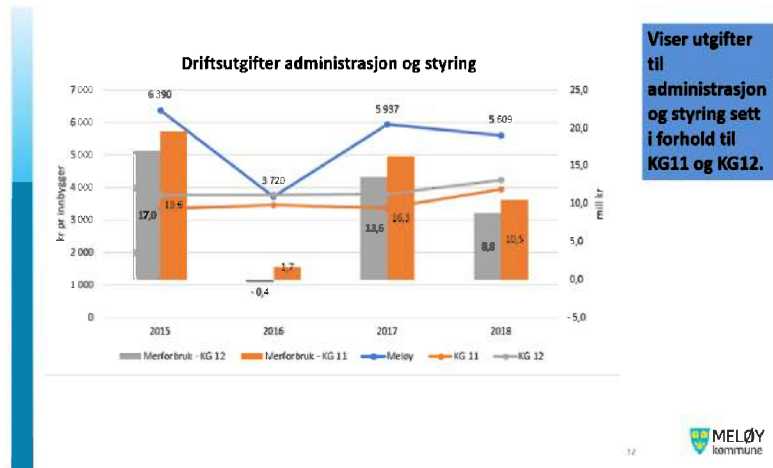
I arbeid med økonomisk bærekraft er det viktig at vi finner helhetlige, forståtte og aksepterte metoder for hvordan vi skal ta ut effektiviseringspotensialet. Vi må og bruke de samme metodene til å nå målsetting om å både være produktiv og effektiv i styringen av de knappe ressursene, det å gjøre det riktige bra – levere riktige tjenester til lavest kostnad.

I Meløy kommune ønsker vi å fortsette å utvikle en kultur der vi er sammen om å løse samfunnsoppdraget, dermed må alle eie de utfordringene vi har i økonomien sammen. Dermed er et godt kunnskapsgrunnlag viktig.

En metode som er brukt i Rana er å sammenligne utgifter fra de ulike tjenesteområdene med KOSTRA gruppe og samtidig vise hva forskjeller i ressursbruk utgjør i kroner. Kunnskapen er brukt inn i oppdragsbrev til tjenesteområdene og inn i lederavtalene. Hvert tjenesteområde har fått oversikt over forventet effektivisering i kroner og alle har fått samme informasjon slik at det blir transparent og bidrar til å sikre forståelsen at vi løser dette sammen. I 2020 skal vi arbeide videre med å utvikle verktøy og metoder for en slik tilnærming.

I budsjett- og økonomiplan for 2020-2023 presenteres derfor et kunnskapsgrunnlag med en sammenligning mellom Meløy kommune og KG11 og KG12 på de områdene som brukes i KOSTRA rapporteringen på økonomi.

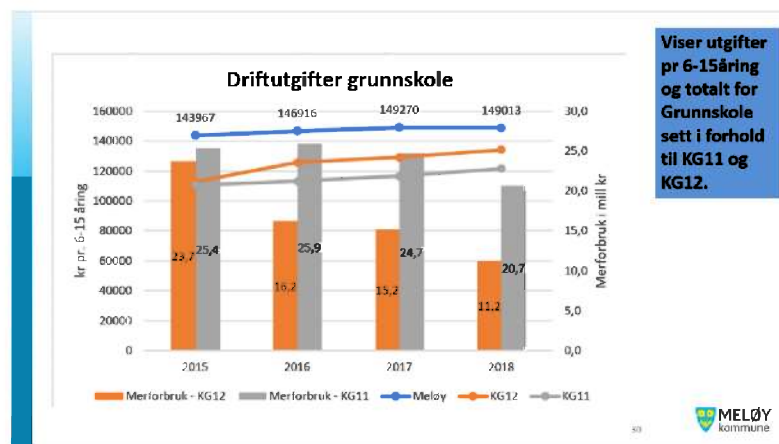
Stab og støtte



Grafen viser et merforbruk på administrasjon og styring som gjelder rådmann, stab og støtte samt politikk.

Det er klare forventninger til at nytt ERP system som er nevnt senere i denne planen vil forbedre effektiviteten her.

Oppvekst

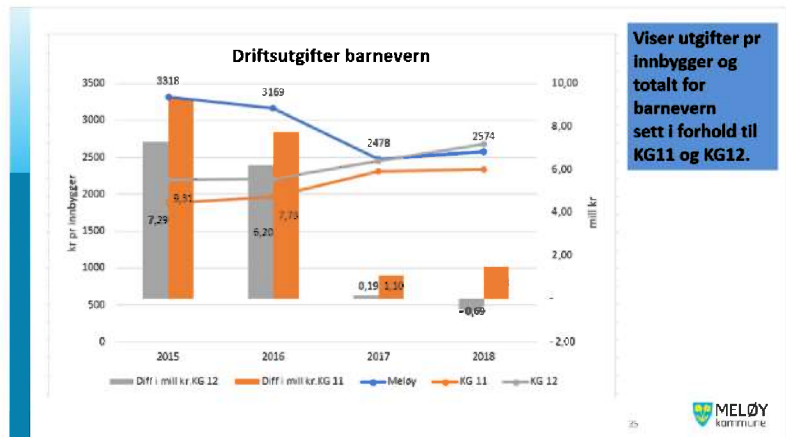


I grunnskolen er demografiutfordringen i Meløy merkbar. Det er i prinsippet for mange ansatte i skolen i forhold til det antall barn vi har i skolealder.

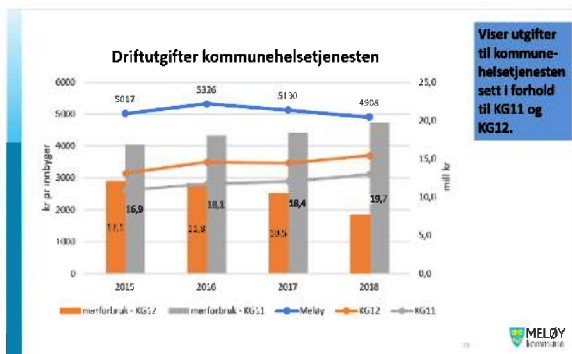
Oppvekst har i for liten grad klart å omstille tjenesteområdet mens antallet elever har sunket betydelig.

Det har vært arbeidet godt med å redusere utgiftene i barnevern de siste årene.

Barnevernet har vært gjennom en omfattende endring for endre rutiner og arbeidsmetoder og har ingen fristbrudd i tjenesten ved inngangen til denne økonomiplanperioden.

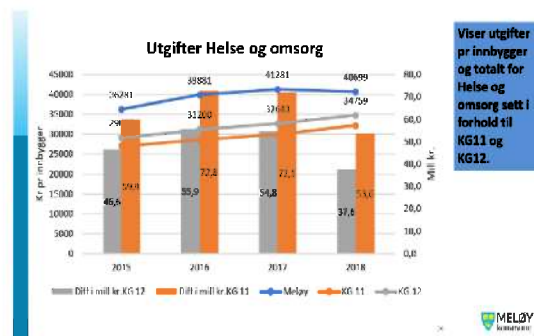


Helse og velferd

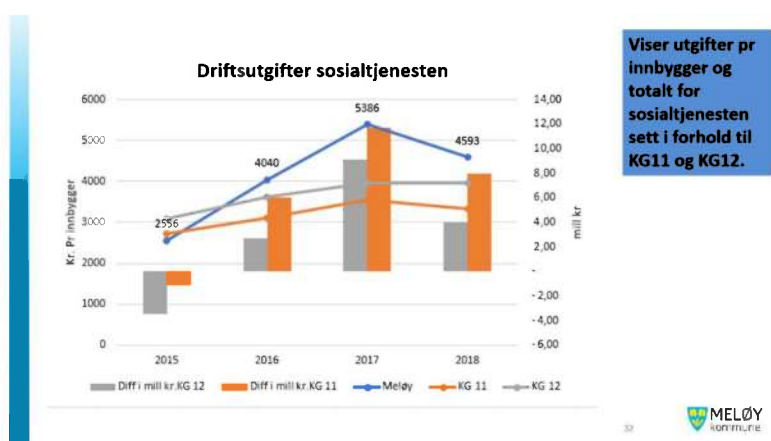


Flere områder innen helse og velferd har omfattende utgifter og det vil være avgjørende at det blir gjennomført en rekke tiltak i tjenesteområdet dersom vi skal nå handlingsreglene for økonomisk bærekraft.

Miljøtjenesten er allerede i gang med å se på tiltak og velferdsteknologiske løsninger er viktig for å gi riktig tjeneste til lavere kostnad.

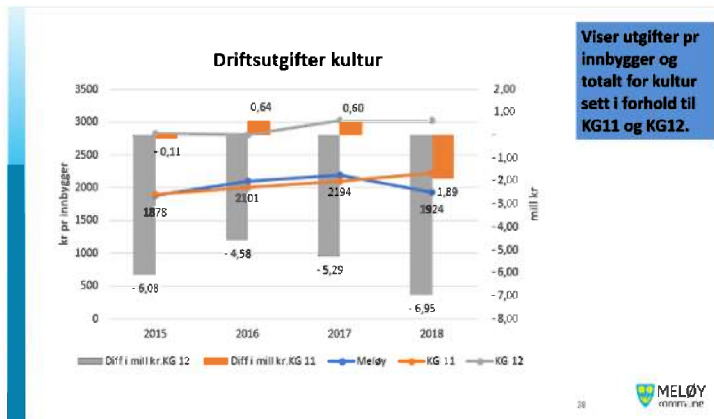


Nav merker stor pågang som en konsekvens av endringer i næringslivet. I tillegg er det behov for å utvide antall i kvalifiseringsprogrammet fra 6 til 11 plasser. Dette er et viktig tiltak for å få flere ut av sosialbudsjettet og over i aktivitet og arbeid.



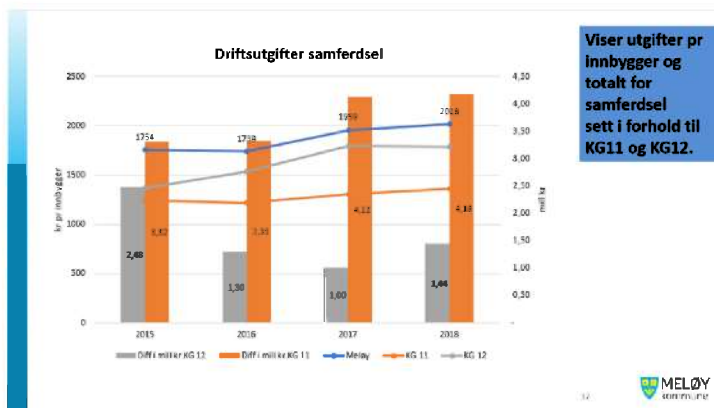
Samfunn

Nedenfor kommenteres noen utvalgte områder fra samfunn. En rekke tiltak i både drifts- og investeringsbudsjettet vedrører dette området, særlig gjelder det utvikling av næringsareal, investeringer i vei, vann og avløp. Mange av disse områdene er en del av selvkostregnskapet og påvirker ikke handlingsreglene i samme grad som andre tjenesteområder.



Meløy kommune har en mye lavere satsing på kultur enn sammenlignbare kommuner. I den politiske plattformen til flertallspartiene er satsing på kultur fremhevet ved både økning i stilling, å arrangere sommerdagene og satse på kulturskolen.

Det er viktig å skape handlingsrom fra øvrige områder dersom vi skal styrke kulturbudsjettet i perioden.



Meløy kommune har et vedlikeholdsetterslep på vei selv om utgiftene er noe høyere enn sammenlignbare kommuner. Det er lagt inn midler til rehabilitering og reasfaltering av vei i denne økonomiplanperioden og er og en prioritering som er tydeliggjort i den politiske plattformen til flertallspartiene.



Meløy kommune inngår i Salten Brann IKS. En av målsettingene i tillegg til kvalitetsutvikling og kompetanseheving var at en slik tjeneste skulle ha økonomiske fordeler. Sammenlignet med andre kommuner er likevel utgiftene til brann noe høyere.

I planperioden er det behov for å evaluere ordningen.

Sentrale plandokumenter

Visjon, innsatsområder og mål i kommuneplanens samfunnsdel

Gjeldende kommuneplan med samfunnsdel og arealdel ble vedtatt av kommunestyret i sak 115/13 den 19. desember 2013.

*Meløy kommunes visjon mot 2025 er
«Økt livskvalitet for Meløys befolkning».*

Innsatsområde	Mål
Befolkningsutvikling og bosettingsmønster	Meløy skal være en attraktiv og god kommune å bo i. Gjennom særlig satsing på ungdom og familier i etableringsfasen skal Meløy framstå som et flerkulturelt samfunn med et stabilt folketall.
Verdiskaping og næringsutvikling	Meløy skal være blant de beste kommuner i Norge å etablere næringsvirksomhet i. Den økonomiske verdiskapningen og sysselsettingen skal økes gjennom et bredt og variert næringsliv.
Barn og unges oppvekstvilkår	Barn og unge skal ha trygge, allsidige og utviklende oppvekstvilkår i sine nærmiljø, i skoler og barnehager.
Kunnskap og kompetanseutvikling	Kunnskaps- og kompetanseutvikling skal tilrettelegges i et livslangt læringsperspektiv, for alle aldersgrupper og for et framtidsrettet arbeids- og samfunnsliv.
Helse og omsorg	Uavhengig av alder, kjønn og bosted skal befolkningen ha tilgang på helse-, sosial- og omsorgstjenester av god kvalitet. Helsefremmende og forebyggende arbeid skal styrkes.
Klima, miljø og arealforvaltning	Naturens produktivitet, mangfold og rekreasjonsverdi skal ivaretas. Areal- og naturressurser i kommunen skal forvaltes på en langsiktig og bærekraftig måte.
Kultur og fritid	Meløy kommune skal være pådriver og tilrettelegger for at innbyggerne skal ha gode og varierte fritidsaktiviteter, kunst- og kulturtilbud, som kan fremme trivsel og bolyst.
Samferdsel og infrastruktur	Kommunen skal ha et effektivt, sikkert og miljøvennlig transportsystem på land og sjø, tilpasset brukernes behov for kommunikasjonsløsninger. Alle kommunale vannverk skal levere vann av tilfredsstillende kvalitet og kvantitet, og ha godkjenning av Mattilsynet.
Kommuneorganisasjonen	Meløy kommune skal være en servicevennlig kommune som møter innbyggernes behov med forbedret kvalitet og effektivitet, og utvikler nye løsninger i samarbeid med brukere, innbyggere og samarbeidspartnere.

	Meløy kommune skal sette sine innbyggere i sentrum. Forespørsler skal behandles raskt. Meløy kommune skal ha god evne til å beholde og utvikle medarbeidere og god konkurransevne i arbeidsmarkedet. Nærværet i kommuneorganisasjonen skal økes til 92 % fra 2015.
--	--

Kommuneplanen samfunnsdel 2013-2025 kan i sin helhet leses på kommunens nettside:

<https://www.meloy.kommune.no/kommuneplan>

Det er særlig to plandokumenter som er utarbeidet i forrige planperiode som er viktig å ta med inn i denne budsjett og økonomiplanen, dette er kommunedelplan for helse-, omsorg- og velferd og strategisk næringsplan.

Kommunedelplan helse- omsorg og velferd 2019 - 2026

I K-sak 2/19, den 7.februar 2019 ble kommunedelplan for helse- omsorg og velferd 2019 - 2026 vedtatt. Planen ble vedtatt som retningsgivende for utvikling av tjenestene i planperioden. Gjennomføring av drifts- og investeringstiltak skal skje innen vedtatt budsjett og økonomiplan, og innarbeides i årlig arbeidsprogram. Evaluering skjer årlig i forbindelse med årsmeldingen.

Beskrivelse av dagens situasjon og utfordringer er grunnlaget for planens mål og tiltak. Både vekst i kommunale oppgaver og demografi vil bety økt press på helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. For at tjenestene skal være økonomisk bærekraftig i framtida, må vi arbeide med omstilling og innovasjon. Brukeren skal være i fokus. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet må bli prioritert. Vi må realisere en boligpolitikk som legger til rette for å kunne bo hjemme lengst mulig. Vi skal legge til rette for at den enkelte kan ta større ansvar for egen helse. Alle tjenestene skal understøtte brukerens egne ressurser og mestring.

Innsatsområde	Mål	Eksempler tiltak som kan bidra til økonomisk bærekraft
Tidlig helsefremmende innsats, forebygge sykdom, skade og lidelse	Vi vektlegger helsefremmende og forebyggende arbeid i alle tjenesteområder og rettet mot alle aldersgrupper. Innbyggerne skal oppleve mestring i eget liv. Vi satser på tidlig innsats og forebygging av fysiske og psykiske plager. Vi skal ha målrettet samarbeid med frivillige, lag og foreninger	Inkludere folkehelsearbeidet i alle ledd av kommunen. Tidlig innsats og fokus på positiv omsorg og oppvekst.
Utjevne sosiale helseforskjeller - inkludering,	Flest mulig av innbyggerne i yrkesaktiv alder er i arbeid eller aktivitetsrettede tiltak. Færrest mulig av kommunens	Individuelle arbeidsrettede tiltak skal styrkes, i første omgang mot unge

likeverd, aktivitet og arbeid	innbyggere trenger økonomisk sosialhjelp. Sosial ulikhet i helse skal forebygges og reduseres. Alle skal tilhøre et fellesskap.	arbeidsledige og sosialhjelpsmottakere Vi legger til rette for at unge mottakere av sosialhjelp oppfyller aktivitetsplikten
Mestring i hverdagen og i egen bolig	Tjenestene skal bygge opp om brukernes tro på egen mestring. Vi planlegger og gjennomfører tjenestene i samarbeid med brukeren og pårørende, med fokus på hverdagsmestring. Beste effektive tjenestenivå skal være utgangspunkt for tjenestetilbudet.	Velferdsteknologi tas i bruk for å bidra til større trygghet og livskvalitet Vi etablerer helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmebesøk
	Flere bor i egen bolig, bruker sine egne ressurser og deltar i samfunnet. Boligtildelingen er helhetlig og systematisk, og boligen skal være egnet for bedringsprosess og mestring.	Dreining fra mange gamle kommunale boliger til flere nye moderne boliger Vi ser bolig, hjelpemidler, teknologiske løsninger og tjenester i sammenheng
Samordne og koordinere til beste for bruker	Tjenestetilbudet skal være helhetlig, samordnet og fleksibelt. Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med bruker og pårørende.	Vi samlokaliserer tjenestetilbud der det gir bedre tverrfaglig samarbeid og større fagmiljø, samt økonomiske driftsfordeler
Kapasitet og tilgjengelighet	Vi skal ha tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet på lovpålagte helse-, omsorg og velferdstjenester. Tjenestene tildeles ut fra nasjonal målsetting om beste effektive omsorgsnivå (BEON). Meløy kommune skal ha tjenester på alle nivå.	Omsorgsboliger/bofellesskap med heldøgns tjeneste og velferdsteknologiske løsninger etableres nært servicefunksjoner, bemanningsbaser og områder som er universelt utformet. Sykehjemmene skal ha flere plasser til rehabilitering, korttidsopphold, dagopphold og avlastning
Rekruttering og kompetanse	Sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil personellsituasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Meløy kommune skal ha gode systemer for opplæring, veiledning og oppfølging. De ansatte skal være i stand til å utføre sine arbeidsoppgaver effektivt og med god	Nærledelse og helsefremmende ledelse skal prioriteres Vi skal være en attraktiv arbeidsgiver og sikre

	kvalitet, etter gjeldende lovverk og lokale prosedyrer.	heltidskultur gjennom flest mulig hele stillinger
Kvalitet og gode tjenester	Befolkningen skal ha tilgang til nødvendige helse, - omsorgs- og velferdstjenester. Vi skal være en servicevennlig kommune som møter innbyggernes behov med kvalitet og effektivitet, og utvikler nye løsninger i samarbeid med brukerne, innbyggerne og samarbeidspartnere. Forespørsler skal behandles raskt.	God matomsorg og ernæring Vi utvider dagtilbudet til hjemmeboende til å omfatte flere målgrupper enn i dag.

Kommunedelplan for Helse, omsorg og velferd 2019-2026 kan i sin helhet leses på kommunens nettside: <https://www.meloy.kommune.no/globalassets/dokumentarkiv/helse-og-velferd/folkehelse/plan-hov-8.-februar-2019-kl.-14.41.pdf>

Strategisk næringsplan 2019-2022

Strategisk næringsplan (2019-2022) viser rammeverket for vårt arbeid i perioden.

Ambisjonen er at Meløy skal ta tydelig posisjon innen bærekraftig næringsutvikling. Dette gjelder spesielt i bransjene industri, sjømat- og opplevelsesnæringen, områder Meløy antas å ha naturgitte fortrinn.

Målet er vekst ved å stimulere og tilrettelegge for nyskaping og bærekraftig utvikling.

Delmål	Eksempel på tiltak i planperioden
Godt tilrettelagt infrastruktur	Nytt industriareal i Kilvik Reipå havn Grunnundersøkelser Galtneset Reguleringsplan Galtneset Fiberutbygging i hele kommunen Prosjekt Glombergan – viktig næringsvei Reguleringsplan Holandsvika Rehabilitering/reasfaltering av kommunale veier
Stimulere til økt kompetanse og god samhandling i eksisterende og nytt næringsliv	Øke kompetansen om Hydrogen gjennom prosjektet Hydrogennettverket i Salten Markedsføre opplevelsesnæringen mot internasjonalt ferie- og fritidsmarked i prosjekt Destinasjon Salten Reiselivs- og opplevelsessatsing i Meløy med Svartisen som fyrtårn Videreutvikling av Meløy som havbruks- og fiskerikommune
Bli synlig i landsdelen og nasjonalt som en bærekraftig og attraktiv kommune.	Nettverk og markedsarbeid for etablering av Hydrogenproduksjon i Glomfjord Industripark Synliggjøring av kommunen som bo- og arbeidssted gjennom prosjektet Meløy-tett på.

	Forberede autorisasjonssøknad for å bli 1 av Norges 15 Nasjonale turiststier. Implementere tiltak fra parallelloppdraget Kystbyen Ørnes og gjennomføre prosjekt bygdeutvikling -sammen for Meløy.
--	--

Kommunedelplan for vannforsyning 2019-2029

Hovedplan for vann ble vedtatt av kommunestyret i sak nummer i sak 47/19 den 26. september 2019.

I handlingsdelen til hovedplan for vann ligger det i perioden 2019 til 2029 investeringsbehov for til sammen kr. 130 mill. I økonomiplanperioden 2020 til 2023 planlegges det investeringstiltak på over vel kr. 50 mill.

For drift av vann- og avløpsanlegg ute på Bolga og Støtt og kommunens ansvar for sjøarealene fra 1 nautisk mil fra grunnlinjen og innover, og det planlegges å investere i egen båt for å ivareta disse ansvarsområdene.

I denne perioden planlegges det at innbyggerne på Reipå og Støtt skal forsynes fra Spildra vannverk. Dermed oppnås en sikrere vannforsyning til disse områdene, da vannreservoar på Reipå er begrenset og dermed veldig sårbar i tørre nedbørsperioder.

Det er behov for nødstrømsaggregat på vannverk i Vassdalsvik, som forsyner Engavågen og Grønøy. Dette for å hindre at det går urensset vann ut på ledningsnettet ved strømbrudd.

De største investeringsprosjektene i hovedplan vann som foreslås som investeringstiltak er følgende:

- Ny sjøledning Ørnes-Reipå – kr. 4.000.000
- Høydebasseng Reipå – kr. 5.000.000
- Høydebasseng Spilderdalen – kr. 8.400.000
- Nytt vannverk og høydebasseng Mosvolddalen – kr. 31.000.000
- Nytt renseanlegg og nødstrømsaggregat Vassdalsvik – kr 4.300.000

Oversikt over vedtatte planer i perioden 2016-2019

Temaplaner	Vedtatt
Alkoholpolitisk plan 2016-2020	31.03.2016
Trafikksikkerhetsplan 2016-2018	23.06.2016
Strategiplan for Meløyskolen 2016-2019	23.06.2016
Strategiplan for Meløybarnehagene 2016-2019	23.06.2016
Beredskapsplan for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer	20.10.2016
Kommunedelplan fysisk aktivitet og naturopplevelser 2017-2020	09.02.2017
Handlingsplan for rus og graviditet	23.03.2017
Helse-, velferds- og omsorgsplan for Meløy kommune	23.03.2017
Trafikksikkerhetsplan 2018-2020	14.06.2018
Strategisk næringsplan 2019-2022	13.12.2018
Havneplan for Meløy kommune	27.06.2019
Kommunedelplan for vannforsyning	26.09.2019
Arealplaner	Vedtatt
Reguleringsplan for gang- og sykkelvei FV17 Høgseth-Dalen	31.03.2016
Reguleringsplan for veikryss FV17 - Mosvoldveien	31.03.2016
Kommunedelplan for fylkesvei 17 Storvika-Reppen	31.03.2016
Reguleringsplan for Ørnes sentrum	23.06.2016
Reguleringsplan for boligområdet B405 - Neverdal	23.06.2016
Reguleringsplan for del av gang- sykkelvei kryss Fv. 17 - Aspdalen	23.06.2016
Reguleringsplan for Juvika/Blåfjell boligfelt	23.06.2016
Reguleringsplan for fritidsbebyggelse FB110 Tukthuset	22.06.2017
Reguleringsplan for Våtvikmyra, Ørnes	22.06.2017
Reguleringsplan for Fore Boligtun, Reipå	22.06.2017
Reguleringsplan for fritidsbebyggelse med småbåthavn og molo, Reipå	27.09.2018
Reguleringsplan for hotell ved Svartisen	27.09.2018
Reguleringsplan for Vassbakken hyttefelt, Reipå	01.11.2018
Reguleringsplan for Enspire skole Neverdal	09.05.2019
Kommunedelplan for Engenbreen	13.06.2019
Reguleringsplan for Kilvik næringsområde	24.10.2019

Meløy kommunes planer finnes på hjemmesiden:

<https://www.meloy.kommune.no/innhold/plan-og-naring/kommuneplan-og-komunedelplaner/#heading-h2-4>

Kommunal planstrategi

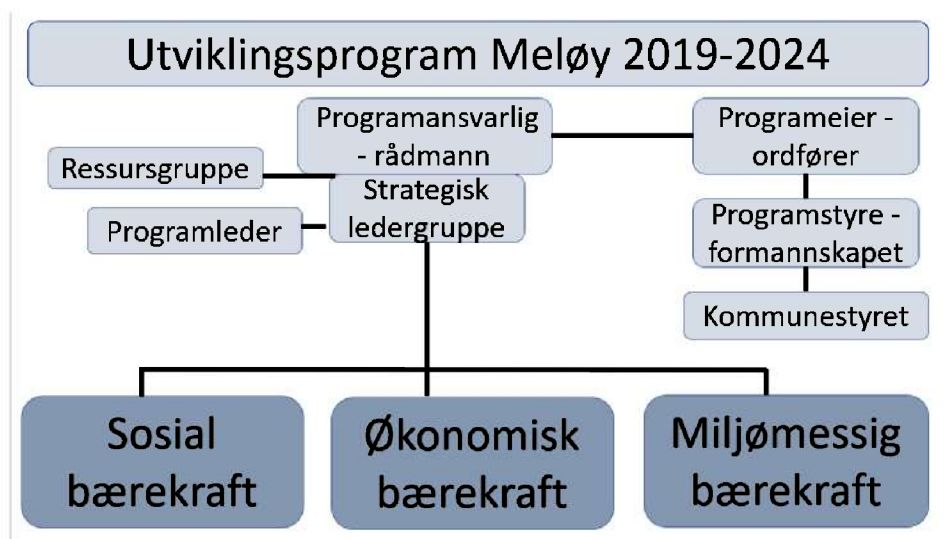
I løpet av våren 2020 vil rådmannen fremme «Kommunal planstrategi 2020-2023» til behandling. Formålet med planstrategien, som er hjemlet i plan- og bygningsloven, er at kommunestyret skal foreta en prioritering av hvilke planoppgaver som skal utføres i kommende kommunestyreperiode.

Flere av planoppgavene i den gjeldende planstrategien for perioden 2016-2019 er av ulike årsaker ikke gjennomført. Det gjelder blant annet oppvekstplan, boligpolitisk plan og revisjon av kommunens klima- og energiplan fra 2010. Det vil være naturlig å ta disse med i planstrategien for perioden 2020-2023, og samtidig er det viktig å gjøre en tydelig prioritering av hvilke planoppgaver som skal utføres, siden planarbeid er svært ressurskrevende oppgaver. Mye av kommunens planressurser vil gå med til revisjon av kommuneplanens samfunnsdel og arealdel.

Utviklingsprogram Meløy 2029-2024 – en bærekraftig samfunns- og stedsutvikling

I februar 2019 presenterte rådmannen modell for et utviklingsprogram i Meløy. Program som metode handler om å samle utviklingsprosjekter under samme paraply slik at de har lik organisering og samme overordnede mål. Målet for utviklingsprogrammet er identisk med visjonen i kommuneplanens samfunnsdel; økt livskvalitet for innbyggerne i Meløy.

Organisering av programmet kan illustreres i denne figuren.



Utviklingsprogrammet har tre satsingsområder.

- **Sosial bærekraft** – styrke Meløy som bo-, arbeids- og nærmiljø, der folk møtes og trives.
- **Økonomisk bærekraft** – styrke Meløy kommunes økonomiske framtid gjennom helhetlig økonomistyring og digitalisering

- **Miljømessig bærekraft** – styrke Meløys unike fortrinn for en bærekraftig nærings- og samfunnsutvikling.

Innen sosial bærekraft er eksempelvis prosjekter innen velferdsteknologi, fagfornyelsen i skole, utvikling av nye næringsarealer som på Galtneset og i Kilvika, samferdselsprosjekter, fiberutbygging, prosjekt bygdeutvikling – sammen for Meløy, tilskuddsordningen for bygdeutvikling og utviklingen av Ørnes som lokalsamfunn, kommunesenter og regionsenter gjennom parallelloppdraget Kystbyen Ørnes.

Økonomisk bærekraft er innføringen av handlingsregler og arbeidet med økonomisk bærekraft slik det er presentert i denne planen, samt utvikling av et digitalt program i Meløy.

Når det gjelder miljømessig bærekraft, vil eksempelvis prosjektet hvor vi har fått midler fra miljødirektoratet til økt kompetanseheving innen bærekraftig areal- og transportplanlegging, være viktig. I tillegg vil også et samferdselsprosjekt, der det er mål om å få utviklet løsninger for en bygdebåt og/eller bygdebuss, ha fokus på bærekraft. I tillegg er det en forventning fra politisk plattform for flertallsgruppen om å få revidert klima- og energiplan for Meløy i perioden.

Ledelse og medarbeiderskap i Meløy

De ansatte er kommunens viktigste ressurs og det er viktig å ha en god strategisk tilnærming til hvordan vi arbeider med å rekruttere, utvikle og beholde kompetansen i kommunen.

Strategisk kompetanseplan

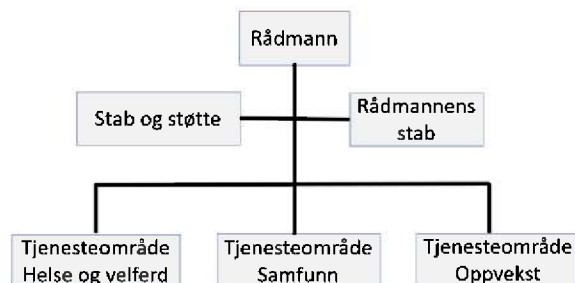
Meløy kommune har i 2019 hatt et stort fokus på å jobbe strategisk og systematisk med kompetanse og utvikling, for å møte dagens og morgendagens utfordringer til kompetanse i kommunen. Rådmann og kommunalsjefer har deltatt på utviklingsverksted i strategisk kompetanseplanlegging, i regi av eksterne aktører fra RKK Salten, Nord universitet og KS.

Delmål for arbeidet er en revitalisert strategisk kompetanseplan, og målet er at kommunen mobiliserer, utvikler, anskaffer og avvikler kompetanse på prioriterte områder som følge av overordnede mål, og i samarbeid mellom fagområder. Kompetansetiltak skal være forankret i arbeidsgiverstrategien.

Gjennomsnittlig alder for ansatte i Meløy kommune er 48 år. Fordelingen mellom fagområdene har små variasjoner. Enkelte faggrupper har særaldersgrense, som betyr at den ansatte kan gå av med alderspensjon ved fylte 65 år. Kommunen står overfor viktige utfordringer i årene som kommer. Endringer i demografi, ressursituasjon og tilgang til ny kompetanse setter krav til at vi kontinuerlig arbeider med nytenkning, utvikling og innovasjon.

Omorganisering og nytt overordnet organisasjonskart

I løpet av 2019 har det vært gjennomført en omorganisering og nedenfor en det vedtatte organisasjonskartet på overordnet nivå. I tillegg er det egne organisasjonskart for de tre tjenesteområdene. Samfunn er det siste tjenesteområdet som er under omorganisering og endelig organisering der forventes å være på plass fra 1.1.2020.



Lederprogram og lederavtaler

En viktig forutsetning for å lykkes med økonomisk bærekraft er gjennomgående god styring og ledelse i kommunen. For få til dette vil det bli gjennomført et felles lederprogram for alle ledere i perioden 2020-22. Det vil bli innført lederavtaler på alle nivå der forventninger til ledere blir tydeliggjort i den hensikt å skape en felles ledelse av kommunen slik at vi sammen løser de samfunnsoppgavene vi har ansvar for.

Årsverk Meløy kommune

Ansvar	Budsjett 2019	Årsverk pr.1.oktober 2019	Differanse	Budsjett 2020
Rådmann	4	5	+ 1	
Økonomiavdeling	8	9	+ 1*	
Organisasjonsavdeling	18,30	18,50	+0,2*	
Plan og kommunalteknikk	23,50	22,0	-1,50	
Helse og omsorg	297,69	291,17	-6,52	
Oppvekst	243,90	257,75	+ 13,85	
Eiendom	39,54	36,83	-2,71	
Meløy kommune	634,93	640,25	+5,32	641,84

*Lønnsdata 1.oktober inkludert korttids innleie av vikar, ingen reell økning

Konsekvensjustert budsjett tar utgangspunkt i lønnsdata 1.oktober 2019. Tallene er korrigert for årsverk politikere, lærlinger, permisjoner uten lønn og foreldrepermisjon. Korrigert for de samme forhold er antall årsverk for budsjett 2020 på 641,84.

Oversikten viser rammeområdene frem til 1.oktober. Omorganisering til fagområdene samfunn, oppvekst og helse og velferd vil fra 2020 av gi en forskyvning av årsverk mellom områdene.

I forbindelse med omorganisering er det opprettet en stilling som assisterende rådmann. Denne sees opp mot vakanse i stilling som rådgiver i stab til kommunalsjef helse og velferd. Ved oppvekst har vi en økt stillingsandel, og dette har sammenheng med at vedtak om nedtrekk av årsverk i 2019 ikke er effektuert. Ved helse og velferd har vi en reduksjon av stillingsandel, og dette har i hovedsak årsak i utfordringer med rekruttering, i tillegg til at rådgiverstillingen står vakant.

Heltidsprosjekt

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i Meløy er 85,7 % og er høyere enn sammenlignet med landet 79,6 % (Tall fra 2018 mottatt direkte fra KS). Oversikten viser at særlig menn i Meløy har større gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 91,4 % - mot landet 81,7 %.

Stillingsstørrelsen til kvinner har økt, fra 83,1 %, i 2017 til 84,5 i 2018, og er også vesentlig større i Meløy enn på landsbasis hvor snittet er 79,0 %.

Vi må derfor kunne si at vårt fokus på oppfølging av dette over tid har hatt effekt.

Utarbeidede Retningslinjer for redusert bruk av uønsket deltid har blitt fulgt opp, blant annet ved endring av turnus. Oppdeling/reduert stilling etter ønske fra arbeidstaker kan også være et problem for arbeidsplassen, men her har Meløy kommune sjelden eller aldri nektet å innfri arbeidstakers ønske om dette.

Selv om det er gode gjennomsnittstall på heltid i Meløy er det både en forventning i plattformen til den politiske flertallsgruppen og tillitsvalgte tydeliggjort at et heltidsprosjekt ville være hensiktsmessig å arbeide videre med.

Lærlinger

Meløy kommune skal gjennom sin lærlingeordning være en foregangskommune og en viktig bidragsyter for å sikre at våre ungdommer får fullført utdanningen som fagarbeider i aktuelle fag. Vi har et stort behov for rekruttering av fagarbeidere i årene fremover, og ordningen vil også kunne sikre Meløy kommune kvalifisert personell. Det er derfor viktig for oss å være attraktive for å tiltrekke oss dyktige lærlinger og veilede dem til fagbrevet.

Meløy, Rødøy og Gildeskål kommune har inngått samarbeidsavtale med Meløy videregående skole, der vi garanterer læreplass for lærlinger med ungdomsrett; 8 helsefagarbeidere og 6 barne- og ungdomsarbeidere, per skoleår.

Meløy kommune har som mål å til enhver tid ha minimum 35 lærlinger. Kommunen er godkjent lærebedrift i fagene; helsefagarbeider, barne- og ungdomsarbeider, kokk, IKT-service og kontor- og administrasjon. I tillegg jobber vi for å bli godkjent innen flere fag, slik at vi kan ta inn lærlinger innen andre fagområder.

Helse, miljø og sikkerhet - HMS

Meløy kommune utarbeidet i 2019 en overordnet handlingsplan for HMS-arbeidet. Handlingsplanen omfatter mange ulike områder, og oppgaver som ikke er gjennomført i 2019 vil bli overført til handlingsplanen for 2020. Det er et mål at Meløy kommune skal ha fungerende HMS-system både på overordnet nivå og på avdelingsnivå. Dette skal sikre at vi følger kravene i HMS-lovgivningen, har oppdaterte rutiner og at disse blir etterlevd.

Alenearbeid

Arbeidsmiljøloven stiller krav til risikovurdering og utforming når arbeidstakere jobber uten kolleger i nærheten.

Meløy kommune skal vurdere om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid og iverksette nødvendige tiltak for å forebygge og redusere eventuell risiko ved alenearbeid, slik at lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ivaretas. Det er særlig viktig at risiko for vold, trusler og trakasseringer blir vurdert.

Arbeidsmiljøloven stiller også krav til utforming av alenearbeid i forhold til det psykososiale arbeidsmiljøet, vi må utforme arbeidet slik at ansatte får muligheter for variasjon og kontakt med andre. Arbeidsgiver må dokumentere at risikovurderinger blir gjennomført og tiltak iverksatt.

Vold og trussel om vold

Meløy kommune skal sørge for at ansatte er beskyttet mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Meløy kommune har utarbeidet handlingsplan for forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte. Arbeidsgiver skal gjennomføre kartlegging og risikovurdering av forhold

som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold. Målet er å forebygge at slike hendelser oppstår. Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner.

Mobbing og seksuell trakassering

Meløy kommune arbeider med en handlingsplan for forebygging og håndtering av mobbing og seksuell trakassering. Alle avdelinger i Meløy kommune skal utarbeide rutiner og gi opplæring til ansatte for å forebygge mobbing og seksuell trakassering. Som en del av arbeidet med handlingsplanen vil vi også revidere varslingsrutinene.

Ergonomi

Arbeidsmiljøloven stiller krav til arbeidsgiver om å kartlegge og risikovurdere ergonomisk belastende arbeid samt sørge for at ansatte får nødvendig informasjon og opplæring for å forebygge belastningsskader. Arbeidsplasser med ergonomisk belastende arbeid, tunge løft og forflytninger skal kartlegges. Dette skal gjennomføres på en systematisk måte ved hjelp av bedriftsfysioterapeuter.

Avvik

Meløy kommune skal ha et funksjonelt og brukervennlig avvikssystem, alle ansatte skal ha tilgang til avvikssystemet og vi må sikre at alle får nødvendig opplæring. I 2019 er det gjennomført en evaluering av det eksisterende avvikssystemet, Risk Manager. Systemet blir vurdert som lite brukervennlig og i løpet av 2020 vil vi starte en prosess hvor vi skal erstatte dagens system med en mer brukervennlig løsning.

Stoffkartotek

Meløy kommune skal ha et funksjonelt og brukervennlig stoffkartotek med oppdatert oversikt over kjemikalier, og vi benytter det elektroniske stoffkartoteket SafeUse. I 2019 startet vi arbeidet med å registrere kjemikaliene i de ulike avdelingene og verneombud og ansatte får opplæring i hvordan de kan finne frem i stoffkartoteket. Dette arbeidet fortsetter i 2020.

Akan

Meløy kommune har et mål om å være en rusfri arbeidsplass, og skal tilby hjelp til ansatte som har behov for dette i forhold til rus og avhengighetsproblematikk.

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) har etablert et underutvalg som skal ha fokus på rus- og avhengighetsproblematikk. Akan-utvalget utarbeidet handlingsplan for Akan-arbeidet og skal sørge for at det blir gitt informasjon og opplæring til ledere og ansatte. Meløy kommune benytter Akan kompetansesenter for råd og veiledning både i det forebyggende arbeidet og i enkeltsaker.

Sykefraværsoppfølging

Meløy kommune har som mål å øke jobbnærværet og redusere sykefraværet og frafallet fra arbeidslivet, det vil si personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake til arbeid etter fravær. Det er et mål å redusere sykefraværsprosenten med 10 prosent sammenliknet med årsgjennomsnittet for 2018. Sykefravær i 2018 var på 8,46 %.

I handlingsplan er det vedtatt et mål for sykefraværet på 7,61% innen utgangen av 2022

I 2018 hadde Meløy kommune totalt 15 167 fraværsdager på grunn av sykdom. Per 3. kvartal 2018 hadde Meløy kommune 11 144 fraværsdager av totalt 133 702 mulige dagsverk. Dette tilsvarer en fraværsprosent på 8,34.

I samme periode i 2019 har Meløy kommune 12 114 fraværsdager av totalt 133 801 mulige dagsverk. Dette tilsvarer en fraværsprosent på 9,05.

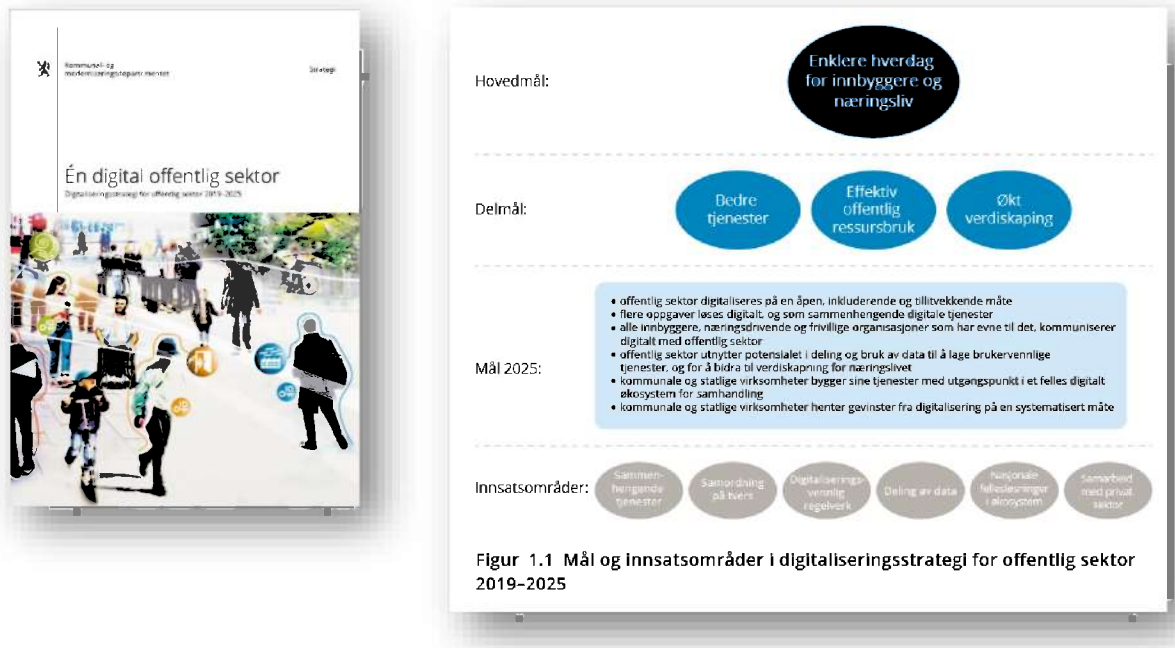
Det er iverksatt flere tiltak for å snu utviklingen. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal evaluere Meløy kommunes rutiner for sykefraværsoppfølging. I tillegg samarbeid Meløy kommune tett med Nav Meløy og Nav arbeidslivssenter. Nav har opprettet et virkemiddel kalt "Helse i Arbeid" som er spesielt rettet mot omsorgsinstitusjoner og barnehager, og dette vil Meløy kommune benytte seg av. Sykefravær og kostnader knyttet til dette er også tema i ledermøter.

Bedriftshelsetjeneste

Ifølge Arbeidsmiljøloven plikter Meløy kommune å være tilknyttet en godkjent bedriftshelsetjeneste. Meløy kommune har ikke hatt formell avtale om bedriftshelsetjeneste i 2019, men har benyttet Hemis as som leverandør inntil ny avtale foreligger. Meløy kommune vil starte prosess for å få bedriftshelsetjeneste på plass i 2020.

Digitalisering i Meløy

Det stilles store forventninger til kommunene om å ta i bruk digitale løsninger.



I tillegg er digitalisering et viktig premiss for å oppnå økonomisk bærekraft. Bruk av kunstig intelligens, maskinlæring, digitale ansatte og bedre tilgjengeliggjøring av data vil forenkle og utvikle tjenestene til kommunen. Videre vil innføring av trygghetskapende og velferdsteknologiske løsninger kunne gi innbyggeren bedre tjenester, økt trygghet og mulighet til å bo lengre hjemme.

Digitalisering har med mennesker å gjøre. Det er ikke teknologi og digitalisering som er målet. Det er det vi kan bruke teknologien til. Hvordan kan vi bruke informasjonen vi har om innbyggerne for å forenkle deres hverdag og dialog med kommunen? Da må vi ta innbyggerens fokus og spørre oss og dem hva som er viktig for dem. Det handler om å endre måten vi betjener innbyggere og næringsliv og samtidig få en mer effektiv organisasjon og interessant arbeidsplass. Teknologi er verktøy, mens digitalisering handler om ledelse, struktur, kultur og endring.

I Meløy kommune vil vi i økonomiplanperioden utvikle et digitalt program Meløy.

Digital infrastruktur og smartere Salten

I møte i Salten regionråd den 13. – 14. februar 2019 gjorde regionrådet følgende vedtak i SR-sak 04/19: Salten Regionråd ber om at det jobbes videre med digital infrastruktur og «Et Smartere Salten» innenfor følgende rammer:

1. Søknad til fylkesmannen om skjønnsmidler til
 - kartlegging av digital infrastruktur
 - mulig ressurs for å jobbe med «Et Smartere Salten»
 - Bodø kommune står som søker på vegne av alle kommunene i Salten
2. Med bakgrunn i workshop i regionrådet skal følgende områder prioriteres

- utarbeide felles IKT-strategi for kommunene i Salten
 - kartlegge muligheten for felles IKT-plattform og fagsystemer i kommune
 - jobbe for forenklede tjenester for innbyggerne
3. målet er å bidra til at kommunene i fremtiden settes i stand til å løse flere oppgaver med begrensede ressurser.

Styret i Salten Regionråd gjorde i sitt møte den 5. april følgende vedtak for organisering av prosjektet «Digital infrastruktur og smartere Salten (Styre-sak 20/19):

1. Prosjektleder ansettes hos Salten Regionråd
2. Styret i Salten Regionråd er styringsgruppe for prosjektet
3. Sekretariatet bes i samarbeid med rådmannsutvalget å foreslå deltakere til tverrfaglig referansegruppe som ledes av en rådmann
4. Prosjektet finansieres gjennom midler tildelt fra IRIS-fondet den 9. november 2018. Dette forutsetter at Fylkesmannen i Nordland gir tilsagn om skjønnsmidler til satsingen.

Kommunestyret i Meløy behandlet deltakelse i samarbeidsprosjektet 26. september 2019 og vedtok at Meløy skal delta. Prosjektet er finansiert med kr. 2,1 mill. gjennom midler tildelt fra Iris-fondet den 9. november 2018, kr. 1 mill. fra ubrukte midler gjennom Regionalt næringsfond (forvaltet av Salten Regionråd) og til sist kr. 1 mill. gjennom finansiering fra kommunene (110 000 NOK) pr. kommune. Meløy kommunes finansiering dekkes av IKT - budsjettet.

Det er tre satsingsområdet i prosjektet:

1. Utarbeide felles IKT- strategi for kommunene i Salten

Det skal utarbeides en IKT strategi for Saltenkommunene som legger rammene for en IKT plattform som sikrer likebehandling av innbyggere og næringsliv i forhold til offentlige digitale tjenester i hele regionen og tilrettelegger for innovasjon og nytenking.

Arbeidshypotesen er at ved å standardisere arbeidsprosesser og etterstrebe felles IKT løsninger vil Saltenregionen kunne innfri målsettinger som:

- redusere IKT kostnader
- etablere felles løsninger for hele regionen innenfor områder som eksempelvis opplæringsløsninger og selvbetjeningsløsninger
- tettere samarbeid med private aktører for å skape nye fellesløsninger innenfor f.eks. transport og tjenesteyting
- det skal ikke lenger være nødvendig å søke på tjenester som er universelle
- brukerne skal ikke lenger behøve oppgi opplysninger som det offentlige allerede kjenner

Med en felles implementert IKT strategi vil Salten kommunene kunne bistå og hjelpe hverandre i hverdagen. Ved sykdom og fravær i en kommune kan arbeidsoppgaver overtas

eller støttes fra en annen kommune. Det kan også bygges opp sterkere kompetansesenter innenfor ulike fagfelt på tvers av kommunegrensene, gjerne bygd opp som virtuelle team.

2. Jobbe for forenklede tjenester for innbyggerne

En smart by eller et lokalsamfunn handler om å ta utgangspunkt i innbyggernes behov og å ta i bruk ny teknologi for å gjøre byen og lokalsamfunnet til et bedre sted å leve, bo og arbeide. Viktige satsingsområder er typisk:

- innbyggerinvolvering
- samarbeid
- teknologi
- klima og miljø

Kommunene i Salten har mye å tjene på et sterkere samarbeid omkring utvikling av lokalsamfunnene våre, hvor vi sammen setter innbyggere og næringsliv i sentrum for utvikling av eksisterende og nye tjenester. For å kunne jobbe effektivt sammen om utvikling av lokalsamfunnene i Salten, er det en klar fordel om Saltenkommunene har en felles grunnmur i forhold til den tekniske plattformen som skal benyttes for å realisere morgendagens tjenester. Dette er omhandlet i de neste kapitlene.

3. Kartlegge muligheten for felles IKT-plattform og fagsystemer i kommune

For å kunne utarbeide en realistisk IKT-strategi for Salten kommunene er det en forutsetning at mulighetene for en felles IKT-plattform med felles fagsystemer kartlegges. Det er en utfordrende oppgave å samkjøre IKT plattformen for 10 kommuner med noe forskjellig utgangspunkt.

Prosjektet vedtas høsten 2019 i alle kommunene og referansegruppe er kommet på plass.

Nytt ERP system

ERP er forkortelse for Enterprise Resource Planning. ERP er en helhetlig programvare som støtter opp om flere av en kommunens stab og støttefunksjoner innen økonomi, lønn, medarbeiderskap, styring osv. ERP skal håndtere kommunens informasjon og tilfredsstille behov for styring og administrasjon. ERP er ikke nødvendigvis ett produkt, men en beskrivelse av kvaliteten på integrasjonen mellom ulike systemer. ERP-systemer kjennetegnes ofte av at de inneholder løpende oppdaterte data, felles database og enhetlig brukergrensesnitt på tvers av moduler.

Meløy kommune har sterkt behov for nye løsninger for å kunne håndtere stab og støttefunksjonene mer effektivt og med bedre kvalitet. En del av systemene vi i dag bruker er utdaterte, mangelfulle og krever omfattende oppgraderinger. Høsten 2019 har vi hatt ute et tilbud på nytt ERP system og ny leverandør vil være på plass innen utgangen av november 2019.

Målbildet for den nye ERP-løsningen er bygget opp av følgende hovedelementer:

1. Digitalisering og automatisering
2. Forenkling og standardisering
3. Forbedret ledelsesinformasjon
4. God brukeropplevelse
5. Strategisk samarbeidspartner
6. Moderne og fleksibel IT-plattform
7. Informasjonssikkerhet
8. Personvern
9. Drift og vedlikehold

Nytt ERP system implementeres våren 2020 og potensialet for å komme fra manuelle til mer automatiserte arbeidsprosesser er stort. Gjennom denne digitaliseringen vil vi oppnå forenkling og forbedring av arbeidsprosesser og saksflyt, og kunne levere mer effektive og bedre løsninger med høyere kvalitet enn i dag.

Oversikt over tallbudsjett 2020

Nedenfor følger oversikt over hovedtallene i budsjett og økonomiplan 2020-2023.

	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
Meløy kommune						
Sum utgifter	780 107 494	692 654 710	758 687 577	773 568 561	774 304 661	775 539 461
Sum inntekter	-780 107 451	-692 654 710	-758 687 577	-773 568 561	-774 304 661	-775 539 461
Sum netto utgift	43	0	0	0	0	0
Sentraladministrasjon						
Sum utgifter	50 994 157	50 643 658	57 879 488	55 935 540	54 601 562	51 725 165
Sum inntekter	-4 563 075	-3 542 000	-4 533 816	-3 935 800	-3 700 900	-3 179 700
Sum netto utgift	46 431 082	47 101 658	53 345 672	51 999 740	50 900 662	48 545 465
Oppvekst						
Sum utgifter	220 859 027	196 715 035	201 299 616	197 309 049	195 809 049	195 809 049
Sum inntekter	-60 596 704	-44 897 495	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553
Sum netto utgift	160 262 323	151 817 540	161 503 063	157 512 496	156 012 496	156 012 496
Helse og omsorg						
Sum utgifter	278 699 203	263 530 271	280 021 900	279 713 750	279 133 750	279 186 300
Sum inntekter	-74 944 596	-28 352 747	-29 626 890	-29 326 890	-28 826 890	-28 826 890
Sum netto utgift	203 754 607	235 177 524	250 395 010	250 386 860	250 306 860	250 359 410
Teknisk						
Sum utgifter	45 667 284	45 082 567	46 801 265	46 251 265	46 349 267	46 349 267
Sum inntekter	-33 505 587	-29 234 968	-30 916 818	-31 985 818	-33 538 818	-35 378 818
Sum netto utgift	12 161 697	15 847 599	15 884 447	14 265 447	12 810 449	10 970 449
Eiendom						
Sum utgifter	38 702 287	37 497 680	40 307 512	40 307 512	40 307 512	40 307 512
Sum inntekter	-15 815 530	-11 605 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000
Sum netto utgift	22 886 757	25 892 680	27 867 512	27 867 512	27 867 512	27 867 512
Interkommunalt og offentlig samarbeid						
Sum utgifter	3 593 229	3 561 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000
Sum inntekter	-1 425 716	-1 211 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000
Sum netto utgift	2 167 513	2 350 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000
Fellesområder						
Sum utgifter	141 592 307	95 624 499	128 542 796	150 216 445	154 268 521	158 327 168
Sum inntekter	-589 256 243	-573 811 500	-639 830 500	-654 540 500	-654 458 500	-654 374 500
Sum netto utgift	-447 663 936	-478 187 001	-511 287 704	-504 324 055	-500 189 979	-496 047 332

Investeringsprosjekter

Ansvar	Investeringsprosjekter	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
12202	Egenkapitaltilskudd KLP	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
12319	Bredbånd	2 500 000	0	0	0
30100	Velferdsteknologi	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
42223	Ombygging gamle Ørnes sykehjem	500 000	20 000 000	0	0
42224	Vall omsorgssenter - ombygging - renovering	500 000	30 000 000	0	0
42226	Miniboliger	6 000 000	0	0	0
42227	Engavågen bofellesskap - tilbygg HMS-tiltak	2 500 000	0	0	0
42914	Energibesparende tiltak formålsbygg	500 000	1 000 000	1 000 000	0
43407	Grunnerverv Galtneset	1 000 000	0	0	0
43408	Grunnerverv gnr 6781 Gamle posthus Reipå	350 000	0	0	0
43440	Utvikling av offentlige areal fyllingen Ørnes	2 000 000	0	0	0
48117	Veiutbygging	5 125 000	0	0	0
48213	Gang og sykkelvei Halså	17 000 000	0	0	0
48215	Stia - etablere gangvei	500 000	300 000	0	0
48303	Grunnerverv Kilvik	1 000 000	0	0	0
48307	Utsifting bilparken	650 000	700 000	0	0
	Sum investeringsutgifter	44 225 000	56 100 000	5 100 000	4 100 000
	Finansiering:				
	Disposisjonsfond	6 700 000	14 300 000	2 100 000	2 100 000
	Momskompensasjon	7 725 000	10 900 000	600 000	400 000
	Lån	29 800 000	30 900 000	2 400 000	1 600 000
	Sum finansiering	44 225 000	56 100 000	5 100 000	4 100 000

Ansvar	Investeringsprosjekter - Selvkost vann/ avløp/ oppmåling	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
46155	Ny sjøledning Ørnes - Reipå	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
46156	Høydebasseng Reipå	1 225 000	1 225 000	1 225 000	1 225 000
46157	Høydebasseng Spilderdalen	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
46158	Nytt vannverk og høydebasseng Mosvoldalen	7 750 000	7 750 000	7 750 000	7 750 000
46159	Nytt renseanlegg og nødstrømsagregat Vassdalsvik	1 075 000	1 075 000	1 075 000	1 075 000
46160	Utredning ny vannkilde Halså Vassdal	350 000	0	0	0
48309	Arbeidsbåt kommunalteknisk	1 000 000	0	0	0
48310	Ny bil oppmåling	400 000	0	0	0
48311	GPS utstyr oppmåling	350 000	0	0	0
48312	Brøyteskjær	200 000	0	0	0
48313	Ny hjullaster	0	1 500 000	0	0
48314	Krokløftbil Sørbygda	0	1 000 000	0	0
	Sum investeringsutgifter - Selvkost	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
	Finansiering:				
	Lån	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000
	Sum finansiering - Selvkost	15 450 000	15 650 000	13 150 000	13 150 000

Kommunale gebyrer – Budsjett 2020 - 2023

Meløy kommune beregner kommunale gebyrer i tråd med Retningslinjer for beregning av selvkost for kommunale betalings-tjenester (H-3/14, KMD, februar 2014). Selvkost innebærer at ekstrakostnadene kommunen påføres ved å produsere en bestemt tjeneste skal dekkes av gebyrene som brukerne av tjenestene betaler. Kommunen har ikke anledning til å tjene penger på tjenestene. En annen sentral begrensning i kommunens handlingsrom er at overskudd fra det enkelte år skal tilbakeføres til abonnentene eller brukerne i form av lavere gebyrer innen de neste fem årene. Dette betyr at hvis kommunen har bokført et overskudd som er eldre enn fire år, må dette brukes til å redusere gebyrene i det kommende budsjettåret.

Utfordringer med selvkostbudsjettet

Det er en rekke faktorer som påvirker selvkostresultatet og som ligger utenfor kommunens kontroll. De viktigste faktorene er budsjettårets forventede kalkylerente (5-årig SWAP-rente + 1/2 %-poeng), kapasitetsbegrensninger ved gjennomføring av planlagte prosjekter, samt usikre utgifter og inntekter. I sum fører dette til at det er utfordrende å treffe med budsjettet.

Generelle forutsetninger

Kalkylerenten er for 2020 anslått å bli 2,01 %. Budsjettet er utarbeidet den 4. september 2019. Tallene for 2018 viser endelig etterkalkyle, tallene for 2019 er prognostiserte verdier. Tallene for 2020 til 2023 er budsjett-/økonomiplan.

Gebyrutvikling for vann, avløp og feiing

Fra 2019 til 2020 foreslås en samlet gebyrøkning på rundt 4 % hvor vann øker mest med 5 % hvor feiing reduseres mest med 0 %. I perioden 2018 til 2023 øker samlet gebyr med kr 2 946, fra

kr 10 846 i 2018 til

kr 13 792 i 2023. Dette

tilsvarer en

gjennomsnittlig årlig

gebyrøkning på 5 %.

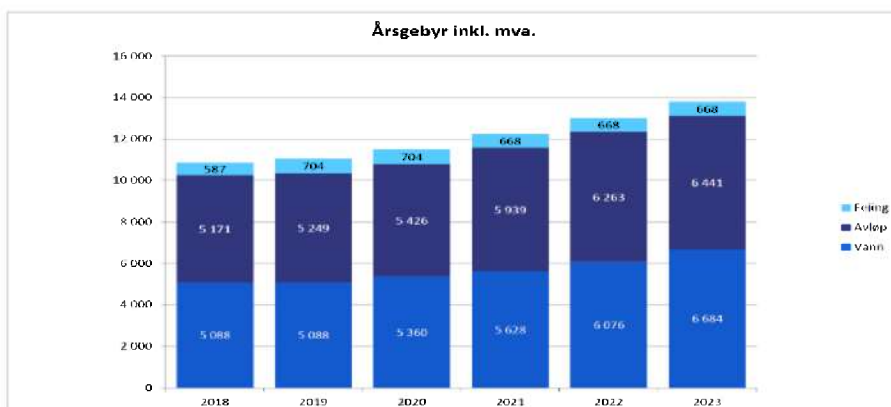
Gebyreksemplene for

vann og avløp er basert på

et årlig vannforbruk på

150 kubikkmeter.

Gebyrsatsene er inkl. mva.



Endring i årsgebyr fra året før	2020	2021	2022	2023
Vann	5,3 %	5,0 %	8,0 %	10,0 %
Avløp	3,4 %	9,5 %	5,4 %	2,8 %
Feiing	-0,0 %	-5,2 %	0,0 %	0,0 %
Samlet endring	4,1 %	6,5 %	6,3 %	6,0 %

Driftstiltak innarbeidet i budsjett – og økonomiplanen

Driftstiltak innarbeidet i rådmannens forslag	2020	2021	2022	2023
Sentraladministrasjon	1 848 616	727 500	727 500	527 500
Bytte av PC for web-tv i kommunestyresal	25 000	-	-	-
Flytting av e-post og kalendertjeneste til sky	100 000	-	-	-
Lederutviklingsprogram	300 000	200 000	200 000	-
Oppgradering av fremvisningsutstyr i kommunestyresalen	100 000	-	-	-
Prosjektleder bygdeutvikling - sammen for Meløy	386 116	-	-	-
Tilskudd til bygdeutvikling	500 000	500 000	500 000	500 000
Renovering av trådløst nettverk	62 500	2 500	2 500	2 500
Pensjonistklubb for tidligere ansatte i Meløy kommune	25 000	25 000	25 000	25 000
Uttrekk helsesjekk ESA	350 000	-	-	-
Oppvekst	-2 206 902	-6 197 469	-7 697 469	-7 697 469
Fagfornyelsen	1 500 000	1 500 000	-	-
Leasingbil for PPT	123 664	123 664	123 664	123 664
Nedtrekk årsverk i skolen tilsvarende 12 pedagogårsverk	-3 920 566	-7 841 133	-7 841 133	-7 841 133
Oppvaskmaskin til bilbiblioteket	10 000	-	-	-
Testmaterieell PPT	30 000	20 000	20 000	20 000
Utbygging av tak over soveplass - Reipå barnehage	50 000	-	-	-
Helse og omsorg	1 120 500	1 105 500	525 500	578 050
Elsyssel - Fysio- og ergoterapitjenesten	15 000	-	-	-
Sykesenger Vall omsorgssenter	80 000	80 000	-	-
Veileder - arbeidsrettet oppfølging av flyktninger	500 000	500 000	-	-
Økning i KVP fra 6 til 10-11	525 500	525 500	525 500	578 050
Teknisk	875 000	325 000	-	-
Prosjekt - Bærekraftig areal og transportplanlegging	150 000	150 000	-	-
Grunnundersøkelser Galtneset	250 000	-	-	-
Konsekvensutredning reguleringsplan Æsvika-Galtneset	300 000	-	-	-
Reguleringsplan Holandsvika	175 000	175 000	-	-
Eiendom	500 000	500 000	500 000	500 000
Leie kommunale bygg	500 000	500 000	500 000	500 000
Fellesområder	2 272 746	10 812 444	14 529 235	18 148 938
Avsetning til disposisjonsfond	2 272 746	10 812 444	14 529 235	18 148 938

Av de tiltak som er innarbeidet i rådmannens forslag til budsjett og økonomiplan, er følgende tiltak finansiert ved bruk av disposisjonsfond, Næringsfond II og/ eller tilskudd fra andre private:

- lederutviklingsprogram
- prosjektleder bygdeutvikling – sammen for Meløy
- tilskudd til bygdeutvikling
- prosjekt – Bærekraftig areal transportplanlegging
- grunnundersøkelser Galtneset
- konsekvensutredning reguleringsplan Æsvika – Galtneset
- reguleringsplan Holandsfjorden

Når det gjelder veileder til arbeidsrettet oppfølging av flytninger dekkes denne gjennom omdisponering av andel integreringstilskudd fra IMDI. Midlene har til nå vært benyttet til livsoppholdsytelse for denne gruppen.

Foreslåtte driftstiltak uten finansiering

Nedenfor er tiltak som er lagt inn i tiltaksmodulen, men som det ikke er funnet rom for i budsjettet. Det er en ambisjon om å innarbeide noen av disse tiltakene i budsjettåret 2020, eller videre utover i økonomiplanen. Da vil det enten bli fremlagt en sak til politisk behandling i forbindelse med budsjettregulering dersom det er behov for nye midler. Alternativt som en administrativ behandling dersom det gjennomføres tiltak som frigir midler innenfor eget budsjett i tjenesteområdet.

Driftstiltak som ikke er innarbeidet i rådmannens forslag				
forslag	2020	2021	2022	2023
Oppvekst	1 964 142	1 911 142	1 317 117	1 317 117
Bolga oppvekstsenter Oppgradere Naturfagrom	50 000	-	-	-
Etablere øvekjøkken på Voksenopplæringen/introprogra	-	-	-	-
Etablering av vikar for biblioteket	63 060	63 060	63 060	63 060
2 ansatte v/biblioteket, minimum 1 av dem må alltid være på jobb for å holde åpent. Vanskelig ifht deltakelse nettverk/kurs				
Innføringstilbud for fremmedspråklige elever Ørnes skole	594 025	594 025	-	-
Innkjøp av bærbar jobbmobil - Biblioteket	3 000	-	-	-
Investering i bibliotekets arrangementsbudsjett	30 000	30 000	30 000	30 000
Biblioteket arrangerer ulike treff for barn og ungdom. De må ta av avdelingens budsjett til evt servering/premiering, etc.				
Kompetanseheving PPT	25 000	25 000	25 000	25 000
Spesialpedagog Utsikten barnehage	635 607	635 607	635 607	635 607
Øke budsjett for innkjøp av medier til barn og ungdom b	50 000	50 000	50 000	50 000
100% stilling som Pedagogisk rådgiver PPT	513 450	513 450	513 450	513 450
Helse og omsorg	2 242 215	2 527 752	2 091 337	2 091 337
Fagleder legetjenesten 100 % stilling	712 830	712 830	712 830	712 830
Prioritert tiltak i prosjekt meløylegen. Sykepleiefaglig kompetanse skal supplere leger og helsesekretærer, internkontroll/kvalitet				
Helsesykepleierstilling 100 % skolehelsetjenesten	453 751	739 288	739 288	739 288
Ivareta helsestasjon for ungdom, og øke tilbudet i skolehelsetjenesten				
Ovner Storkjøkken	80 000	80 000	-	-
Prosjektleder velferdsteknologi 50% stillingsressurs	356 415	356 415	-	-
Oppfølging av plan, anskaffelser, implementering og evaluering				
Utbygging for tilrettelegging av nødvendige garderobefo	-	-	-	-
Utskrivningsklare pasienter til sykehjem - Vall	639 219	639 219	639 219	639 219
Øke kapasiteten for å ta hjem utskrivningsklare pasienter, tar ned kostnader på døgnmulkt og ivaretar pasientene bedre				
Teknisk	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000
Opprusting av kommunale veier/reasfaltering	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
Det er allerede lagt inn 5 mill kr til opprusting av kommunale veier				
Salten brann - prisjustering	250 000	250 000	250 000	250 000
Budsjettforslag fra Salten Brann er pr tiden ikke akseptert av rådmann/ordfører				
Eiendom	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Uforutsette vedlikeholdsutgifter	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Nødvendig vedlikehold på offentlig bygg/eiendommer.				

GLOMFJORD NEVERDAL ENGAVÅGEN REIPÅ STØTT
MELØYA BOLGA ÅGSKARDET HALSA ØRNES

RAUS OG
KRAFTFULL

meloy.kommune.no

Bevilgningsoversikt drift etter budsjett og regnskapsforskriften § 5-4 første ledd

Meløy kommune	Regnskap		Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	2018	Budsjett 2019				
Rammetilskudd	-225 885 921	-235 785 000	-242 732 000	-242 442 000	-242 360 000	-242 276 000
Innteks- og formuesskatt	-179 660 078	-178 361 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000
Eiendomsskatt	-52 187 005	-53 000 000	-51 000 000	-51 000 000	-51 000 000	-51 000 000
Andre generelle driftsinntekter	-56 746 152	-65 821 213	-73 490 770	-73 490 770	-72 990 770	-72 990 770
SUM GENERELLE DRIFTSINTEKTER	-514 479 156	-532 967 213	-555 101 770	-554 811 770	-554 229 770	-554 145 770
Sum bevilgninger drift, netto	450 277 169	487 349 983	515 285 559	496 580 594	491 771 518	487 528 871
Avskrivinger	22 197 596	0	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000
SUM NETTO DRIFTSUTGIFTER	472 474 765	487 349 983	539 285 559	520 580 594	515 771 518	511 528 871
BRUTTO DRIFTSRESULTAT	-42 004 391	-45 617 230	-15 816 211	-34 231 176	-38 458 252	-42 616 899
Renteinntekter	-2 916 631	-1 955 000	-2 455 000	-2 455 000	-2 455 000	-2 455 000
Utbytter	-3 000 000	-4 000 000	-4 000 000	-4 000 000	-4 000 000	-4 000 000
Gevinster og tap på finansielle omløpsmidler	0	0	0	0	0	0
Renteutgifter	8 917 472	10 997 315	13 567 486	20 146 987	20 292 272	20 423 716
Avdrag på lån	19 381 474	22 414 000	24 637 050	31 691 500	31 881 500	32 189 000
NETTO FINANSUTGIFTER	22 382 315	27 456 315	31 749 536	45 383 487	45 718 772	46 157 716
Motpost avskrivinger	-22 197 596	0	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000
NETTO DRIFTSRESULTAT	-41 819 672	-18 160 915	-8 066 675	-12 847 689	-16 739 480	-20 459 183
Disponering eller dekning av netto driftsresultat	0	0	0	0	0	0
Overføring til investering	642 686	0	0	0	0	0
Netto avsetninger til eller bruk av bundne fond	6 031 477	2 379 731	3 512 615	4 748 731	4 923 731	4 923 731
Netto avsetninger til eller bruk av disposisjonsfond	19 796 578	15 781 184	4 554 060	8 098 958	11 815 749	15 535 452
Dekning av tidligere års merforbruk	0	0	0	0	0	0
SUM DISPONERINGERELLER DEKNING AV NETTO DRIFTSRESULTAT	26 470 741	18 160 915	8 066 675	12 847 689	16 739 480	20 459 183
FREMFORØRT TIL INNDEKNING I SENERE ÅR	43	0	0	0	0	0

Bevilgningsoversikt drift etter budsjett og regnskapsforskriften § 5-4 første ledd

Meløy						
Sum bevilgninger drift, netto	450 277 169	487 349 983	515 285 559	496 580 594	491 771 518	487 528 871
Sentraladministrasjon						
Sum bevilgninger drift, netto	46 698 806	47 101 658	55 381 788	53 599 740	52 500 662	50 045 465
Oppvekst						
Sum bevilgninger drift, netto	174 348 804	164 681 540	172 884 620	168 894 053	167 394 053	167 394 053
Helse og Velferd						
Sum bevilgninger drift, netto	203 835 446	235 926 737	255 492 223	255 184 073	254 604 073	254 656 623
Teknisk						
Sum bevilgninger drift, netto	10 008 522	17 592 368	18 524 216	16 355 216	14 725 218	12 885 218
Eiendom						
Sum bevilgninger drift, netto	22 886 757	25 892 680	27 867 512	27 867 512	27 867 512	27 867 512
Interkommunalt og offentlig samarbeid						
Sum bevilgninger drift, netto	2 183 383	2 430 000	2 372 000	2 372 000	2 372 000	2 372 000
Fellesområder						
Sum bevilgninger drift, netto	-9 684 549	-6 275 000	-17 236 800	-27 692 000	-27 692 000	-27 692 000

Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
Meløy						
Investeringer i varige driftsmidler	153 030 958	245 411 000	57 575 000	69 650 000	16 150 000	15 150 000
Tilskudd til andres investeringer	10 000	0	0	0	0	0
Investeringer i aksjer og andeler i selskaper	2 221 353	2 300 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000
Utlån av egne midler	6 098 204	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000
Avdrag på lån	3 643 911	3 500 000	3 500 000	3 700 000	3 900 000	4 100 000
SUM INVESTERINGSUTGIFTER	162 783 073	256 911 000	69 075 000	81 350 000	28 050 000	27 250 000
Kompensasjon for merverdiavgift	-28 328 041	-42 804 000	-7 725 000	-10 900 000	-600 000	-400 000
Tilskudd fra andre	-11 864 160	-9 123 000	0	0	0	0
Salg av varige driftsmidler	-5 904 708	0	0	0	0	0
Salg av finansielle anleggsmidler	0	0	0	0	0	0
Utdeling fra selskaper	0	0	0	0	0	0
Mottatte avdrag på utlån av egne midler	-3 248 019	-3 500 000	-3 500 000	-3 700 000	-3 900 000	-4 100 000
Bruk av lån	-116 422 387	-197 248 000	-53 250 000	-54 550 000	-23 550 000	-22 750 000
SUM INVESTERINGSINNTEKTER	-165 767 315	-252 675 000	-64 475 000	-69 150 000	-28 050 000	-27 250 000
Videreutlån	0	0	0	0	0	0
Bruk av lån til videreutlån	0	0	0	0	0	0
Avdrag på lån til videreutlån	0	0	0	0	0	0
Mottatte avdrag på videreutlån	0	0	0	0	0	0
NETTO UTGIFTER VIDEREUTLÅN	0	0	0	0	0	0
Overføring fra drift	-642 686	0	0	0	0	0
Netto avsetninger til eller bruk av bundne investeringsfond	2 739 923	0	0	0	0	0
Netto avsetninger til eller bruk av ubundet investeringsfond	-3 000 000	-6 536 000	-6 700 000	-14 300 000	-2 100 000	-2 100 000
Dekning av tidligere års udekket beløp	1 681 362	0	0	0	0	0
Sum overføring fra drift og netto avsetninger	778 599	-6 536 000	-6 700 000	-14 300 000	-2 100 000	-2 100 000
Fremført til inndekning i senere år udekket beløp	15 710	0	0	0	0	0

Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
Meløy						
Brukerbetalinger	-28 323 872	-28 916 151	-28 827 432	-28 827 432	-28 827 432	-28 827 432
Andre salgs- og leieinntekter	-69 680 542	-70 881 959	-76 094 809	-77 713 809	-79 591 809	-81 431 809
Overføringer med krav til motytelse	-108 248 829	-28 478 118	-42 821 181	-42 659 281	-42 274 381	-41 853 181
Rammetilskudd	-225 885 921	-235 785 000	-242 732 000	-242 442 000	-242 360 000	-242 276 000
Andre statlige overføringer	-35 389 579	-46 779 213	-52 134 770	-52 134 770	-51 634 770	-51 634 770
Andre overføringer	-207 400	0	0	0	0	0
Skatt på inntekt og formue	-179 660 078	-178 361 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000
Eiendomsskatt	-52 187 005	-53 000 000	-51 000 000	-51 000 000	-51 000 000	-51 000 000
Andre direkte og indirekte skatter	-21 356 573	-19 042 000	-21 356 000	-21 356 000	-21 356 000	-21 356 000
SUM DRIFTSINNTEKTER (B)	-720 939 799	-661 243 441	-702 845 192	-704 012 292	-704 923 392	-706 258 192
Lønnsutgifter	398 765 509	376 762 340	396 036 309	391 228 909	389 908 052	387 673 652
Sosiale utgifter	66 539 235	70 506 378	61 757 989	65 816 124	65 588 003	65 198 556
Kjøp av varer og tjenester som inngår i komm tjenesteprod	113 461 103	103 591 392	115 836 286	114 837 686	113 050 688	112 850 688
Kjøp av varer og tjenester som erstatter komm tjprod	35 177 676	25 922 798	27 754 894	27 754 894	27 774 894	27 774 894
Overføringer	43 433 366	44 582 303	64 652 503	64 152 503	64 152 503	64 152 503
Avskrivninger	22 197 596	0	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000
Fordelte utgifter	-2 917 739	-5 664 000	-2 934 000	-17 934 000	-17 934 000	-17 934 000
SUM DRIFTSUTGIFTER (C)	676 656 746	615 701 211	687 103 981	669 856 116	666 540 140	663 716 293
BRUTTO DRIFTSRESULTAT (D = B-C)	-44 283 053	-45 542 230	-15 741 211	-34 156 176	-38 383 252	-42 541 899
Renteinntekter, utbytte og eieruttak	-5 916 631	-5 955 000	-6 455 000	-6 455 000	-6 455 000	-6 455 000
Gevinst på finansielle instrumenter	0	0	0	0	0	0
Mottatte avdrag på utlån	-143 048	-150 000	-150 000	-150 000	-150 000	-150 000
SUM EKSTERNE FINANSINNTEKTER (E)	-6 059 679	-6 105 000	-6 605 000	-6 605 000	-6 605 000	-6 605 000
Renteutgifter, provisjoner og andre finansutgifter	8 917 472	10 997 315	13 567 486	20 146 987	20 292 272	20 423 716
Tap på finansielle instrumenter	0	0	0	0	0	0
Avdrag på lån	19 381 474	22 414 000	24 637 050	31 691 500	31 881 500	32 189 000
Utlån	2 421 710	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000
SUM EKSTERNE FINANSUTGIFTER (F)	30 720 656	33 486 315	38 279 536	51 913 487	52 248 772	52 687 716
RESULTAT EKSTERNE FINANSIERINGSTRANSAKSJONER	24 660 977	27 381 315	31 674 536	45 308 487	45 643 772	46 082 716
Motpost avskrivninger	-22 197 596	0	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000
NETTO DRIFTSRESULTAT (I)	-41 819 672	-18 160 915	-8 066 675	-12 847 689	-16 739 480	-20 459 183

Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
Bruk av tidligere års regnskapsmessig mindreforbruk	-840 265	0	0	0	0	0
Bruk av disposisjonsfond	-3 766 200	-2 575 000	-4 225 000	-4 175 000	-4 175 000	-4 075 000
Bruk av bundne fond	-23 386 173	-17 067 269	-18 078 385	-16 842 269	-16 667 269	-16 667 269
SUM BRUK AV AVSETNINGER (J)	-27 992 638	-19 642 269	-22 303 385	-21 017 269	-20 842 269	-20 742 269
Overført til investeringsregnskapet	642 686	0	0	0	0	0
Dekning av tidligere års merforbruk	0	0	0	0	0	0
Avsetninger til disposisjonsfond	23 562 778	18 356 184	8 779 060	12 273 958	15 990 749	19 610 452
Avsetninger til bundne fond	29 417 650	19 447 000	21 591 000	21 591 000	21 591 000	21 591 000
SUM AVSETNINGER (K)	53 623 114	37 803 184	30 370 060	33 864 958	37 581 749	41 201 452
REGNSKAPSMESSIG MER- MINDREFORBRUK (L = I+J-K)	-16 189 196	0	0	0	0	0

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Meløy						
	Sum utgifter	780 107 494	692 654 710	758 687 577	773 568 561	774 304 661	775 539 461
	Sum inntekter	-780 107 451	-692 654 710	-758 687 577	-773 568 561	-774 304 661	-775 539 461
	Sum netto utgift	43	0	0	0	0	0
	Sentraladministrasjon						
	Sum utgifter	50 994 157	50 643 658	57 879 488	55 935 540	54 601 562	51 725 165
	Sum inntekter	-4 563 075	-3 542 000	-4 533 816	-3 935 800	-3 700 900	-3 179 700
	Sum netto utgift	46 431 082	47 101 658	53 345 672	51 999 740	50 900 662	48 545 465
	Sentrale styrings- og kontrollorgan						
	Sum utgifter	4 135 271	5 501 000	5 667 934	6 095 634	5 834 934	5 834 934
	Sum inntekter	-150 358	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	3 984 913	5 501 000	5 667 934	6 095 634	5 834 934	5 834 934
	Folkevalgte styringsoppgaver						
	Sum utgifter	4 135 271	5 501 000	5 667 934	6 095 634	5 834 934	5 834 934
	Sum inntekter	-150 358	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	3 984 913	5 501 000	5 667 934	6 095 634	5 834 934	5 834 934
	Rådmannen og stabsavdelinger						
	Sum utgifter	46 858 886	45 142 658	52 211 554	49 839 906	48 766 628	45 890 231
	Sum inntekter	-4 412 717	-3 542 000	-4 533 816	-3 935 800	-3 700 900	-3 179 700
	Sum netto utgift	42 446 169	41 600 658	47 677 738	45 904 106	45 065 728	42 710 531
	Rådmannen						
	Sum utgifter	7 015 559	6 778 160	8 659 267	8 298 151	8 318 151	8 318 151
	Sum inntekter	-615 449	-490 000	-1 151 116	-765 000	-765 000	-765 000
	Sum netto utgift	6 400 110	6 288 160	7 508 151	7 533 151	7 553 151	7 553 151
	Økonomiavdelinga						
	Sum utgifter	8 359 231	7 937 938	7 980 534	7 898 545	7 898 545	7 898 545
	Sum inntekter	-1 359 002	-1 430 000	-883 000	-883 000	-883 000	-883 000
	Sum netto utgift	7 000 229	6 507 938	7 097 534	7 015 545	7 015 545	7 015 545

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Organisasjonsavdelinga						
	Sum utgifter	31 484 096	30 426 560	35 571 753	33 643 210	32 549 932	29 673 535
	Sum inntekter	-2 438 266	-1 622 000	-2 499 700	-2 287 800	-2 052 900	-1 531 700
	Sum netto utgift	29 045 830	28 804 560	33 072 053	31 355 410	30 497 032	28 141 835
	Oppvekst						
	Sum utgifter	220 859 027	196 715 035	201 299 616	197 309 049	195 809 049	195 809 049
	Sum inntekter	-60 596 704	-44 897 495	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553	-39 796 553
	Sum netto utgift	160 262 323	151 817 540	161 503 063	157 512 496	156 012 496	156 012 496
	Administrasjon						
	Sum utgifter	2 327 684	2 310 204	2 369 646	2 369 646	2 369 646	2 369 646
	Sum inntekter	-38 976	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	2 288 708	2 310 204	2 369 646	2 369 646	2 369 646	2 369 646
	Grunnskole og SFO						
	Sum utgifter	115 434 173	102 010 955	105 747 605	101 827 038	100 327 038	100 327 038
	Sum inntekter	-22 226 812	-17 328 506	-14 307 566	-14 307 566	-14 307 566	-14 307 566
	Sum netto utgift	93 207 361	84 682 449	91 440 039	87 519 472	86 019 472	86 019 472
	Fellesutgifter						
	Sum utgifter	11 458 374	11 599 507	10 318 386	6 397 819	4 897 819	4 897 819
	Sum inntekter	-9 323 703	-10 284 801	-4 388 801	-4 388 801	-4 388 801	-4 388 801
	Sum netto utgift	2 134 671	1 314 706	5 929 585	2 009 018	509 018	509 018
	Reipå skole						
	Sum utgifter	18 525 150	10 584 175	10 589 393	10 589 393	10 589 393	10 589 393
	Sum inntekter	-3 061 859	-1 730 390	-1 776 830	-1 776 830	-1 776 830	-1 776 830
	Sum netto utgift	15 463 291	8 853 785	8 812 563	8 812 563	8 812 563	8 812 563
	Ørnes skole						
	Sum utgifter	14 745 861	13 723 530	15 200 212	15 200 212	15 200 212	15 200 212
	Sum inntekter	-1 054 291	-175 000	-1 060 000	-1 060 000	-1 060 000	-1 060 000
	Sum netto utgift	13 691 570	13 548 530	14 140 212	14 140 212	14 140 212	14 140 212
	Spildra skole						

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum utgifter	1 769 865	17 581 328	20 668 580	20 668 580	20 668 580	20 668 580
	Sum inntekter	-445 401	-1 815 000	-4 080 000	-4 080 000	-4 080 000	-4 080 000
	Sum netto utgift	1 324 464	15 766 328	16 588 580	16 588 580	16 588 580	16 588 580
	Neverdal skole						
	Sum utgifter	12 888 780	303 000	0	0	0	0
	Sum inntekter	-1 589 361	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	11 299 419	303 000	0	0	0	0
	Glomfjord skole						
	Sum utgifter	21 270 295	19 012 330	19 498 114	19 498 114	19 498 114	19 498 114
	Sum inntekter	-3 242 681	-1 795 450	-1 795 450	-1 795 450	-1 795 450	-1 795 450
	Sum netto utgift	18 027 614	17 216 880	17 702 664	17 702 664	17 702 664	17 702 664
	Enga skole						
	Sum utgifter	17 100 723	15 078 616	14 279 264	14 279 264	14 279 264	14 279 264
	Sum inntekter	-1 942 135	-770 008	-402 124	-402 124	-402 124	-402 124
	Sum netto utgift	15 158 588	14 308 608	13 877 140	13 877 140	13 877 140	13 877 140
	Halsa skole						
	Sum utgifter	7 822 816	6 448 682	7 804 344	7 804 344	7 804 344	7 804 344
	Sum inntekter	-1 024 510	-296 430	-469 988	-469 988	-469 988	-469 988
	Sum netto utgift	6 798 306	6 152 252	7 334 356	7 334 356	7 334 356	7 334 356
	Bolga oppvekstsenter						
	Sum utgifter	3 009 704	2 665 705	2 995 636	2 995 636	2 995 636	2 995 636
	Sum inntekter	-105 676	-103 427	-75 373	-75 373	-75 373	-75 373
	Sum netto utgift	2 904 028	2 562 278	2 920 263	2 920 263	2 920 263	2 920 263
	Meløy oppvekstsenter						
	Sum utgifter	6 842 605	5 014 082	4 393 676	4 393 676	4 393 676	4 393 676
	Sum inntekter	-437 195	-358 000	-259 000	-259 000	-259 000	-259 000
	Sum netto utgift	6 405 410	4 656 082	4 134 676	4 134 676	4 134 676	4 134 676
	Barnehager						
	Sum utgifter	56 164 274	52 722 409	52 374 842	52 324 842	52 324 842	52 324 842

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum inntekter	-15 483 230	-10 905 766	-10 899 703	-10 899 703	-10 899 703	-10 899 703
	Sum netto utgift	40 681 044	41 816 643	41 475 139	41 425 139	41 425 139	41 425 139
	PPT						
	Sum utgifter	4 308 699	4 792 418	4 375 520	4 365 520	4 365 520	4 365 520
	Sum inntekter	-1 067 351	-1 132 024	-1 134 528	-1 134 528	-1 134 528	-1 134 528
	Sum netto utgift	3 241 348	3 660 394	3 240 992	3 230 992	3 230 992	3 230 992
	Voksenopplæring						
	Sum utgifter	3 849 218	3 160 211	4 081 983	4 081 983	4 081 983	4 081 983
	Sum inntekter	-3 198 453	-2 172 350	-2 180 350	-2 180 350	-2 180 350	-2 180 350
	Sum netto utgift	650 765	987 861	1 901 633	1 901 633	1 901 633	1 901 633
	Flyktningetjenesten						
	Sum utgifter	13 134 464	7 069 729	9 114 624	9 114 624	9 114 624	9 114 624
	Sum inntekter	-13 936 013	-11 262 849	-9 150 406	-9 150 406	-9 150 406	-9 150 406
	Sum netto utgift	-801 549	-4 193 120	-35 782	-35 782	-35 782	-35 782
	Kultur						
	Sum utgifter	4 665 339	3 743 846	3 945 546	3 945 546	3 945 546	3 945 546
	Sum inntekter	-1 282 954	-383 000	-343 000	-343 000	-343 000	-343 000
	Sum netto utgift	3 382 385	3 360 846	3 602 546	3 602 546	3 602 546	3 602 546
	Administrasjon						
	Sum utgifter	1 649 420	1 469 802	1 511 653	1 511 653	1 511 653	1 511 653
	Sum inntekter	-150 078	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	1 499 342	1 469 802	1 511 653	1 511 653	1 511 653	1 511 653
	Allment kulturarbeid						
	Sum utgifter	1 041 313	840 804	912 653	912 653	912 653	912 653
	Sum inntekter	-352 136	-122 000	-102 000	-102 000	-102 000	-102 000
	Sum netto utgift	689 177	718 804	810 653	810 653	810 653	810 653
	Barne- og ungdomsarbeid						
	Sum utgifter	921 656	424 800	427 800	427 800	427 800	427 800
	Sum inntekter	-615 905	-188 000	-173 000	-173 000	-173 000	-173 000

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum netto utgift	305 751	236 800	254 800	254 800	254 800	254 800
	Kulturvern						
	Sum utgifter	5 334	16 400	96 400	96 400	96 400	96 400
	Sum inntekter	-2 810	-3 000	-2 000	-2 000	-2 000	-2 000
	Sum netto utgift	2 524	13 400	94 400	94 400	94 400	94 400
	Idrett						
	Sum utgifter	1 047 616	992 040	997 040	997 040	997 040	997 040
	Sum inntekter	-162 025	-70 000	-66 000	-66 000	-66 000	-66 000
	Sum netto utgift	885 591	922 040	931 040	931 040	931 040	931 040
	Sommerdagen						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
	Frisklivsdosetten						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
	Bibliotek						
	Sum utgifter	1 586 789	1 429 836	1 544 997	1 534 997	1 534 997	1 534 997
	Sum inntekter	-185 410	-12 500	-12 500	-12 500	-12 500	-12 500
	Sum netto utgift	1 401 379	1 417 336	1 532 497	1 522 497	1 522 497	1 522 497
	Barnevern						
	Sum utgifter	19 388 387	19 475 427	17 744 853	17 744 853	17 744 853	17 744 853
	Sum inntekter	-3 177 505	-1 700 500	-1 768 500	-1 768 500	-1 768 500	-1 768 500
	Sum netto utgift	16 210 882	17 774 927	15 976 353	15 976 353	15 976 353	15 976 353
	Helse og omsorg						
	Sum utgifter	278 699 203	263 530 271	280 021 900	279 713 750	279 133 750	279 186 300
	Sum inntekter	-74 944 596	-28 352 747	-29 626 890	-29 326 890	-28 826 890	-28 826 890
	Sum netto utgift	203 754 607	235 177 524	250 395 010	250 386 860	250 306 860	250 359 410

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Administrasjon						
	Sum utgifter	5 454 422	5 526 032	9 261 130	9 261 130	9 261 130	9 261 130
	Sum inntekter	-32 675 312	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	-27 220 890	5 526 032	9 261 130	9 261 130	9 261 130	9 261 130
	Tildelingskontoret						
	Sum utgifter	8 031 289	7 946 432	7 436 027	7 436 027	7 436 027	7 436 027
	Sum inntekter	-997 336	-654 100	-56 300	-56 300	-56 300	-56 300
	Sum netto utgift	7 033 953	7 292 332	7 379 727	7 379 727	7 379 727	7 379 727
	Hjemmetjenesten nord						
	Sum utgifter	33 154 047	32 554 815	33 398 695	33 398 695	33 398 695	33 398 695
	Sum inntekter	-1 822 086	-930 393	-655 675	-655 675	-655 675	-655 675
	Sum netto utgift	31 331 961	31 624 422	32 743 020	32 743 020	32 743 020	32 743 020
	Ørnes sykehjem						
	Sum utgifter	56 547 208	50 252 577	51 549 278	51 549 278	51 549 278	51 549 278
	Sum inntekter	-12 962 658	-7 798 000	-8 215 000	-8 215 000	-8 215 000	-8 215 000
	Sum netto utgift	43 584 550	42 454 577	43 334 278	43 334 278	43 334 278	43 334 278
	Miljøtjenesten						
	Sum utgifter	44 630 184	43 965 425	50 938 272	50 938 272	50 938 272	50 938 272
	Sum inntekter	-2 954 721	-1 028 000	-1 163 000	-1 163 000	-1 163 000	-1 163 000
	Sum netto utgift	41 675 463	42 937 425	49 775 272	49 775 272	49 775 272	49 775 272
	Hjemmetjenesten sør						
	Sum utgifter	41 182 145	37 025 075	37 732 850	37 732 850	37 732 850	37 732 850
	Sum inntekter	-4 325 668	-1 127 000	-377 000	-377 000	-377 000	-377 000
	Sum netto utgift	36 856 477	35 898 075	37 355 850	37 355 850	37 355 850	37 355 850
	Vall sykehjem						
	Sum utgifter	31 552 912	29 290 267	28 520 494	28 520 494	28 440 494	28 440 494
	Sum inntekter	-5 878 501	-5 822 681	-4 781 342	-4 781 342	-4 781 342	-4 781 342
	Sum netto utgift	25 674 411	23 467 586	23 739 152	23 739 152	23 659 152	23 659 152

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Helsefremmende og forebyggende						
	Sum utgifter	44 294 076	41 424 274	43 671 837	43 363 687	43 363 687	43 363 687
	Sum inntekter	-12 486 557	-10 476 613	-9 814 613	-9 514 613	-9 514 613	-9 514 613
	Sum netto utgift	31 807 519	30 947 661	33 857 224	33 849 074	33 849 074	33 849 074
	NAV velferd						
	Sum utgifter	13 852 920	15 545 374	17 513 317	17 513 317	17 013 317	17 065 867
	Sum inntekter	-841 757	-515 960	-4 563 960	-4 563 960	-4 063 960	-4 063 960
	Sum netto utgift	13 011 163	15 029 414	12 949 357	12 949 357	12 949 357	13 001 907
	Teknisk						
	Sum utgifter	45 667 284	45 082 567	46 801 265	46 251 265	46 349 267	46 349 267
	Sum inntekter	-33 505 587	-29 234 968	-30 916 818	-31 985 818	-33 538 818	-35 378 818
	Sum netto utgift	12 161 697	15 847 599	15 884 447	14 265 447	12 810 449	10 970 449
	Selvkost						
	Sum utgifter	19 958 448	17 973 509	17 934 885	17 934 885	18 357 887	18 357 887
	Sum inntekter	-28 047 960	-25 150 919	-25 902 769	-27 521 769	-29 399 769	-31 239 769
	Sum netto utgift	-8 089 512	-7 177 410	-7 967 884	-9 586 884	-11 041 882	-12 881 882
	Eiendom						
	Sum utgifter	38 702 287	37 497 680	40 307 512	40 307 512	40 307 512	40 307 512
	Sum inntekter	-15 815 530	-11 605 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000	-12 440 000
	Sum netto utgift	22 886 757	25 892 680	27 867 512	27 867 512	27 867 512	27 867 512
	Skolene						
	Sum utgifter	11 608 018	10 738 275	10 484 569	10 484 569	10 484 569	10 484 569
	Sum inntekter	-461 969	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	11 146 049	10 738 275	10 484 569	10 484 569	10 484 569	10 484 569
	Administrasjon						
	Sum utgifter	3 483 252	4 438 228	5 233 365	5 233 365	5 233 365	5 233 365
	Sum inntekter	-21 692	-650 000	-1 500 000	-1 500 000	-1 500 000	-1 500 000
	Sum netto utgift	3 461 560	3 788 228	3 733 365	3 733 365	3 733 365	3 733 365
	Barnehagene						

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum utgifter	3 475 268	2 940 988	3 025 136	3 025 136	3 025 136	3 025 136
	Sum inntekter	-221 292	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	3 253 976	2 940 988	3 025 136	3 025 136	3 025 136	3 025 136
	Botilbud omsorg						
	Sum utgifter	4 772 941	4 442 298	4 984 914	4 984 914	4 984 914	4 984 914
	Sum inntekter	-6 361 840	-6 310 000	-6 235 000	-6 235 000	-6 235 000	-6 235 000
	Sum netto utgift	-1 588 899	-1 867 702	-1 250 086	-1 250 086	-1 250 086	-1 250 086
	Administrasjonsbygg						
	Sum utgifter	2 517 608	2 477 002	3 434 395	3 434 395	3 434 395	3 434 395
	Sum inntekter	-624 397	-500 000	-580 000	-580 000	-580 000	-580 000
	Sum netto utgift	1 893 211	1 977 002	2 854 395	2 854 395	2 854 395	2 854 395
	Brannstasjoner - lager						
	Sum utgifter	372 779	383 180	421 434	421 434	421 434	421 434
	Sum inntekter	-16 143	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	356 636	383 180	421 434	421 434	421 434	421 434
	Kulturbygg						
	Sum utgifter	5 017 337	4 691 984	4 917 745	4 917 745	4 917 745	4 917 745
	Sum inntekter	-1 106 541	-960 000	-960 000	-960 000	-960 000	-960 000
	Sum netto utgift	3 910 796	3 731 984	3 957 745	3 957 745	3 957 745	3 957 745
	Helsesenter						
	Sum utgifter	5 076 551	5 196 284	5 331 633	5 331 633	5 331 633	5 331 633
	Sum inntekter	-4 228 284	-430 000	-310 000	-310 000	-310 000	-310 000
	Sum netto utgift	848 267	4 766 284	5 021 633	5 021 633	5 021 633	5 021 633
	Kommunale boliger						
	Sum utgifter	1 889 779	1 662 623	1 887 138	1 887 138	1 887 138	1 887 138
	Sum inntekter	-2 765 270	-2 750 000	-2 850 000	-2 850 000	-2 850 000	-2 850 000
	Sum netto utgift	-875 491	-1 087 377	-962 862	-962 862	-962 862	-962 862
	Grøntanlegg						
	Sum utgifter	334 079	331 500	391 500	391 500	391 500	391 500

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	334 079	331 500	391 500	391 500	391 500	391 500
	Info senter-festetomter						
	Sum utgifter	154 675	195 318	195 683	195 683	195 683	195 683
	Sum inntekter	-8 102	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000
	Sum netto utgift	146 573	190 318	190 683	190 683	190 683	190 683
	Interkommunalt og offentlig samarbeid						
	Sum utgifter	3 593 229	3 561 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000
	Sum inntekter	-1 425 716	-1 211 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000
	Sum netto utgift	2 167 513	2 350 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000
	Interkommunalt og offentlig samarbeid						
	Sum utgifter	3 593 229	3 561 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000	3 835 000
	Sum inntekter	-1 425 716	-1 211 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000	-1 543 000
	Sum netto utgift	2 167 513	2 350 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000	2 292 000
	Fellesområder						
	Sum utgifter	141 592 307	95 624 499	128 542 796	150 216 445	154 268 521	158 327 168
	Sum inntekter	-589 256 243	-573 811 500	-639 830 500	-654 540 500	-654 458 500	-654 374 500
	Sum netto utgift	-447 663 936	-478 187 001	-511 287 704	-504 324 055	-500 189 979	-496 047 332
	Kommunal finansiering						
	Sum utgifter	81 330 255	23 442 000	64 356 000	64 356 000	64 356 000	64 356 000
	Sum inntekter	-560 474 695	-553 368 000	-618 937 000	-618 647 000	-618 565 000	-618 481 000
	Sum netto utgift	-479 144 440	-529 926 000	-554 581 000	-554 291 000	-554 209 000	-554 125 000
	Tilskudd						
	Sum utgifter	16 276 701	15 835 000	15 793 000	15 293 000	15 293 000	15 293 000
	Sum inntekter	-6 984 310	-5 750 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000
	Sum netto utgift	9 292 391	10 085 000	10 093 000	9 593 000	9 593 000	9 593 000
	Renter og avdrag - innlån						
	Sum utgifter	28 234 467	33 441 315	38 209 536	51 843 487	52 178 772	52 617 716
	Sum inntekter	-15 568 756	-14 693 500	-15 193 500	-15 193 500	-15 193 500	-15 193 500

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum netto utgift	12 665 711	18 747 815	23 016 036	36 649 987	36 985 272	37 424 216
	Interne finansieringstransaksjoner						
	Sum utgifter	15 750 884	22 906 184	10 184 260	18 723 958	22 440 749	26 060 452
	Sum inntekter	-6 228 482	0	0	-15 000 000	-15 000 000	-15 000 000
	Sum netto utgift	9 522 402	22 906 184	10 184 260	3 723 958	7 440 749	11 060 452
	Tidl brukte ansvar - utgått						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
	Distriktsleder nord						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
80000	Skatt på inntekt og formue						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	-179 660 078	-178 361 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000
	Sum netto utgift	-179 660 078	-178 361 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000	-187 879 000
80001	Eiendomsskatt						
	Sum utgifter	351 145	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	-52 387 151	-53 000 000	-53 000 000	-53 000 000	-53 000 000	-53 000 000
	Sum netto utgift	-52 036 006	-53 000 000	-53 000 000	-53 000 000	-53 000 000	-53 000 000
80100	Statlig Rammetilskudd						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	-225 885 921	-235 785 000	-240 732 000	-240 442 000	-240 360 000	-240 276 000
	Sum netto utgift	-225 885 921	-235 785 000	-240 732 000	-240 442 000	-240 360 000	-240 276 000
81000	Konsesjonskraft - Konsesjonsavgift						
	Sum utgifter	24 756 573	22 442 000	21 356 000	21 356 000	21 356 000	21 356 000
	Sum inntekter	-42 059 042	-49 042 000	-55 356 000	-55 356 000	-55 356 000	-55 356 000
	Sum netto utgift	-17 302 469	-26 600 000	-34 000 000	-34 000 000	-34 000 000	-34 000 000
82000	Statstilskudd Husbanken resskr tj rentekomp mv						
	Sum utgifter	16 440 867	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	-17 700 833	-33 180 000	-35 970 000	-35 970 000	-35 970 000	-35 970 000
	Sum netto utgift	-1 259 966	-33 180 000	-35 970 000	-35 970 000	-35 970 000	-35 970 000
82001	Statstilskudd flyktninger						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
90001	Aksjeutbytte						
	Sum utgifter	0	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
	Sum inntekter	-3 000 000	-4 000 000	-4 000 000	-4 000 000	-4 000 000	-4 000 000
	Sum netto utgift	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
82003	Mva-kompensasjon drift, inntekt og utgift						
	Sum utgifter	17 584 074	0	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000
	Sum inntekter	-17 584 074	0	-18 000 000	-18 000 000	-18 000 000	-18 000 000
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
82010	Avskrivninger						
	Sum utgifter	22 197 596	0	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	22 197 596	0	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000
83000	Motpost avskrivninger						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	-22 197 596	0	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000
	Sum netto utgift	-22 197 596	0	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000	-24 000 000

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
71000	Kirkelig Fellesråd						
	Sum utgifter	5 150 000	4 950 000	5 300 000	5 300 000	5 300 000	5 300 000
	Sum inntekter	-350 000	0	-350 000	-350 000	-350 000	-350 000
	Sum netto utgift	4 800 000	4 950 000	4 950 000	4 950 000	4 950 000	4 950 000
71001	Andre Trossamfunn						
	Sum utgifter	364 156	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	364 156	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000
71002	Tilskudd begravelse Tjongsfj kirkegård						
	Sum utgifter	0	15 000	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	15 000	0	0	0	0
72000	Meløy Arbeidstreningssenter As						
	Sum utgifter	1 830 000	1 830 000	1 830 000	1 830 000	1 830 000	1 830 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	1 830 000	1 830 000	1 830 000	1 830 000	1 830 000	1 830 000
73000	Nordtun helserehab						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
73001	Ørneshallen						
	Sum utgifter	760 644	780 000	803 000	803 000	803 000	803 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	760 644	780 000	803 000	803 000	803 000	803 000
73002	Frivillighetssentralen						
	Sum utgifter	635 000	675 000	675 000	675 000	675 000	675 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	635 000	675 000	675 000	675 000	675 000	675 000

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
73004	Veterinærtjenesten						
	Sum utgifter	470 000	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000
	Sum inntekter	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000
	Sum netto utgift	220 000	0	0	0	0	0
73005	Næringstilskudd						
	Sum utgifter	0	400 000	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	-400 000	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
73006	Stipend/Næringspris						
	Sum utgifter	0	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
73007	Husbankens Tilskuddsordninger						
	Sum utgifter	200 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
	Sum inntekter	-200 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
73008	Norsk Pasientskadeerstatning						
	Sum utgifter	158 643	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	158 643	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
73009	1000-Arsstedet						
	Sum utgifter	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
73010	Andre Tilskudd						
	Sum utgifter	1 073 948	1 780 000	1 780 000	1 280 000	1 280 000	1 280 000
	Sum inntekter	-600 000	-600 000	-600 000	-600 000	-600 000	-600 000
	Sum netto utgift	473 948	1 180 000	1 180 000	680 000	680 000	680 000
73011	Tilskudd fra 30 Gwh kraftfond						

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
	Sum utgifter	191 200	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	-191 200	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
73012	Kvotekjøp fiskeri						
	Sum utgifter	2 393 110	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
	Sum inntekter	-2 393 110	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
73013	Innbyggertilskudd						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
74000	Meløy utvikling KF						
	Sum utgifter	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000
	Sum inntekter	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
75000	Meløy eiendom KF						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
76000	Meløy Næringsutvikling AS						
	Sum utgifter	0	0	0	0	0	0
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
60004	Helse- og miljøtilsyn Salten						
	Sum utgifter	279 224	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	279 224	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
60006	Krisesenteret I Bodø						
	Sum utgifter	650 463	610 000	610 000	610 000	610 000	610 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	650 463	610 000	610 000	610 000	610 000	610 000
60007	Salten Museum						
	Sum utgifter	689 052	690 000	730 000	730 000	730 000	730 000
	Sum inntekter	0	-25 000	0	0	0	0
	Sum netto utgift	689 052	665 000	730 000	730 000	730 000	730 000
60008	Salten Forsøksring						
	Sum utgifter	0	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000
	Sum inntekter	0	-80 000	-80 000	-80 000	-80 000	-80 000
	Sum netto utgift	0	0	0	0	0	0
60012	Veterinærvakt						
	Sum utgifter	881 976	766 000	923 000	923 000	923 000	923 000
	Sum inntekter	-888 350	-766 000	-923 000	-923 000	-923 000	-923 000
	Sum netto utgift	-6 374	0	0	0	0	0
60013	Interkommunalt overgrepsmottak						
	Sum utgifter	74 968	145 000	145 000	145 000	145 000	145 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	74 968	145 000	145 000	145 000	145 000	145 000
60015	Salten Regionråd						
	Sum utgifter	469 121	380 000	457 000	457 000	457 000	457 000
	Sum inntekter	0	0	0	0	0	0
	Sum netto utgift	469 121	380 000	457 000	457 000	457 000	457 000

	Beskrivelse	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2023
60016	Samordnet Innkjøp I Salten						
	Sum utgifter	548 425	590 000	590 000	590 000	590 000	590 000
	Sum inntekter	-537 366	-340 000	-540 000	-540 000	-540 000	-540 000
	Sum netto utgift	11 059	250 000	50 000	50 000	50 000	50 000

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Stein Laastad
Arkivsaksnr.: 19/1367

Arkiv: X61 &40

Partnerskapsprosjekt NAV i Nordland i en ny tid Evaluering av samarbeidsprosjekt Meløy, Rødøy og Gildeskål

Rådmannens innstilling

1. Kommunestyret i Meløy tar NAV-leders evaluering av pilotprosjektet samt rapport «Partnerskapsprosjektet NAV i Nordland i en ny tid» til orientering.
2. Kommunestyret i Meløy ønsker at erfaringene fra pilotprosjektet benyttes til å fortsette og videreutvikle samarbeidet med Gildeskål og Rødøy kommuner, for å utnytte ressursene på en bærekraftig måte.
3. Kommunestyret i Meløy ber om at NAV Nordland opprettholder dagens struktur; organisering, ledelse, finansiering og lokalisering og at Meløy fortsatt er en del av tjenesteområdet Ytre-Salten.
4. Kommunestyret i Meløy ber om at hvis det vurderes vertskommunemodell så etableres Meløy som vertskommune for Sør- Salten.

Oppsummering

Bakgrunn

Prosjektet «NAV i Nordland i en ny tid» ble initiert av samarbeidsforum i Nordland v/fylkesdirektør

Cathrine Stavnes, NAV Nordland og leder av rådmannsforum Amund Eriksen, Hemnes kommune. Prosjektperioden var fra 01.06.17-01.06.18, med forlengelse til 30.06.19. Med likeverdighet i partnerskapet som forutsetning, ble det gjennomført en organisasjonsmessig

kartlegging av NAV Nordland, samt etablering av tre piloter hvor NAV-kontorene i Gildeskål, Meløy og Rødøy utgjorde en av disse.

Meløy kommune vedtok i 2017 å delta i pilotprosjektet. Pilotperioden er nå utløpt og styringsgruppen for alle pilotene har fullført evaluering av prosjektet.

Saksutredning

NAV-kontorene i Gildeskål, Meløy og Rødøy er fremdeles en del av tjenesteområde Ytre Salten. Det har ikke vært tatt opp som tema i prosjektperioden at dette skal endres.

De ansatte i alle tre kontorene har vært positive til samarbeidet, som har gitt et større fagmiljø med flere kollegaer som jobber med de samme oppgavene.

Digitalisering med tilhørende dataløsninger har gjort det mulig å ha møter via Skype, slik at vi har kunnet gjennomføre fagmøter via nettet. På statlig side har kontorene kunnet bistå hverandre i saker og opplæring, og ved fravær har oppgavene blitt løst fortløpende. Det har også vært arrangert fagsamlinger/opplæring i Sør-Salten, både på kommunal og statlig side.

Pilot Sør-Salten fikk tidlig beskjed av NAV og FMNO om at det ikke var mulig å samarbeide på tvers av kontorene med kommunale oppgaver på grunn av regelverket i Sosialtjenesteloven. Det var ønskelig å undersøke dette nærmere og det ble derfor sendt inn søknad til Arbeids- og velferdsdirektoratet jfr. lov om fravikelse i kommunal sektor. Det har fremdeles ikke kommet svar på denne søknaden. Jurist hos Fylkesmannen i Nordland har i etterkant sendt en henvendelse om at loven oppfattes som utdatert blant annet i forhold til nye digitale løsninger, blant annet Digisos, som gjør at mottakere av sosialhjelp kan kommunisere med NAV digitalt. Denne tjenesten har ikke Meløy per i dag, men den er planlagt implementert i 2020. FMNO ber om at departementene og direktoratet ser på loven og vurderer endringer som er mer tilpasset dagen samfunn. Dette ønskes besvart, da en fremdeles tenker at et formelt samarbeid kan gi mer effektiv ressursutnyttelse og lik forvaltningsprosess.

I møte med rådmenn fra alle tre kommuner i januar 2019, var det enighet om å fortsette å se på muligheter for å samarbeide på tvers, uavhengig av om piloten ble videreført. Det var også ønskelig å vurdere samarbeid om andre kommunale oppgaver som er underlagt dagens ordning i NAV, som for eksempel startlån.

I løpet av pilotprosjektet har leder for NAV Meløy sluttet, og leder i Gildeskål ble ansatt som leder i Meløy med ansvar for Gildeskål frem til 30.06.20. Dette har ført til noe opphold i prosessen, men ikke vesentlige forsinkelser. Pilotens hovedmål om å få til tverrfaglig samarbeid har hele tiden fungert.

Vurdering

Det har vært positivt for NAV Meløy å delta i piloten, selv om ikke alle ønskede gevinster har latt seg realisere. Det anbefales å fortsette med det faglige samarbeidet og gjerne utvide til flere områder.

Pilotprosjektet har satt i gang noen prosesser angående tolkning og innspill til eventuell fornying av lovverket, og utforsket hva som var mulig å gjøre innenfor dagens handlingsrom. Disse prosessene anbefales videreført. NAV Meløy bør fortsatt, sammen med Gildeskål og Rødøy, være en del av tjenesteområdet Ytre Salten da vi drar fordeler av fagkompetansen NAV Bodø besitter, samt at vi kan ta del i felles opplæring på fagområdene.

Meløy kommune ønsker å videreføre erfaringene fra pilotprosjektet ved å fortsette det faglige samarbeidet med Gildeskål og Rødøy kommuner, for å utnytte ressursene til det beste for brukerne av NAV. På denne måten skal vi ta vare på lokale arbeidsplasser i NAV, samtidig som vi møter fremtidige krav til kompetanse og fagmiljøer, og reduserer sårbarheten i forhold til bemanning og kapasitet.

Samtidig pågår det en prosess med å sentraliser oppgaver i NAV som fører til en nedbygging av tjenesten ute i kommunene. Hvis det fortsetter vil det kunne medføre en nedbygging både i Meløy, Gildeskål og Rødøy, noe som ikke er ønskelig. Hvis denne tendensen fortsetter ønsker vi at Meløy blir hovedkontor for tjenesteområdet i Ytre Salten.

Vedlegg

1. NAV Nordland, rapport «Partnerskapsprosjektet NAV i Nordland i en ny tid», delrapport 2, 13. september 2019
2. Følgebrev til prosjektrapport NAV i Nordland i en ny tid 13.09.2019

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Partnerskapsprosjektet

NAV i Nordland i en ny tid

Delrapport 2



INNHALDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse	2
Sammendrag	3
1.0 Innledning	4
1.1 Pilot Ofoten	7
1.2 Pilot Indre Salten	11
1.3 Pilot Sør-Salten	14
1.4 Brukermedvirkning som grunnlag for tjenesteutvikling	15
2.0 Strategi for partnerskapsutvikling	16
2.1 Samarbeidsforum	16
2.2 Partnerskapskonferansen	16
3.0 Veikart etter prosjektperiode	17
4.0 Oppsummering	17
4.1 Suksesskriterier	17
4.2 Konklusjon	18
4.3 Referanser	21
4.4 Tips litteraturliste	21
4.5 Tips nettsadresser	22
4.6 Vedlegg; Brev prosjekteierne m/tilsvar	22
4.7 Forankringsprosess	26
4.8 Verktøykiste	27

SAMMENDRAG

Partnerskapsprosjektet «NAV i Nordland i en ny tid» ble initiert i samarbeid mellom NAV Nordland v/fylkesdirektør Cathrine Stavnes og Rådmannsutvalget i Nordland v/daværende rådmann i Narvik kommune, Wenche Folberg. Prosjektet har hatt som målsetning å utvikle partnerskapet i Nordland, med likeverdighet mellom stat og kommune som forutsetning. Prosjektperioden var i utgangspunktet 01.06.2017-01.06.2018, og ble senere forlenget til og med 30.06.2019. I styringsgruppemøte 08.09.2017 ble det fremlagt og godkjent revidert mandat for prosjektet¹. For nærmere beskrivelse og bakgrunn, se delrapport 1²

Med økonomisk bistand fra Fylkesmannen i Nordland, har prosjektet hatt som målsetning å utvikle partnerskapet i Nordland. I prosjektperioden er det iverksatt tre piloter som modeller for tjenesteutvikling i Nordland. I Ofoten er det med bakgrunn i vedtaket om sammenslåing av kommunene Narvik, Tysfjord og Ballangen (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-96-s-20162017/id2548145/>), iverksatt et prosjekt med sikte på å etablere «nye» NAV Narvik. Stortingsvedtaket om deling av Tysfjord kommune har betydning både for prosessen i Ofoten og Indre Salten. Kommunene Evenes og Gratangen har i løpet av prosessen gjort politiske vedtak om å samarbeide med Narvik kommune gjennom et vertskommunesamarbeid, slik at NAV Narvik fra 1.1.2020 vil være en hybrid av kontorsammenslåing og vertskommunesamarbeid. I Indre Salten har kommunene Fauske, Sørfold, Hamarøy, Beiarn og Saltdal høsten 2018 gjort politiske vedtak om å utrede et vertskommunesamarbeid, med Fauske som vertskommune og de øvrige som samarbeidskommuner.

I Sør-Salten har NAV-kontorene Meløy, Rødøy og Gildeskål i prosjektperioden hatt fokus på å utforske det lokale handlingsrommet uten å gjøre formelle organisasjonsendringer. Målet har vært å samhandle på tvers av kommunegrensene for bedre tjenesteleveranser og mer effektiv resultatoppnåelse av NAV sitt hovedoppdrag; å bidra til at flest mulig kommer i arbeid og aktivitet³. Samlet har pilotene økt kunnskapsgrunnlaget om hvilke organisatoriske løsninger som er aktuelle i slike sammenhenger, og hva som er praktisk og økonomisk gjennomførbart.

I prosjektet har en også jobbet med strategisk utvikling av partnerskapet, som en mer langsiktig tilnærming. Sentralt i dette står etableringen av partnerskapskonferanser som arena for dialog og kunnskapsformidling mellom stat og kommune, samt en re-vitalisering av Samarbeidsforum som arena for den overordnede og strategiske utviklingen av partnerskapet. Det har også vært fokus på arbeidet med utvikling av partnerskapsavtalen som et strategisk styringsverktøy. Dette arbeidet ses i sammenheng med utarbeidelsen av en nasjonal partnerskapsavtale m/veileder, som nå foreligger⁴.

Prosjektrapporten har søkt å ivareta både et kommunalt og statlig perspektiv. Prosjektet har også avdekket store ulikheter i modningsgrad i fylket i spørsmålet om formalisering av NAV-samarbeid. Rapporten inneholder derfor også forslag til «veikart» for videre dialog og prosess i fylket. Rapporten har også hatt som siktemål å være av praktisk nytte som «verktøykiste», med anbefalinger, sjekklister og annet med overføringsverdi.

Knut Erik Dahlmo, prosjektleder

¹ Revidert mandat for partnerskapsprosjektet NAV i Nordland i en ny tid

² Delrapport 1 2018

³ Utvikling av NAV-kontor – større handlingsrom og ansvar. 13.01.2017

⁴ Veileder KS og Arbeids – og velferdsdirektoratet versjon 3.0 febr.2019

1.0 INNLEDNING

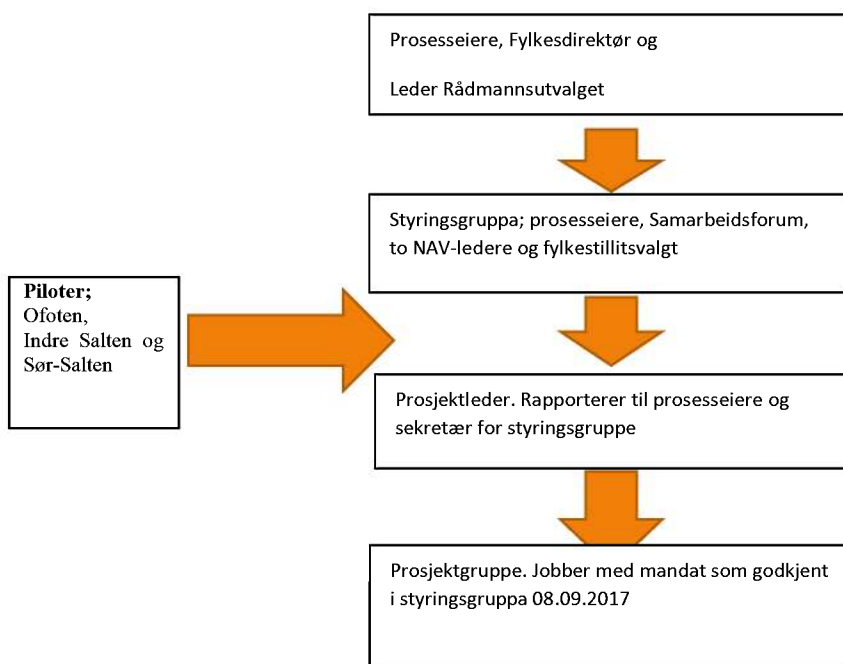
BAKGRUNN.

I revidert mandat for prosjektet 08.09.2017 het det;

«Formålet med prosjektet er å kartlegge nåværende og foreslå fremtidig kontorstruktur i Nordland, og å initiere tre piloter i fylket, som kan tjene som aktuelle modeller for tjenesteutvikling i øvrige områder i fylket. Ut fra foregående prosess, er det utpekt følgende aktuelle piloter; 1. **Ofoten**, hvor kommunene Narvik, Ballangen og Tysfjord er besluttet sammenslått til ny kommune fra 1.1.2020. 2. **Indre Salten** (kommunene Fauske, Sørfold, Hamarøy, Saltdal og Beiarn), hvor en ønsker utredet en vertskommunemodell. 3. Kommunene **Meløy, Rødøy og Gildeskål** hvor en ønsket utredet en modell med tettere faglig og administrativt samarbeid. Fellesnevner for alle pilotene har vært ønske om etablering av større kompetansemiljø for mer effektiv drift og bedre kvalitet på tjenester. Det er i alle pilotene blitt etablert lokale prosjektgrupper og prosjektplaner».

Denne rapporten er en oppsummering av de erfaringer som er gjort frem til prosjektperiodens utløp 30.06.2019. For nærmere beskrivelse, se delrapport 1.

Revidert prosjektorganisasjon



Dialogarena:

Aktuelle representanter fra styringsgruppens organisasjoner, Brukerutvalget NAV Nordland, FYMBA, aktører fra samarbeidende nettverk/organisasjoner og andre avhengigheter, Regionråd.

Styringsgruppen:

Monica Andreassen Iveland, assisterende fylkesmann Fylkesmannen i Nordland

Merete Troli, sosial og vergemålsdirektør Fylkesmannen i Nordland

Amund Eriksen, rådmann Hemnes kommune

Espen Strøm, hovedtillitsvalgt (mandat for statlig og kommunalt ansatte. Elin Gustavsen, NTL fra 14.9.2018)

Mona Halsbakk, seniorrådgiver KS Nordland

Cato Rødsand, leder NAV Lurøy

Alf Helge Andreassen, leder NAV Hamarøy

Cathrine Stavnes, fylkesdirektør NAV Nordland

Knut Erik Dahlmo, prosjektleder og sekretær for styringsgruppen

Prosjektgruppen:

Kari Bergrabb, seniorrådgiver NAV Nordland

Åshild Nordnes, seniorrådgiver NAV Nordland

Andrew Amundsen, enhetsleder Hemnes kommune

Hildegunn Estensen, seniorrådgiver Fylkesmannen i Nordland (seniorrådgiver Espen Øverland fra 15.6.2018)

Victoria Nikolaisen, leder NAV Saltdal

Knut Erik Dahlmo, NAV Nordland (prosjektleder)

Milepælsplan

I møte 04.10.2017 ble vedlagte milepælsplan fremlagt styringsgruppa og godkjent. Som ledd i utviklingsarbeidet, har prosjektgruppa valgt å legge til en kommentar til aktivitetene, med utfyllende redegjørelse lengre bak

Aktivitet	Beskrivelse	Kommentar
1. Utvikling av partnerskapsmøter som samhandlingsarena	Utvikling av workshop som modell for tjenesteutvikling i TO-møter. Interessentanalyse som grunnlag for tjenesteutvikling i NAV.	Det er redegjort for dette i delrapport 1, hvor prosjektgruppen med bakgrunn i NAV Saltdal sin samarbeidsavtale, har gjennomgått denne og gitt en del innspill. I kjølvannet av dette, har det også pågått et nasjonalt arbeid i regi av Etableringsstøtteprosjektet og KS, med revisjon av gjeldende avtale (referert til som partnerskapsavtale). Prosjektgruppa har på vegne

		av NAV Nordland, gitt skriftlig tilbakemelding på dette, og legger til grunn at denne vil være retningsgivende for kommende revisjoner i Nordland. Se også kap.2.
Aktivitet	Beskrivelse	Kommentar
2. Lage kommunikasjonsplan for prosjektet	Samstemme kommunikasjon i prosjektet og pilotene	Det har vært laget kommunikasjonsplan og aktivitetsplan knyttet til dette ⁵ .
3. Kartlegging av nåværende og fremtidig NAV-kontorstruktur	I lys av behov for bedre tjenestekvalitet og endrede rammebetingelser, legges det opp til en prosess som involverer ledere, tillitsvalgte i NAV-kontorene og kommunenes adm.ledelse	Det ble høsten 2017 foretatt en kartlegging av status i fylket (ref. Delrapport 1). På bakgrunn av dette, samt utviklingsdialog med tjenesteområdene, legges det frem et revidert forslag til prosess i resten av Nordland, se kap.3.
4. Konsekvensutrede plattform for de 3 valgte modellene	Regelverk og modeller som grunnlag for tjenesteutvikling. På hvilken måte skal tjenestene leveres i de tre modellene?	Det er utførlig redegjort for regelverk og rammer for hver av modellvalgene i delrapport 1. Det er gjort erfaringer i prosessene som gjør at kunnskapsgrunnlaget har økt, og en har valgt å ta med dette under hvert avsnitt for pilotene.
5. Skissere fremdriftsplan med forslag til konkret gjennomføring 3 piloter	Koordinere lokale prosjektplaner i prosjektet. Synliggjøre behov for større kompetansemiljøer gjennom ulike modellvalg.	Prosjektet har dratt veksler på erfaringer fra tilsvarende prosesser med etablering av større kompetansemiljøer i NAV (bl.a Værnes, Sandefjord, m.fl). Maler, prosjektrapporter, prosessdokumenter, m.m med overføringsverdi, har blitt tatt i bruk og tilpasset lokale forhold. I Nordland har prosessen i Ofoten gitt konkrete erfaringer som vil være nyttige i tjenesteutviklingen i fylket forøvrig
6. Tilby pilotene å være ref.gruppe	Invitere lokale prosjektledere til møter i prosjektgruppa for erfaringsdeling.	Pilot «Sør-Salten» v/daværende NAV-leder i Meløy, Ann Karin Doyle Lillehaug, orienterte om status og fremdrift 04.12.17

⁵ Kommunikasjonsplan for prosjekt NAV i Nordland i en ny tid

Aktivitet	Beskrivelse	Kommentar
7. Arrangere konferanse for NAV-ledere og rådmenn	Fokus på potensialet i partnerskapet i NAV og presentere erfaringer og modeller for tjenesteutvikling	Det ble gjennomført partnerskapskonferanser både i 2018 og 2019, se kap.2.

Forankringsprosess med dokument;

Følgende instanser har vært høringsinstanser; prosjekteierne, pilotene, styringsgruppa, Brukerutvalget i NAV i Nordland, Rådmannsutvalget i Nordland, Regionaliseringsprosjektet og Etableringsstøtteprosjektet i NAV. Endelig rapport blir fremlagt i styringsgruppa 10.9.19 (formidlet 2 uker i forkant)

1.1 PILOT OFOTEN

Bakgrunn

Med bakgrunn i Stortingets beslutning om sammenslåing av kommunene Narvik, Ballangen og Tysfjord, er dette førende for etableringen av et nytt NAV-kontor. Konsekvensene av stortingsvedtaket, er at alle kommunene (og dermed alle NAV-kontorene), legges ned og gjenoppstår som en ny kommune (Narvik) f.o.m 1.1.2020. Prosessen med kommunesammenslåing ledes av Fellesnemnda for sammenslåingen. Prosessen med å etablere et nytt NAV-kontor, har vært forankret i det lokale partnerskapet og det er i regi av en lokal prosjektgruppe utarbeidet og fremlagt en prosjektrapport som er godkjent i partnerskapet⁶. Som del av dette arbeidet, har også kommunene Evenes og Gratangen i løpet av prosessen, sluttet seg til dette samarbeidet og disse kommunene har (sammen med Narvik kommune), gjort vedtak om vertskommunesamarbeid. Med virkning fra 1.1.2019 er derfor Evenes og Gratangen en del av NAV Narviks tjenesteproduksjon, og fra 1.1.2020 er følgelig er den nye organisasjonen etablert. Denne organisasjonen vil derfor være en hybrid av sammenslåing av tre kommuner til én, og vertskommunesamarbeid med to.

Proessen

Partnerskapsmøtet 26.09.2017 vedtok oppstart av arbeidet etter at Stortinget vedtok sammenslåing (St.m 96S). Prosjektplan ble fremlagt og godkjent i partnerskapsmøte 16.05.2018.

Andre del av prosessen kan grovt sett sies å starte høsten 2018. Fra da av har det vært iverksatt og intensivt et forankringsarbeid overfor ansatte. 12.09.2018 ble det gjennomført en workshop i Narvik hvor alle ansatte fikk anledning å delta og komme med innspill til hvordan den videre prosessen med etablering av nytt NAV-kontor kunne legges opp.

Innspillene fra dette arbeidet ble oppsummert og systematisert, og det ble på denne bakgrunn besluttet opprettet to arbeidsgrupper som fikk i mandat å komme med forslag til 1) hvordan tjenestene skal leveres i det nye kontoret, og 2) en felles stabsfunksjon for den nye enheten. Tiden frem til 1.1.2020 vil ha høyt fokus på organisasjonsutvikling. Det ble etablert et prosjektMBA

⁶ Prosjektrapport Nye NAV Narvik 2018

10.5.2019⁷, og i løpet av 2019 gjennomføres personelløp og som en konsekvens av nyetableringen, implementeres også nye IKT-systemer og ny arbeidsmetodikk.

Evenes kommune

Evenes og Tjeldsund hadde felles NAV-kontor til 1.1.2019. Da ble kontoret splittet ved at Tjeldsund kommune ble en del av Skånland kommune/NAV Skånland i Troms og Finnmark fylke. Evenes kommune gjorde kommunestyrevedtak 22.02.2018 om å søke interkommunalt samarbeid med Skånland kommune, men gjorde nytt vedtak 23.04.2018 om å vurdere samarbeid med Narvik kommune. I tråd med samarbeidsavtale mellom Evenes og Narvik kommuner, er det fra årsskiftet 2018-19 etablert en lokasjon ved rådhuset i Bogen, hvor det vil være NAV-tjenester tilgjengelig for publikum flere ganger i uken. Tilgjengeligheten til NAV-tjenestene for brukere i Evenes med behov for brukernære tjenester, er dermed forbedret gjennom kortere reiseavstand nå enn tidligere.

«Da det ble besluttet at felles NAV-kontor for Evenes og Tjeldsund kommuner skulle opphøre, valgte Evenes kommune å gå i dialog med Narvik kommune om formalisering av samarbeid rundt NAV-tjenester. Dette ble begrunnet ut fra den samlede kompetansen Evenes kommune ville få tilgang på innenfor NAV sine fagområder. Etter ca.4 mnd.drift, ser vi at det var en riktig beslutning, fordi det sikrer tilgang til et bredt spekter av kompetanse i NAV-tjenester vi ellers ikke hadde hatt tilgang til».

Rådmann Rolf Lossius, Evenes kommune

Gratangen kommune

Fram til 1.1.2019 var det et eksisterende NAV-kontor i Gratangen. Fra denne dato inngår NAV-tjenestene i Gratangen i NAV Narvik. NAV Narvik har da kontorsteder i Narvik, Evenes og Gratangen. Som del av Troms fylke, var også Gratangen del av en utredningsprosess i regi av NAV Troms⁸. I prosessen med etablering av prosjektorganisasjon for etablering av NAV Narvik, tok Gratangen kommune v/rådmann Ole Kristian Severinsen kontakt med NAV-leder i Narvik, Kolbjørn Karlsen.

Gratangen kommune har ønsket å være del av samme bo – og arbeidsmarkedsregionen som Narvik. Gratangen kommune har også ifølge rådmannen mange felles problemstillinger med Narvik, og han trekker også frem pendlerstrømmer til og fra Narvik⁹. NAV Narvik har i prosessen hele tiden tilkjennegjort muligheter for å betjene kommunene i Evenes og Gratangen, og Gratangen kommune har siden kontakt ble opprettet, deltatt i prosjektgruppens møter.

Gratangen kommune vedtok å inngå samarbeidsavtale med Narvik kommune i et felles NAV-kontor fra årsskiftet 2018/2019.¹⁰ Kommunene i Evenes og Gratangen har likelydende avtaler med tilstedeværelse i kommunene.

Drivere i omstillingsprosesser

Et stortingsvedtak om kommunesammenslåing er selvsagt en svært sterk driver for etablering av nye NAV-kontor. En annen sterk driver for etablering av større kompetansemiljøer i NAV, er digitalisering. Det er stor hastighet i utviklingsarbeidet når det gjelder ny arbeidsmetodikk og nye IKT-løsninger i NAV. Flere og flere programmer og plattformer etableres, og det er fra alle pilotene i prosjektet uttrykt bekymring fra mange ansatte for hvordan kompetansen i NAV-kontorene skal videreutvikles med dagens kontorstruktur.

⁷ Protokoll av 12.6.2018 m/veileder (Etablering av prosjektMBA).

⁸ Sluttrapport 15.04.2018 Utvikling av NAV kontor. Ny kontorstruktur i Indre Sør-Troms

⁹ Samtale med rådmann Ole Kristian Severinsen 12.02.2019

¹⁰ Kommunestyrevedtak 12.06.2018 Sak 38/18 Gratangen kommune.

Økt grad av digitalisering vil berøre de kommunale tjenestene i NAV og øvrige kommunale tjenester fremover, f.eks i form av velferdsteknologi knyttet til helse – og omsorgstjenester. En prosess hvor det skal etableres en ny organisering av NAV sitt tjenestetilbud, må derfor ha høyt fokus på å ivareta IKT både i den statlige og kommunale styringslinjen. Det er laget både prosedyrer og sjekklister for å ivareta disse hensyn i den statlige linjen¹¹, og digitale konsekvenser for kommunene ved kommunesammenslåing¹²

En tredje driver for større kompetansemiljøer er økonomi. Med en omlegging i kriterier for tildeling av driftsmidler til fylkene og krav til gevinstrealisering, kommer Nordland nå dårligere ut når befolkningsutvikling er viktigste kriterium. Dette innebærer en reell reduksjon på driftssiden, og NAV Nordland ser derfor betydelige utfordringer med opprettholdelse av dagens kontorstruktur.

En fjerde driver som kan trekkes frem, er tjenesteutvikling tilpasset arbeidslivets behov¹³. Ofoten trekkes ofte frem som en av regionene i Nordland med høy andel av befolkningen med stønader fra NAV til livsopphold.¹⁴ Det skjer imidlertid mye positivt i Ofoten, hvor bl.a betydelige investeringer fra Forsvarets side (Bjerkvik tekniske verksted, fremskutt kampflybase på Evenes flyplass, m.m), samt at ferdigstilling av Hålogalandsbrua høsten 2018 bidrar til innovasjon, positivitet og nyskaping i regionen.

Det er viktig at NAV organiserer sine ressurser på en slik måte at næringslivets arbeidskraftbehov blir dekket, og at en gjennom ny organisering også får bedre forutsetninger for å aktivisere arbeidskraftreserven i området. En siste driver en kan trekke frem, er økte forventninger til tjenestekvalitet og sømløse tjenester.

Erfaringer i prosessen

1.Viktig med lederstyrte utviklingsprosesser.

En erfaring fra prosessen i Narvik, er at utviklingsprosesser må være lederstyrte. Begge arbeidsgruppene fikk i mandat etter workshop 12.9.18, frist til 21.12.18 med å levere forslag, men det var kun stabsfunksjongruppen som rakk å levere innen fristen. I ettertid ser en at arbeidsgruppen for tjenesteinnhold nok burde fått lengre tid på å svare ut bestillingen pga oppdragets omfang og kompleksitet, og at gruppen med fordel kunne vært lederstyrt. En har også gjort positive erfaringer med en tverrfaglig sammensetning av arbeidsgruppen.

2.Språk – og begrepsbruk

Språk skaper virkelighet. En erfaring som er gjort i prosessen, er å være bevisst på hvilket språk og begreper en bruker. Det er fra 1.1.2020 snakk om kun ett NAV-kontor (Narvik), men med flere kontorsteder(lokasjoner). Å være bevisst på dette, er nødvendig både for å skape enhetlige tjenester overfor brukere og samarbeidspartnere, overfor partnerskapet og bidra til enhetlig organisasjonskultur blant ansatte.

3.ProsjektMBA – arena for organisasjonsutvikling

Det er som nevnt formelt avklart at prosjektMBA er den aktuelle arena for medvirkning og medbestemmelse i prosesser med etablering av større kompetansemiljøer i NAV (i alle spørsmål som

¹¹ Sjekklister for prosjektledere og rådmenn/fylkesdirektører

¹² Sjekklister for kommuner; FoU-prosjekt nr. 154005: Digitale konsekvenser av en kommunesammenslåing. August 2016

¹³ St.m.33 2015-2016. NAV i en ny tid. For arbeid og aktivitet

¹⁴ Indeks Nordland 2019

gjelder opprettelse av den nye enheten). Det var derfor en milepæl at arbeidsgiver og organisasjonene ble enige om en sammensetning som gjenspeiler både antallet lokasjoner, statlig og kommunalt ansatte. I Narvik ble det 7.1.2019 arrangert et kurs med fokus på prosjektMBA, som Etableringsstøtteprosjektet (ESP) hadde region på¹⁵. Kurset hadde fokus på roller, rettigheter og plikter og regelverk, og var nyttig. Det er imidlertid fra partnerskapsprosjektet formidlet tilbakemelding om at kurset i fremtiden bør ha større fokus også på det kommunale avtaleverket. Kommunalt ansatte i en samarbeidskommune, blir ved vertskommunesamarbeid del av en virksomhetsoverdragelse til en vertskommune, og det er viktig at kommunalt ansatte blir trygget på sine rettigheter i en slik situasjon.

Det ble fra NAV-leder gitt en orientering 11.02.2019 til tillitsvalgte og verneombud¹⁶. Etter noen runder med avklaringer, er sammensetningen nå klar og prosjektMBA ble formelt konstituert 10.5.2019.

Her ble det også drøftet og forhandlet om den nye organisasjonen. ProsjektMBA er den første «grunnsteinen» i den nye organisasjonen, og personelløpet (med bl.a rettskravvurderinger for ledere), forankres her. Det foreligger evaluering av prosjektMBA som samhandlingsarena fra andre prosesser¹⁷. Det vil også bli utviklet og tatt i bruk et kompetansekartleggingsverktøy, som vil lette prosessen med innplassering av ansatte i den nye organisasjonen. En legger til grunn at disse erfaringene har overføringsverdi til andre prosesser rundt om i fylket.

NAV Nordland v/HR har også vært en viktig medspiller i denne prosessen, og de erfaringer en har gjort i Ofoten, blir viktige å ta med i den videre utviklingsprosessen med større kompetansemiljøer i Nordland. Det har også vært en viktig suksessfaktor at en har lyktes med å ha en åpen og konstruktiv dialog med både tillitsvalgte og vernetjenesten i hele prosessen.

4. Viktig å gjøre grundige risikovurderinger i forkant

En erfaring det er naturlig å trekke frem, er viktigheten av å gjøre risikokartlegginger i forkant av prosesser. Det er viktig å tenke på hva som kan gå galt. En erkjennelse er nok at det i noen grad ble undervurdert omfanget av jobben med etableringen, og den samlede tids -og ressursbruk knyttet til dette. Å ivareta utviklingsprosessen samtidig med å ivareta fullt produksjonsansvar i organisasjonen, er svært krevende.

Ideelt sett kan en se for seg at slike prosesser i fremtiden kan ivaretas ved at den som ansettes som prosjektleder, er fremtidig NAV-leder. Overtagelse av tjenesteproduksjonsansvar (i dette tilfelle for Gratangen), bør også risikovurderes og kvalitetssikres før innfasing i nytt kontor. Ulik arbeidsmetodikk og organisasjonskultur kan medføre merarbeid og potensiell «støy». Risikovurderinger som ovennevnte bør nedfelles i handlingsplaner med definert ansvar og tidsfrister.

5. Økt kunnskap om IKT og kontorstøtteprogrammer som premiss for tjenesteutvikling

I tråd med utvikling av nye digitale arbeidsverktøy, arbeidsmetodikk og færre økonomiske ressurser, blir det en forutsetning for den nye organisasjonen i fremtiden å kunne utnytte de muligheter som ligger i dette. Det har våren 2019 derfor vært gitt opplæring til ansatte i generell bruk av kontorstøttesystemer som «Skype for business», «Microsoft Teams» og øvrige Windows-applikasjoner.

¹⁵ Se kursmateriell under verktøykiste

¹⁶ Se kursmateriell under avsnitt verktøykiste

¹⁷ Evalueringsrapport av prosjektMBA etableringen av NAV Værnes. Kommunereformprosjektet 2018

I denne opplæringen har det vært lagt stor vekt på at den enkelte ansatte skal bli bedre i stand til å samhandle med andre digitalt, for å gjøre samarbeidet mellom kontorstedene og andre samarbeidspartnere mer effektivt.

Hele sammenslåingsprosjektet er nå flyttet til «Microsoft Teams». Det er også laget en dokumentdatabase hvor all informasjon fra prosjektet lagres, og er tilgjengelig for alle ansatte i kontorene som skal slås sammen. Det kjøres også felles kontormøter for alle kontorene hvor Skype benyttes til å koble kontorene sammen. En vil gjennom dette, både oppnå en økt generell kunnskap om kontorstøtteprogrammer hos ansatte, men også en struktur for informasjonsflyt som både er oversiktlig og fremtidsrettet.

6. Partnerskapsperspektivet

I Ofoten har det vært en to-spors prosess; den ene delen har omhandlet vertskommuneavtale om NAV fra 1.1.2019 mellom Gratangen, Evenes og Narvik; den andre omfatter sammenslåing av kommunene Tysfjord, Ballangen og Narvik fra 1.1.2020. Som følge av forsinkelser i denne prosessen (Fellesnemnda la ned sitt virke en periode), har dette arbeidet for alvor kommet i gang fra tidlig i 2019, med den konsekvens at arbeidet bl.a med ny IKT-struktur og implementering av felles IKT-system for den nye kommunen ble forsinket, men er nå i rute. En har imidlertid gjort en viktig strategisk erfaring ved at det tidlig i prosessen ble etablert dialog med Narvik kommunes IKT-avdeling, noe som har bidratt til at dialogen med Fellesnemnda og partnerskapet har vært godt ivaretatt.

NAV-lederne i Narvik, Tysfjord og Ballangen har bidratt med informasjon inn i prosess opp mot systemleverandør Visma etter foreliggende prosedyrer, og ved prosjektperiodens avslutning er NAV-kontorenes IKT-behov vedr. kommunalt fagsystem godt ivaretatt.

Utover dette, har det siden høsten 2017 vært avholdt møter i partnerskapet med fokus på oversikt og fremdrift i arbeidet, noe som er ansett å være svært viktig og nedfelt i prosjektets milepælsplan. Det er viktig også å nevne at partnerskapet er styringsgruppe for prosjektgruppens arbeid, slik at likeverdigheten i partnerskapet er sikret gjennom denne løsningen

7.Spydspisskontor

Som del av ESP sin satsning på spydspisskontor (i alt 14 i Norge), er Ofoten valgt ut som en av disse. Hensikten med slike spydspisskontor, er å videreutvikle en del av tjenesteleveransen en allerede er god på¹⁸, og bidra til kompetanseheving i NAV for øvrig. Profilen til dette arbeidet i Ofoten er knyttet til digitalisering, og implementering av kontorstøttesystemer som del av tjenesteutviklingen. Når fem kontor blir ett, blir det en forutsetning for effektiv og enhetlig drift at en tar i bruk det potensialet som ligger i økt digital kunnskap. Det vil som del av kunnskapsgrunnlaget rundt dette, bli utarbeidet en A3-analyse.

1.2 PILOT INDRE SALTEN

Bakgrunn

Samarbeidet i denne piloten, strekker seg tilbake til 2009. Da startet NAV-kontorene i Fauske, Sørfold, Saltdal, Hamarøy og Beiarn et faglig samarbeid, ut i fra en erkjennelse om at området utgjør en naturlig bo – og arbeidsmarkedsregion, og hvor lederne har utviklet en samhandlingskultur. Et resultat av dette samarbeidet, var bl.a utviklingen av den såkalte «Fauske-modellen» (senere

¹⁸ Presentasjon Spydspisskontor Etableringsstøtteprosjektet 2018

omdøpt til «Nordlandsmodellen»), som er en arbeidsmetodikk rettet mot arbeidssøkere med standard innsatsbehov. Etter hvert som samarbeidet skred frem, så en ved flere anledninger at dette samarbeidet utfordres av begrensninger i regelverket, særlig knyttet til lov om sosiale tjenester, og i spørsmål om myndighetsutøvelse og taushetsplikt.

Et eksempel på dette, var høsten 2015 da strømmen av flyktninger kom til Norge, og mange NAV-kontor som hadde flyktningetjenesten definert inn som del av sitt innhold, måtte prioritere denne gruppen. I Indre Salten gjaldt dette først og fremst NAV Sørfold. Pga forannevnte begrensning i lov om sosiale tjenester, kunne ikke andre NAV-kontor yte «nabohjelp» på dette feltet, og NAV-lederne i de fem kontorene begynte å se begrensninger i denne samarbeidsformen, som av flere ble oppfattet som «godværsmodell», som når den utfordres (ved f. eks aktiviteter som utløser ressursbruk), blir krevende å gjennomføre.

Spørsmålet om å formalisere samarbeid rundt NAV-tjenester, begynte derfor å aktualisere seg, og vertskommunemodellen ble vurdert som aktuell (for nærmere beskrivelse av vertskommunemodell, se delrapport 1 og sjekklister¹⁹). En annen grunn til at kontorene i Indre Salten ble valgt ut til å være en av pilotene i prosjektet, var at lederne var samstemte i sitt syn på behovet for å formalisere tjenestesamarbeidet. I likhet med prosessen i Ofoten, ble det nedsatt en prosjektgruppe som fikk i mandat å utrede samarbeid om NAV i Indre Salten²⁰

Erfaringer i prosessen

1. Kommunikasjon om budskap – videreutvikling av gode NAV-tjenester

Et av læringspunktene ved anvendelse av vertskommunemodellen, er å kommunisere klart og tydelig overfor kommunene og det politiske nivå at denne modellen handler om å utvikle tjenestene i den aktuelle region, heller enn nedleggelse av eksisterende lokasjoner. Dette for å ta ned bekymring for tap av tjenestetilbud og arbeidsplasser.

2. Felles mål bilde

En annen innsikt oppnådd i denne piloten, er betydningen av god og tydelig informasjon og involvering av lokal NAV-leder og ansatte. Uten bred støtte fra ansatte til en slik vertskommuneløsning, er det vanskelig å se for seg at dette skal kunne være en aktuell organisatorisk løsning. Prosjektet vil trekke frem fellesuttalelse av tillitsvalgte²¹, som i den politiske prosessen i Saltdal ble trukket frem som et viktig moment for kommunestyrets beslutning.

Prosjektet vil også trekke frem erfaringer fra NAV Sørfold i denne rapporten. Sørfold kommune var blant kommunene i Nordland med flest kommunale tjenester organisert inn som del av NAV-kontorets tjenester. Som del av utredningsprosessen om større NAV-miljø i regionen og samarbeid rundt statlige ytelser, besluttet kommunen å overføre tjenester som ikke var relatert til å få folk i arbeid og aktivitet, over til en annen kommunal enhet, noe som kommunen opplevde som formålstjenlig²², og dermed et kommunalt tjenesteinnhold mer i tråd med den såkalte minimumsløsningen, som de øvrige NAV-kontorene i stor grad praktiserer.

Piloten i Indre Salten har også gitt erfaring i betydningen av å kjøre brede høringsprosesser, bl.a i aktuelle politiske utvalg, fra brukerorganisasjoner og andre samarbeidspartnere som f.eks tiltaksarrangører, Nordland fylkeskommune, videregående skoler og helseaktører. Prosjektet har

¹⁹ Rapport NAV/KS 27.02.19

²⁰ Samarbeid om NAV i Indre Salten – rapport fra prosjektgruppa

²¹ Høringsuttalelse tillitsvalgte Indre Salten 29.10.2018

²² E-post enhetsleder Helse og Velferd, Gunnbjørg Olufsen, Sørfold kommune 28.01.2019

laget budskapsnotat og kommunikasjonsplan med relevante informasjonsaktiviteter, både internt i etaten og eksternt. Det har ved flere anledninger vært kjørt workshop/-prosessdager, hvor ansatte har gitt innspill og blitt involvert, slik at engasjement og medvirkning har bidratt positivt i målbildeprosessen.

3. Fokus på regional tjenesteutvikling

I byggingen av den fremtidige organisasjonen, er det viktig å tenke tjenesteutvikling ut fra et helhetlig regionalt perspektiv. Et eksempel på dette, kan være den prosessen en er inne i med etableringen av et IPS (Individual Placement Support)-tilbud i Indre Salten. Fauske kommune har tatt ansvaret for finansiering, og legger til grunn at disse ressursene skal være tilgjengelige i hele regionen i oppfølgingen av aktuelle brukere. De andre kommunene vil etter planen etter hvert måtte bidra økonomisk i tråd med en fordelingsmodell, ut fra aktuelle kriterier for kostnadsfordeling.

4. Partnerskapsperspektivet

En suksessfaktor i arbeidet med å få etablert en vertskommuneløsning, har vært god dialog og forankring i det lokale partnerskapet. Det har ved viktige milepæler som f.eks ved fremlegging av prosjektplan 1.2.2019, vært invitert til partnerskapsmøter hvor alle kommunene har vært representert. God dialog i partnerskapet og mellom den enkelte rådmann/kommunalsjef og NAV-leder, har bidratt til en harmonisering av prosjektgruppas forslag og de enkelte rådmenn. Rådmann Ronny Seljeseth i Saltdal kommune har vært en del av prosjektgruppa, og utarbeidet tekst til saksfremlegg for politisk behandling²³, som har hatt overføringsverdi til de andre kommunene og vært ressursbesparende i prosessen. Også i denne piloten har partnerskapet vært styringsgruppe for prosjektgruppa, og gjennom dette kunne gi styringssignaler for det videre arbeidet. Det ble avviklet kurs i prosjektMBA 20.06.2019 for ledere, tillitsvalgte og verneombud i regi av ESP.

5. Spyspisskontor – ivaretagelse av samisk perspektiv ved etablering av større kompetansemiljøer

Pilot Indre Salten har i dialog med ESP, NAV Nordland og de fem NAV-lederne, identifisert en aktuell vinkling som pilot knyttet til ivaretagelse av samisk perspektiv ved NAV-etableringer. Ihht.nevnte St.m 96 S, blir Tysfjord kommune delt fra 1.1.2020, og hoveddelen av den samisktalende befolkningen fra dette tidspunkt innbyggere i Hamarøy kommune. Dette aktualiserer spørsmålet om å ivareta samiskspråklig kompetanse ved rekrutteringsprosesser ved NAV Hamarøy. Pr.i dag har en denne språkkompetansen ved NAV Tysfjord, men det er aktuelt å vurdere nyrekruttering som del av kompetansestrategi for NAV Hamarøy.

Partnerskapsprosjektet «NAV i Nordland i en ny tid» har tatt initiativ til en dialog med Fylkesmannen i Nordland og Stormen samiske senter i Bodø, for å kartlegge både aktuelt regelverk, kompetanseklider, rekrutteringsstrategier, m.m. Jasska-prosjektet i regi av Arran i Tysfjord, arrangerte kurs i samisk kultur og identitet våren 2019, og både NAV Hamarøy og prosjektleder i partnerskapsprosjektet deltok på dette.

Det er under utarbeidelse et strateginotat²⁴, som beskriver hvordan en kan ivareta samisk perspektiv ved etablering av større kompetansemiljø i NAV, og som vil være et grunnlag for det videre arbeidet i Nordland. Tanken er at en kan bygge opp et kompetansemiljø og erfaringer ved NAV Hamarøy, som vil kunne være et ressurskontor for resten av etaten i Nordland. Dette arbeidet vil strekke seg ut

²³ Saksfremlegg Saltdal kommune arkivsaksnr.2018/1113-2- Samarbeid om NAV i Indre Salten

²⁴ Arbeidsnotat Ivaretagelse av samisk perspektiv ved større kompetansemiljø i NAV 2019.

over prosjektperioden (30.6.2019), men nevnes her som en del av kunnskapsgrunnlaget i pilot Indre Salten.

1.3 PILOT SØR-SALTEN

Bakgrunn

NAV-kontorene i Gildeskål, Rødøy og Meløy har siden opprettelsen av NAV, vært en del av tjenesteområdet Ytre Salten, med NAV Bodø som TO-kontor (tjenesteområde). De mindre NAV-kontorene kan dra fordeler både av den fagkompetansen og satsninger NAV Bodø besitter. Imidlertid kan også stor geografisk avstand og forskjeller i kommunestørrelse og problemstillinger, aktualisere mere lokale samarbeid, og ut fra et felles ønske blant NAV-lederne i kontorene og kommunene, ble det besluttet at disse tre kontorene kunne være den tredje piloten i prosjektet. Alle tre NAV-kontorene fikk i perioden 2011 – 2014 nye NAV-ledere der ingen hadde tidligere erfaring fra NAV. Det falt seg derfor naturlig at de nye lederne utviklet et godt og nært samarbeid.

Prosess

Målsetningen var å utforske det lokale handlingsrommet i fagutviklingen, uten å gjøre formelle organisasjonsendringer som kommunesammenslåing eller vertskommunesamarbeid, og den politiske holdningen i kommunene var også slik at det ikke var ønske om å formalisere et samarbeid. I tillegg var det en målsetning at kontorene i løpet av 2018 skulle anskaffe likt fagsystem (Visma Velferd), noe som imidlertid har vist seg krevende, av flere årsaker. Fra 1.1.2020 er imidlertid både NAV Rødøy og NAV Meløy etablert på denne plattformen.

Erfaringene med samarbeid har vist seg å ha positive effekter på flere fagområder²⁵, bl.a i form av reduksjon i antallet personer på helserelaterte ytelser, redusert sårbarhet i kontorene ved utstrakt «nabohjelp», og økt bruk av digitale løsninger. En ønsket å samarbeide på tvers av kontorgrensene mer «sømløst» i form av opprettelse av felles ungdomsteam. Imidlertid ble det reist tvil om lovligheten av slikt samarbeid knyttet til ivaretagelse av myndighetsutøvelse og taushetsplikt, og prosjekteierne rettet på denne bakgrunn en henvendelse 21.09.2018 til Fylkesmannen i Nordland for å avklare juridiske konsekvenser av dette modellvalget²⁶, og fikk tilsvaret 11.10.2018²⁷ som bekreftet at slikt samarbeid må formaliseres. En søknad til Kommunal – og moderniseringsdepartementet (senere viderefremidlet til Arbeids – og velferdsdirektoratet) om fritak fra aktuelle lovkrav er ved prosjektperiodens utløp fortsatt ubesvart²⁸.

Styringsgruppa anbefalte på denne bakgrunn i møte 14.9.2018, at pilot Sør-Salten fortsatte som pilot i prosjektperioden, men da i form av en vertskommunemodell. Det ble imidlertid i lokalt partnerskapsmøte 02.10.2018 konkludert med at piloten fortsatte med å utforske handlingsrommet lokalt, uten formelle organisasjonsendringer i prosjektperioden.

Erfaringer

1. Ansattmedvirkning som driver i tjenesteutvikling

Lederskapet i kontorene har vist stor vilje og evne til å involvere og engasjere ansatte i kontorene i utviklingsprosessen. Bl.a ble det arrangert workshop/prosessedager 29.og 30.11.2017, hvor også Fylkesmannen i Nordland og prosjektleder ved partnerskapsprosjektet «NAV i Nordland i en ny tid»

²⁵ Se oppsummering evalueringmøte 17.06.2019

²⁶ Avklaring juridiske konsekvenser organisering av NAV-tjenester – brev fra NAV Nordland

²⁷ Tilsvaret fra Fylkesmannen i Nordland 11.10.2018

²⁸ Søknad Kommunal og moderniseringsdepartementet 30.11.2018

fikk bidra. Workshopen avdekket stort engasjement og kreativitet blant ansatte, og har overføringsverdi til liknende målbildeprosesser andre steder.

2.Dialog i partnerskapet

Kommunene og NAV-kontorene har hatt en god og samstemt dialog i partnerskapet, både om målsetninger, erfaringer og behov. Prosessen med piloten har bidratt til å vitalisere partnerskapet som lokal dialogarena mellom stat og kommune.

3.Bedre fagsamhandling

Mange NAV-kontor har utforsket handlingsrommet uten å gjøre formelle organisasjonsendringer, og gjennom dette fått økt bevissthet om betydningen av godt samarbeid i tjenesteområdet. Evalueringen av samarbeidet i denne piloten har vist at en gjennom tett faglig samarbeid, også har oppnådd bedre faglig og målrettet samarbeid på flere områder, bl.a gjelder det sykefraværsoppfølging, markedsarbeid, styrket sosialfaglig samarbeid og økonomisk gjeldsrådgivning. Det trekkes også frem styrket samarbeid med NAV Arbeidslivssenter. Når markedsarbeidet nå er koordinert i et felles markedsteam, kan veilederne i teamet og rådgiverne ved arbeidslivssenteret målrette sin innsats mot lokalt næringsliv og jobbe mer effektivt opp mot det felles mål om flere i arbeid og aktivitet. Samtidig trekkes også frem på flere områder at en krevende ressursituasjon har gitt utfordringer når det gjelder gjennomføringsgrad, og delvis ført til redusert aktivitet og/eller omprioriteringer.

4.Lovmessige utfordringer ved valg av denne organisasjonsmodell

Selv om samarbeidet i prosjektperioden har gitt flere positive resultater på fagsiden, har denne modellen klare juridiske begrensninger. Det ligger klare føringer i styringssignalene til NAV-kontorene at en *uansett* skal samarbeide med aktuelle NAV-kontor og øvrige samarbeidspartnere, både rundt statlige og kommunale ytelser. Slik lovverket er utformet i dag, er det vanskelig å få full effekt av samarbeid uten en formalisering.

1.4 BRUKERMEDVIRKNING SOM GRUNNLAG FOR TJENESTEUTVIKLING

I Brukerutvalget NAV i Nordland sitt arbeidsdokument²⁹, heter det bl.a;

«Bidra i NAV Nordland /NAV HMS Nordlands mål- og strategiarbeid, budsjett og omstillingsprosesser, som angår tjenestetilbudet til brukerne.»

Det er en målsetning at tjenesteutviklingen i NAV i størst mulig grad skal være brukerstyrt, fortrinnsvis med representasjon av målgrupper sentrale for NAV sitt samfunnsoppdrag, som f.eks ungdom eller personer med minoritetsbakgrunn.

Brukermedvirkning har vært ivaretatt på ulike måter i pilotene. Brukerutvalget ved NAV Narvik er etablert før omstillingsprosessen startet i 2017, og har ikke vært involvert i en utredningsfase, men vil være en viktig premissleverandør når den nye organisasjonen er satt, og tjenesteutviklingen aktualiseres høsten 2019.

I Indre Salten ser en den forestående prosessen frem til formell etablering av nytt NAV-kontor våren 2020, som en mulighet til å styrke brukermedvirkningen og har etablert god dialog med Brukerutvalget ved NAV i Nordland rundt denne prosessen.

²⁹ Brukerutvalg mandat Nordland 2016

I Pilot Sør-Salten har en opplevd det krevende å få til lokal brukermedvirkning, og har dermed en ordning med felles brukerrepresentasjon i TO Ytre Salten (NAV Bodø). Brukerutvalget ved NAV i Nordland og prosjektet har i løpet av prosjektperioden utviklet en god og konstruktiv dialog, og Brukerutvalget har vært en viktig bidragsyter i planlegging og gjennomføring av partnerskaps-konferansene.

Prosjektgruppa er av den oppfatning at når utviklingsprosesser iverksettes suksessivt fra høsten 2019, må brukermedvirkning være en sentral del av dagsorden. Slike prosesser representerer en utmerket anledning til å gi begrepet mer substans.

2. 0 STRATEGI FOR PARTNERSKAPSUTVIKLING

2.1 Samarbeidsforum

Kunnskap og kompetanse om felles NAV-tjenester er en forutsetning for å oppnå likeverdighet og utviklingsmuligheter i partnerskapet. Likeverdighet i partnerskapet fordrer også langsiktig og kontinuerlig utvikling av en partnerskapskultur.

Et bilde på dette kan være hvordan prosjektgruppa selv har utviklet økt bevissthet om dette. NAV er en konstruksjon med innebygget konfliktpotensiale, om ikke dialogen i partnerskapet er basert på likeverdighet, gjensidig tillit og respekt. Prosjektgruppa er av den oppfatning at Samarbeidsforum kan ha en kvalitetssikringsfunksjon i det langsiktige utviklingsarbeidet.

Det handler etter gruppens syn om å bygge strukturer som sikrer langsiktighet og utvikling. Samarbeidsforum kan være en styringsgruppe for partnerskapet i Nordland når prosjektperioden er utløpt. En (re)-start på dette arbeidet, kan være å gjøre en revisjon av dokument fra 2010. Til grunn for dette bør ligge en mål – og rollediskusjon som (re)-definerer denne arenaen.

Prosjektgruppa har utarbeidet et strategidokument som har vært forankret høsten 2018 både i rådgivende NAV-leder forum og i Rådmannsutvalget i Nordland. Basert på en årshjul-tenkning, anbefaler prosjektgruppa at dialog, samordning og forankring skjer her, og at det legges opp til årlige partnerskapskonferanser hvor partnerskapets egenart står i sentrum.

2.2 Partnerskapskonferansen 2019

Partnerskapskonferansen i 2019 ble avviklet 10. og 11.04.2019, og hadde ungdom som tema³⁰. Prosjektgruppen hadde lagt opp til at årets partnerskapskonferanse skulle være en videreutvikling av fjorårets, som i stor grad handlet om å konstituere denne arenaen. Evalueringen³¹ viser at deltagerne gjennomgående var godt fornøyd med det faglige innholdet. Utfordringen i år som i fjor, er å sikre kommunal deltagelse.

Selv om en i planleggingen hadde hensyntatt øvrige arenaer (f.eks i regi av Nordland fylkeskommune, Fylkesmannen i Nordland, KS m.fl), var den kommunale deltagelsen lav. Styringsgruppa må ta stilling til partnerskapskonferansen, både hva gjelder innhold, målgrupper og frekvens. Prosjektgruppen mener det å samordne konferansen med annen etablert arena, kan være en aktuell strategi. Konferansen må gjøres mer relevant for rådmenn, og målsetningen må være at partnerskapskonferansen blir en like viktig utviklingsarena for kommunene som for NAV. KS (f.eks

³⁰ «Sammen for ungdom nå og i fremtiden!» Partnerskapskonferanse 10. og 11.04.2019

³¹ Se evaluering 11.4.19 og evalueringsrapport fra deltagerne.

ved Rådmannsutvalget) og Fylkesmannen i Nordland bør i større grad trekkes inn i planlegging og gjennomføring av konferansen.

3.0 VEIKART ETTER PROSJEKTPERIODEN

Foruten pilotene, er det tjenesteområdene Lofoten og Alstahaug som peker seg ut som de mest aktuelle når det gjelder utredning av større kompetansemiljø i NAV. Når det gjelder Lofoten, skyldes det bl.a at regionen er relativt kompakt geografisk, og i økende grad er å anse som en bo – og arbeidsmarkedsregion. Det er derfor nedsatt en prosjektgruppe som skal levere en prosjektrapport til partnerskapet 1.12.2019. Prosessen i TO Alstahaug har mange likhetstrekk med Lofoten, i tillegg er det slik at en her allerede driver et betydelig faglig samarbeid og tjenesteutvikling på tvers av kommunegrensene i regionen, f.eks i form av bistand til å skrive arbeidsevnevurderinger for andre kontor, gjennomføring av dialogmøter, felles jobbmesse, m.m.

I tjenesteområde Ytre Salten er NAV Bodø gitt i oppdrag å ta initiativ overfor kommunene Røst, Værøy og Steigen med tanke på å formalisere et større kompetansemiljø. I partnerskapsdialogen med tjenesteområde Vefsn, er det et ønske fra rådmennene i kommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn å avvente prosjektrapport før en vurderer å gå inn i en utredningsprosess. NAV-lederne er samstemte i sin oppfatning om å utrede et mer formalisert samarbeid.

I øvrige tjenesteområder må tanken om større kompetansemiljøer i NAV av ulike årsaker modnes, og prosjektgruppen er av den oppfatning at NAV Nordland og Rådmannsutvalget i Nordland bør ta initiativ til å initiere prosesser i øvrige regioner.

4.0 OPPSUMMERING

4.1 SUKSESSKRITERIER /KVALITETER SOM MÅ VÆRE TILSTEDE I PROSSESSEN;

Politisk forankring

Prosjektet har dokumentert betydningen av å ha dialog og samspill i forkant av utredningsprosesser. Kommunene bør være med i prosessene allerede fra idéfase. Som en del av erfaringene særlig fra prosessen i Indre Salten, vil prosjektgruppa også trekke frem betydningen av å informere lokale beslutningstakere (administrasjon og kommunestyre), i forkant av forestående utredningsprosesser. Dette er svært viktig for å sikre legitimitet og forankring, bidra til spredning av kunnskap om NAV sin rolle og samfunnsoppdrag, og bidra til å dempe frykt for tap av arbeidsplasser og tjenestetilbud.

Tilslutning fra ledere og ansatte

Prosesser med målsetning om etablering av større kompetansemiljøer, må være godt forankret hos ledere og ansatte i berørte kontor. Omstillingstrykket i NAV er stort, og mange kan føle en utrygghet for jobbsikkerhet og sin daglige arbeidshverdag. Ledere må gå foran og «oversette» budskap om større kompetansemiljø³². Med god involvering fra tillitsvalgte og kontinuerlig informasjon om hensikt og fremdrift, ligger det godt til rette for bred enighet om fremtidig målbilde. Det har etter prosjektgruppens vurdering vært gode prosesser i alle pilotene rundt involvering av ansatte, både i forkant og underveis i prosessene.

³² Eva Tryti Lokken Kommunikasjon og endringsledelse 2017

Må være en initiativtaker (rådmann, NAV-leder, NAV-direktør)

Initiativ til prosesser med sikte på større kompetansemiljø i NAV, kan komme fra flere hold. Et av suksesskriteriene som ble trukket frem i etableringen av NAV Værnes, var at initiativet kom fra en rådmann, som så utfordringen flere av de små NAV-kontorene i regionen hadde med å levere gode tjenester. Initiativet kan også komme fra en lokal NAV-leder, ut fra tilsvarende utfordringsbilde. Alternativt kan også initiativet komme fra fylkesdirektør. Som for andre fylker, må også NAV Nordland gjøre grep for å tilpasse den samlede driften ut fra eksisterende rammer.

Tilgang til etableringsstøtte

Det er sentralt at det ytes prosesstøtte fra NAV Nordland for igangsetting og oppfølging av lokale prosesser. Som del av utviklingen i prosjektet, har prosjektgruppa hatt dialog både med Etableringsstøtteprosjektet og andre fylker, bl.a NAV Troms/Finnmark og Agder. Alle fylker/regioner har prosjektstøtteressurser i ulike varianter, som bistår og understøtter lokale utviklingsprosesser. NAV Nordland er gjennom Regionaliseringsprosjektet, i en prosess hvor en skal ta stilling til fremtidig organisering, og prosesstøtte forutsettes ivarettatt gjennom ny organisering da partnerskapsutvikling vil ha et stort fokus de nærmeste årene.

Må være gode, lokale prosjektledere

I takt med at kunnskapsgrunnlaget fra pilotene øker, må det også være en lokal forankring. Prosjektgruppa har derfor tatt initiativ til at det høsten 2019 som del av leveransen i prosjektet, tilbys et opplæringstilbud til lokale prosjektledere, basert på kunnskap fra pilotene, og hvor en med bakgrunn i lokale prosesser, kan få bistand til oppbygging av prosjektstruktur ved hjelp av relevante prosessverktøy. Prosesser med siktemål å etablere større kompetansemiljøer, bør ideelt sett ut fra omfang og kompleksitet, ha lokale prosjektledere som jobber med dette på heltidsbasis.

Regelverk og rammer være avklart- hvilke løsninger og handlingsrom finnes?

Både NAV-loven og lov om sosiale tjenester legger klare føringer på hvilke tjenester som skal leveres til innbyggerne. Som beskrevet i delrapport 1 og tydeligst synliggjort i pilot Sør-Salten, er det klart at tjenesteleveransene enten kan leveres i «egen» regi, eller i form av et formalisert vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28-b. Prosjektet er av den oppfatningen at denne piloten har økt bevisstheten om hvilke organisatoriske løsninger som er i tråd med regelverket og dermed aktuelle i et langsiktig perspektiv.

4.2 KONKLUSJON

Prosjektet har i prosjektperioden, initiert og bistått tre piloter (modeller for tjenesteleveranser);

1. Kontorsammenslåing (Narvik, Tysfjord og Ballangen)
2. Vertskommunesamarbeid (Fauske, Sørfold, Beiarn, Saltdal og Hamarøy)
3. Tett faglig og administrativt samarbeid (Meløy, Rødøy og Gildeskål)

Likheter

Pilotene har det til felles at det har vært høy lokal forankring blant NAV-ledere og ansatte. Ønsket om å ta i bruk lokalkunnskap om arbeidsmarked og å sette et lokalt preg på tjenesteleveransene, har vært stort. Dette er en kontinuerlig prosess, i tråd med økt kunnskap om hvilken metodikk som gir best resultater. En annen fellesnevner er at det tar tid å realisere effekter av samarbeid, uansett samarbeidsform. En tredje fellesnevner er partnerskapet som arena for planlegging og beslutninger.

Ulikheter

Piloten i Ofoten har vært den med størst fart, noe som er naturlig gitt bakgrunnen for etableringen (stortingsvedtak om kommunesammenslåing). Pilot Indre Salten har hatt en mer organisk utvikling, ved at behovet for en formalisering av samarbeid rundt tjenesteleveranser har vokst frem over flere år. I pilot Sør-Salten har fokus vært på å utforske det lokale handlingsrommet; hva er mulig å få til av samarbeid innenfor gjeldende rammer og regelverk?

Som det er redegjort for under pkt.om sistnevnte pilot samt i delrapport 1, legger regelverket i lov om sosiale tjenester klare begrensninger for hvilke løsninger som er aktuelle for NAV-kontorene, knyttet både til myndighetsutøvelse og taushetsplikt. Det er på denne bakgrunn at prosjektgruppa ikke anbefaler en slik samarbeidsform videreført, fordi det ikke gir tilstrekkelige effekter i form av økt tjenesteproduksjon, mindre kontrollspenn og redusert administrasjon. Prosessen med etablering av større kompetansemiljøer i Nordland, bør derfor etter prosjektgruppas anbefaling primært skje ved at det initieres utredningsprosesser i øvrige tjenesteområder med sikte på vertskommuneløsninger. Det er viktig at alle NAV-kontorenes kunnskap om lokale forhold ivaretas i disse prosessene.

Alternativt kan etablering av større kompetansemiljøer skje som følge av kommunesammenslåinger. En faktor som kan spille inn, er kommunevalget høsten 2019. Fra 2020 er det 41 kommuner i Nordland, og Fylkesmannen i Nordland uttrykker bekymring for små kommuners evne til å levere gode tjenester til innbyggerne³³, og ber kommunepolitikere ta stilling til hvordan kommunene alternativt kan sikre innbyggerne gode tjenester. Problemstillingen er høyst relevant også for NAV.

Økonomi, ressurser og prosjektledelse

Å skulle drifte NAV-kontor og lede utviklingsprosesser samtidig er en svært krevende øvelse. Det anbefales at det settes av egne prosjektressurser, og at prosjektledelsen må ha eierskap til den fremtidige organisasjonsmodellen. Det kan være formålstjenlig å vurdere en gjennomgang av styringsmandat for ledere av tjenesteområdene for tydeliggjøring av roller i det lokale samarbeidet.

Kunnskapsdeling

Dette foreslås gjennomført som en del av kunnskapsgrunnlaget i prosjektet. Det er viktig å ta i bruk erfaringer fra samtlige piloter til forestående prosesser. I mandatet vektlegges det at kunnskapsdeling er sentralt. Basert på erfaringene i pilotene er det laget en skisse for hvordan denne prosessen kan legges opp (ref.Tryti Lokken 2017).

Vertskommunemodell gir mulighet for opprettholdelse av desentralisert kontorstruktur

Med den krevende geografien og kommunikasjonsmønsteret en har mange steder i Nordland, vil leveransen av NAV-tjenestene bedre kunne sikres dersom en formaliserer samarbeidet i partnerskapet i form av vertskommuneløsning. Mange kommuner ønsker å fremstå med regional kraft og som vertskommuner med servicetilbud med et regionalt nedslagsfelt³⁴. Det vil sikre mange små kommuner tilgang på NAV-tjenester i større kompetansemiljøer en ellers ikke ville hatt tilgang til. En slik løsning vil også ivareta hensyn til fagutvikling, implementering av nye digitale løsninger, lik forvaltningspraksis og ha bedre forutsetninger for brukerstyrt tjenesteutvikling.

³³ Intervju Fylkesmann Tom Cato Karlsen, Lofotposten 20.05.19

³⁴ Resultatene fra FoU «PRIORITERTE MÅL I KOMMUNALT OG FYLKESKOMMUNALT PLANARBEID»

Re-vitalisering av partnerskapet

Den nylig publiserte partnerskapsavtalen m/veileder kan være en naturlig anledning for re-vitalisering av dialog og informasjon i partnerskapet. Det er en utfordring at det tross likeverdighet i partnerskapet, mangler gode verktøy for samtidig publisering av informasjon. Utviklingen av www.nav.no bør sikre bedre funksjonalitet og god kommunikasjon med kommunene ut fra et partnerskapsperspektiv.

Tydeliggjøring av samfunnsaktørperspektivet

NAV-lederne må bli mer tydelige i den offentlige debatten. Større kompetansemiljøer i NAV gir bedre forutsetninger for å innta en offensiv holdning til samfunnsaktørrollen. Det er utviklet verktøy som gir NAV-lederne utmerkede muligheter til å hente informasjon om samfunnsutviklingen lokalt og regionalt. Eksempler er tall og statistikk på Navet (oppdateres flere ganger årlig), <https://kb.kommunal-rapport.no/landing>, www.ssb.no, m.fl. Det er viktig at NAV er en del av samfunnsdebatten, og bidrar til økt kunnskapsgrunnlag. Det er viktig at NAV-lederne tar denne rollen, både i partnerskapet, lokale kommunestyre og i ulike fora med relevante samarbeidspartnere (arbeidsgivere, og aktører innen helse og utdanning). Prosjektgruppen anbefaler at dette blir et fast tema i partnerskapet lokalt.

Re-vitalisert Samarbeidsforum som strategisk utviklingsarena

Prosjektgruppen anbefaler at samarbeidsforum re-vitaliseres som strategisk utviklingsarena, hvor planer og føringer fra aktuelle instanser med ansvar i velferdsforvaltningen forankres og harmoniseres. Prosjektgruppa anbefaler at styringsdokumentene fra 2010 blir revidert og aktualisert i etterkant av prosjektperioden. Til grunn for forumets virke ligger en årshjultenkning, hvor langsiktige og overordnede strategier som berører partnerskapet forankres, og med årlige partnerskapskonferanser hvor en kan sette relevante problemstillinger på dagsorden, og på denne måten avstemme gjensidige forventninger til hverandre i partnerskapet stat-kommune. Det forutsettes en god dialog med instanser som Fylkesmannen i Nordland, KS og Nordland fylkeskommune i planlegging og gjennomføring av konferansen.

Ivaretagelse av samisk perspektiv ved etablering av større kompetansemiljøer

I tråd med faglige anbefalinger fra Fylkesmannen i Nordland, bør hensynet til samisk perspektiv vektlegges ved utviklingsprosesser i offentlig forvaltning. Det anbefales fra prosjektgruppen at strateginotat forankres både i NAV Nordland og partnerskapet i fylket, og er retningsgivende når det gjelder ivaretagelse av samisk perspektiv i NAV.

Brukermedvirkning som driver ved utviklingsprosesser

Prosjektgruppa anbefaler at Brukerutvalget v/NAV Nordland involveres tidlig i lokale utviklingsprosesser. De kan gi viktige innspill knyttet til profesjonalisering av brukerutvalg, tips i seleksjonsprosesser, og etablering av dialog med lokale brukergrupper/-organisasjoner.

Veikart for prosess i resten av Nordland

Prosjektgruppa anbefaler at prosess for øvrige utviklingsprosesser som beskrevet i kapittel 3 og delrapport 1 legges til grunn. Den pågående regionaliseringsprosessen ved NAV Nordland vil gi føringer på hvordan oppgave – og rollefordeling overfor tjenesteområdene vil bli fremover, men det forutsettes at NAV Nordland må være pådriver og gjøre tilgjengelig prosesstøtte for lokale utviklingsprosesser.

4.3 REFERANSER

- 1 Revidert mandat for partnerskapsprosjektet NAV i Nordland i en ny tid
- 2 Delrapport 1 2018
- 3 Utvikling av NAV-kontor – større handlingsrom og ansvar. 13.01.2017
- 4 Veileder KS og Arbeids – og velferdsdirektoratet versjon 3.0 febr.2019
- 5 Kommunikasjonsplan for prosjekt NAV i Nordland i en ny tid
- 6 Prosjektrapport Nye NAV Narvik 2018
- 7 Protokoll av 12.6.2018 m/veileder (Etablering av prosjektMBA).
- 8 Sluttrapport 15.04.2018 Utvikling av NAV kontor. Ny kontorstruktur i Indre Sør-Troms
- 9 Samtale med rådmann Ole Kristian Severinsen, Gratangen kommune 12.02.2019
- 10 Kommunestyrevedtak 12.06.2018 Sak 38/18 Gratangen kommune.
- 11 Sjekklistor for prosjektledere og rådmenn/fylkesdirektører
- 12 Sjekklistor for kommuner; FoU-prosjekt nr. 154005: Digitale konsekvenser av en kommunesammenslåing. August 2016
- 13 St.m.33 2015-2016. NAV i en ny tid. For arbeid og aktivitet
- 14 Indeks Nordland 2019
- 15 Se kursmateriell under verktøykiste
- 16 Se kursmateriell under verktøykiste
- 17 Evalueringsrapport av prosjektMBA etableringen av NAV Værnes. Kommunereformprosjektet 2018
- 18 Presentasjon Spyspisskontor Etableringsstøtteprosjektet 2018
- 19 Rapport NAV/KS 27.02.19
- 20 Samarbeid om NAV i Indre Salten – rapport fra prosjektgruppa
- 21 Høringsuttalelse tillitsvalgte NAV Indre Salten 29.10.2018
- 22 E-post enhetsleder Helse og Velferd, Gunnbjørg Olufsen, Sørfold kommune 28.01.2019
- 23 Saksfremlegg Saltdal kommune arkivsaksnr.2018/1113-2 - Samarbeid om NAV i Indre Salten
- 24 Arbeidsnotat Ivaretagelse av samisk perspektiv ved større kompetansmiljø i NAV 2019.
- 25 Se oppsummering evalueringsmøte 17.06.2019
- 26 Avklaring juridiske konsekvenser organisering av NAV-tjenester – brev fra NAV Nordland 21.09.2018
- 27 Tilsvar fra Fylkesmannen i Nordland 11.10.2018
- 28 Søknad Kommunal og moderniseringsdepartementet 30.11.2018
- 29 Brukerutvalg mandat Nordland 2016

- 30 «Sammen for ungdom nå og i fremtiden!» Partnerskapskonferanse 10.og 11.04.2019
- 31 Se evaluering 11.4.2019 og evalueringsrapport fra deltagerne.
- 32 Kommunikasjon og endringsledelse (Eva Tryti Lokken 2017)
- 33 Intervju Fylkesmann Tom Cato Karlsen, Lofotposten 20.05.2019
- 34 Resultatene fra FoU «PRIORITERTE MÅL I KOMMUNALT OG FYLKESKOMMUNALT PLANARBEID»

4.4 TIPS LITTERATURLISTE

- 1 **Organisasjon og organisasjonsutvikling** Busch, Tor; Vanebo, Jan Ole; Dehlin, Erlend; Universitetsforlaget 2015
- 2 **Organisasjonsteori for offentlig sektor.** Christensen, Tom; Egeberg, Morten; Lægreid, Per; Roness, Paul G; Røvik, Kjell Arne; Universitetsforlaget 2010
- 3 **Endringsledelse i et strategisk perspektiv.** Busch, Tor; Johnsen, Erik; Valstad, Stein-Johnny; Vanebo, Jan Ole. Universitetsforlaget 2007.
- 4 **Måltrettet prosjektstyring.** Andersen, Erling S; Grude, Kristoffer V; Haug, Tor. Fagboklaget 2016
- 5 **Forvaltning og politikk.** Christensen, Tom; Egeberg, Morten; Lægreid, Per, Aars, Jacob. Universitetsforlaget 2014
- 6 **Ledelse, organisasjon og kultur.** Strand, Torodd. Universitetsforlaget 20017
- 7 **Entreprenørskap og innovasjonsledelse.** Hovland, Nils Per. Cappelen Damm 2018
- 8 **Kunnskapsoppsummering om partnerskap mellom stat og kommune i NAV-kontorene.** Larsen, Malmberg-Heimonen og Johannesen. Høyskolen i Oslo og Akershus

4.5 TIPS NETTADRESSER;

1. <https://www.agderforskning.no/nyheter/hvordan-utnytte-mulighetene-i-nav-partnerskapet/>
2. <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Om+NAV/Relatert+informasjon/erfaringer-fra-partnerskapet-og-tiltak-som-styrker-det>
3. <https://www.ks.no/kommunespeilet/>
4. <https://www.ks.no/fagomrader/velferd/navsosiale-tjenester/>
5. <https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/>
6. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn>
7. <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/digitalisering-og-samordning/prosjektveiviseren>
8. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-om-statlig-styring/id2524618/>
9. <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/stat---kommune/forholdet-mellom-stat-og-kommune/>

4.6 VEDLEGG: A.Forespørsel NAV Nordland – konsekvenser av modellvalg. 21.09.2018

B.Tilsvar; Fylkesmannen i Nordland 11.10.2018



Fylkesmannen i Nordland

Statens Hus

Moloveien 10 8002 BODØ

Ved: sosial og vergemålsdirektør Merete Troli

Deres ref:

Vår ref:

sak 17/6303 Prosjekt: NAV
i Nordland i en ny tid»

Vår dato:

21.09.18

Avklaring juridiske konsekvenser av organisering av NAV-tjenester.

Innledning

Prosjektet «NAV i Nordland i en ny tid» har hatt som målsetning å berede grunnen for etablering av større kompetansemiljøer i NAV og bidra til en organisasjonsmessig utvikling av partnerskapet i NAV. Pilotene i prosjektet (Ofoten -kommunesammenslåing), Indre Salten (mulig vertskommuneløsning) og Sør-Salten (tett faglig og administrativt samarbeid), har stått sentralt i prosjektperioden, og mye av læringen i prosjektet ligger her. Gjennom prosjektperioden har det kommet frem både fra Fylkesmannen i Nordland og Etableringsstøtteprosjektet i NAV at sistnevnte modell, ikke er forenlig med hensynet til myndighetsutøvelse og taushetsplikt.

I forbindelse med utforming av delrapport 1, ber vi om at fylkesmannen oversender oss vurderingene vi har mottatt muntlig om hvorfor modellen med tett faglig og administrativt samarbeid ikke er forenlig med hensynet til myndighetsutøvelse og taushetsplikt. Fylkesmannens vurdering som tilsynsmyndighet er av stor betydning i utviklingen av partnerskapet i Nordland.

Vår oppfatning så langt er: Vertskommunesamarbeid - Kommuneleven § 28-1b er best egnet som samarbeidsløsning.

I de kommunale tjenestene i NAV er det utstrakt utøvelse av myndighet gjennom enkeltvedtak. Hvis NAV-kontorene skal samarbeide om kommunale oppgaver som medfører utøvelse av myndighet, må disse organiseres etter en vertskommunemodell, jf. Kommuneleven § 28 1 a-k.

I NAV-kontorene utfører ansatte (uavhengig av tilsetningsforhold i stat eller kommune), enkeltvedtak på lovpålagte områder etter Lov om sosiale tjenester i NAV (sosialtjenesteloven). Kommuneleven gir ikke kommunene anledning til å fatte enkeltvedtak eller drøfte enkeltsaker på tvers av kommunegrensene uten at kommunestyret har fattet formelt vedtak om samarbeid. Skal kommunene samarbeide om oppgaver som medfører utøvelse av myndighet, slik det utføres i NAV-kontorene, kreves det at samarbeidet organiseres etter en vertskommunemodell, jf. kommuneleven § 28 – 1 a-k.

Samarbeid etter disse modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Modellene inneholder forholdsvis detaljerte regler om organisering og delegering. Det er lagt vekt på rettssikkerhet der myndighet blir overdratt til en

annen kommune (vertskommune) gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. For et NAV-samarbeid er det ikke aktuelt å overføre beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, og det kan derfor opprettes et administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutninger og enkeltvedtak treffes da av administrasjonen i vertskommunen. En samarbeidsavtale skal regulere samarbeidet mellom kommunene.

På vegne av partnerskapet i Nordland, ønsker prosjekteierne v/fylkesdirektør Cathrine Stavnes, NAV Nordland og rådmann Amund Eriksen, Hemnes kommune og Rådmannsutvalget tilbakemelding på vår forståelse av både lovverk og vertskommunemodellen som aktuell organisatorisk løsning for den videre utviklingen av NAV. Vi ønsker også nærmere utdyping av utfordringene i forhold til modellen med tett faglig og administrativt samarbeid.

Cathrine Stavnes

Fylkesdirektør NAV Nordland

Amund Eriksen

rådmann Hemnes kommune

TILSVAR

Nav Nordland, Fylkesadministrasjonen Postboks 374 8001 BODØ

Avklaring juridiske konsekvenser av organisering av NAV - tjenester

Det vises til brev datert 21.09.2017 der dere ber om skriftlig vurdering på hvorfor modellen med tett faglig og administrativt samarbeid mellom NAV kontor ikke er forenlig med hensynet til myndighetsutøvelse og taushetsplikt.

Sosialtjenesteloven § 3 åpner for to alternativer når det gjelder hvem som har ansvar for å utføre oppgavene etter loven: At kommunen utfører oppgavene etter loven selv, eller at kommunen delegerer etter reglene i kommuneloven.

Oppgaver etter sosialtjenesteloven skal ivaretas av NAV-kontoret, jf. NAV-loven § 13. Det følger av NAV-loven § 14 at kontoret skal «opprettas ved avtale mellom Arbeids- og velferdsstaten og kommunen». Videre står det følgende i tredje ledd: «Hvis kommunen delegerer sin myndighet til et interkommunalt organ eller en vertskommune, kan avtalen inngås med dette organet eller vertskommunen».

På denne bakgrunn kan vi ikke se at det er adgang til samarbeid mellom kommuner om ansvaret etter sosialtjenesteloven, uten at dette er i formalisert i form av interkommunalt samarbeid. På området opplysning, råd og veiledning er det gitt et begrenset unntak.

Sosialtjenesteloven § 17 gir åpning for at kommunen sørger for at «andre» gir tjenesten opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Dette gjelder kun om kommunen ikke selv kan gi denne individuelle tjenesten. I følge rundskriv nr. 35 til sosialtjenesteloven er unntaket begrenset til å gjelde tjenesten økonomisk råd og veiledning:

4.17.2.8 Delegasjon av økonomisk rådgivning

Behovet for økonomisk rådgivning kan i noen tilfeller være i rask endring, og kan by på utfordringer både med hensyn til kapasitet og kompetanse ved det enkelte NAV-kontor. Leie av tjenester hos private firma eller andre kan finne sted så lenge tjenesten er styrt av NAV-kontoret. Kjøp av tjenester vil imidlertid ikke oppfylle plikten til en helhetlig råd og veiledningstjeneste.

https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/hovednr.35-lov-om-sosiale-tjenester-inav;cmsnavno_JSESSIONID=9hi1Zf03LKGMDkHqpKgGtA0Z#opplysning-ra-og-veiledning

Oppsummert er vår konklusjon at kommuner som vil samarbeide om de oppgaver de er pliktige til etter sosialtjenesteloven må inngå samarbeid i samsvar med reglene i kommuneloven kapittel 5A (§28-1 a-k) om interkommunalt samarbeid.

Med hilsen

Monica A. Iveland, assisterende fylkesmann Merete Troli, avdelingsdirektør
Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke underskrift.

4.7 FORANKRINGSPROSESS

Fase 1:

Starter formelt i partnerskapene når man begynner å vurdere om kontor skal slås sammen, og varer til endelig vedtak foreligger i kommunene og er behandlet i partnerskapet mellom stat og vertskommune. Stikkord i denne fasen;

- a. Oppstart
- b. Intern forankring
- c. Prosjektorganisering
- d. Lokalisering
- e. Kommunikasjon
- f. Tjenester

Fase 2:

Går fra endelig vedtak foreligger i kommunene og er behandlet i partnerskapet mellom stat og vertskommune, og varer til det nye kontorets IKT-løsning er iverksatt. Stikkord i denne fasen;

- a. Prosjektorganisering
- b. Kommunikasjon
- c. Intern forankring
- d. Lokale lederes ansvar og oppgaver
- e. Lederrekruttering
- f. Tjenesteinnhold
- g. Organisering og personelløp
- h. Lokaler
- i. IKT
- j. Avtaler
- k. Driftsøkonomi
- l. Arkiv

Dette danner grunnlag for milepælsplaner (se forannevnte sjekklister).

4.8 VERKTØYKISTE

- a. Orientering til kommunestyre. PPT.presentasjon Indre Salten. 26.04.2018
- b. Orientering til partnerskapet. Møte i TO Lofoten 28.03.2019
- c. Brev datert 30.11.2018 NAV Ytre Helgeland – dialog om NAV-tjenestene
- d. Hjelp til prosesser i forbindelse med mulig sammenslåing av NAV-kontor. PPT.presentasjon NAV Oppland versjon 11. 2017
- e. Kronikkforslag 15.03.2018
- f. Kurs i prosjektMBA – Etableringsstøtteprosjektet. NAV Narvik 07.01.2019
- g. Orientering til prosjektMBA. PPT. NAV Narvik 11.02.19
- h. Prosess og erfaringer fra etableringen av NAV Værnes. 03.12.2018
- i. NAV Omverdensanalyse 2019. Ole Chr.Lien, Kunnskapsseksjonen NAV 10.4.2019
- j. Fremtidens NAV – har vi tilstrekkelig endringsvilje? Presentasjon Lise Andersen, personalsamling NAV Nordland 27.5.2019
- k. Kommunikasjonsplan m/aktivitetsplan
- l. Saksfremlegg Saltdal kommune arkivsaksnr.2018/1113-2 - Samarbeid om NAV i Indre Salten
- m. Kunnskapsoppsummering om partnerskap mellom stat og kommune i NAV-kontorene. Rapport Høgskolen i Akershus.
- n. Utkast avisartikkel NAV Indre Salten 04.12.2018
- o. Prosjektplan NAV Narvik 16.05.2018
- p. Utredning Samarbeid om NAV i Indre Salten (prosjektplan). 2018
- q. Sjekkliste rådmenn og fylkesdirektør. Versjon 1.1 2017
- r. Sjekkliste prosjektleder. Versjon 1.0 2017
- s. Program prosessdag Saltstraumen 29.-30.11.2017 (Pilot Sør-Salten)



Til kommunene i Nordland

Rådmann
NAV-leder

Deres ref:

Vår ref:

Vår
dato:13.09.2019

BEDRE NAV-TJENESTER MED STYRKET PARTNERSKAP -prosjektrapport «NAV i Nordland i en ny tid»

Prosjektrapporten foreligger nå, og vil være sentral i den videre dialogen i partnerskapet. Vi ser behov for å styrke og videreutvikle dialogen mellom kommunene i Nordland og NAV Nordland for å sikre gode tjenester til innbyggere og virksomheter. Naturlige bo- og arbeidsmarkedsregioner kombinert med lokale behov vil legge føringer for diskusjoner i partnerskapet om ulike løsninger.

Det overordnede målet i arbeids- og velferdspolitikken er et inkluderende arbeidsliv og et velfungerende arbeidsmarked hvor høy sysselsetting bidrar til finansiering og videreutvikling av et godt velferdssamfunn.

Stortingsmelding 33 «NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet» trekker opp linjene for hvilken retning Regjeringen ønsker for Arbeids- og velferdsforvaltningen og her har Stortinget gitt sin tilslutning. Det gis her rammer for utvikling av partnerskapet med mål om å gi mer handlingsrom til NAV-kontorene forutsatt større kompetansemiljø.

For å oppnå målene om flere i arbeid er det gitt følgende føringer for partnerskapet:

- Vektlegge at NAV-kontorenes oppgaver bør være klart arbeidsrettede
- Øke samarbeidet mellom kommunene og Arbeids- og velferdsetaten om digitale tjenester
- Utvikle ledelse og kompetanse i NAV-kontoret for å utnytte rommet som skapes gjennom mer lokal frihet
- Stimulere til større NAV-kontor i forbindelse med kommunesammenslåinger eller ved interkommunalt samarbeid for å bygge bredere fagmiljøer og bedre ivareta rettssikkerhet for innbyggerne.

NAV i Nordland i en ny tid

Partnerskapsprosjektet har vært gjennomført i perioden 01.06.2017-30.06.19. Vi har i prosjektet studert tre ulike modeller (piloter) for tjenesteleveranser i Nordland, i hhv. Ofoten, Indre Salten og Sør-Salten.

KS har uttrykt støtte til Stortingets vedtak om at en sammenslåing til færre og større NAV-kontor må være gjenstand for lokale vurderinger og beslutninger. Det er lagt vekt på at partnerskapet må være sentralt i det pågående arbeidet med utvikling av NAV-tjenester.

Vi vil i løpet av 2019 ta kontakt med rådmennene i aktuelle kommuner for å diskutere dette nærmere. NAV Nordland stiller gjerne med nærmere informasjon om erfaringer i prosjektet (kontaktperson; seniorrådgiver Knut Erik Dahlmo, tlf 48 16 00 41 e-post; knut.dahlmo@nav.no)

Med vennlig hilsen

Cathrine Stavnes
direktør NAV Nordland

Amund Eriksen
rådmann Hemnes kommune

Dette brevet er ikke underskrevet da det er elektronisk signert og godkjent..

Kopi: Fylkesmannen i Nordland, KS Nord-Norge og NAV-kontorene i Nordland

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Linda Marken Strøm
Arkivsaksnr.: 19/1565

Arkiv:

Orienteringssak - Fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg

Rådmannens innstilling

[::: Sett inn innstillingen under denne linja](#)

Utvalg Helse – Oppvekst tar orienteringssak – Fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg til orientering

[::: Sett inn innstillingen over denne linja](#)

[... Sett inn saksutredningen under denne linja](#)

Bakgrunn

Brev fra fylkesmannen i Nordland til alle kommunene i Nordland den 31. oktober 2019. Fylkesmannen vil i samarbeid med KS-Nord-Norge og Helse Nord RHF ta initiativ til møter med regionråd og rådmannsutvalg for å drøfte utfordringer knyttet til demografiske utviklingstrekk i kommunene og problemstillinger knyttet til fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg. Det vises blant annet til rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge datert 7.september 2019, som er oversendt til samtlige kommuner i Nord-Norge. Fylkesmannen vurderer rapporten som et viktig bidrag til det pågående arbeidet nasjonalt med å utvikle tiltak for å styrke fastlegetjenesten.

Vedlegg

- 1.Brev til kommunene i Nordland fra fylkesmannen i Nordland den 30. oktober 2019
- 2.Rapport fastlegetjenesten i Nord- Norge Status, utfordringer og forslag til tiltak, 7. september2019.

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

... Sett inn saksutredningen over denne linja



Til kommunene i Nordland

Bodø, den 31.10.19

Brev til kommunene i Nordland

Fylkesmannen vil i samarbeid med KS-Nord-Norge og Helse Nord RHF ta initiativ til møter med regionråd og rådmannsutvalg for å drøfte utfordringer knyttet til demografiske utviklingstrekk i kommunene og problemstillinger knyttet til fastlegetjenesten og annen tjenesteyting innenfor helse og omsorg.

Det vises blant annet til rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge, datert 7. september 2019, som er oversendt samtlige kommuner i Nord-Norge. Fylkesmannen vurderer rapporten som et viktig bidrag til det pågående arbeidet nasjonalt med å utvikle tiltak for å styrke fastlegetjenesten. Samtidig som det understrekes at fastlegetjenestens utfordringer er nasjonale i sin karakter, påpekes de særskilte problemer som preger denne tjenesten i nordnorske kommuner: størst andel ledige hjemler og vikarer og høy gjennomtrekk i stillingene.

I rapporten drøftes både behovet for å styrke de nasjonale rammevilkårene for fastlegetjenesten og for å styrke den lokale planlegging og gjennomføring av nødvendige tiltak. Fylkesmannen har i særskilt brev til Helse- og omsorgsdepartementet omtalt og gitt sin støtte til førstnevnte behov, og anbefaler kommunene å se til rapporten i eget arbeid med planlegging og gjennomføring av tiltak som kan forbedre fastlegetjenesten. Selv om det lovhjemlede ansvaret for fastlegetjenesten er knyttet til den enkelte kommune, vil fylkesmannen også påpeke det mulighetsrommet som ligger i et tettere og bedre samarbeid mellom kommuner for å ivareta dette ansvaret der geografiske forhold gjør det mulig.

Med vennlig hilsen

Tom Cato Karlsen

Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Status, utfordringer og forslag til tiltak



Dato: 07.09.19

Innholdsfortegnelse

1.	Sammendrag av rapporten.....	7
1.1	Bakgrunn og arbeidsmåte	7
1.2	Status for fastlegetjenesten i Nord-Norge	7
1.3	Drøftelser av mulige forbedringstiltak.....	8
1.4	Arbeidsgruppens anbefalinger av tiltak.....	9
2.	Bakgrunn for arbeidet.....	11
2.1	Vedtak i styret i Helse Nord	11
2.2	Vedtak i Regionalt samarbeidsutvalg (mellom Helse Nord RHF og Ksi Nordland, Troms og Finnmark)	11
2.3	Etablering av arbeidsgruppe for oppfølging av NSDM-rapporten.....	12
2.4	Mandat arbeidsgruppe fastleger i Nord-Norge	13
2.5	Arbeidsform og materiale.....	14
3.	Disposisjon for rapporten.....	15
4.	Utredninger i regi av Helsedirektoratet.....	17
4.1	Arbeidstidsundersøkelsen i 2018.....	17
4.2	Spesialistutdanning i allmenntidmedisin – Helsedirektoratet juli 2018 og november 2018	17
4.3	Pågående utredninger i regi av Helsedirektoratet og andre aktører	17
5.	Utredninger i regi av Legeforeningen	18
6.	Utredninger i regi av KS	19
6.1	Kommunal legetjeneste kan den ledes? Utredning utført for KS av Agenda Kaupang februar 2016.....	20
6.2	Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – rapport laget av Ipsos for KS, mai 2018	20
7.	Dokumentasjon av status og utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge.....	20
8.	Supplerende analyser av stabilitet/turnover blant fastlegene i Nord-Norge for perioden oktober 2017-mars 2019.....	22
9.	Hvor blir det av fastlegene som slutter i Nord-Norge?	26
9.1	Datainnhenting og metode	26
9.2	Mobilitetsmønster – hvor blir det av fastlegene som slutter?.....	26
9.3	Mobilitetsmønster – flytting, kommunestørrelse og sentralitet	27
9.4	Forskjeller i karrieremønstre mellom mannlige og kvinnelige leger.....	29
9.5	Alder og ansiennitet for fastlegene som har sluttet de siste 18 måneder	30

9.6	Hva vi fremdeles ikke vet – behov for oppfølgende undersøkelser	31
9.7	Oppsummering	31
10.	Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen til ledere av legetjenesten i kommunene	32
10.1	Formål og metode.....	32
10.2	Utvikling i ledige fastlegehemler/-stillinger.....	33
10.3	Behov for nye fastlegehemler/-stillinger.....	34
10.4	LIS1-stillinger.....	34
10.5	Utvikling i driftsformer	37
10.6	Omsetning av fastlegepraksiser.....	38
10.7	Plan for legetjenesten	40
10.8	Spesialistutdanning i allmenntidmedisin	42
10.9	Samarbeid om legetjenester.....	47
10.10	Øvrig personell på legekantor	49
10.11	Hvilke endringer bør gjøres for å forbedre fastlegeordningen?	50
10.11.1	Forbedringstiltak adressert til nasjonale myndigheter.....	51
10.11.2	Forbedringstiltak adressert til helseforetakene	51
10.11.3	Forbedringstiltak adressert til regionrådene	52
10.11.4	Forbedringstiltak adressert til eget nivå i egen regi	52
10.12	Oppsummering.....	53
11.	Kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommuner i Nord-Norge.....	54
11.1	Hvordan data er innhentet - metode for kartlegging.....	54
11.2	Avtaletyper som er i bruk.....	54
11.3	Fastlegeavtaler i Finnmark	55
11.3.1	Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Finnmark	55
11.3.2	Fastlønnsavtaler med bonus i Finnmark	56
11.3.3	Fastlønnsavtaler i Finnmark.....	58
11.4	Fastlegeavtaler i Troms.....	59
11.4.1	Hovedmodellen i Troms	59
11.4.2	Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Troms (8.2 avtaler)..	60
11.4.3	Fastlønn med bonus i Troms	61
11.4.4	Fastlønn i Troms.....	62
11.5	Fastlegeavtaler i Nordland.....	63

11.5.1	Hovedmodellen i Nordland	63
11.5.2	Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Nordland (8.2 avtaler)	64
11.5.3	Fastlønn med bonus i Nordland	65
11.5.4	Fastlønn i Nordland.....	65
11.6	Oppsummering – fastlegeavtaler i Nord-Norge.....	67
12.	ALIS-Nord og etablering av regionale ALIS-kontor	69
12.1	Målsetting med ALIS-Nord.....	69
12.2	Status for ALIS-Nord i juni 2019.....	69
12.3	ALIS Nord – fordeling etter kommunens sentralitet og folketall.....	71
12.4	Etableringa av ALIS-kontorer i alle helseregioner	72
12.4.1	Foreslåtte oppgaver for ALIS-kontorene	73
12.4.2	Samarbeidsforhold	74
12.4.3	Økonomi.....	74
13.	Drøftelse av mulige forbedringstiltak.....	75
13.1	Viktig å tilrettelegge for alternative driftsmodeller	75
13.2	Fordelingskonsekvenser av ubalanse i arbeidsmarkedet for fastleger.....	76
13.3	Finansieringsordninger og takster som virkemidler for å styrke fastlegetjenesten	76
13.4	Behovet for flere fastleger og redusert listelengde	78
13.5	Konkurransen om leger mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten	79
13.6	Målrettet tilrettelegging for systematisk rekruttering og stabilisering av fastleger i Nord-Norge	80
13.6.1	Turnustjenesten (LIS 1) som rekrutteringsinstans	81
13.6.2	Behovet for en langsiktig og systematisk satsing på utdanning av nye fastleger	82
13.6.3	Fastlegenes behov for tilgang til LIS-stillinger i sykehus	83
13.6.4	Rekruttering til og stabilitet i fastlegestillingene – to sider av samme sak	84
13.7	Virkemidler innrettet mot unge leger som vil bli fastleger	85
13.8	Behovet for en mer profesjonell ledelse og planlegging av legetjenesten i kommunene	86
13.9	Behov for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.....	86

13.10	Organisasjonsmodeller.....	87
13.11	Stor variasjon mellom kommuner mht. innhold i fastlegeavtalene.....	88
13.12	Gjennomgang og avklaring av arbeidsdelingen mellom sykehus og fastleger	89
13.13	Tverrfaglige team og annet helsepersonell som kan avlaste fastlegene.....	90
13.14	Betydningen av enkle og tilgjengelige digitale løsninger for fastlegenes kommunikasjon og informasjonsutveksling med pasienter og fagmiljøer i Nord- Norge	92
13.15	Betydningen av desentraliserte utdanningsmodeller for rekruttering av fastleger	93
13.16	Kommunenes ansvar for å ivareta hensynet til språk og kultur for samiske pasienter	93
14.	Forslag til konkrete tiltak	95
14.1	Overordnet nasjonalt ansvar: Forslag om opptrappingsplan for fastlegetjenesten	95
14.2	Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering.....	95
14.3	Tiltak innrettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler.....	96
14.4	Tiltak som kan avlaste fastlegene.....	97
14.5	Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen	97
14.6	Tiltak rettet mot å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak....	98
14.7	Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter	99
14.8	Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller	99
14.9	Innbyrdes prioritering av tiltak	99
15.	Referanser.....	100
16.	Vedlegg.....	102
16.1	Vedlegg 1: Fastlegers tidsbruk – Undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin for Helsedirektoratet (januar 2018).....	102
16.2	Vedlegg 2: Ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin - sammendrag og vurdering av rapporter fra Helsedirektoratet.....	103
16.3	Vedlegg 3: Legeforeningens forslag til videreutvikling av fastlegeordningen	105
16.4	Vedlegg 4: Norsk forening for allmenntidmedisin – notat fra faggruppe for samhandling - mars 2018 - Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus	110

16.5	Vedlegg 5: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport februar 2016 Agenda Kaupang for KS	116
16.6	Vedlegg 6: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – Ipsos-rapport mai 2018 laget for KS	119
16.7	Vedlegg 7: Fastlegetjenesten i Nord-Norge – sammendrag av NSDMs rapport fra mai 2018.....	121
16.8	Vedlegg 8: Spørreskjema til kommunale helseledere om fastlegetjenesten - undersøkelse om fastleger i Nord-Norge	126
16.9	Vedlegg 9: Sammendrag - Recruit & Retain – Making it Work - Den norske case-studien	135

1. Sammendrag av rapporten

1.1 Bakgrunn og arbeidsmåte

Bakgrunnen for dette arbeidet, er en tiltagende bekymring i Helse Nord RHF om at en krise i landsdelens fastlegetjeneste også vil ramme og svekke spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF bestilte derfor en utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge som i mai 2018 ble levert av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Utredningen ble høsten 2018 fremlagt som sak både i Regionalt samarbeidsutvalg¹ og styret i Helse Nord RHF. Denne rapporten er en oppfølging av deres vedtak.

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF med øvrige medlemmer fra KS-Nord-Norge, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), ALIS-Nord, fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger fra kommuner i Nord-Norge, og Universitetssykehuset Nord-Norge. Rapporten bygger på flere ulike datakilder, både tidligere utredninger og originalt innsamlet materiale utført i regi av arbeidsgruppen. Innledningsvis (kap. 4-7) vises det til utvalgte avsluttede og pågående nasjonale og regionale utredninger om fastlegetjenesten. Arbeidsgruppen har lagt hovedvekten på å presentere mest mulig oppdatert dokumentasjon om status og utfordringer for fastlegetjenesten i landsdelen (kap. 8-13) og et sluttkapittel (14) med forslag til tiltak.

1.2 Status for fastlegetjenesten i Nord-Norge

Fastlegetjenesten i Nord-Norge er organisert på måter som avviker vesentlig fra resten av landet. Bare sju kommuner har organisert virksomheten etter hovedmodellen (næringsdrift), men disse har hele 38 prosent av fastlegene. Fastlegene fordeler seg slik på øvrige modeller: næringsdrift med kommunal subsidiering (19 %), fast lønn med bonus (28%) og fast lønn (15 %). Det innebærer at det store flertall av kommuner i Nord-Norge subsidierer fastlegetjenesten utover den finansieringen som følger med hovedmodellen.

NSDMs utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge viser at det er klart høyere årlig gjennomtrekk/turnover i fastlegestillingene (12,8 %) i denne landsdelen enn i resten av landet (7,3%). Turnover er klart høyere i perifere kommuner med lavt folketall enn i mer sentrale og folkerike kommuner i landsdelen. Det er også relativt flere legeløse lister og vikarer i kommunene i nord. Videre er listene kortere og det er færre av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin. Dette bildet bekreftes gjennom oppdatert informasjon for perioden fram til mars 2019.

En mobilitetsanalyse blant fastleger i Nord-Norge som sluttet i løpet av perioden oktober 2017-mars 2019, viser at blant de som flyttet ut av landsdelen, fortsatte en stor andel som fastleger, mens flertallet av de som fortsatt er i Nord-Norge har tiltrådt stillinger i sykehus. Det er ellers en generell og sterk tendens til at fastlegene som har sluttet i sine stillinger i Nord-Norge flytter til mer folkerike og sentrale kommuner.

¹ Regionalt samarbeidsutvalg er et partssammensatt utvalg med medlemmer av Helse Nord og KS, inkludert tillitsvalgte fra både kommunene og helseforetakssiden.

Det er gjennomført en spørreundersøkelse til ledere av legetjenesten i kommunene som er besvart av alle unntatt én kommune. Den viser at andelen ledige hjemler øker i de sentrale og folkerike kommunene. Lederne i disse kommunene melder om et betydelig behov for flere fastlegehjemler. Samlet har kommunene i Nord-Norge behov for 12 % flere fastleger. Få kommuner har utarbeidet en plan for legetjenesten og det samarbeides i liten grad med andre kommuner om annet enn legevakt. Av forbedringer etterspørres særlig bedre finansieringsordninger, både for pasientrettet fastlegearbeid og for spesialistutdanning av fastleger. Bedre tilgang til sykehustjeneste for fastleger under spesialisering nevnes også. Flere helseledere nevner behovet for å forankre legetjenesten bedre i kommunens toppledelse og å styrke ledelsen av den.

Arbeidsgruppen har gjennomført en kartlegging av legeavtaler i de fleste av landsdelens kommuner. Det er et betydelig spenn i disse avtalene, mht. økonomisk godtgjøring og andre arbeidsvilkår, innen samme avtaletype, mellom leger i samme kommune og mellom kommuner. Disse forskjellene gjenspeiler nok både forskjeller i oppgaver og arbeidsbelastning, men også forskjeller i markedssituasjon og forhandlingsstyrke.

Arbeidsgruppen har lagt særlig vekt på å få fram utfordringer knyttet til nasjonale helsemyndigheters skjerpede krav til kommuner om at nye fastleger må være spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering. Det redegjøres for ALIS Nord-prosjektet, etableringen av permanente regionale ALIS-kontor og viktigheten av at alle kommuner i landsdelen tilpasser seg de nye utdanningskravene.

1.3 Drøftelser av mulige forbedringstiltak

I kapittel 13 drøftes mulige forbedringer som danner grunnlaget for de tiltak arbeidsgruppen foreslår i kapittel 14. Siden utfordringene i fastlegetjenesten gjelder store deler av landet, trengs det nasjonale tiltak, ikke minst mht. tilfang, finansiering og spesialistutdanning av fastleger. Slike tiltak med adresse til nasjonale myndigheter, drøftes. Arbeidsgruppen er opptatt av at nasjonale tiltak må innrettes slik at de ivaretar geografiske fordelingshensyn. De må ikke skape ubalanse i legemarkedet som tømmer utkantområder for leger. Utfordringene ved for sterk stillingsvekst i sykehusene drøftes også, med henblikk på konsekvenser for rekruttering av fastleger.

Arbeidsgruppen drøfter sammenhengen mellom rekruttering og det å legge til rette for at fastlegene forblir lenger i jobben som fastlege. Dette er to sider av samme sak, ettersom det langt på vei er de samme vilkår som fremmer rekruttering og stabilitet.

Videre drøftes betydningen av at kommuner i større grad samarbeider innbyrdes om legetjenester og styrker samarbeidet med helseforetakene. Integrasjon av fastleger i større faglige felleskap – gjennom organisatoriske og virtuelle nettverk - vil kunne kompensere for noen av de småskalalempene som følger av å jobbe i perifere kommuner.

Arbeidsgruppen har adressert spørsmålet om fastlegenes evne til å ivareta samiske pasienter på måter som tar hensyn til språk og kultur. Behovet for kartlegginger som avdekker utfordringene på dette feltet og oppfølgende tiltak, drøftes.

1.4 Arbeidsgruppens anbefalinger av tiltak

Med utgangspunkt i dokumentasjon av status og drøftelser av mulige forbedringstiltak, har arbeidsgruppen anbefalt i alt 34 enkelttiltak, tematisk organisert i åtte hovedgrupper:

Etablering av nasjonal opptrappingsplan for fastlegetjenesten

Arbeidsgruppen foreslår at det i regi av trepartssamarbeidet utarbeides en fireårig nasjonal opptrappingsplan (2020-2023) for fastlegetjenesten.

Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering

For å styrke rekrutteringstilfanget til fastlegetjenesten, foreslås en økning av antallet LIS1-stillinger og en større medvirkning fra kommunene i rekrutteringsfasen til disse stillingene. Det foreslås etablering av 60-70 flere ALIS-stillinger i landsdelens kommuner, etablering av 30-40 øremerkede ALIS-stillinger i landsdelens helseforetak, styrket veiledningstjeneste og mulighet til å velge mellom fastlønn og næringsmodell som ALIS.

Tiltak rettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtale

Det anbefales å legge opp til finansieringsordninger som understøtter ulike praksismodeller tilpasset forskjeller mellom kommuner. Det foreslås å øke basistilskuddets relative andel av totalfinansieringen, at dette tilskuddet risikjusteres mht. legenes pasientpopulasjon, og at det vurderes å etablere «knekkpunkt» for basistilskuddets størrelse relatert til listelengde. Videre foreslås særlige takster eller tilskuddordninger som kan gjøre det enklere for unge fastleger å etablere praksis etter næringsmodell.

Tiltak som kan avlaste fastlegene

Det anbefales å foreta kritiske vurderinger av oppgaveoverføringer fra sykehus til kommuner, å styrke felles oppgaveløsning og samarbeid, samt sørge for at fastlegene ikke belastes unødige med administrative oppgaver. Videre foreslås å legge til rette for at arbeidsoppgaver utført av annet helsepersonell ved fastlegekontorene finansieres gjennom takster, og at tilsvarende løsninger vurderes for tverrfaglige team når pågående evalueringer er gjennomført. Fastlegene bør også få bedre og mer tilgjengelige digitale løsninger som kan forenkle, forbedre og effektivisere arbeidet.

Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunene

Kommuner bes vurdere fellesorganisering av legetjenester i samarbeid med andre kommuner, og at de – i egen regi eller samarbeid med andre kommuner - generelt styrker ledelsen av legetjenestene, samt utrednings- og planleggingskompetansen. Det anbefales videre at kommunene tar i bruk rammeverket «Recruit & Retain – Making it work» som kunnskapsgrunnlag for rekruttering og stabilisering av leger.

Tiltak for å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak

Det anbefales å bredde samarbeidsflaten mellom kommuner og helseforetak til å innbefatte rekruttering, fagutvikling, planlegging, e-helse mv. Arbeidsgruppen foreslår at det implementeres lokalt tilpassede retningslinjer for samarbeid og oppgavedeling mellom fastleger og sykehus, at praksiskonsulentordningen styrkes og at fastlegerådene og andre kliniske samarbeidsutvalg brukes aktivt for å videreutvikle samarbeidet.

Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlege-tjenesten vis a vis samiske pasienter

Det anbefales å gjøre en systematisk kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av hensynet til samisk språk og kultur, ikke bare i samiske kjerneområder, men også i andre kommuner, inkludert bykommuner i landsdelen der samiske innbyggere antas å ha slike behov. I forlengelsen av kartleggingen bør kommuner som ikke i nødvendig grad ivaretar disse hensyn, iverksette avbøtende tiltak.

Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

Det anbefales å legge til rette for økt utdanningskapasitet av leger ved UiT – Norges arktiske universitet, herunder inkludere Helgeland i den desentraliserte utdanningsmodellen for medisinere. Det foreslås generelt å styrke desentraliserte utdanningsmodeller for helsepersonell og i større grad å eksponere studentene for arbeid i kommunehelsetjenesten.

2. Bakgrunn for arbeidet

Da den økende bekymringen for sviktende rekruttering til og stabilitet i fastlegekorpset, ble satt på den nasjonale helsepolitiske dagsorden i 2017, ble det også et anliggende for Helse Nord RHF. Hvis fastlegeordningen svekkes, har det også negative konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. Dette øker risikoen for at fastlegenes portvaktfunksjon svekkes, med den konsekvens at sykehusene må håndtere oppgaver som fortrenger deres primære funksjon som spesialisthelsetjeneste. Både kommunene og fastlegene har dessuten fått overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen (fra 2012).

At det gjennom historiske erfaringer i tillegg er dokumentert at rekrutteringssvikt i legetjenesten alltid har rammet Nord-Norge hardest, er bakgrunnen for at Helse Nord RHF høsten 2017 tok initiativet til en utredning om status og utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge, gjennom en bestilling av rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Denne rapporten ble levert 3. mai 2018, og er utgangspunktet for de vedtak om oppfølging som høsten 2018 er gjort både i styret for Helse Nord RHF og i Regionalt samarbeidsutvalg.

2.1 Vedtak i styret i Helse Nord

Styret i Helse Nord RHF fattet i møte 29. august 2018 følgende enstemmige vedtak i sak 101/2018 – Fastlegetjenesten i Nord-Norge, status og fremtid – oppfølging av rapport:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Rapport fra NSDM: Fastlegetjenesten i Nord-Norge* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp rapporten i samarbeid med de berørte parter, først og fremst kommuner, kommunesektorens organisasjon (KS) og fylkesmenn i de tre nord-norske fylker.
3. Styret ber adm. direktør videre om å ta initiativ til etablering av en arbeidsgruppe som får i mandat å fremme forslag om konkrete, prioriterte tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliseringen i fastlegestillingene i Nord-Norge.
4. Styret ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en orientering om status i arbeidet med fastlegetjenesten i Nord-Norge i styremøte høsten 2019.

2.2 Vedtak i Regionalt samarbeidsutvalg (mellom Helse Nord RHF og KS i Nordland, Troms og Finnmark)

Sak 14/2018 om status og fremtid for fastlegetjenesten i Nord-Norge, ble fremmet for Regionalt samarbeidsutvalg i møte 3. oktober 2018, der det ble gjort følgende vedtak:

1. Det konstateres at Rapport om fastlegetjenesten i Nord- Norge gir en bred dokumentasjon av framtidens utfordringer med å rekruttere fastleger til landsdelen.

2. Regionalt samarbeidsutvalg anbefaler at rapporten følges opp i samarbeid med flere parter, primært med representanter fra kommuner, KS, fastleger og fylkesmannen i de tre nord-norske fylker.
3. Regionalt samarbeidsutvalg ber Helse Nord RHF, som for tiden har ansvar for å samordne saksforberedelsen til utvalget, om å ta initiativet til at det i samarbeid med partene etableres en arbeidsgruppe med mandat å fremme forslag om konkrete, prioriterte tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliseringen i fastlegestillingene i Nord-Norge. Tiltak som fungerer godt i enkelte kommuner, bør ses på og vurderes i dette arbeidet. Regionalt samarbeidsutvalg ber om at det samiske perspektivet tas med i mandatet for å sikre rekruttering av personell med samisk språk og kulturforståelse.
4. Regionalt samarbeidsutvalg anbefaler kommuner i Nord-Norge til å forholde seg aktivt til forespørsel fra ALIS-Nord med hensyn til deltagelse i prosjektet.
5. Regionalt samarbeidsutvalg forutsetter at Helse Nord RHF sørger for at helseforetakene legger til rette for allmennlegenes sykehuspraksis, og at denne tjenesten organiseres slik at den kan gjennomføres uten at allmennlegen må flytte fra hjemkommunen.
6. Regionalt samarbeidsutvalg forutsetter at alle parter på alle nivåer samhandler og har en god dialog i dette samarbeidet.

2.3 Etablering av arbeidsgruppe for oppfølging av NSDM-rapporten

Av kapasitetsmessige grunner ble arbeidet med oppfølging av NSDM-rapporten først startet opp i slutten av januar 2019. Det ble på dette tidspunkt etablert en arbeidsgruppe, ledet av Helse Nord RHF, med deltagelse fra fylkesmannen i Nordland, fylkesmannen i Troms og Finnmark, KS-Nord-Norge, fastleger (inkludert kommuneoverlege), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), ALIS-Nord og Universitetssykehuset Nord-Norge.

Følgende personer ble oppnevnt i arbeidsgruppen:

- Finn Henry Hansen, direktør - Helse Nord RHF (leder)
- Birgit Abelsen, forskningsleder - Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
- Guri Moen Lajord, rådgiver - Universitetssykehuset Nord-Norge (fra 20.02.2019)
- Tom Mikalsen, regiondirektør - KS Nord-Norge.
- Hedda Herder Nilssen, kommuneoverlege/fastlege - Fauske kommune
- Bjørn Nordang, fastlege - Nordkapp kommune
- Anne Grethe Olsen, fylkeslege - fylkesmannen i Troms og Finnmark
- Morten Sundnes, kst. fylkeslege - Fylkesmannen i Nordland (fram til 20.02.2019)
- Svein Steinert, prosjektleder - ALIS-Nord

KS er en av partene i tre-partssamarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen. Målet med trepartssamarbeidet er at KS, Legeforeningen og staten skal få en tettere dialog om fastlegeordningen, og regelmessig kunne drøfte ulike problemstillinger. Det inkluderer blant annet rekruttering, utdanning og finansiering. Fra KS' side vil denne rapporten derfor være å anse som et regionalt innspill til KS i dette arbeidet.

Det gjelder for øvrig alle medlemmer av arbeidsgruppen, at rapportens vurderinger og konklusjoner uttrykker medlemmenes vurderinger og ikke de institusjoner som medlemmene utgår fra.

2.4 Mandat arbeidsgruppe fastleger i Nord-Norge

Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i foreliggende kunnskap og erfaringer om fastlegetjenesten i Nord-Norge. På dette grunnlag skal det utformes forslag til tiltak som kan bidra til å styrke framtidig rekruttering av fastleger til kommunene i Nord-Norge og til å bedre kontinuitet/reducere turnover i fastlegeavtaler. Arbeidsgruppen har som ambisjon å avlevere rapport om sine forslag innen sommeren 2019. Med utgangspunkt i vedtak fra styrende organer (jf. punkt 2.2) har arbeidsgruppen selv – gjennom følgende kulepunkter - presisert sitt mandat:

Første prioritet:

- Tiltakene som foreslås skal inkludere vurdering av både faglig tilrettelegging, etter- og videreutdanning, arbeidstid/listelengde og finansieringsordninger.
- Forslagene til tiltak bør innrettes og utformes slik at de er tilpasset og understøtter ulike praksisformer (privat næringsdrift, fastlønnsavtaler og varianter av hybrid-løsninger).
- Arbeidsgruppen skal beskrive og vurdere ulike organisasjonsmodeller for fastleger, eksemplifisert med Nordkappmodellen og Nordsjø-modellen.
- Forslagene til tiltak må differensieres slik at de er tilpasset ulike typer kommuner (befolkningsstørrelse, sentralitet, geografisk beliggenhet mv).
- Arbeidsgruppen skal vurdere ledelsesmessige og administrative forhold i kommunen av betydning for fastlegene.
- Arbeidsgruppen skal vurdere ulike former for samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.
- Arbeidsgruppen skal vurdere tiltak på ulike nivåer, både mot nasjonale myndigheter, kommunene og helseforetakene. Ulike former for medvirkning fra andre regionale aktører, eksemplifisert ved fylkesmannen, fylkeskommunene og universitetene, bør også vurderes.
- Arbeidsgruppen skal vurdere nødvendige forbedringer av nasjonale rammevilkår versus behov for særskilte tiltak i Nord-Norge.

- I tiltakene for rekruttering skal arbeidsgruppen sørge for at det samiske perspektivet innarbeides, slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas vis a vis samiske pasienter.

Andre prioritet:

- Arbeidsgruppen skal vurdere nye måter å gjennomføre og dele opp tellende tjeneste i spesialisthelsetjenesten.
- Arbeidsgruppen skal vurdere behovet i Nord-Norge (dimensjonering) for allmennlegenes tilgang til LIS-stillinger i spesialisthelsetjenesten.
- I drøftelse av tiltak skal hele porteføljen (listepasienter, legevakt, sykehjem, kommuneoverlegefunksjon, andre offentlige oppgaver) av fastlegenes oppgaver inkluderes.
- Arbeidsgruppen skal vurdere tiltak knyttet til interprofesjonelt samarbeid, IKT-løsninger, nettverk mv. som kan gjøre arbeidsdagen mer faglig attraktiv og som kan avlaste fastlegene for arbeidsoppgaver, for eksempel redusere «sekretæroppgaver» som påføres fastlegene fra spesialisthelsetjenesten.

2.5 Arbeidsform og materiale

Arbeidsgruppen har i perioden januar–august 2019 hatt 9 møter, hvorav 7 på Skype og 2 fysiske møter. I starten av arbeidet ble det arrangert to dager med møter i Oslo der arbeidsgruppen ble informert om pågående arbeid med fastlegeordningen i Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS. Det har i tillegg vært avholdt en rekke møter mellom enkeltmedlemmer av arbeidsgruppen, oftest 2-3 personer som har påtatt seg dedikerte oppgaver i tilknytning til utredningen.

Siden det ikke har vært satt av dedikerte sekretariatressurser til arbeidet, er oppgaver knyttet til datainnsamling, dokumentasjon og skrivning fordelt mellom medlemmene. Alle medlemmer av arbeidsgruppen har deltatt aktivt i dette arbeidet, om enn i noe ulik grad. Forskningsleder Birgit Abelsen har påtatt seg særlige oppgaver knyttet til å oppdatere dokumentasjon og utføre supplerende analyser (8, 10 og 11²), mens Finn Henry Hansen, som gruppens leder, har tatt et særlig redaksjonelt ansvar for kapitlene 1-4, 9, 13 og 14, og for å sy sammen rapporten. Svein Steinert har skrevet kapittel 12 om ALIS-Nord. Medlemmer av samhandlingsutvalget i Helse Nord har også gitt verdifulle innspill til rapporten.

Arbeidsgruppen har brukt ulike informasjons- og datakilder som grunnlag for sitt arbeid. De siste par årene er det publisert en rekke nasjonale rapporter om fastlegesituasjonen, både i regi av Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS. Arbeidsgruppen har gjort seg kjent med disse nasjonale rapportene, men har i tillegg funnet det nødvendig å innhente supplerende informasjon om status og særskilte

² Bjørn Nordang, Hedda Herder Nilssen, Svein Steinert og Anne Grethe Olsen har utført et betydelig arbeid med å kartlegge legevakter i nord-norske kommuner.

utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge. Helse Nord RHF's bestilte rapport fra NSDM fra mai 2018 utgjør fortsatt den mest helhetlige dokumentasjon om fastlegene i nord. Denne dokumentasjonen er imidlertid i vårt arbeid supplert på viktige punkter.

For det første er det gjort en oppdatert analyse av stabilitet/turnover i fastlegehjemlene/stillingene for perioden oktober 2017- mars 2019. Derneft er det gjort en mobilitetsanalyse som viser hvor det ble av de fastlegene som sluttet i sine hjemler/stillinger i ovennevnte 18 måneders-periode; til hvilke kommuner og hvilke stillinger flyttet de? Ved hjelp av disse data vil det være mulig å etterspore mulige generelle mønstre i den observerte mobiliteten.

Derneft er det gjort en omfattende kartlegging av innholdet i fastlegeavtalene i kommunene i Nordland, Troms og Finnmark. Denne kartleggingen dokumenterer betydelig variasjon i de ordninger kommunene har inngått, men viser først og fremst at fastlegeavtalene i Nord-Norge er vesentlig annerledes enn de som følger av hovedmodellen.

Arbeidsgruppen har videre sendt ut elektronisk spørreskjema³ til ledere av legetjenesten i samtlige nordnorske kommuner. I dette skjema bes kommunene både om å oppdatere relevant informasjon om fastlegeordningen i egen kommune, og å komme med vurderinger av tiltak på ulike nivåer. Dette materialet suppleres av en mer kvalitativ kartlegging utført av fastlegemedlemmene i arbeidsgruppen, gjennom direkte henvendelser til kommuner og fastlegekolleger.

3. Disposisjon for rapporten

Ovennevnte innledning om bakgrunn og mandat mv. følges opp med en kort oppsummering og gjennomgang av aktuelle og relevante tidligere og pågående utredninger om fastlege-ordningen. Formålet med denne gjennomgangen, er å ramme inn vårt arbeid i en videre kontekst. Disse utredningene – utført i regi av Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS og Helse Nord RHF/NSDM - som kort oppsummeres i selve rapporten, er presentert i mer omfattende sammendrag, som vedlegg bakerst i rapporten.

Etter denne gjennomgangen, presenteres oppdateringer av NSDM-rapporten, en kartlegging av hvor det blir av de fastlegene som har sluttet i sine stillinger i nordnorske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019, en ny større spørreskjemabasert undersøkelse om fastlegeordningen, adressert til helseledere i samtlige 87 kommuner i Nord-Norge, samt en redegjørelse for de fastlegeavtaler som er inngått i kommunene i Nord-Norge. Det redegjøres videre for ALIS-Nord prosjektet,

³ Guri Moen Lajord har hatt hovedansvaret for utforming av spørreskjemaet som ble sendt til de kommunale helselederne.

både om hvilke kommuner som har søkt om å delta i dette prosjektet, og hvilke kommuner som er vedtatt inkludert i prosjektet. Det gjøres også en sammenligning av ALIS-Nord kommuner, med kommuner som ikke inngår i dette prosjektet, både mht. strukturelle kjennetegn (folketall, sentralitetsindeks, listelengde) og rekrutteringsutfordringer (turnover/stabilitet).

I forlengelsen av den empiriske kartlegging og dokumentasjon, drøftes implikasjoner av de viktigste funn, med sikte på å vurdere og prioritere tiltak på ulike nivåer.

4. Utredninger i regi av Helsedirektoratet

4.1 Arbeidstidsundersøkelsen i 2018

I løpet av 2017 inntok utfordringene innen fastlegeordningen en stadig større plass i det nasjonale mediebildet, med økende fokus både på arbeidsbelastninger og rekrutterings-problemer. I regi av Helsedirektoratet ble det derfor bestilt en utredning om fastlegers tidsbruk som ble gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og publisert i januar 2018 (vedlegg 1). Det ble her dokumentert en gjennomsnittlig selvrapportert arbeidstid på 55,6 timer (inkludert legevakt), noe som er en betydelig økning sammenlignet med tidligere tilsvarende undersøkelser og langt høyere ukentlig arbeidstid enn sykehusleger. For vårt arbeid hadde det vært ønskelig at resultatene fra denne undersøkelsen var brutt ned på regioner, men det faktum at fastlegene i småkommunene har lengre arbeidstid enn i større kommuner indikerer at arbeidstiden for fastleger i Nord-Norge er lengre enn gjennomsnittet for landet. Denne utredningen er viktig ettersom den dokumenterer og bekrefter den økte arbeidsbelastning for fastlegene.

4.2 Spesialistutdanning i allmenntidmedisin – Helsedirektoratet juli 2018 og november 2018

Gjennom to rapporter fra Helsedirektoratet (vedlegg 2) ble det i 2018 redegjort for ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin, og for kompetanseforskriften med krav om at alle leger som jobber klinisk i en kommune må spesialisere seg, og at kommunene har en plikt til å legge til rette for det. Det stilles også større krav til veiledning under spesialiseringsløpet for allmenntidleger, noe som kan være utfordrende for kommuner som mangler spesialister i allmenntidmedisin som kan ivareta denne veiledningen og som i større grad forutsetter samarbeid mellom kommuner. I den nye spesialistutdanningen er kravet til tjenestetid i stor grad erstattet med fastsatte læringsmål som skal oppfylles, noe som også gjelder kravet til tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Kommunestrukturen i Nord-Norge vil forutsette stor grad av overordnet tilretteleggelse og innbyrdes samarbeid mellom kommuner for å kunne innfri de nye kravene. I våre anbefalinger vil vi komme med forslag om hvordan dette kan gjøres.

4.3 Pågående utredninger i regi av Helsedirektoratet og andre aktører

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er det under arbeid en rekke utredninger om ulike aspekter ved fastlegeordningen. Vi nevner her de mest aktuelle av disse utredningene:

- Evaluering av fastlegeordningen. Utføres av Ernst & Young, med leveringsfrist 1. september 2019.

- Evaluering av brukernes erfaringer med fastlegeordningen: Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19. Utføres av Folkehelseinstituttet med leveringsfrist 1. september 2019.

Trepartssamarbeidet har nedsatt fire arbeidsgrupper hvorav to fremdeles er under slutføring. Det gjelder:

- Vurderinger av alternative finansieringsmodeller for fastlegene. Ledes av Helsedirektoratet, leveransefrist 1. september 2019.
- Kvalitet og innovasjon i fastlegeordningen. Ledes av Helsedirektoratet, med leveransefrist 15. oktober 2019.

I tillegg er det under arbeid en rekke mindre utredninger som har direkte eller indirekte relevans for fastlegeordningen.

De pågående utredningene som ferdigstilles denne høsten, skal danne grunnlaget for en handlingsplan for allmennlegetjenesten som departementet skal utarbeide og oversende Stortinget i løpet av våren 2020.

Det presiseres at det arbeid som gjennom denne rapporten presenteres fra arbeidsgruppen i Nord-Norge, overhodet ikke er ment som noe konkurrerende dokument til de mer omfattende og detaljerte nasjonale utredninger som er på gang. Vår rapport må mer vurderes som et supplerende dokument der det – på grunnlag av oppdatert dokumentasjon - redegjøres for mer spesifikke forhold og utfordringer ved fastlegeordningen i Nord-Norge som kanskje ikke synliggjøres i særlig grad i de nasjonale utredningene.

5. Utredninger i regi av Legeforeningen

Legeforeningen har i løpet av de siste to årene publisert flere dokumenter med forslag til videreutvikling av fastlegeordningen (Se vedlegg 3).

I en utredning fra oktober 2017 understrekes behovet for både generelt å forbedre ledelsen av medisinske tjenester i kommunene og spesielt å styrke ledelsen av fastlegekontorene. Det vises også til utredning om samme tema i regi av KS (vedlegg 5). Dette sterke fokuset på krav til kompetent ledelse av kommunehelsetjenesten, vurderes som svært relevant for å forbedre stabilitet, rekruttering og kvalitet i tjenestene.

I en annen utredning om fastlegenes portnerrolle drøftes det hvordan denne rollen forutsetter kontinuitet i lege-pasientforholdet, og dermed svekkes av stadige utskiftninger og stor bruk av vikarer. For å være en effektiv portner med høy diagnostisk presisjon, må fastlegen kjenne pasienten; dette er særlig viktig for de sykeste pasientene og for pasienter med komplekse sykdommer. Fastlegens

portenerolle foreslås modernisert og styrket gjennom etablering av faglige nettverk og ved å utvikle og bredde systemer for lokalt kvalitetsarbeid.

I den rapporten som Menon Economics har laget for Legeforeningen (2018), dokumenteres det at arbeidspresset har økt dramatisk, men at fastlegene samtidig behandler færre pasienter grunnet et stadig mer komplekst sykdomsbilde. Ut fra nærmere redegjort forutsetninger er det beregnet at det allerede i dag er et underskudd på ca. 1000 fastleger, dersom man skal sikre pasientene en kvalifisert tjeneste og gi legene en forsvarlig arbeidsuke. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn, er det i rapporten beregnet et behov for mellom 30 og 100 prosent flere fastleger i 2040.

Ifølge Legeforeningens utviklingsplan for fastlegeordningen må det rekrutteres hele 500 nye ALIS årlig for å dekke dagens og fremtidens legebehov. Det foreslås videre at det lages en nasjonal ordning for ALIS som gir kommunene mulighet til å ivareta kravene i den nye spesialistutdanningen, at normene for listelengde reduseres for å gi mer tid til hver pasient, og at finansieringsmodellen justeres. I planen understrekes behovet for å regulere oppgave- og ansvarfordeling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, og for at det legges til rette for ansettelse av annet helsepersonell ved legekantorene.

I et svært viktig dokument fra mars 2018 (vedlegg 4) har faggruppen for samhandling i Norsk forening for allmenntidisin formulert en rekke anbefalinger som samarbeid mellom fastleger og sykehus. Anbefalingene adresserer begge parter på et relativt detaljert og konkret nivå mht. måten oppgaver skal løses på og hvilken part som har ansvar for hva. Dette dokumentet har etter hvert fått bred aksept i medisinske fagmiljøer og har i løpet av det siste året fått tilslutning av de overordnede samarbeidsutvalg i våre helseforetak. Det gjenstår likevel et betydelig oppfølgingsarbeid blant ledere, leger og annet helsepersonell på alle nivåer mht. å realisere disse anbefalingene. Dette oppfølgingsbehovet er kanskje aller størst i helseforetakene.

6. Utredninger i regi av KS

Kommunesektorens organisasjon (KS) ivaretar kommunenes arbeidsgiverrolle og er dessuten en interessepolitisk aktør på vegne av kommunene. I denne egenskap har KS også tatt initiativ til utredninger om kommunehelsetjenesten og om fastlegeordningen.

6.1 Kommunal legetjeneste kan den ledes? Utredning utført for KS av Agenda Kaupang februar 2016

Innledningsvis i denne rapporten (vedlegg 5) konstateres at kommunene i liten grad leder og styrer legetjenesten, og at dette primært skyldes liten bevissthet om hvordan denne tjenesten kan styres og lite ressurser avsatt til dette formålet. Det konstateres videre at det synes enklere å styre legene i små kommuner med fortrinnsvis fastlønnede leger enn i større kommuner med næringsdrivende leger. For å oppnå bedre styring, foreslås det at kommune skaffer seg bedre verktøy i form av styringsdata, analyser og løpende rapporter om fastlegetjenesten. Det foreslås videre at KS og Legeforeningen utvikler en felles veileder for styring og ledelse av legene. I rapporten foreslås det også at det - i regi av de samarbeidsorganene som etablert mellom fastlegene og kommunen - utarbeides planer og strategier for styring og ledelse av legetjenesten.

6.2 Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – rapport laget av Ipsos for KS, mai 2018

Denne rapporten (vedlegg 6) er basert på en spørreundersøkelse til alle kommuner, med 57 prosent svar. Et av hovedformålene med undersøkelsen var å finne ut i hvilken grad kommunene subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære hovedmodellen (basistilskudd og utjamningstilskudd). For landet som helhet oppgir 68 prosent av kommunene å yte slike subsidier, mens tilsvarende andel i nordnorske kommuner er hele 89 prosent. Kommunenes merkostnader (=subsidiering) ble på landsbasis estimert til ca. 400 millioner kr, hvorav ca. 140 millioner i nordnorske kommuner. Det innebærer at nordnorske kommuners subsidiering av fastlegene er nær 6 ganger høyere per innbygger enn gjennomsnittet for de øvrige landsdeler. Dette er fakta som synliggjør vesentlige forskjeller mellom fastlegetjenesten i Nord-Norge og resten av landet, og som har betydning for vår drøftelse av regionale fordelingsvirkninger av tiltak og virkemidler i fastlegeordningen.

7. Dokumentasjon av status og utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge

Som allerede nevnt innledningsvis, er bakgrunnen for denne rapporten (vedlegg 7) den analysen om fastlegetjenesten i Nord-Norge som ble gjennomført av NSDM i mai 2018. Her redegjøres det detaljert for kjennetegn ved fastlegene i nordnorske kommuner som i betydelig grad avviker fra mønsteret i resten av landet. Det er langt høyere utskifting av fastleger (turnover) i nord enn i landet som helhet (12,8 % versus 7,3% per år), og utskiftingsraten er høyest i de minst sentrale kommunene. Videre var det en større andel vikarer blant fastlegene i Nord-Norge, og en større andel lister uten lege. En mindre andel av fastlegene i nord er spesialister i allmenntilleggsmedisin, noe som delvis er en konsekvens av at de slutter før de rekker å bli spesialister. Listelengden for

fastlegene i Nord-Norge er kortere, i oktober 2017 i gjennomsnitt 834 pasienter, mens landsgjennomsnittet var ca. 300 flere pasienter per lege. Rapporten konkluderer med at nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet, er å øke stabiliteten blant fastlegene. Det er med andre ord ikke «forgubbingen» som er den store utfordringen for fastlegetjenesten i Nord-Norge, ettersom flertallet av legene slutter lenge før de oppnår pensjonsalder. Derimot er «forgubbingen» blant fastlegene i mer sentrale deler av landet en potensiell utfordring, også for Nord-Norge. Siden nær 25 prosent av fastlegene i landet er over 60 år, vil det i løpet av kommende 5-7 årsperiode generere et høyt antall ledige fastlegestillinger i sentrale – og rekrutteringsmessige mer attraktive - strøk. Det er utvilsomt en risiko for at dette vil kunne øke mobiliteten av fastleger fra Nord-Norge og sørover i landet.

Dokumentasjonen fra denne NSDM-rapporten vil suppleres med oppdateringer og supplerende data i herværende rapport, og danne et viktig grunnlag for de tiltak som foreslås gjennomført.

8. Supplerende analyser av stabilitet/turnover blant fastlegene i Nord-Norge for perioden oktober 2017- mars 2019.

I det følgende gis en analyse av status og endringer i fastlegetjenesten i Nord-Norge fra oktober 2017 til mars 2019. Datamaterialet er hentet fra nettstedet [helsenorge.no](https://minhelse.helsenorge.no)⁴. Tabell 8.1 viser at det var 554 fastlegeavtaler og 34 lister uten lege i Nord-Norge i mars 2019. Det var 7 flere fastlegeavtaler og 8 flere lister uten lege sammenliknet med oktober 2017. Blant legene som hadde en fastlegeavtale med en nordnorsk kommune, var det små endringer i kjønnsfordeling, gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig listelengde fra oktober 2017 til mars 2019. Det var imidlertid en økning i andelen spesialister i allmenntilleggsmedisin, særlig blant de kvinnelige fastlegene fra oktober 2017 til mars 2019.

Tabell 8.1: Kjennetegn ved fastlegeavtaler i Nord-Norge i oktober 2017 og mars 2019

	Oktober 2017	Mars 2019
Antall fastlegeavtaler	547	554
Andel kvinner	47 %	46 %
Andel menn	53 %	54 %
Gjennomsnittsalder totalt	44,8 år	45,1 år
Gjennomsnittsalder kvinner	41,6 år	42,7 år
Gjennomsnittsalder menn	47,5 år	47,1 år
Andel spesialister i allmenntilleggsmedisin	47 %	51 %
Spesialistandel blant kvinner	37 %	44 %
Spesialistandel blant menn	55 %	57 %
Gjennomsnittlig listelengde	833	830
Listelengde kvinner	785	776
Listelengde menn	902	877
Antall lister uten lege	26	34

Tabell 8.2 viser at det i perioden fra oktober 2017 til mars 2019 var 464 stabile fastlegeavtaler i Nord-Norge. Med en stabil avtale, mener vi en avtale hvor samme lege er avtalepart med kommunen ved start og slutt av perioden. I perioden var det 83 leger som avsluttet og 90 nye leger som inngikk en fastlegeavtale med en nordnorsk kommune. I løpet av den 1,5 år lange perioden ble altså 15 prosent av fastlegene i landsdelen skiftet ut.

Tabell 8.2: Stabile, nye og avsluttede fastlegeavtaler i Nord-Norge i perioden oktober 2017 til mars 2019

	Fra oktober 2017 til mars 2019
Stabile fastlegeavtaler	464
Nye fastlegeavtaler	90
Avsluttede fastlegeavtaler	83

⁴ <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?>

Tabell 8.3 viser hvordan andelen stabile fastlegeavtaler fra oktober 2017 til mars 2019 varierte med kommunenes sentralitet⁵ og folketall. Denne tabellen bekrefter funnene fra studien i mai 2018 om at stabiliteten er størst i de mest sentrale og folkerike kommunene.

Tabell 8.3: Fastlegeavtaler i nordnorske kommuner: antall per mars 2019, antall stabile fra oktober 2017 og andel stabile fra oktober 2017 til mars 2019. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet og folketall

	Antall fastlegeavtaler per mars 2019	Antall stabile fastlegeavtaler oktober 2017 - mars 19	Andel stabile fastlegeavtaler oktober 17 - mars 19
Alle kommuner	552	464	84 %
<i>Sentralitet</i>			
Nivå 3	120	110	92 %
Nivå 4	136	118	87 %
Nivå 5	152	123	81 %
Nivå 6	144	113	78 %
<i>Folketall</i>			
20 000 innb. eller mer	187	172	92 %
[10 000 – 19 999] innb.	186	171	92 %
[5 000 – 9 999] innb.	88	70	79 %
[2 000 – 4 999] innb.	114	96	84 %
Under 2 000 innb.	66	48	73 %

Tabell 8.4 viser at det var et flertall menn blant de legene som var stabile i sine fastlegeavtaler. Gjennomsnittsalderen blant de stabile mannlige fastlegene var per mars 2019 drøyt fem år høyere enn blant de stabile kvinnelige fastlegene, mens spesialistandelen var 12 prosentpoeng høyere. De stabile mannlige fastlegene hadde i gjennomsnitt 127 flere listeinnbyggere enn de kvinnelig per mars 2019.

⁵ SSB beregner en sentralitetsindeksen for alle kommuner i Norge basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser. Indeksen har verdier fra 0 (kun teoretisk mulig) til 1000 langs en kontinuerlig skala og plasserer kommunene i forhold til hverandre i sentralitet. For analyseformål er disse verdiene er gruppert i seks grupper som omtales som Nivå 1 – Nivå 6. Kommuner på Nivå 1 er de mest sentrale mens de på nivå 6 er de minst sentrale. Nord-Norge har kommuner på nivå 3, 4, 5 og 6.

Tabell 8.4: Kjennetegn ved stabile og nye fastlegeavtaler per mars 2019 og avsluttede fastlegeavtaler per 2017

	Mars 2019		Oktober 2017
	STABILE AVTALER	NYE AVTALER	AVSLUTTEDE AVTALER
Antall fastlegeavtaler	464	90	83
Andel kvinner	46 %	47 %	52 %
Andel menn	54 %	53 %	48 %
Gjennomsnittsalder totalt	46,6 år	37,1 år	41,5 år
Gjennomsnittsalder kvinner	43,7 år	37,3 år	37,2 år
Gjennomsnittsalder menn	49,1 år	36,9 år	46,0 år
Andel spesialister i allmenntidrett	59 %	8 %	26,5 %
Spesialistandel blant kvinner	52 %	5 %	11,6 %
Spesialistandel blant menn	66 %	10 %	42,5 %
Gjennomsnittlig listelengde	854	702	747
Listelengde kvinner	786	716	730
Listelengde menn	913	691	765
Andel som har redusert listelengden	33 %		
Gjennomsnittlig reduksjon	77		
Andel som har økt listelengden	31 %		
Gjennomsnittlig økning	56		
Andel med uforandret listelengde	36 %		

Blant de stabile fastlegene var det omtrent like mange som hadde redusert, økt eller holdt listen uforandret i perioden oktober 2017 til mars 2019. De som hadde økt listene, hadde i snitt 56 flere listeinnbyggere, mens de som hadde redusert listene i snitt hadde 77 færre listeinnbyggere. De som hadde økt listene sine, var leger som relativt nylig hadde etablert null-liste og derfor var i en oppbyggingsfase.

Tabell 8.4 viser også kjennetegn ved nye fastlegeavtaler inngått i perioden fra oktober 2017 til mars 2019 og fastlegeavtaler som ble avsluttet i løpet av samme periode. Det var et flertall kvinner blant de som avsluttet en avtale i perioden, mens det var et flertall menn blant dem som inngikk nye avtaler. Gjennomsnittsalderen blant legene som inngikk en ny avtale var relativt lik mellom mannlige og kvinnelige leger. Blant de 80 legene som avsluttet en avtale, var det bare 13 som var over 60 år i oktober 2017.

Det var betydelig forskjell i gjennomsnittsalder mellom kvinner og menn. De kvinnelige fastlegene som avsluttet en avtale, var i snitt nær ni år yngre enn de mannlige. Det var få spesialister i allmenntidrett blant de legene som inngikk en ny avtale i perioden, men relativt sett flere menn enn kvinner blant dem. Blant legene som avsluttet en fastlegeavtale, var det en betydelig høyere andel menn som var spesialister i allmenntidrett sammenliknet med kvinner. Gjennomsnittlig listelengde blant de som avsluttet en avtale var høyere enn blant dem som etablerte en ny. Dette gjaldt for kvinner og i særdeleshet for menn. Det er bemerkelsesverdig at gjennomsnittlig listelengde er lavere blant menn som har inngått nye avtaler, enn blant kvinner. Dette

har sammenheng med at menn i større grad har inngått avtaler i mindre folkerike kommuner enn kvinner.

9. Hvor blir det av fastlegene som slutter i Nord-Norge?

9.1 Datainnhenting og metode

I perioden fra oktober 2017 til og oktober 2019 var det 90 fastleger som sluttet i sine stillinger/hjemler i kommuner i Nord-Norge (jfr. tabell 8.2 og 8.4). Dokumentasjonen er primært hentet fra helsenorge.no sin lenke til bytte av fastlege der det finnes oversikt over fastleger i den enkelte kommune. Data fra denne kilden er i betydelig grad kvalitetssikret gjennom kontakt med et stort antall kommuner, og dermed justert (fra 83 til 90) der data fra helsenorge.no viste seg å være mangelfulle eller misvisende; det gjaldt særlig Harstad kommune der det var en betydelig underrapportering av fastleger som var sluttet i ovennevnte periode. Uten å kunne garantere at disse data er helt komplette, er vi rimelig trygge på at de i stor grad fanger inn fastlegenes flyttemønster i nevnte 18-månedersperiode.

9.2 Mobilitetsmønster – hvor blir det av fastlegene som slutter?

For de 90 fastlegene som har sluttet, er det gjort en kartlegging av hvor de flytter, både geografisk og stillingsmessig: til hvilke kommuner flytter de og til hvilke nye jobber i helsetjenesten? Datakildene har her vært Google, kommuner, helseforetak/sykehus, Facebook og andre kilder. Alle 90 er identifisert mht. ny bostedskommune, mens vi mangler jobbdato for to personer.

Blant de 90 legene som sluttet, er 70 fortsatt i jobb i norsk helsetjeneste, 10 er blitt pensjonister, 2 er langtidssyke og 8 befinner seg i utlandet. I den videre analysen rettes fokus mot de 70 som fortsatt er i jobb i norsk helsetjeneste.

Tabell 9.1: Nåværende jobb og bosted (Nord-Norge versus øvrige Norge) for fastleger som sluttet i perioden oktober 2017-mars 2019

Nåværende stilling	Fortsatt jobb i Nord-Norge		Jobber i andre deler av landet		Totalt	
Fastlege	5	12,8 %	18	58,0 %	23	32,9 %
Annen kommunal lege	5	12,8 %	3	9,7 %	8	11,4 %
LIS-lege	23	59,0 %	6	19,3 %	29	41,4 %
Annen sykehuslege	2	5,1 %			2	2,8 %
Annen lege/ukjent	4	10,3 %	4	13,0 %	8	11,4 %
SUM	39	100,0 %	31	100,0 %	70	100,0 %

Av tabell 9.1 ser vi at 39 (56 prosent) av de 70 legene som fortsatt jobber i norsk helsetjeneste, befinner seg i Nord-Norge, mens 31 (44 prosent) av legene har flyttet til jobber utenfor denne landsdelen. Karrieremønsteret er imidlertid svært forskjellig for

de legene som har flyttet ut av landsdelen, sammenlignet med dem som fortsatt er i Nord-Norge:

- De som har flyttet ut av landsdelen har i lang større grad (58%) flyttet til en annen fastlegestilling enn de legene som forblir i landsdelen (12,8%).
- Flere av legene som flyttet fra Nord-Norge, gikk inn i fastlegevikariater, noe som er uttrykk for at vikariater i andre, vanligvis større og mer sentralt beliggende kommuner, er mer attraktivt enn å fortsette i fast stilling som fastlege i Nord-Norge.
- Av dem som blir i landsdelen er det en like stor andel (12,8%) som går over i annen kommunal stilling.
- Majoriteten (59%) av de tidligere fastleger som forblir i Nord-Norge, begynner i LIS-stillinger i sykehus, sammenlignet med bare vel 19% av de legene som flytter ut av landsdelen.
- Bare 13 av de 90 fastlegene som sluttet i sine stillinger, forblir i samme kommune. Hele 9 av de 13 bor i sykehuskommuner og går over i LIS-stilling ved det stedlige sykehus.

9.3 Mobilitetsmønster – flytting, kommunestørrelse og sentralitet

I de neste to tabellene ser vi på mobilitetsmønsteret mht. kommunens folketall og sentralitet. Spørsmålet som belyses gjennom disse tabellene er hvorvidt og i hvilken grad legene flytter fra mindre til mer folkerike kommuner og fra mindre sentrale til mer sentrale kommuner.

Tabell 9.2 viser et tydelig mønster i retning av at legene flytter til mer folkerike kommuner:

- Mens hele 40 prosent av de fastlegene som har sluttet, bodde i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, er andelen leger med nåværende bosted under denne størrelse på knappe 6 prosent.
- Mens andelen som tidligere bodde i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere var bare 11 prosent, er denne andelen for nåværende bosted nær 40 prosent.

Ved å sette opp en mobilitetsmatrise (ikke vist i tabell 9.2 på neste side), finner vi at 63 prosent av de 70 legene som fortsatt jobber i norsk helsetjeneste har flyttet til en mer folkerik kommune, 31 prosent bor i kommune omtrent samme folketall, mens bare 6 prosent har flyttet til en mindre folkerik kommune.

Tabell 9.2: Kommunestørrelse for tidligere og nåværende bosted for fastleger som har sluttet i nord-norske kommuner oktober 2017-mars 2019

Kommunestørrelse/folketall	Tidligere bostedskommune		Nåværende bostedskommune	
50 000 +	10	11,1%	27	38,5%
20 000 - 49999	19	21,1%	16	22,9%
10 000 - 19 999	14	15,6%	15	21,4%
5000-9999	11	12,2%	8	11,4%
2000-4999	16	17,8%	2	2,9%
<2000	20	22,2%	2	2,9%
Alle	90	100,0%	70	100,0%

Tabell 9.3: Sentralitetsindeks for tidligere og nåværende bosted for fastleger som har sluttet i nord-norske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019

Kommunens sentralitetsnivå	Sentralitet tidligere bosted		Sentralitets nåværende bosted	
1-3	10	11,1 %	34	48,6 %
4	31	34,4 %	23	32,8 %
5	16	17,8 %	11	15,7 %
6	33	36,7 %	2	2,8 %
Totalt	90	100,0 %	70	100,0 %

I tabell 9.3 er bosted klassifisert i seks nivå, basert på SSBs sentralitetsindeks, der kategori 1 er de mest sentrale kommuner og kategori 6 er de mest perifere kommuner. Etersom det i Nord-Norge ikke finnes kommuner med indeks 1 og 2, har vi slått sammen kategoriene 1-3, slik at vi kan sammenligne fordelingen for tidligere og nåværende bosted.

Denne tabellen bekrefter legenes flyttemønster mot mer sentrale kommuner:

- Mens bare 11 prosent tidligere bodde i kommuner med sentralitetsnivå 1-3, er tilsvarende andel for nåværende bosted hele 48,6 prosent.
- Videre var det hele 36,7 prosent av legene som tidligere bodde i kommuner med sentralitetsindeks 6, mens tilsvarende andel for nåværende bosted bare er 2,8 prosent.
- Ved å sette opp en mobilitetsmatrise (ikke vist her), finner vi at 64 prosent av de legene som fortsatt jobber i norsk helsetjeneste har flyttet til en mer sentral kommune, 33 prosent bor i en kommune med samme indeks for sentralitet, mens bare knappe 3 prosent av legene har flyttet til en mer perifer kommune.
- Blant de legene som i utgangspunktet var fastlege i de mest perifere kommunene (nivå 6), var samtlige flyttet til en mer sentralt beliggende kommune.

9.4 Forskjeller i karrieremønstre mellom mannlige og kvinnelige leger.

Tabell 9.4 viser at det er en viss, men ikke veldig stor, forskjell i karrieremønsteret for kvinner og menn blant de legene som fortsatt befinner seg i Nord-Norge; en noe mindre andel kvinner forblir fastleger, mens relativt flere blir LIS-leger i sykehus. Derimot er forskjellene i karrieremønster betydelig større mellom kvinner og menn for de legene som har forlatt Nord-Norge; det store flertall (78,6%) av mannlige leger fortsetter som fastleger, mens dette gjelder bare vel 40 prosent av kvinnene. Bare 7 prosent av de mannlige leger som forlater landsdelen har gått over i LIS-stilling ved sykehus.

Tabell 9.4: Nåværende stilling og bosted (Nord-Norge versus øvrige Norge) for hhv. kvinnelige og mannlige fastleger som sluttet i nordnorske kommuner oktober 2017-mars 2019

Stilling	Fremdeles i Nord-Norge		Ikke i Nord-Norge	
	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
Fastlege	8,3%	20,0%	41,2%	78,6%
LIS-sykehus	66,7%	46,7%	29,4%	7,1%
Andre	25,0%	33,3%	29,4%	14,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 9.5 ovenfor viser i hovedsak relativt små forskjeller mellom kvinner og menns fordeling på kommunestørrelse. Både for tidligere og nåværende bosted er det en noe mindre andel kvinner enn menn i de minste kommunene, og en noe større andel kvinner i de større kommunene. Den største endringen mellom tidligere og nåværende bosted, gjelder imidlertid andelen menn i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere (fra 23,8 til 57,2%).

Tabell 9.5: Tidligere og nåværende bosted for de fastlegene som sluttet i Nord-Norge fra oktober 2017 til mars 2019, fordelt på kommunestørrelse og kjønn (prosent)

Kommunestørrelse	Tidligere bosted Kvinner	Tidligere bosted Menn	Nåværende bosted Kvinner	Nåværende bosted Menn
20 000 +	49,6%	23,8%	64,3%	57,2%
5000-19 999	25,0%	31,0%	30,9%	34,6%
<5000 innbyg.	35,4%	45,2%	4,7%	7,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fordelingen av menn og kvinner på indeksen for sentralitet viser noe av det samme mønsteret, med det unntak at relativt flere menn har flyttet til de mest sentrale kommunene. Det er likevel en betydelig mindre andel kvinner enn menn (14,2% versus 24,8%) i de minst sentrale kommunene.

Tabell 9.6: Tidligere og nåværende bosted for de fastlegene som sluttet i sine stillinger fra oktober 2017 til mars 2019, fordelt på kommunens sentralitet og kjønn (prosent)

Bostedskommunens sentralitetsnivå	Tidligere bosted Kvinner	Tidligere bosted Menn	Nåværende bosted Kvinner	Nåværende bosted Menn
1-3	12,5%	9,5%	42,9%	57,1%
4	41,7%	26,2%	42,9%	17,9%
5	12,5%	23,8%	11,9%	21,4%
6	33,3%	40,0%	2,3%	3,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

9.5 Alder og ansiennitet for fastlegene som har sluttet de siste 18 måneder

De legene som fortsatt bor i Nord-Norge, hadde en gjennomsnittsansiennitet som fastlege i vedkommende kommune på 4,5 år da de sluttet i sine stillinger. Tilsvarende fastlegeansiennitet for de legene som har forlatt landsdelen var på knappe 4 år. Gjennomsnittsalder da de sluttet i sine stillinger var henholdsvis 39,6 år (fortsatt i Nord-Norge) og 35,7 år (har forlatt landsdelen). De som forlater fastlegejobbene i nordnorske kommuner har med andre ord relativt kort ansiennitet og er fortsatt i en tidlig fase av yrkeslivet. De 18 legene som fortsetter som fastleger utenfor landsdelen, har imidlertid dobbelt så lang ansiennitet som de 5 legene som fortsetter som fastleger i andre kommuner i Nord-Norge. Blant de legene som forlater landsdelen, er det generelt langt flere som fortsetter som fastlege, men også for denne gruppen gjelder dette i enda høyere grad mannlige leger. Dette kan tolkes som at mange leger ser tjeneste i Nord-Norge som et springbrett for senere å skaffe seg fastlegejobber andre steder i landet. En slik tolkning understøttes av det faktum av flere tidligere fastleger i Nord-Norge flytter fra faste hjemler i nord til vikariater i kommuner utenfor Nord-Norge.

Tabell 9.7: Gjennomsnittlig ansiennitet (gjennomsnittlig antall år) og alder for fastleger som sluttet, etter bosted (Nord-Norge versus øvrige Norge) og nåværende stilling

Nåværende jobb	Bor fortsatt i Nord-Norge		Bor ikke i Nord-Norge	
	Ansiennitet	Alder	Ansiennitet	Alder
Fastlege	2,2	41,6	4,6	36,0
Annen kommunal lege	7,2	42,8	7,5	44,5
LIS-sykehus	4,9	36,9	2,2	29,5
Annen sykehuslege	4,5	46,5		
Andre leger	2,0	44,5	2,2	38,6
Totalt	4,5	39,6	3,9	35,7

9.6 Hva vi fremdeles ikke vet – behov for oppfølgende undersøkelser

De deskriptive analysene som her er gjort om legenes geografiske og funksjonelle mobilitet, burde vært supplert med data om deres oppvekststed, utdanningssted og turnussted. Andre studier har vist at slike tidligere tilknytninger gjennom oppvekst, studier og praksis har betydning for senere karrieremønster. Vi vil således anta at de legene som i den observerte 18-månedersperioden har forlatt landsdelen, har svakere tilknytninger til Nord-Norge enn de som fortsatt befinner seg i landsdelen, men vi har ikke data som kan vise det.

Slike bakgrunnsdata kan imidlertid i mindre grad svare på spørsmålet om hvorfor så mange forlater fastlegejobbene, selv om de fortsatt bor og jobber i Nord-Norge. Til det trengs det kvalitative studier.

9.7 Oppsummering

Legene forlater fastlegestillingene i nordnorske kommuner etter få år mens de ennå er på et tidlig stadium i yrkeskarrierene. Blant dem som fortsatt jobber i Nord-Norge, går de fleste over i stillinger i sykehus, fortrinnsvis LIS-stillinger. Blant de legene som forlater landsdelen, er det langt flere som fortsetter i fastlegestillinger.

Ved å sammenligne folketall og sentralitet for tidligere fastlegekommune og nåværende bostedskommune, fremkommer et tydelig mobilitetsmønster i retning av mer sentrale og mer folkerike kommuner. Det er nesten ingen som flytter til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, og det store flertall flytter til kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Blant de legene som fortsatt er i Nord-Norge, orienterer kvinnene seg enda mer tydelig mot LIS-stillinger i sykehus enn menn, og svært få kvinner fortsetter som fastleger i annen nordnorsk kommune. Blant de legene som har forlatt Nord-Norge, er det derimot en langt større andel av begge kjønn som fortsetter som fastleger, men også for denne gruppen gjelder dette langt flere menn.

At de som slutter i fastlegestillingene i Nord-Norge i så stor grad flytter til betydelig mer folkerike og mer sentrale kommuner, må kunne tolkes som uttrykk for en bostedspreferanse som ikke lar seg realisere i perifere kommuner. Videre kan det synes som om fortsatt fastlegetjeneste i Nord-Norge er mindre attraktivt enn å flytte til fastlegejobber i andre deler av landet; dette kan ha sammenheng med kommunestrukturen i Nord-Norge. De mange overgangene til LIS-stillinger i sykehus, er også konsistent med denne fortolkning, ettersom sykehuskommunene gjennomgående er mer folkerike og sentralt beliggende kommuner. Mobiliteten mot LIS-stillinger kan imidlertid like gjerne være uttrykk for at arbeidsforholdene i sykehus oppleves som bedre og mer attraktive, med mer regulert arbeidstid og mer forutsigbar økonomi.

10. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen til ledere av legetjenesten i kommunene

10.1 Formål og metode

I mai 2019 ble det i arbeidsgruppens regi sendt ut et elektronisk spørreskjema (se vedlegg 8) til alle de 87 kommunene i Nord-Norge. Undersøkelsen ble sendt til leder av legetjenesten i kommunen via kommunens postmottak.

Formålet med spørreundersøkelsen var å få en oppdatert status om fastlegetjenesten i Nord-Norge og fange inn relevante vurderinger og innspill om fastlegeordningen fra kommunale helseledere. Ved utsendelse, ble det gjort oppmerksom på at svarene fra den enkelte kommune ikke vil kunne identifiseres i rapporten. Det ble ikke samlet inn noen personopplysninger.

Spørsmålene i undersøkelsen dreide seg om:

- besatte og ledige legehjemler-/stillinger i kommunen
- behov for nye fastleger
- LIS1-stillinger
- driftsform for fastlegeavtaler
- omsetning av fastlegepraksiser
- plan for legetjenesten
- spesialistutdanning i allmenntidmedisin
- samarbeid om legetjenester
- øvrig personell på legekontor
- endringsønsker for å forbedre fastlegeordningen

Det kom inn 79 svar som omfatter svar om samtlige 87 kommuner i Nord-Norge. Blant disse var det 74 som svarte på vegne av kun sin egen kommune og fem svar som ble gitt på vegne av egen og andre kommuner i tilfeller hvor legetjenesten har en felles organisering⁶.

For å sikre en høy svarprosent, ble det gjort flere purringer på manglende svar og det ble tatt direkte kontakt med ca. 30 kommuner angående utfylling, enten på grunn av mangelfull utfylling eller at to personer hadde svart på forskjellig måte fra samme kommune. Denne kvalitetssikringen ga nye og mer fullstendige svar fra de fleste av disse kommunene. Ett av de 79 svarene er likevel svært mangelfullt og er utelatt. Analysen omfatter derfor 78 svar. Svarene er gitt av 3 rådmenn, 34 kommuneleger/fastleger og 42 helseledere.

⁶ De fem svarene gjaldt følgende kommuner: 1) Tranøy, Lenvik, Berg og Torsken (Senjalegen), 2) Skånland, Tjeldsund og Evenes, 3) Dyrøy og Sørreisa, 4) Gamvik og Lebesby og 5) Tana og Nesseby.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av ulike univariate og bivariate analyser. Krysstabeller viser hvordan svar fra kommunene på ulike spørsmål varierer med kommunens sentralitet⁷ og folketall. Kji-kvadrattest og Fishers eksakte test (ved lave celleantall) er, der det er relevant, benyttet for å teste om det er statistisk signifikant sammenheng (assosiasjon) mellom svar på ulike spørsmål og henholdsvis kommunenes sentralitet og folketall.

Noen av spørsmålene er stilt på identisk måte i to liknende undersøkelser som NSDM har gjort tidligere blant kommuner i Nord-Norge (Abelsen et al 2016, Abelsen og Brandstorp 2018, Gaski og Abelsen 2018). I de tilfellene hvor samme spørsmål er stilt flere ganger, er det mulig å gjøre sammenlikninger over tid. De spørsmål dette gjelder, gir status per 1.1.2015, 1.1.2017 og/eller 1.1.2019. De tilfellene hvor det finnes et sammenlikningsgrunnlag går tydelig fram av tabellene.

10.2 Utvikling i ledige fastlegehjemler/-stillinger

Tabell 10.1 viser hva respondenter har svart om antall ledige fastlegehjemler/stillinger i nordnorske kommuner per 1.1. i 2015, 2017 og 2019. Sammenliknet med tall fra HELFO rapporteres det i spørreundersøkelsen til kommunene et høyere antall ledige hjemler/stillinger. Tallene fra kommunene tyder på at antall ledige hjemler/stillinger har økt noe i den aktuelle fireårsperioden. Men det er ikke snakk om noen dramatisk økning. Ledigheten har dreid noe fra å hovedsakelig være i de minst sentrale kommunene over mot mer sentrale kommuner.

Tabell 10.1: Ledige fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner per 1.1.2015, 1.1.2017 og 1.1.2019

	1.1.2015	1.1.2017	1.1.2019
Antall ledige fastlegestillinger/-hjemler	32	43	47
Andel ledige av alle fastlegestillinger/-hjemler	5,9%	7,6%	8,0%
Andel ledige som er i de minst sentrale kommunene	69%	61%	45%

Det er totalt fem kommuner som har rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger ved alle disse tre målepunktene. To av disse er kommuner med mer enn 20 000 innbyggere på sentralitetsnivå 4. De øvrige er mindre i folketall med sentralitetsnivå 5 eller 6. Det er totalt 16 kommuner som har rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger ved to av de tre målepunktene og 21 kommuner som har rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger ved ett av de tre målepunktene. Alle de fem kommunene i Nord-Norge som hadde mer enn 20 000 innbyggere per 1.1.2019, har på ett eller flere av målepunktene rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger. Hvis man antar at mangel ved alle tre målepunkt tilsier en kronisk mangel, så gjelder dette

⁷ Vi har brukt SSB sin nye sentralitetsindeks (Høydal 2017). Nordnorske kommuner deles inn i nivå 3 –nivå 6. Nivå 3 - Mellomsentrale kommuner 1, nivå 4 – Mellomsentrale kommuner 2, nivå 5 – Nest-minst sentrale kommuner og nivå 6 – Minst sentrale kommuner.

få kommuner i Nord-Norge. Men det at vi finner slik mangel i to av de mest folkerike kommunene, og det faktum at alle de folkerike kommunene har hatt mangel ved minst ett målepunkt, tyder på at mangelen ikke bare kan tilskrives utkantulemper.

10.3 Behov for nye fastlegehjemler/-stillinger

Respondentene ble spurt om kommunen har et tilstrekkelig antall fastlegehjemler/-stillinger når alle de eksisterende er besatt. Tabell 10.2 viser at majoriteten av kommunene (47 av 78) oppga at de har nok fastleger. Et mindretall av kommunene (25 av 78) trenger flere fastleger, mens noen (6 av 78) svarte at de var usikker. Kommunenes svar er signifikant assosiert med både sentralitet og folketall. Kommunene har samlet sett estimert behovet for nye fastlegehjemler/-stillinger til mellom 63 og 67. Dette tilsvarer totalt sette en økning på 11-12 prosent fra dagens fastlegeantall.

Kommunene som oppga at de trenger flere fastleger, var i stor grad de mest sentrale og mest folkerike kommunene. Dette gjenspeiler både at folketallet har økt i flere av de største kommunene, at arbeidsmengden har økt og mange leger ønsker færre pasienter på sin liste. Dersom det på kort sikt opprettes over 60 nye fastlegestillinger/hjemler i de største kommunene, kan det også få rekrutteringskonsekvenser for utkantkommunene i Nord-Norge.

Tabell 10.2: Er det tilstrekkelig antall fastlegehjemler/-stillinger i kommunen, når alle hjemlene er besatt? Totalt og fordel etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Usikker	Totalt
Alle kommuner	47	25	6	78
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>				
Nivå 3	0	2	0	2
Nivå 4	0	9	0	9
Nivå 5	7	9	2	18
Nivå 6	40	5	4	49
<i>Folketall (p-verdi < 0,001)</i>				
20 000 innb. eller mer	0	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	1	5	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	4	6	0	10
[2 000 – 4 999] innb.	17	6	4	27
Under 2 000 innb.	25	3	1	29

10.4 LIS1-stillinger

Leger som har gjennomført LIS 1 (tidligere turnustjeneste) i landsdelen, har tradisjonelt vært en viktig rekrutteringskilde til fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner. Tabell 10.3 viser besatte LIS1-stillinger i de 61 nordnorske

kommuner som hadde LIS1 per 1.1.2019. Oversikten viser at LIS1-stillingene i kommunehelsetjenesten i landsdelen i hovedsak er fordelt til de nest-minst og minst sentrale kommunene, men mer likelig fordelt etter kommunens folketall.

Tabell 10.3: Besatte LIS1-stillinger per 1.1.2019. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Antall
Alle kommuner	108
<i>Sentralitet</i>	
Nivå 3	7
Nivå 4	29
Nivå 5	31
Nivå 6	41
<i>Folketall</i>	
20 000 innb. eller mer	25
[10 000 – 19 999] innb.	16
[5 000 – 9 999] innb.	19
[2 000 – 4 999] innb.	30
Under 2 000 innb.	18

Den gamle trekningsbaserte turnusordningen ble i 2013 lagt om til en søknadsbasert ordning med LIS1-stillinger som kobler sammen stillinger med ett års tjeneste i helseforetak etterfulgt av seks måneders tjeneste i en kommune. Abelsen og Gaski (2017) fant i en landsomfattende studie basert på utlysninger av LIS1-stillinger i løpet av de tre første årene etter omleggingen, tendenser til systematisk bortvalg av den kommunale stillingsdelen i de minst sentrale og de minst folkerike kommunene.

I denne undersøkelsen ble kommunene spurt i hvilken grad de opplever at det er vanskelig å få tilsatt lege i LIS1-stillinger. Tabell 10.4 viser hvordan de 61 kommunene som hadde LIS1 per 1.1.2019, besvarte spørsmålet. Flertallet av dem opplevde et det i liten eller svært liten grad var vanskelig. De mindre sentrale og mindre folkerike kommunene opplevde vansker i noe større grad, men assosiasjonene var ikke statistisk signifikant. Flere kommenterte økte vansker med å rekruttere LIS1. Én av dem skrev:

«Var større rekrutteringsmuligheter fra 2012-2017 hvor kommunen rekrutterte 2 av 3 LIS 1 til fastlegeyrket».

Tabell 10.4: I hvor stor grad opplever kommunen at det er vanskelig å få tilsatte lege i LIS1-stilling? Totalt og fordel etter kommunens sentralitet og folketall

	Stor eller svært stor grad	Hverken/eller	Liten eller svært liten grad	Totalt
Alle kommuner med LIS1 per 1.1.2019	11	11	39	61
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,897)</i>				
Nivå 3	0	0	2	2
Nivå 4	1	1	7	9
Nivå 5	4	2	11	17
Nivå 6	6	8	19	33
<i>Folketall (p-verdi = 0,637)</i>				
20 000 innb. eller mer	1	0	4	5
[10 000 – 19 999] innb.	0	1	6	7
[5 000 – 9 999] innb.	1	2	7	10
[2 000 – 4 999] innb.	4	5	16	25
Under 2 000 innb.	5	3	6	14

Kommunene ble videre spurt om i hvilken grad de opplever at dagens LIS1-ordning bidrar til rekruttering til fastlegeyrket. Tabell 10.5 som viser hva de 61 kommunene med LIS1 tilsatt per 1.1.2019 svarte på spørsmålet, avdekker at det mest vanlige svaret var *hverken/eller*. Det er heller ikke her noen statistisk signifikante assosiasjoner knyttet til kommunenes sentralitet eller folketall. Hvis vi legger til grunn at turnustjenesten tidligere har vært en viktig rekrutteringskilde til fastlegestillinger, bør svarene vekke bekymring. Svarene på dette spørsmålet kan tyde på at kommunene ikke har tatt inn over seg at det nye systemet med lokal, søknadsbasert rekruttering til LIS 1-stillingene, forutsetter en mer aktiv holdning til selve rekrutteringsarbeidet.

Flere kommuner har kommentert at de LIS1-legene som blir i kommunen som fastleger, gjerne blir der kortere tid enn det som var tilfelle tidligere. Det er også kommentarer om at det er for få LIS1-stillinger til å dekke kommunenes rekrutteringsbehov til fastlegetjenesten. En informant kommenterer dette slik:

«Det er gjennom LIS1 kandidater i kommunen at vi har hatt flest vellykkede rekrutteringer av nye fastleger. Vi har imidlertid for få LIS1 plasser i kommunen. Vi skulle gjerne hatt flere, men vi har fått forståelsen av at det ikke er kapasitet til å ta flere på lokalsykehuset.»

Tabell 10.5: I hvor stor grad opplever kommunen at dagens LIS1-ordning bidrar til rekruttering til fastlegeyrket? Totalt og fordel etter kommunens sentralitet og folketall

	Stor eller svært stor grad	Hverken/eller	Liten eller svært liten grad	Totalt
Alle kommuner med LIS1 per 1.1.2019	23	26	12	61
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,232)</i>				
Nivå 3	2	0	0	2
Nivå 4	2	3	4	9
Nivå 5	7	6	4	17
Nivå 6	12	17	4	33
<i>Folketall (p-verdi = 0,521)</i>				
20 000 innb. eller mer	3	1	1	5
[10 000 – 19 999] innb.	3	2	2	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	5	3	10
[2 000 – 4 999] innb.	10	13	2	25
Under 2 000 innb.	5	5	4	14

10.5 Utvikling i driftsformer

Tabell 10.6 viser hva respondentene i nordnorske kommuner har svart på spørsmål om hvor mange fastlegehjemler/-stillinger som var besatt i kommunen per 1.1.2015 og per 1.1.2019 fordelt på driftsform. Det skilles mellom fire ulike driftsformer: 1) privat næringsdrift etter hovedmodellen, 2) privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell, 3) fast lønn med bonus og 4) fast lønn. Her gir det ikke mening å analysere tallene på kommunenivå fordi mange kommuner har fastleger med ulike driftsformer (jfr. kapittel 11). Det totale antallet fastlegehjemler/-stillinger som kommunene har oppgitt, stemmer ikke alltid overens med tall fra HELFO. Fra noen kommuner inkluderer respondentene ledige hjemler/stillinger i sine svar. Tross unøyaktighetene, antar vi at tallene gir et relativt godt bilde av fordelingen av fastlegehjemler/-stillinger på ulike driftsformer.

Den mest vanlige av de fire driftsformene var på begge tidspunkt privat næringsdrift etter hovedmodellen. Majoriteten av fastleger hadde imidlertid en annen driftsform på begge tidspunkt. I løpet av de fire årene mellom målepunktene, har det skjedd en markant dreining fra privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell over mot fastlønn med bonus. Dette bekrefter data fra andre undersøkelser (KS, Ipsos 2018) som viser at Nord-Norge avviker vesentlig fra resten av landet mht. fastlegenes driftsform, i den forstand at hovedmodellen basert på ren næringsdrift her er langt mindre utbredt, og at de senere års utvikling forsterker denne trenden mot blandingsmodellen.

Tabell 10.6: Fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner fordelt på driftsform per 1.1.2015 og per 1.1.2019. Tall i prosent.

	1.1.2015	1.1.2019
Privat næringsdrift (Hovedmodellen)	36	38
Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell	32	19
Fast lønn med bonus	17	28
Fast lønn	15	15
Totalt prosent	100	100
Totalt antall (n)	539	572

10.6 Omsetning av fastlegepraksiser

Det er forsket lite på omsetning av fastlegepraksiser⁸. Det finnes derfor lite kollektiv og åpen kunnskap om dette temaet. Kommunene ble i denne undersøkelsen spurt om i hvilken grad det er problemer med å omsette fastlegepraksiser til en pris som er gjensidig akseptabel for kjøper og selger. Tabell 10.7 viser at spørsmålet ikke er relevant for det store flertallet av kommuner i Nord-Norge. Det henger sammen med at mange fastlegelister eies av kommunen og derfor ikke omsettes i markedet.

Tabell 10.7: I hvilken grad er det i din kommune problemer med å omsette private fastlegepraksiser til en pris (goodwill) som er gjensidig akseptabel for kjøper og selger? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Stor grad	Middels grad	Liten grad	Vet ikke	Ikke relevant	Totalt
Alle kommuner	9	2	4	11	49	75
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>						
Nivå 3	0	0	0	2	0	2
Nivå 4	6	0	0	1	2	9
Nivå 5	1	0	3	2	12	18
Nivå 6	2	2	1	6	35	36
<i>Folketall (p-verdi < 0,001)</i>						
20 000 innb. eller mer	3	0	0	2	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	3	0	2	1	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	1	0	0	3	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	2	1	1	2	21	27
Under 2 000 innb.	0	1	1	3	21	26

Svaret på spørsmålet er ellers assosiert med både kommunens sentralitet og folketall. Det er kommunene med sentralitetsnivå 4 og kommuner med mer enn 10 000 innbyggere som i størst grad svarer at omsetning er problematisk.

⁸ Vi kjenner til en masteroppgave om tema: Dahl A, Swensson OB. *Hvordan prises fastlegepraksiser, og hva er implikasjonene av dette?* Masteroppgave fra Norges handelshøgskole.

Fra de to mest sentrale kommunene (nivå 3) er det i begge tilfeller svart *Vet ikke* på spørsmålet. Fra den ene kommenteres spørsmålet slik:

«[Kommunen] tar ikke del i forhandlingene rundt pris, og ønsker heller ikke å være en del av dette. Vi registrerer at det i noen tilfeller tar lang tid å rekruttere. Vi vet ikke om pris er det som forhindrer rekrutteringen, eller om det er andre årsaker. Vi antar noen ganger at prisen er en medvirkende årsak.»

En av kommunene med sentralitetsnivå 4 kommenterte spørsmålet slik:

«Markedet for salg av legelister har fullstendig kollapset i [kommunen]. Det har ikke vært et rent salg på mange år her. Dette betyr at vi har 4 lister nå i private sentre som ikke blir solgt. I tre av disse listene har vi gjort avtale med listeeier og aktuelt legesenter om å få ha fastlønnen ALIS i listen i påvente av salg. Kommunen har måttet stille med kommunalt betalt vikar i disse private listene hvor man ikke har funnet ny kjøper. Markedsmodellen fungerer ikke lengre hos oss.»

Fra en kommune med sentralitetsnivå 5 er spørsmålet ledsaget av følgende kommentar:

«Listene er ikke salgbare. Forsøkt tidligere, ingen ville kjøpe liste.»

Fra en av de minst sentrale kommunene (nivå 6) ble spørsmålet kommentert slik:

«Dette er en håpløs ordning som aldri skulle vært innført, hvertfall ikke i mindre kommuner hvor privatpraksis en såkalt 8.2 praksis hvor legen er såkalt privatpraktiserende med driftstilskudd, mens kommunen har alt ansvar for hjelpepersonell, kontor, programvare, IKT-løsninger m.m. I vår kommune fikk legene tildelt en praksis ved innføring av fastlegeordningen uten vederlag, som de nå kan selge mot vederlag. Ordningen medfører store unødvendige problemer ved rekrutteringen. Markedssituasjonen tvinger kommunen opp i et hjørne hvor kommunen må kjøpe lister og fastleger selger dem med fortjeneste. Siden ingen vil etablere seg med å kjøpe en liten liste til noe særlig pris, så må kommunen ta ansvar for vurdere å kjøpe listen for så å dele den ut gratis til en lege som i neste omgang kan selge den.»

Kommunene er også spurt om de har kjøpt eller har planer om å kjøpe ledige fastlegelister. Tabell 10.8 viser at det bare er fem kommuner i landsdelen som svarer bekreftende. Alle disse er kommuner på sentralitetsnivå 4, og kommuner med mer enn 5 000 innbyggere. Fra fire av de fem kommunene ledsages spørsmålet med følgende kommentarer:

«Kommunen har kjøpt i år en privat fastlegepraksis som omgjøres til fastlønnen stilling.»

«[Kommunen] har kjøpt to private fastlegehjemler med stort hell for rekrutteringen i disse.»

«Kommunen kjøper fastlegeavtalen hvis overtakende lege vil ha fastlønn.»

«2 hjemler omgjort til fastlønnede stillinger i 2017 og 2018. Oppretting av ytterligere 1 fastlønnnet stilling planlagt.»

Tabell 10.8: Har kommunen kjøpt eller planer om å kjøpe ledige legelister? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	5	70	75
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>			
Nivå 3	0	2	2
Nivå 4	5	4	9
Nivå 5	0	18	18
Nivå 6	0	46	46
<i>Folketall (p-verdi)</i>			
20 000 innb. eller mer	2	3	5
[10 000 – 19 999] innb.	2	5	7
[5 000 – 9 999] innb.	1	9	10
[2 000 – 4 999] innb.	0	27	27
Under 2 000 innb.	0	26	26

10.7 Plan for legetjenesten

Kommunene er spurt om de har en plan for legetjenesten som inkluderer dimensjonering, rekruttering, utdanning og stabilisering av leger. Tabell 10.9 viser at det mest vanlige svaret fra de nordnorske kommunene er *Nei*, uavhengig av kommunens sentralitet og folketall. Målt i antall er det i de nest-minst og minst sentrale kommunene og de minst folkerike kommunene det finnes flest planer for legetjenesten. De fleste av disse planene oppgis å være nye (gjeldende fra 2018 og 2019) og ha en varighet fra tre til ti år.

Tabell 10.10 viser hva kommunene som ikke har en plan for legetjenesten (jfr. tabell 10.9), har svart på spørsmålet om de har en plan for legetjenesten som er under utarbeidelse. Igjen er det et mindretall blant kommunene som svarer bekreftende.

Tabell 10.9: Har din kommune en plan for legetjenesten som inkluderer dimensjonering, rekruttering, utdanning og stabilisering av leger? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	15	63	78
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,361)</i>			
Nivå 3	1	1	2
Nivå 4	1	8	9
Nivå 5	5	13	18
Nivå 6	8	41	49
<i>Folketall (p-verdi = 0,962)</i>			
20 000 innb. eller mer	1	4	5
[10 000 – 19 999] innb.	2	5	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	8	10
[2 000 – 4 999] innb.	5	22	27
Under 2 000 innb.	5	24	29

Tabell 10.10: Plan for legetjenesten er under utarbeidelse. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	27	34	61
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,045)</i>			
Nivå 3	0	1	1
Nivå 4	6	2	8
Nivå 5	8	5	13
Nivå 6	13	26	39
<i>Folketall (p-verdi = 0,245)</i>			
20 000 innb. eller mer	3	1	4
[10 000 – 19 999] innb.	4	1	5
[5 000 – 9 999] innb.	4	4	8
[2 000 – 4 999] innb.	9	13	22
Under 2 000 innb.	7	15	22

Hvis vi slår sammen de kommunene som svarte at de har en plan og de som svarte at de har en plan under utarbeidelse, så kommer kommuner med sentralitetsindeks 4 og 5 best ut. Der vil de fleste etter hvert ende opp med en plan. Det at en av de mest sentrale og folkerike kommunene i landsdelen hverken har, eller utarbeider, en slik plan, er bemerkelsesverdig. Sju kommuner på sentralitetsnivå 5 og 6, oppga at plan for legetjenesten inngår i annet planverk (som Helse- og omsorgsplan, Helse- og sosialplan).

Det kan i første omgang synes noe paradoksalt at de folkerike og sentrale kommunene, med antatt større kompetanse og kapasitet for planlegging, i så liten grad allerede har laget slike planer, eller har planer under arbeid. Antagelig er dette uttrykk for at disse kommunene, med en form for næringsdrift som vanligste driftsmodell, har hatt – og fremdeles har - et noe distansert forhold til fastlegetjenesten, og dermed i begrenset grad har inntatt noen styringsrolle.

10.8 Spesialistutdanning i allmenntmedisin

Kompetanseforskriften⁹ pålegger kommunen å sikre at fastleger som er tilsatt etter 1. mars 2017, er spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering. Spesialistutdanningen for leger er samtidig lagt om. Den omfatter nå del 1 (som må gjennomføres i LIS1-stillinger) og del 3 (som kan, men ikke må, gjennomføres i tilrettelagte ALIS-stillinger).

Tabell 10.11 gir en oversikt over antall og andel fastleger som er spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering i nordnorske kommuner. Litt over halvparten av fastlegene oppgis å være spesialister i allmenntmedisin, mens drøyt en tredel er under slik spesialisering. Det er klare forskjeller assosiert både med sentralitetsnivå og folketall. Det er i de mest sentrale og mest folkerike kommunene vi finner flest fastleger som er spesialister i allmenntmedisin. Siden turnover er høyere og gjennomsnittlig tjenestetid er kortere i små og perifere kommuner, er det mange som flytter før de rekker å bli spesialist. Derav følger at en større andel av legene er disse kommunene er under spesialisering. Samlet sett er hele 89 prosent av fastlegene enten spesialister eller i gang med spesialistutdanning.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvor mange fastleger de har avtale med som ikke har gjennomført LIS1. Det var totalt sett 33 leger (6%). På undersøkelsestidspunktet utgjorde de nær én av fem fastleger i kommuner med mellom 5 000 og 9 999 innbyggere og nær én av ti fastleger i de minst sentrale kommunene. Det er skrevet noen få kommentarer knyttet til leger som ikke har gjennomført LIS1. Disse handler om at noen av legene har utenlandsk utdanning og ikke krav om å gjennomføre LIS1.

⁹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192> Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tabell 10.11: Status mht. fastlegenes kompetanse. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet og folketall

	Antall fastlege- hjemler/- stillinger	Antall (andel) spesialister i allmennmedisin	Antall (andel) under spesialisering i allmennmedisin	Antall (andel) fastleger uten LIS1
Totalt	578	296 (51%)	219 (38%)	33 (6%)
<i>Sentralitet</i>				
Nivå 3	121	78 (64%)	28 (23%)	0
Nivå 4	153	89 (58%)	47 (31%)	12 (8%)
Nivå 5	151	76 (50%)	73 (48%)	7 (5%)
Nivå 6	153	53 (35%)	71 (46%)	14 (9%)
<i>Folketall</i>				
20 000 innb. eller mer	204	128 (63%)	52 (26%)	0
[10 000 – 19 999] innb.	98	53 (54%)	38 (39%)	3 (3%)
[5 000 – 9 999] innb.	91	44 (48%)	36 (40%)	17 (19%)
[2 000 – 4 999] innb.	126	54 (43%)	58 (46%)	9 (7%)
Under 2 000 innb.	59	17 (29%)	35 (59%)	4 (7%)

Den nye spesialistutdanningen bygger på læringsmål som fortløpende vurderes oppnådd av veiledere og lokal lege som yter supervisjon. Med læringsmål menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. Spesialistutdanningen i allmennmedisin (del 1 og del 3) omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens. Den nye spesialistutdanningen stiller krav om at det utarbeides individuelle utdanningsplaner for fastleger under spesialisering i allmennmedisin. Kommunene er spurt om det er utarbeidet individuell utdanningsplan for fastlegene som er under spesialisering. Tabell 10.12 viser at flertallet av kommunene enten har gjort dette eller er i gang med dette arbeidet. Det er de minst sentrale og minst folkerike kommunene som i størst grad oppgir at de har utarbeidet eller er i gang med å utarbeide slike individuelle planer. Flere av de som har svart nei på spørsmålet, har kommentert at de har leger som følger gammel spesialistutdanning og at det ikke er krav i den om å lage individuelle utdanningsplaner.

Tabell 10.12: Er det utarbeidet individuell utdanningsplan for fastlegene som er under spesialisering, eller skal i gang med spesialisering i allmenmedisin? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Under arbeid	Nei	Totalt
Alle kommuner	21	26	30	77
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,080)</i>				
Nivå 3	0	1	1	2
Nivå 4	1	1	7	9
Nivå 5	5	4	9	18
Nivå 6	15	20	13	48
<i>Folketall (p-verdi = 0,023)</i>				
20 000 innb. eller mer	1	1	3	5
[10 000 – 19 999] innb.	1	0	6	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	2	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	5	12	10	27
Under 2 000 innb.	12	11	5	28

Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommunen ansvar å registrere seg som utdanningsvirksomhet, og legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmenmedisin (ALIS) kan gjennomføre utdanningsløpet og oppnå nødvendige læringsmål. Kommunene ble spurt om de ville søke Helsedirektoratet om å bli registrert som utdanningsvirksomhet innen 1. juni 2019. Tabell 10.13 viser at flertallet hadde intensjon om det. Svaret hang sammen med kommunenes sentralitet og folketall i den forstand at det var de mest sentrale og mest folkerike kommunene som i størst grad hadde slike intensjoner.

Tabell 10.13: Vil din kommune søke om å bli registrert som utdanningsvirksomhet innen 1. juni 2019? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	58	18	76
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,010)</i>			
Nivå 3	2	0	2
Nivå 4	19	0	9
Nivå 5	17	1	18
Nivå 6	30	17	47
<i>Folketall (p-verdi = 0,084)</i>			
20 000 innb. eller mer	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	7	0	7
[5 000 – 9 999] innb.	9	1	10
[2 000 – 4 999] innb.	21	6	27
Under 2 000 innb.	16	11	27

Kommunene ble videre spurt om de har behov for å inngå samarbeid med helseforetak om gjennomføring av ALIS-løpet for sine leger. Tabell 10.14 viser at flertallet av kommunene svarte ja på dette spørsmålet. Men det er ikke noen signifikant assosiasjon med verken sentralitet eller folketall. Det at såpass mange svarer *Nei* eller *Vet ikke*, kan tyde på at kommunene kanskje ikke er helt klar over hva deres nye rolle i spesialistutdanningen vil innebære. Noen har gitt kommentarer til sitt svar. Her framgår det at det allerede eksisterer samarbeid med sykehus om gjennomføring av spesialistutdanning som man vil bygge videre på. Flere av de mest folkerike kommunene kommenterer at de har kommunale enheter som sykehjem, KAD og korttidsavdelinger hvor de mener aktuelle læringsmål kan oppnås. En av de mest folkerike kommunene påpekte imidlertid at det ikke er ønskelig å ha dette som eneste alternativ:

«Det blir for "smalt" og lite. Vi må kunne møte de som har andre kompetanseønsker enn det som kan tilbys innfor kommunale institusjoner, samt at vi ser det som viktig å bli kjent i og med helseforetak (helst lokalt).»

Tabell 10.14: Har din kommune behov for å inngå samarbeid med helseforetak om gjennomføring av ALIS-løpet? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt
Alle kommuner	44	11	21	76
<i>Sentralitet (p= 0,969)</i>				
Nivå 3	2	0	0	2
Nivå 4	5	1	3	8
Nivå 5	10	3	5	18
Nivå 6	27	7	13	47
<i>Folketall (p-verdi = 0,312)</i>				
20 000 innb. eller mer	4	0	1	5
[10 000 – 19 999] innb.	4	0	3	7
[5 000 – 9 999] innb.	3	3	4	10
[2 000 – 4 999] innb.	19	2	6	27
Under 2 000 innb.	14	6	7	27

Helsedirektoratet har de siste årene utlyst av rekrutterings- og stabiliseringstilskudd til fastlegetjenesten som alle landets kommuner kan søke på. Kommunene er spurt om de har, eller vil søke om slike midler (årets søknadsfrist gikk ut 15. mai 2019, dvs. i det tidsrommet vår undersøkelse ble gjennomført). Tabell 10.15 viser at halvpartene av kommunen svarte ja, mens halvparten av kommunene svarte nei. Det var i størst grad de mest folkerike og de mest sentrale kommunene som svarte bekreftende på spørsmålet.

Kommunene ble videre spurt om de hadde søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet. Tabell 10.16 viser at noe over halvparten av kommunene svarte bekreftende om at de *Tabell 10.15: Har eller vil din kommune søke om midler til rekruttering og utdanning av fastleger i 2019? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall*

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	38	38	76
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,148)</i>			
Nivå 3	2	0	2
Nivå 4	7	2	9
Nivå 5	8	10	18
Nivå 6	21	26	47
<i>Folketall (p-verdi = 0,006)</i>			
20 000 innb. eller mer	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	8	10
[2 000 – 4 999] innb.	11	16	27
Under 2 000 innb.	14	13	27

hadde søkt. Svaret er signifikant assosiert både med kommunens sentralitet og folketall. Det er de minst sentrale kommunene og kommunene med lavest folketall som i minst grad oppga å ha søkt seg med i ALIS Nord-prosjektet. De kommunen som svarte *Nei* på spørsmålet om de hadde søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet, ble bedt om å begrunne sitt svar. Blant disse 37 kommunene, var det 20 kommuner som oppga at de har god legedekning, 5 kommuner har liten tro på at ALIS Nord er løsningen, 4 mangler veiledningskompetanse, 4 syns det var for kort frist for å søke mens 14 krysset av for andre grunner.

Tabell 10.16: Har din kommune søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	39	37	76
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,021)</i>			
Nivå 3	2	0	2
Nivå 4	7	2	9
Nivå 5	12	6	18
Nivå 6	18	29	76
<i>Folketall (p-verdi = 0,026)</i>			
20 000 innb. eller mer	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	4	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	14	13	27
Under 2 000 innb.	10	17	27

Tabell 10.15 og 10.16 viser at de større kommunene er mer aktive søkere, både mht. statlige rekrutterings-tilskudd og mht. deltagelse i ALIS-Nord-prosjektet. Dette faktum har mulige fordelingskonsekvenser i disfavør av småkommuner, og er en problemstilling som bør settes på dagsorden når de nye regionale ALIS-kontorene er etablert. En helhetlig tilnærming til rekruttering og utdanning av fastleger, forutsetter overordnede, samlende grep der det sørges for at alle kommunene blir inkludert og ivare tatt.

10.9 Samarbeid om legetjenester

Kommunene ble bedt om å oppgi om de samarbeider med andre kommuner om ulike legetjenester. Tabell 10.17 viser omfanget av ulike typer av slikt samarbeid. Av de typene samarbeid som er spesifisert, tyder tallene på at det er mest vanlig å samarbeide om legevakt og minst vanlig å samarbeide om veiledning av LIS-leger.

Tabell 10.17: Samarbeid med andre kommuner om ulike legetjenester. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Lege- vakt	Leger i KAD, inter- medi- ære tilbud	Sam- arbeid smitte- vern, folke- helse- arbeid o.l.	Kommune- overlege	Fastlege- arbeid på dagtid	Veiled- ning av LIS-leger	Totalt
Alle kommuner	49	20	14	12	8	7	78
<i>Sentralitet</i>							
Nivå 3	1	1	1	0	0	0	2
Nivå 4	8	1	0	1	0	1	9
Nivå 5	11	5	2	6	3	2	18
Nivå 6	29	13	11	5	5	4	49
<i>Folketall</i>							
20 000 innb. eller mer	4	1	1	0	0	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	1	1	2	1	2	7
[5 000 – 9 999] innb.	7	2	1	3	1	0	5
[2 000 – 4 999] innb.	16	8	4	5	2	2	27
Under 2 000 innb.	17	8	7	2	4	3	29

Tabell 10.18: Planlagt samarbeid med andre kommuner om ulike legetjenester. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Legevakt	Leger i KAD eller andre inter-mediære tilbud	Samarbeid om smittevern, folkehelsearbeid o.l.	Kommuneoverlege	Fastlegearbeid på dagtid	Veiledning av LIS-leger	Totalt
Alle kommuner	4	1	4	2	0	3	9
<i>Sentralitet</i>							
Nivå 3	0	0	1	0	0	1	1
Nivå 4	0	0	0	0	0	0	0
Nivå 5	1	0	0	0	0	0	1
Nivå 6	3	1	3	2	0	2	7
<i>Folketall</i>							
20 000 innb. eller mer	0	0	1	0	0	1	1
[10 000 – 19 999] innb.	0	0	0	0	0	0	0
[5 000 – 9 999] innb.	0	0	0	0	0	0	0
[2 000 – 4 999] innb.	2	1	0	1	0	0	2
Under 2 000 innb.	2	0	2	1	0	1	6

Samarbeid om ulike legetjenester foregår på alle sentralitetsnivå og i både de folkerike og mindre folkerike kommunene.

Det var totalt 21 kommuner som ikke samarbeider med andre kommuner om noen av de spesifiserte legetjenester. Det store flertallet av disse (14 kommuner) er på sentralitetsnivå 6, seks er på nivå 5 og én er på nivå 4. Det er grunn til å anta at manglende samarbeid for en stor del skyldes store geografiske avstander til nabokommuner; hele 9 av disse 21 kommunene er i Finnmark.

Kommunene er videre spurt om de planlegger samarbeid med andre kommuner om ulike legetjenester. Tabell 10.18 viser at det er svært få, bare ni kommuner, som har slike planer. Det var i hovedsak kommuner på sentralitetsnivå 6 og kommuner med under 2 000 innbyggere som planla nye samarbeidstiltak om legetjenester.

Sett i sammenheng, viser tabellene 10.17 og 10.18 at det, med unntak for legevakt, er begrenset samarbeid mellom kommuner om legetjenesten. Det er videre et begrenset

antall kommuner som har planer om å utvide dette samarbeidet. Selv om geografiske avstander setter grenser for samarbeid om tjenester, er det grunn til å anta at det for flere kommuner finnes et betydelig uutnyttet potensiale. Det gjelder i enda høyere grad om vi trekker inn mulighetsrommet for virtuelt samarbeid (ulike digitale e-helseløsninger).

10.10 Øvrig personell på legekantor

Det er totalt 141 ulike legekantor fordelt på de 78 kommunene som deltar i undersøkelsen. For tre av disse kommunen med totalt 12 legekantor, var svarene om personellet som er tilsatt på legekantorene så mangelfull at det er utelatt fra analysen.

Tabell 10.19 (på neste side) viser personell i tillegg til fastleger på de 129 legekantorene som det er svart tilfredsstillende om. Tallene viser at nær samtlige legekantor har helsesekretærer tilgjengelig. Det er også relativt vanlig å ha sykepleiere ved legekantorene, bortsett fra i de mest sentrale og mest folkerike kommunene. Annet helsepersonell som jordmor, bioingeniører, psykolog og fysioterapeut er relativt uvanlig, men mer vanlig jo mindre sentral og mindre folkerik kommunen er.

Det var totalt 21 kommuner som ikke samarbeider med andre kommuner om noen av de spesifiserte legetjenester. Det store flertallet av disse (14 kommuner) er på sentralitetsnivå 6, seks er på nivå 5 og én er på nivå 4. Det er grunn til å anta at manglende samarbeid for en stor del skyldes store geografiske avstander til nabokommuner; hele 9 av disse 21 kommunene er i Finnmark.

At det – med unntak av legesekretærer - er mer uvanlig med annet helsepersonell ansatt ved legekantor i de større kommunene, henger sammen med at hovedmodellen for drift av legetjenester, gjør det økonomisk lite attraktivt å ansette slikt personell. Det kan i denne sammenheng nevnes at allmennlegene i Nederland får full takst uavhengig av hvilken personellgruppe på kontoret som utfører en gitt prosedyre. I Nederland har man også etablert såkalt koplet betaling (bundled payment) for å stimulere tverrfaglig samarbeid.¹⁰

¹⁰ Anders Grimsmo og Jon Magnussen: Norsk samhandlingsreform i internasjonalt perspektiv. Oppdragsgiver EVASAM – Norges Forskningsråd, 2015.

Tabell 10.19: Hvor mange av fastlegekontorene i kommunen har følgende typer hjelpepersonell tilgjengelig? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Totalt	Med helse- sekretær(er)	Med sykepleier(e)	Med jordmor	Med bioingeniør(er)	Annet personell (fysioterapeut psykolog o.l.)
Antall legekontor	129	126	69	28	18	24
<i>Sentralitet</i>						
Nivå 3	24	24	2	2	0	2
Nivå 4	25	25	14	1	4	0
Nivå 5	25	24	20	3	10	4
Nivå 6	55	55	33	22	4	18
<i>Folketall</i>						
20 000 innb. eller mer	40	40	7	2	3	2
[10 000 – 19 999] innb.	10	10	9	0	4	0
[5 000 – 9 999] innb.	19	18	12	3	4	5
[2 000 – 4 999] innb.	32	30	23	11	7	7
Under 2 000 innb.	28	28	18	12	0	10

10.11 Hvilke endringer bør gjøres for å forbedre fastlegeordningen?

Til slutt i spørreskjemaet ble kommunene – gjennom åpne spørsmål – invitert til å komme med forslag om forbedringer av fastlegetjenesten. Det ble i spørsmålene skilt mellom forslag adressert til henholdsvis nasjonale myndigheter, helseforetakene, regionrådene og kommunene selv. Disse spørsmålene ble ikke besvart av alle kommunene, og en klart større andel av respondentene fra de folkerike og sentrale kommunene besvarte spørsmålene om forbedringer. Kommunene adresserte flest tiltak til eget nivå, men nesten like mange adresserte tiltak på nasjonalt nivå. Det var også en betydelig andel av kommunene som kom med forslag om tiltak adressert til helseforetakene, mens svært få nevnte tiltak på regionrådsnivå; disse var primært små kommuner med sentralitetsindeks på nivå 6 (mest perifere).

Det synes ellers ikke å være noe klart mønster i svarene når man sammenligner de forslag som kommer fra kommuner med ulik befolkningsstørrelse og sentralitet. Vi

presenterer derfor forslagene samlet, men gruppert for de fire nivåene som adresseres: nasjonale myndigheter, helseforetak, regionråd¹¹ og kommuner.

10.11.1 Forbedringstiltak adressert til nasjonale myndigheter

Ikke uventet har nordnorske kommuner i sine svar framhevet behovet for bedre *finansieringsordninger* for fastlegetjenesten. Dette faktum må vurderes mot en bakgrunn hvor flertallet av kommuner i nord subsidierer denne tjenesten ut over det som følger av hovedmodellen. Konkret foreslås det bedre finansiering av utdanningsløpet for fastleger, både for LIS 1(tidligere turnustjeneste) og ALIS-stillinger, øking av – og geografisk gradering av - basistilskuddet, generell styrking av tilskuddet til kommunene, samt kompensasjon for oppgaveoverføring fra sykehus og økte krav til dokumentasjon.

Flere kommuner ser *oppgaveoverføringen* fra sykehus som utfordrende, uten at den direkte knyttes til manglende finansiering; disse kommunene ønsker primært å redusere volumet av oppgaver som overføres.

Spesialistutdanningen for fastleger ønskes ikke bare bedre finansiert, men også generelt bedre tilrettelagt. Her adresseres dette kravet til de nasjonale myndigheter som for øvrig i de nye forskriftene om spesialistutdanning allerede har stilt dette kravet til kommunene. Mange kommuner nevner også behovet for flere LIS1-stillinger, som historisk har vist seg å være viktig for rekruttering av fastleger i Nord-Norge.

Behovet for å *redusere listelengden* er av de tiltak som nevnes av flest kommuner, til tross for at listelengden for fastleger i Nord-Norge er betydelig kortere enn gjennomsnittet for landet. Dette tilsynelatende paradoks må forstås mot en bakgrunn hvor fastlegene i Nord-Norge gjennomgående har større belastninger knyttet til legevakt og andre kommunale oppgaver i tillegg til listen.

10.11.2 Forbedringstiltak adressert til helseforetakene

Med adresse til helseforetakene, har mange kommuner de samme forbedringsinnspill som til de nasjonale helsemyndigheter. Det må forstås som at kommunene både anmoder staten som sykehuseier å stille disse krav til spesialisthelsetjenesten og adresserer de samme krav direkte til helseforetakene. Det gjelder særlig tiltak knyttet til *oppgaveoverføring* fra sykehus til kommuner og tilretteleggende tiltak rettet mot gjennomføring av sykehustjeneste som ledd i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Bedre *tilgang for fastleger til LIS-stillinger* i sykehus fremstår som svært viktig, sett fra kommunene.

¹¹ Regionråd er ikke organ med formell myndighet. I ny kommunelov som trår i kraft når kommunestyrene konstitueres, er disse beregnet som «interkommunalt politisk organ» som det er frivillig for kommunene å etablere. Når vi likevel har redegjort for svarene fra kommunene mht. hvilken rolle regionrådene skal ha på dette felt, er det fordi det er spurt om det i undersøkelsen.

En tredje hovedkategori av forbedringstiltak som kommunene har adressert til helseforetakene, dreier seg om faglige tiltak, inkludert styrking av faglige samarbeidsorganer. Mange kommuner er opptatt av at sykehusene skal bidra til å styrke felles faglige fora og nettverk, og at de prioriterer deltagelse i flere samarbeidsmøter med førstelinjen. Videre dreier innspillene seg om faglige spørsmål som epikrisetid, maler for henvisning, etablering av faglige team på tvers av nivåer, bedre tilgjengelighet til vakthavende leger i sykehus, ambulanseberedskap mv.

10.11.3 Forbedringstiltak adressert til regionrådene

Som allerede nevnt, kommer kommunene med relativt få innspill rettet mot regionrådene, og flertallet av disse innspillene kommer fra de minst sentrale kommunene. Innspillene retter seg mot samarbeid mellom kommuner om rekruttering, stabilisering, LIS 1-tjenesten og ALIS-tjenesten (inkludert veiledning). Andre forslag dreier seg om ønsker om samarbeid om folkehelse, kommuneoverlege, legevakt og psykiatri/rus.

10.11.4 Forbedringstiltak adressert til eget nivå i egen regi

Forslagene til forbedringstiltak i kommunal egenregi fremstår som innbyrdes langt mer forskjellige og heterogene enn tiltakene adressert til øvrige nivåer. Det er likevel noen gjengangere som også er rettet mot andre adressater; det gjelder behovet for flere fastleger, kortere lister (særlig nevnt av kommuner på sentralitetsnivå 4 og 5), redusert vaktbelastning og behovet for kommunal tilrettelegging av rekruttering og spesialistutdanningen.

For øvrig har flere kommunale helselederne i sine svar framhevet behovet for å lage planer for legetjenesten, å inkludere legene mer i planlegging og organisering, og å forankre legetjenesten bedre i kommunens øverste ledelse; en kommune foreslår å knytte kommuneoverlegen opp mot rådmannens stab, en annen foreslår å etablere en dedikert administrativ leder av helsetjenesten. Dette viser at det også i mange kommuner erkjennes at legetjenesten må planlegges og ledes på en mer profesjonell måte og i samarbeid med legene. Men ikke alle innspill går i samme retning: der én betoner behovet for å styrke legenes autonomi, påpeker en annen behovet for å gi kommunene samme styringsrett overfor legene som vis a vis annet helsepersonell.

Noen av de kommunale helselederne påpeker behovet for bedre praktisk og økonomisk tilrettelegging for at legene skal trives og bli lengre tid i sine stillinger/hjemler. Det kan dreie seg om å dekke kostnader til kurs, hospitering og konferanser, helt eller delvis dekke kostnader til hjelpepersonell og utstyr, gjenkjøpsgaranti av lister som ikke blir solgt og andre økonomiske ordninger som kan hjelpe nyutdannede leger.

Noe overraskende, er det få som nevner faglige tema knyttet til folkehelse og frisklivssentraler. Dette er et funn som samsvarer godt med kunnskapsoppsummeringer og fokusintervju med allmennleger og kommuneoverleger.¹²

Det konstateres ellers at bare en av de kommunale helselederne som – med adresse til kommunene – foreslår sterkere satsning på interkommunalt samarbeid, noe som må tolkes som at kommunene primært søker løsninger i egen regi.

10.12 Oppsummering

Andelen ledige fastlegehjemler har økt noe i løpet av de siste årene, særlig i de folkerike og sentrale kommunene i Nord-Norge. Samtidig melder denne typen kommuner om at de har behov for å opprette flere fastlegehjemler/-stillinger. Samlet sett er behovet anslått til om lag 12 prosent flere fastleger sammenliknet med dagens nivå. I Nord-Norge har det de senere år skjedd en dreining vekk fra næringsdriftavtaler med kommunal leieavtale mot flere fastlegeavtaler basert på fastlønn med bonus. De folkerike og sentrale kommunene melder om et manglende marked for omsetning av fastlegepraksiser. Få kommuner har utarbeidet planer for legetjenesten og det samarbeides i liten grad om annet enn legevakt kommunene imellom. Kommunene er i varierende grad forberedt på sitt nye ansvar for å sørge for spesialistutdanningen av egne leger. Når det gjelder spørsmålet om hva som bør forbedres i fastlegeordningen, fremhever de nordnorske kommunene at det er behov for en bedre finansieringsordning som omfatter både det pasientrettede legearbeidet og utdanningen av leger. De er videre opptatt av at helseforetakene må gi fastlegene bedre tilgang til å kunne gjennomføre den delen av spesialistutdanningen i allmenntidisin hvor læringsmålene oppnås ved sykehustjeneste og av at helseforetakene deltar i faglige fora og nettverk. Kommunene har ganske ulike oppfatninger av hva de selv kan gjøre annerledes i sin forvaltning av ansvaret for fastlegetjenesten. Flere kommunale helseledere fremhever behovet for planer for legetjenesten som inkluderer fastlegene og er forankret i kommunens øverste ledelse.

¹² Rønnevik, DH, Pettersen, B, Grimsø, A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Oslo: KS-rapport september 2019.

11. Kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommuner i Nord-Norge

11.1 Hvordan data er innhentet - metode for kartlegging

I arbeidsgruppens regi er det gjennomført en kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommunene i Finnmark, Troms og Nordland. Data er i hovedsak innhentet fra kommuneoverlegene i de ulike kommunene. Det er gjennomført telefonintervjuer hvor det er brukt en felles intervjuguide. Guiden er begrenset til følgende tema; økonomi, avspaseringsordninger og legevakt- herunder organisering, belastning og avlønning.

Der det ikke er oppnådd kontakt med kommuneoverlegene, har man intervjuet andre leger i kommunen eller ledere for legetjenesten. Gruppen har valgt å innhente data fra legene selv, da flere tidligere undersøkelser om fastlegeordningen er basert på besvarelser fra helseledere i kommunen. Informasjon om innholdet i fastlegeavtalene anses i ulik grad som sensitiv informasjon blant legeinformantene. I noen tilfeller har vi ikke fått informasjon fra dem om lønnsnivå. Ved å innhente informasjon fra legene selv har det vært mulig å få bedre kjennskap til hvordan legene selv oppfatter sin arbeidssituasjon og har slik sett gitt oss mulighet til å «ta temperaturen» på fastlegeordningen i Nord-Norge. Denne informasjonen nedfeller seg ikke nødvendigvis eksplisitt i dette kapittel, men inngår som viktig del av fortolkningsrammen for flere av arbeidsgruppens vurderinger, slik de fremkommer i rapporten.

Det tas forbehold om at det kan forekomme unøyaktigheter i de data som i dette kapittel presenteres om fastlegeavtalene med kommunene i Nord-Norge. Vi presenterer ikke data for hver enkelt kommune, og er rimelig trygge på at de hovedmønstre som presenteres i dette kapittel gir et godt bilde av fastlegeavtalene i landsdelen som helhet.

11.2 Avtaletyper som er i bruk

Den store majoriteten av fastleger i alle tre fylker har klinisk kurativ praksis med utgangspunkt i en pasientliste og annet allmennt medisinsk kommunalt arbeid, i tillegg til legevaktarbeid. Avtaletypene som er i bruk, er:

- 1) Næringsdriftavtale etter hovedmodellen
- 2) Næringsdriftsavtale med kommunal subsidiering (dvs. leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell, går gjerne også under benevnelsen 8.2 avtale)
- 3) Fastlønnsavtale med bonus
- 4) Fastlønnsavtale

I noen tilfeller kombineres de ulike avtaletypene, for eksempel næringsdriftavtale for fastlegearbeid kombinert med fastlønn for kommunal bistilling. Det er også mange

kommuner som bruker de ulike avtaletypene parallelt, hvor noen fastleger har næringsdriftavtale mens andre har en fastlønnsavtale. Kommunene bruker også goder som ekstra ferie med lønn, fri med lønn til kurs og permisjonsrettigheter med lønn. Disse godene framkommer i beskrivelsene under. I de aller fleste tilfeller kompenseres arbeid med legevakt særskilt. I beskrivelsene under, er kompensasjon for legevakt holdt utenom for å redusere kompleksiteten.

11.3 Fastlegeavtaler i Finnmark

Finnmark har 19 kommuner og alle inngår i denne kartleggingen. Det er stor variasjon kommunene imellom med hensyn til hvordan fastlegene kompenseres for det arbeidet de gjør. Det er ingen kommuner som har like avtaler, bortsett fra to tilfeller hvor to nabokommuner samarbeidet om legetjenester.

Avtaletypene som er i bruk i Finnmark, er:

- 1) næringsdriftsavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale)
- 2) fastlønnsavtaler med bonus
- 3) fastlønnsavtaler

Det er ingen kommuner i Finnmark som har næringsdriftavtale etter hovedmodellen. I det videre beskrives de tre avtaletypene som brukes i Finnmark med vekt på å få fram variasjonsbredden både i karakteristika ved kommunene, legetjenestene, økonomiske godtgjøringer og andre goder.

11.3.1 Næringsdriftsavtaler med kommunal subsidiering i Finnmark

Tabell 11.1 viser at det er tre kommuner i Finnmark som har næringsdriftsavtaler med kommunal subsidiering med sine fastleger, såkalt 8.2 avtale¹³. Dette er de tre mest folkerike kommunene i fylket. Den kommunale subsidieringen er i én kommune begrenset til subsidiert husleie, mens det i de to andre praktiseres «all inclusive» avtaler for lokaler, hjelpepersonell og medisinsk teknisk utstyr hvor prisen for fastlegene ligger under den faktiske kostnaden for kommunen. I en kommune praktiseres rundsummer, mens den andre kommunen justerer prisen med listelengde. I en av disse kommunene, er det mulig for fastlegene å selv velge om de heller vil ha fastlønn. Nesten halvparten av fastlegene har valgt det. Variasjonsspennet for fastlønn som er oppgitt i tabellen, er dekkende for legene på fastlønn og for legene med næringsdrift som har kommunale bistillinger for å gjøre annet allmennlegearbeid for kommunen. Alle fastleger i de tre kommunene har årlig rett til to uker ekstra ferie med lønn og to uker fri til kurs med lønn. I en kommune opparbeider de rett til to måneder permisjon med lønn hvert tredje år, mens legene i de to andre kommunene opparbeider seg rett til fire måneder permisjon med lønn hvert tredje år. Sistnevnte

¹³ Det formelle grunnlaget for en slik praksis finnes i AS 3410 punkt 8.2.

permisjonsomfang går under betegnelsen *Nord-Norgepermisjon*. Det er mange leger i vaktturnus, så vaktbelastningen på den enkelte lege er ikke veldig høy. To av kommunene er sykehuskommuner, mens den tredje har 2 timer reisetid til sykehus. Gjennomsnittlig reisetid til sykehus for de tre kommunene er 56 minutter (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.1: Kjennetegn ved næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Finnmark

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger - kontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast løn	Ekstra ferie per år	Fritilkuers per år	Permisjonsrettigheter
3	[10 156 – 20 665]	[11 – 24]	[755 – 863]	[1 – 4]	[12 – 26]	[subsidiert husleie – «all inclusive» for lokaler, personell og med.tekn. utstyr til under faktisk kostnad]	[0, 75 – 1] mill kr	2 uker med lønn	2 uker med lønn	[2 – 4] mnd fri med lønn hvert 3. år

11.3.2 Fastlønsavtaler med bonus i Finnmark

Tabell 11.2 på neste side viser at det er 12 kommuner¹⁴ som har fastlønsavtaler med bonus¹⁵. Dette er en blanding av kommuner med lavt folketall og de mellomstore kommunene i fylket. Listelengden er relativt moderat. Avtalene skiller som regel mellom ikke-spesialister og spesialister. Fastlønnsspennet mellom de lavest og høyest lønnede ikke-spesialistene er på 690 000 kroner, mens tilsvarende spenn for spesialister er på hele 1,14 millioner kroner. I fire av kommunene har kommuneoverlegen fast lønn som varierer mellom 1,15 og 2,3 millioner kroner¹⁶. I én kommune har kommuneoverlegen en bonusavtale, mens den andre legen der har fast lønn (1,1 millioner kroner) uten bonus.

¹⁴ Herunder de to kommunene som samarbeider om organisering av fastlegetjenesten

¹⁵ Hovedtariffavtalen kap 3.6 åpner for denne ordningen som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering.

¹⁶ En av kommuneoverlegene har 20 % kurativ virksomhet hvor alle inntekter går til kommunen. Kommuneoverlegen med høyest fast lønn, er kommuneoverlege i 40 % stilling kombinert med 60 % fastlegepraksis hvor 67 % av egen inntjening i form av HELFO-refusjoner og egenandeler fra pasienter tilfaller legen.

Tabell 2 viser at det er stor variasjon med hensyn til hvordan bonusdelen er utformet. Noen leger får en andel av all inntjening (HELFO-refusjoner og egenbetaling fra pasienter) ved legekantoret, mens andre får en andel av sin egen inntjening. Det er også eksempel på at fastleger får en andel av LIS1-leges inntjening. En annen variant av slike bonusavtaler er en avgrensning hvor legene får en andel av HELFO-refusjonene (egen eller kantorets), mens egenandeler fra pasientene tilfaller kommunen. En tredje variant, er at legene får 100 % av egen inntjening, etter at de har tjent inn nok til å dekke egen fastlønn. Flere steder er bonusandelen høyere for spesialister sammenliknet med ikke-spesialister. Innslaget av andre goder varierer.

Tabell 11.2: Kjennetegn ved fastlønsavtaler med bonus i Finnmark

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger i kontor i kommunen	Antall leger i vakt	Fastlønns-del	Bonus	Ekstra ferie per år	Fritilkuks per år	Permisjonsrettigheter
12	[917 - 5 894]	[2 - 9]	[300 - 750]	[1 - 2]	[4 - 15]	ikke-spesialister: [0,81 - 1,5] mill. kr spesialister: [0,86-2] mill. kr KOL*: [1,15-2,3] mill. kr	[30 - 100] % av all inntjening [50-100] % av HELFO refusjoner 100% av all inntjening etter at fastlønner dekket inn	[0 - 6] uker med lønn	[2 - 4] uker med lønn	[Ingen - 4 mnd fri med lønn hvert 3. år hvor permisjonstiden teller ved opptjening av ny permisjon]

*KOL: Kommuneoverlege

Alle så nær som én kommune, gir fri til kurs med lønn varierende fra to til fire uker årlig. Ekstra ferie med lønn gis i sju av kommunene varierende mellom en og seks uker årlig. Fem kommuner gir rett til permisjon i 4 måneder; fire av dem etter tre år og en etter fem år. I en av disse kommunene teller permisjonstiden med i opptjeningen til ny permisjon. I en sjettede kommune er det mulig å få utdanningspermisjon, mot at det dokumenteres hva man har brukt permisjonstiden til. En kommune som har en del fastleger i deltidsstillinger som ikke er fastboende, dekker legenes reiser til og fra jobb til en kostnad på ca. 100 000 kroner per år. Det er stor variasjon med hensyn til antall leger i vakt kommunene imellom. Kommunen med flest leger i vakt, er i et interkommunalt legevaktsamarbeid med en folkerik kommune. Kommunene har samlet sett i snitt 3 timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

11.3.3 Fastlønsavtaler i Finnmark

Tabell 11.3 viser at det er fire kommuner i Finnmark som har fastlønsavtaler med sine leger. Dette er kommuner med lavt folketall, få leger og i hovedsak korte lister. Én av disse kommunene praktiserer Nordsjøturnus (to uker på og fire uker av) hvor flere ulike leger betjener samme (relativt lange liste). Når legene er på, tar de all legevakt. Legevakt er inkludert i fastlønnen. Den høyeste fastlønnen oppgitt i tabellen er for fastlege som er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Samme kommune har oppgitt at kommuneoverlegen har en fastlønn på 1,75 millioner kroner. I tre kommuner har legene rett til to uker ekstra ferie med lønn, mens de i den fjerde kan få mellom tre og fem uker ferie med lønn. I denne kommunen får ikke legene permisjon med lønn og det er uklart om de har rett til fri til kurs med lønn. De tre øvrige kommunene gir fri til kurs med lønn i minst to uker. En av disse gir ingen permisjonsrettigheter med lønn, en annen gir fire måneder permisjon med lønn etter tre år, mens i den siste kommunen har en av legene rett til fire måneder permisjon med lønn etter tre år, mens den andre legen har fått en kompensasjon for manglende permisjonsrettigheter på 100 000 kroner per år.

Tabell 11.3: Kjennetegn ved fastlønsavtaler i Finnmark

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontorer	Antall leger i vakt	Fastlønn	Ekstra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
4	[981 - 2 673]	[3 - 5]	[321 - 990]	1	[1 - 5]	[1 - 1,41] mill. kr KOL* : [1,3- 1,751] mill. kr	[2 - 5] uker med lønn	[2 - 4] uker med lønn	[Ingen - 4 mnd fri med lønn hvert 3. år]

Det er få leger i vaktturnus, så vaktbelastningen på den enkelte lege er høy. Kommunene har i snitt 3 timer og ett kvarter reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

11.4 Fastlegeavtaler i Troms

Det er totalt 24 kommuner i Troms og alle er med i denne kartleggingen. En del av kommunene i Troms samarbeider om legetjenester. Dette gjelder: 1) Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy (Senjalegen), 2) Salangen, Lavangen og Ibestad (Astafjordlegen), 3) Sørreisa og Dyrøy og 4) Skånland som samarbeider med Evenes og Tjeldsund kommune i Nordland. I den videre beskrivelsen, teller de tre førstnevnte kommunesamarbeidene som én kommune hver. Skånland er plassert under beskrivelsen av fastlegeavtaler i Nordland. Det vil si at beskrivelsen om Troms under, omfatter totalt 17 «kommuner».

Alle de fire avtaletypene brukes i Troms. Kommunene i Troms benytter i større grad enn kommunene i Finnmark, flere ulike avtaletyper parallelt. Av de 17 «kommunene», er det åtte som benytter to eller tre avtaletyper parallelt. Det mest vanlige er en kombinasjon hvor noen fastleger har næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale) og de resterende har fastlønn med bonus, noe seks av de åtte «kommunene» har. Én av de fem benytter i tillegg fastlønnsavtale. To av de åtte kombinerer næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale) og fastlønnsavtale. Bruken av ulike typer avtaler i en og samme kommune tyder på den ene siden på at kommunene til en viss grad skreddersyr avtaler til den enkelte fastlege, på den andre siden at kommunens avtalepraksis videreføres selv om kommunen innlemmes i interkommunalt legetjenestesamarbeid.

I det videre beskrives de fire avtaletypene som brukes i Troms med vekt på å få fram variasjonsbredden både i karakteristika ved kommunene, legetjenestene, økonomiske godtgjøringer og andre goder.

11.4.1 Hovedmodellen i Troms

De to mest folkerike kommunene i Troms har fastlegeavtaler som i hovedsak følger hovedmodellen (se tabell 11.4). De to kommunene tilbyr bare denne avtaletypen. I den mest folkerike av disse kommunene har fastlegene relativt lange lister i gjennomsnitt, mens de i den andre har en langt lavere gjennomsnittlig listelengde. Sistnevnte kommune praktiserer en variant av hovedmodellen hvor de gir 30 prosent høyere basistilskudd per listeinnbygger for å gjøre fastlegepraksis mer attraktivt. Denne kommunen dekker også utgifter til spesialistutdanning fra et eget utdanningsfond og tar ansvar for å skaffe vikar når fastleger tar sykehusåret som del av spesialiseringen i allmennmedisin. Begge kommuner har sykehus og mange leger som deler legevakt. Den minst folkerike kommunen har tre leger ansatt i fulle legevaktstillinger for å redusere vaktbelastningen på de øvrige fastlegene. Fastlønnsnivået for kommunalt

legearbeid ligger på et relativt moderat nivå. Spennet mellom høyeste og laveste nivå er på 400 000 kroner. Befolkningen i de to kommunene i Troms med denne typen avtale har i gjennomsnitt 15 minutters reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.4: Kjennetegn ved hovedmodellavtaler i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Ekstra ferier per år	Fri tilkurs per år	Permisjonsrettigheter
2	[24 829 – 76 649]	[32-74]	[720 – 1077]	20	15	En av kommunene gir 30% høyere basistilskudd per listeinnbygger + dekker legenes utgifter til spesialistutdanning	[0,7-1,1] mill. kr	Ingen	Ingen	Ingen

11.4.2 Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Troms (8.2 avtaler)

Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtaler) er den avtaletypen som brukes i flest kommuner i Troms (se tabell 5). Fire kommuner tilbyr bare denne avtaletypen. Den brukes både i kommuner med lavt og relativt høyt folketall. Sammenliknet med kommunene med hovedmodellen i Troms, er gjennomsnittlig listelengde gjennomgående lavere. Sju av de 11 kommunene som har denne typen avtaler, har en eller to andre avtaletyper i tillegg. Avtalene er i all hovedsak «all inclusive» hvor fastlegene betaler et fast månedlig beløp til kommunen for lokaler, personell og medisinskteknisk utstyr som ligger under den faktiske kostnaden. En av disse kommunene gir botilskudd til en fastlege som pendler, mens en annen gir en årlig bonus for hvert år legene praktiserer i kommunen (maksimal bonus er kr 100 000 per år). I tredje variant er at fastlegene deler 50 prosent av LIS1-legenes inntjening (HELFO-refusjon og pasienters egenandeler). I en kommune praktiseres nullavtale, hvor kommunen beholder basistilskuddet mot at legen(e) får lokaler, personell og medisinskteknisk utstyr uten annet vederlag. To kommuner gir to og en kommune gir tre ekstra ferieuker, to kommuner gir to uker fri med økonomisk kompensasjon til

kurs, mens tre kommuner gir legene regelmessig permisjon med lønn. Det er relativt stor variasjon i fastlønnsnivået for kommunalt legearbeid. Det mangler imidlertid opplysninger om fastlønnsnivået for fem av de 11 kommunene. Spennet mellom høyeste og laveste nivå er på 650 000 kroner. Kommunene i Troms med denne typen avtaler har i gjennomsnitt drøyt to timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.5: Kjennetegn ved næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Ekstra ferie per år	Fritilkuks per år	Permisjonsrettigheter
11	[1 105 - 15 011]	[2 - 8]	[455 - 914]	[1 - 3]	[3 - 28]	«all inclusive» for lokaler, personell og med. tekn. utstyr til under faktisk kostnad/0-avtale / (+ botilskudd) / (+ bonus per år max 100 000 kr) / 50% av LIS-legens inntjenning	[0,75 - 1,4] mill. kr	[Ingen - 3 uker med lønn]	Ingen - ikke spesifisert fri	Ingen - 4 mnd fri med lønn hvert 3. år

11.4.3 Fastlønn med bonus i Troms

Fastlønn med bonus brukes i sju kommuner i Troms (se tabell 11.6). Dette er både kommuner med lavt og relativt høyt folketall. Den gjennomsnittlige listelengden i disse kommunene er gjennomgående lavere enn i kommunene med næringsdriftavtaler (se tabell 4 og 5). To kommuner tilbyr bare denne avtaletypen. Fastlegene som har fastlønn med bonus inngår i legevakt med få eller mange andre leger. Fastlønnsdelen varierer noe i disse avtalene, og ligger på et relativt moderat nivå sammenliknet med

det som er tilfelle i Finnmark. I ett tilfelle er fastlønsdelen for en kommuneoverlege som har fastlønn med bonus, spesifisert til å være 1,1 millioner kroner. Spennet mellom høyeste og laveste fastlønsdel er på 350 000 kroner. Bonusdelen varierer mellom 20 og 35 prosent av legens egen inntjening. Ingen av disse kommunene gir ekstra ferie, men tre kommuner gir fri med lønn til kurs (i to av dem er denne typen fri avgrenset til to uker i året). Fire kommuner dekker legens utgifter til spesialistutdanning. I en kommune har legene rett til fire måneder permisjon hvert tredje år, men dette oppgis å være vanskelig å få tatt ut. Kommuner med denne typen avtaler i Troms har i gjennomsnitt nær to og en halv time reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018). I en av disse kommunene deles en liste mellom tre fastleger som betjener den i Nordsjøturnus samtidig som de sammen med turnuslegen tar all legevakt i kommunen.

Tabell 11.6: Kjennetegn ved fastlønsavtaler med bonus i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antal fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger - kontor	Antall leger i vakt	Fastlønsdel	Bonus	Ekstraferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
7	[1 202 - 15 011]	[2 - 14]	[433 - 783]	[1-2]	[3-28]	[0,75-1,1] mill. kr KOL*: 1,1 mill kr	[20-35] % av all inntjening	Ingen	[Ingen - 2 uker]	Ingen - 4 mnd. hvert 3. år]

*KOL = Kommuneoverlege

11.4.4 Fastlønn i Troms

Det er fem kommuner i Troms som har fastlønsavtaler (se tabell 11.7). To av disse tilbyr bare fastlønsavtale, mens de øvrige også tilbyr næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale). En av disse tilbyr i tillegg fastlønn med bonus. Kommunene med fastlønsavtaler har lavt folketall, få fastleger og lav gjennomsnittlig listelengde. Fastlønsnivået er noe høyere enn det som er tilfelle for de øvrige avtaletypene i Troms. Spennet mellom høyeste og laveste nivå er på 600 000 kroner. To kommuner gir to uker ekstra ferie, to kommuner gir 2 uker fri til kurs, mens fire kommuner dekker legenes utgifter til spesialistutdanning. Ingen kommuner gir legene rett til permisjon med lønn. Kommuner med denne typen avtaler i Troms har i gjennomsnitt nær to timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.7: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Fast løn	Ekstra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
5	[1105-6805]	[2-7]	[455-745]	[1-3]	[3-28]	[0, 8 - 1,4] mill kr	[Ingen-2 uker]	[Ikke spesifisert - 2 uker]	Ingen

11.5 Fastlegeavtaler i Nordland

Det er totalt 44 kommuner i Nordland. I denne kartleggingen inngår informasjon om 34 av dem. Kartleggingen omfatter dermed fastlegeavtaler som dekker 91 prosent av befolkningen i Nordland. Blant kommunene som ikke inngår, er det fem med under 2 000 innbyggere, fire med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere og en kommune med over 10 000 innbyggere. Kartleggingen omfatter to samarbeidskonstellasjoner: 1) Evenes, Tjeldsund og Skånland¹⁷ og 2) Nye Narvik kommune¹⁸ (Narvik, Ballangen og deler av Tysfjord). I den videre beskrivelsen, teller de to kommunesamarbeidene som én kommune hver. Det vil si at beskrivelsen om Nordland under, omfatter totalt 32 «kommuner».

Som i Troms, er det også i Nordland relativt vanlig at kommunene benytter flere ulike avtaletyper parallelt. I Nordland benytter 10 av de 32 «kommunene» i kartleggingen to eller tre ulike avtaletyper med sine fastleger. Tre av disse har hovedmodellen og fastlønnsavtaler, to har hovedmodellen og fastlønn med bonus, fire har næringsdrift med kommunal subsidiering (8.2 avtale) og fastlønn med bonus, mens en har næringsdrift med kommunal subsidiering (8.2 avtale), fastlønn med bonus og fastlønn. I det videre beskrives de fire avtaletypene som brukes i Nordland med vekt på å få fram variasjonsbredden både i karakteristika ved kommunene, legetjenestene, økonomiske godtgjøringer og andre goder. Data om antall leger i vakt mangler for noen «kommuner».

11.5.1 Hovedmodellen i Nordland

Hovedmodellen brukes i de fem mest folkerike kommunene i Nordland (se tabell 11.8). Den gjennomsnittlige listelengden i disse kommunene er relativt lang og det er mange leger som deler på legevakt. Det er ingen kommuner som bare bruker hovedmodellen. Ingen av kommunene med hovedmodellen tilbyr legene ekstra ferie. En kommune gir fri til kurs, mens to kommuner gir permisjonsrettigheter i inntil fire måneder hvert

¹⁷ Skånland kommune ligger i Troms.

¹⁸ Nye Narvik kommune etableres 1.1.2020.

tredje år. Kommunale bistillinger lønnes relativt moderat. Fastlønnsnivået varierer innenfor et spenn på 320 000 kroner. En kommune er behjelpelig med å skaffe vikar ved lengre tids fravær. Flere av disse kommunene har sykehus og befolkningen har i gjennomsnitt under en halvtime reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.8: Kjennetegn ved hovedmodellavtaler i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antal fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger - kontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast løn	Eks tra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
5	[9595-50024]	[9-40]	[1031-1139]	[3-13]	[10-17]	Kommunene er behjelpelig med å ansette vikar	[0,68-1] mill. kr	Ingen	[Ingen - fri til kurs]	[Ingen - 4 mnd perm, hvert 3. år]

11.5.2 Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Nordland (8.2 avtaler)

Tabell 11.9 viser at det er ni kommuner i Nordland som har næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtaler). Tre av dem tilbyr bare denne typen avtale. Dette er både kommuner med lavt og relativt høyt folketall. Gjennomsnittlig listelengde ligger lavere og legevakt deles på færre leger enn i kommuner med hovedmodellen. I en kommune er leger alene på vakt deler av døgnet. Fem av de ni kommunene har nullavtaler (dvs. at kommunen beholder basistilskuddet mot at legen(e) får lokaler, personell og medisinskteknisk utstyr uten annet vederlag). En kommune gir et driftstilskudd på 400 000 kroner per fastlege. Nivået på avlønning for kommunal bistilling ligger noe over nivået i kommuner med hovedmodellen. Variasjonen mellom høyeste og laveste nivå er på 370 000 kroner. En kommune har en kommuneoverlege med 40 prosent 8.2-avtale og 60 prosent fastlønn som er lønnet veldig høyt (1,87 millioner kroner for 100 prosent stilling). En kommune gir en uke ekstra ferie. To kommuner gir fri til kurs, den ene i inntil 2 uker per år. I en kommune har legene fire måneder permisjon hvert tredje år. Kommuner med denne typen avtaler i Nordland har i gjennomsnitt en og en halv time reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.9: Kjennetegn ved næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Ekstra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
9	[508-11480]	[1-14]	[452-952]	[1-3]	[1-17]	5 av 9 kommuner har nullavtalene ----- --- En kommune gir 0,4 mill i tilskudd per lege per år	[0,73-1,1] mill .kr KO L*: 1,87 mill kr	[Ingen-1 uke]	[Ingen – 2 uker]	[Ingen – 4 mnd per. Hvert 3. år]

*KOL = Kommuneoverlege

11.5.3 Fastlønn med bonus i Nordland

Det er 14 kommuner i Nordland som tilbyr fastlønn med bonus (se tabell 11.10). Seks av dem tilbyr bare denne typen avtale. Avtaletypen brukes både i kommuner med lavt og relativt høyt folketall og i kommuner hvor minst tre leger deler på legevakt. Det er stor variasjon i lønnsnivå på fastlønnsdelen. Differansen mellom høyeste og laveste lønnsnivå er på 1,03 millioner kroner. Fastlønnsnivået for kommuneoverleger ligger gjennomgående høyere enn for vanlige fastleger, men lønnsspennet er mindre og ligger på 375 000 kroner. Bonusdelen varierer fra kommune til kommune og i enkelte tilfeller mellom legene i en og samme kommune. I en kommune har ikke-spesialister en bonusandel på 25 prosent, mens spesialister i allmenntilleggsmedisin har en bonusandel på 30 prosent. En kommune gir 300 000 kroner i engangsbonus når leger oppnår spesialitet i allmenntilleggsmedisin. Sju kommuner gir legene ekstra ferie, to uker i seks kommuner og en uke i en kommune. Sju kommuner gir fri til kurs i inntil 2 uker. Tre kommuner gir permisjon inntil fire måneder hvert tredje år. Kommuner med denne typen avtaler i Nordland har i gjennomsnitt drøyt en og en halv time reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

11.5.4 Fastlønn i Nordland

Fastlønn brukes i 15 kommuner i Nordland (se tabell 11.11). I ti av dem er fastlønn det eneste avtalealternativet. Dette er i hovedsak kommuner med lavt folketall, åtte av de ti har under 2 000 innbyggere. Tre av de fem kommunene som tilbyr andre avtaletyper enn fastlønn, har over 10 000 innbyggere. I kommunene som bare tilbyr fastlønnsavtale, varierer fastlønnsnivået mellom 800 000 og 1 010 000 kroner.

Tabell 11.10: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler med bonus i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig liste-lengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Fastlønnsdel	Bonus	Ekstraferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
14	[1022-23025]	[2-14]	[479-1071]	[1-3]	[3-14]	[0,73-1,76] mill. kr KOL*: [1,025-1,4] mill. kr	[10-50]% av all inntjening	[Ingen - 2 uker]	[Ingen - 2 uker]	[Ingen - 4 mnd perm hvert 3. år]

*KOL = Kommuneoverlege

I disse kommunene er det få fastleger og få som deler på legevakt. I enkelte tilfeller er det snakk om bare en lege, med svært begrensede muligheter til å ta ut ekstra ferie eller ta permisjon selv om de har slike rettigheter. Selv om legevakt lønnes særskilt, må lønns-kompensasjonen for den tiden disse legene investerer i jobben og det ansvaret de aksler på seg sies å være lavt. Seks av de 15 kommunene tilbyr inntil 2 uker ekstra ferie. I en av disse kommunene gjelder dette bare for kommuneoverlegen. Ni kommuner tilbyr fri til kurs i inntil fire uker per år. Fem kommuner gir permisjonsrettigheter inntil fire måneder hvert tredje år. I tre av disse kommunene er permisjonsrettigheter forbeholdt kommuneoverlege(r). Kommuner med denne typen avtaler i Nordland har i gjennomsnitt nær to timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018). Hvis vi bare tar med kommunene med under 10 000 innbyggere i denne kategorien øker den gjennomsnittlige reisetiden til sykehus til drøyt to timer og ti minutter.

Tabell 11.11: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig liste-lengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Fast lønn	Ekstraferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
15	[456-50024]	[1-10]	[432-1139]	[1-2]	[1-17]	[0,68-1,1] mill. kr KOL: [1,03-1,83] mill. kr	[Ingen - 2 uker]	[Ingen - 4 uker]	[Ingen-4 mnd perm hvert 3. år]

11.6 Oppsummering – fastlegeavtaler i Nord-Norge

Kartleggingen viser at det bare er sju kommuner i Nord-Norge som har fastlegeavtaler etter hovedmodellen. Den store majoriteten av kommuner i Nord-Norge har altså inngått andre avtaletyper med sine fastleger enn hovedmodellen. Innholdet i disse avtalene er til dels svært forskjellig fra kommune til kommune. Det er også ulike avtaler i bruk i en og samme kommune. Det kan være gode grunner til at de lokale avtalene blir utformet på denne måten. Det er rimelig å anta at avtalene til en viss grad skreddersys og tilpasses den enkelte fastlege og særegne lokale forhold.

Sett i lys av stabilitetsutfordringene i fastlegetjenesten i Nord-Norge, er det grunn til å spørre hvilken rolle de mangefasetterte fastlegeavtalene mellom kommunen og fastlegene spiller. Avtalene synes å være markedsstyrte og er ofte det eneste og sterkeste kortet kommunene har for å rekruttere og beholde fastleger. Det er derfor viktig at kommunene har spillerom. Kompleksiteten i innhold og mangel på åpenhet og transparens som det synes å være rundt disse avtalene, kan tenkes å virke både positivt og negativt inn både på rekruttering og stabilisering av fastleger. Sett utenfra, er det et uklart maktforhold mellom lege og kommune. Særlig for ferske og uerfarne fastleger, kan det tenkes at avtaleforhandlingene er krevende. Kan hende opplever noen at avtaler de i utgangspunktet trodde var gode, framstår annerledes når man får kjennskap til hvilke betingelser mer erfarne fastlegekolleger har. Dette er forhold det snakkes lite åpent om og som det derfor finnes lite systematisert kunnskap om. På den andre siden kan individuelt tilpassede avtaler, og kanskje særlig avtaler som er tilpasset hele fastlegepraksisen og den lokale konteksten i kommunen ha stor positiv betydning for å skape stabilitet.

Vi vet fra tidligere at enkelte av kommunene med gode lønnsvilkår, over flere år har slitt med rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Vi ser også at enkelte små kommuner som har god stabilitet med leger som har vært der i over 10-20 år tilbyr relativt moderate økonomiske avtaler. Dette indikerer at lønn alene ikke er avgjørende for rekruttering og stabilitet, men at andre forhold (arbeidstid, vaktbelastning, faglig tilrettelegging og utvikling mv) kan være like viktige. Hvorvidt kommuner som - gjennom moderate økonomiske avtaler - hittil har klart å holde på legene, vil makte å opprettholde samme stabilitet når nåværende leger forlater kommunen, vites ikke.

Vi har ikke kartlagt hvor mye kommunene egenfinansierer utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen i hovedmodellen. Men en del av fastlegeavtalene, særlig en del av fastlønsavtalene med bonus, synes å være kostbare for kommunene. Andre fastlønsavtaler synes å være relativt rimelig sett i forhold til ansvaret og tidsbindingen de innebærer for fastlegene. Innholdet i avtalene basert på fastlønn tyder på at kommunene og fastlegene burde hatt mer å støtte seg til for å arbeide fram en normering hvor det ble mer tydelig hva det er rimelig å legge i potten for fastlegenes arbeid. Større åpenhet om innholdet i disse avtalene og mer oppmerksomhet fra helsemyndighetenes side om at det er fire ulike avtaletyper som er i bruk, ville trolig

vært til hjelp her. Fastlegestatistikken fra Helsedirektoratet skiller bare mellom to typer; næringsdrift og fastlønn. Dette gir etter vårt syn en for lite nyansert beskrivelse av de avtalene som er i bruk dette markedet.

12. ALIS-Nord og etablering av regionale ALIS-kontor

ALIS-Nord er et 5-årig prosjekt for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge med Bodø kommune som prosjekteier. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet med støtte fra fylkesmennene i Nord-Norge, og med en egenandel fra deltakerkommunene. Det er ansatt prosjektleder i full stilling og etablert en styringsgruppe med representanter fra Helse-Nord, KS, Legeforeningen, NSDM og en representant fra kommunene i hver av de fire helseforetaksområdene i Nord-Norge. Lederen av helsetjenesten i Bodø kommune er leder av styringsgruppen.

12.1 Målsetting med ALIS-Nord

- 1) Sikre rekruttering og stabilitet i fastlegestillinger og –hjemler i nordnorske kommuner
- 2) Utvikle utdanningsstillingsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift
- 3) Sikre at nye fastleger i Nord-Norge får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringssløp i allmenntidisin, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjenesten («sykehusåret»)
- 4) Utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmenntidisin og gjøre dem mer attraktiv som arbeidsgiver.
- 5) I tillegg skal prosjektet generere kunnskap som sentrale myndigheter, andre kommuner og helseforetak kan nyttiggjøre seg.

12.2 Status for ALIS-Nord i juni 2019

Ved søknadsfristens utløp 1. april 2019 hadde ALIS-Nord mottatt 35 søknader fra til sammen 45 kommuner i Nord-Norge med totalt 365.845 innbyggere*. Søknadene fordeler seg slik mellom de fire helseforetaksområdene (OSO-områdene):

- Finnmark: 8 søknader som inkluderer 9 kommuner med 61.142 innb.*
- UNN: 11 søknader som inkluderer 19,5 kommuner med 168.673 innb.*
- Nordland: 7 søknader som inkluderer 7,5 kommuner med 76.522 innb.*
- Helgeland: 9 søknader fra 9 kommuner med 59.508 innb.*

*(*SSB statistikk per 1. januar 2018)*

ALIS-Nord mottok søknader fra 52 prosent av kommunene i Nord-Norge (45 av 87), og befolkningen i søknadskommunene utgjør 75 prosent av landsdelens innbyggere. Dette betyr at det ikke bare er små distriktskommuner som opplever rekrutteringssvikt og manglende stabilitet i fastlegestillinger. Problemene i fastlegeordningen er godt

dokumentert også i de store kommunene som bl.a. Tromsø, Bodø, Rana, Harstad, Narvik, Alta og Hammerfest.

Kriterier for valg av ALIS-Nord-kommuner:

1. 6 kommuner (kommunegrupper) bør rekrutteres fra hvert helseforetaksområde
2. De utvalgte kommunene bør til sammen være representative for fastlegeordningen i Nord-Norge
3. ALIS-Nord bør rekruttere tilstrekkelig mange kommuner som ønsker å utprøve «ALIS-næring» for å bidra til utvikling av hovedmodellen i fastlegeordningen
4. Kommuner som har avtale om - eller planlegger - interkommunalt samarbeid om utvikling av legetjenester, bør prioriteres
5. ALIS-Nord bør ha med kommuner som inngår i forvaltningsområde for samisk språk
6. ALIS i prosjektet bør ikke være ansatt eller allerede ha inngått avtale med kommunen før 1. januar 2019
7. Ingen kommune bør få støtte til mer en to (2) ALIS i prosjektet
8. ALIS bør gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin etter ny modell i spesialistforskriften
9. Søknaden bør inneholde de mest sentrale opplysningene som det ble spurt om i invitasjonsbrevet. Det viktigste for den enkelte ALIS er:
 - a. Egen pasientliste
 - b. Eget kontor
 - c. Gode rammer for daglig supervisjon
 - d. Garanti for strukturert veiledning 3 timer per måned 10,5 måneder per år
 - e. Rimelig vaktbelastning
 - f. Bakvakt på legevakt
10. Andre forhold som vil bidra til stabilitet i ALIS-stillingen/hjemmelen

Følgende kommuner har fått tilbud og bekreftet at de ønsker å delta i prosjektet (f = ALIS-fastlønn, n = ALIS-næring, total 32 ALIS):

- **Finnmark:** Vadsø (1-f), Tana/Nesseby (1-f), Karasjok (1-f), Hammerfest (1-f + 1-n), Sør-Varanger (1-n) og Alta (1-f)
- **UNN:** Harstad (2-n), Tromsø (2-n), Narvik/Ballangen/Tysfjord-Øst (1-n + 1-f), Skånland/Evenes/Tjeldsund (1-n), Målselv (1-n), Bardu (1-f) og Lenvik (1-f)
- **Nordland:** Vestvågøy (1-f), Øksnes (1-f), Beiarn (1-f), Bodø (2-n), Hamarøy (1-f) og Steigen (1-f)
- **Helgeland:** Rana (2-n), Sømna (1-f), Brønnøy (1-f), Vega (1-f), Vefsn (2-n) og Dønna (1-f)

Flertallet av søkerkommunene ønsket å utprøve en ny modell med ALIS-fastlønn. Siden ALIS-Nord også skal bidra til utvikling av en ny modell for ALIS-næring, ble det avgjørende for hvilke kommuner som får støtte til to ALIS. Som det framgår av oversikten, er det hovedsakelig de store kommunene som har erfaring med, og ønsker å videreutvikle, en modell for ALIS-næring, men også noen mellomstore kommuner ønsker denne modellen.

Prosjektet er åpent for at kommunene kan endre avtale fra næring til fastlønn, eller fra fastlønn til næring, for å sikre rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Begrunnelsene for valg av arbeidsavtale skal dokumenteres godt fordi dette er et sentralt punkt i ALIS-Nord.

Med utgangspunkt i søknaden, tilleggsopplysninger og kriteriene for valg av ALIS-kommuner har følgende kommuner fått avslag på sin søknad:

- **Finnmark:** Porsanger og Nordkapp
- **UNN:** Kvæfjord, Kåfjord, Nordreisa og Salangen (med Lavangen og Ibestad)
- **Nordland:** Bø
- **Helgeland:** Rødøy, Bindal og Hemnes

I tråd med prosjektplanen for ALIS-Nord, er det utlyst fire 30 prosent-prosjektmedarbeider-stillinger, en for hvert av de fire helseforetaksområdene. Ved søknadsfristens utløp 30. juni var det en søker fra Finnmark, to fra UNN-området og to fra Nordlandssykehuset område. Det var ingen søkere fra Helgeland.

Ansettelsesprosessen har trukket ut pga. av sommerferien, men den vil for de tre nordligste helseforetaksområdene bli avsluttet i begynnelsen av september. Det arbeides aktivt med å rekruttere prosjektmedarbeider fra Helgelandsområdet så raskt som mulig. Når alle de fire regionale prosjektmedarbeiderne er på plass, og alle ALIS forhåpentligvis er rekruttert i løpet av høsten 2019, vil ALIS-Nord-prosjektet for alvor være i gang.

12.3 ALIS Nord – fordeling etter kommunens sentralitet og folketall

Tabellen nedenfor viser hvordan kommuner og kommunesammenslutninger fordeler seg med hensyn til hvilken status de har i ALIS Nord. Status er inndelt i tre kategorier: 1) de har søkt og kommet med, 2) de har søkt og fått avslag og 3) de har ikke søkt. Tallene viser at status i ALIS Nord er de mest sentrale og de mest folkerike kommunene som i størst grad er inkludert i ALIS Nord. Det er også disse som i størst grad har søkt seg til prosjektet.

Det er ni kommuner blant de som er kommet med i ALIS Nord, som har rapportert om legemangel ved årsskiftet per 1.1. i 2015, 2017 og/eller 2019 (jfr. kap. 10.2). Tre av disse kommunene er blant de fem kommunene i Nord-Norge som trolig kan

karakteriseres med kronisk legemangel, fordi de har manglet fastleger ved alle de tre målepunktene nevnt over.

Blant kommunene som har søkt og ikke kommet med i ALIS Nord, er det to kommuner som har rapporter om legemangel ved ett eller flere av de nevnte målepunktene over. En av disse kan karakteriseres med kronisk legemangel.

Flertallet av kommunene som er kommet med i ALIS Nord, er kommuner som ikke har rapportert om legemangel per 1.1. hverken i 2015, 2017 eller 2019.

Tabell 12.1: Kommuner og kommunesammenslutningers status i ALIS Nord prosjektet. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall.

	Søkt og kommet med	Søkt og fått avslag	Ikke søkt	Totalt
Alle kommuner	25	10	40	75
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>				
Nivå 3	2	0	0	2
Nivå 4	6	1	2	9
Nivå 5	10	2	6	18
Nivå 6	7	7	32	46
<i>Folketall (p-verdi < 0,001)</i>				
20 000 innb. eller mer	5	0	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	0	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	4	0	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	6	8	12	26
Under 2 000 innb.	4	2	21	27

12.4 Etableringa av ALIS-kontorer i alle helseregioner

I april 2019 fikk Helsedirektoratet oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å foreslå en prosess for etablering av 4-5 ALIS-kontorer for å dekke hele landet.

Helsedirektoratet har foreslått at det opprettes 5 ALIS-kontorer som til sammen skal dekke hele landet. Kontorene er foreslått lagt til Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. De tre førstnevnte skal dekke kommunene i hhv. Helse-Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. I Helse Sør-Øst er det gjort en desentralisert plassering av kontorene. Kontorene må jobbe sammen for å dekke hele regionen inkludert samarbeid med Oslo.

Arbeidsgiveransvaret knyttes til vertskommunen.

Kontorene må ha et kontaktnett med alle kommunene i sin region. De må finne en hensiktsmessig måte å oppnå dette, for eksempel gjennom kommunenes overordnede samarbeidsorgan (OSO) med helseforetakene.

12.4.1 Foreslåtte oppgaver for ALIS-kontorene

1) ALIS-avtaler

ALIS-kontorene skal bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av ALIS-avtaler.

ALIS-avtaler er et særskilt rekrutteringstiltak som går utover og kommer i tillegg til plikter og rettigheter, for både LIS og kommunen, som følger av spesialistforskriften. Tillegget kan bestå av bl.a. mer veiledning enn kravet i forskriften tilsier, fri etter legevakt, sykefraværsforsikring, inntektsgaranti/fastlønn og/eller kompensasjon for lave innbyggerlistetall.

ALIS-kontorene skal:

- Bistå med å formulere og inngå kontrakter
- Rådgi om tiltak i avtalene
- Innhente og formidle erfaringer med avtalene og tiltakene

2) Utdanningsplaner

ALIS-kontorene skal, i den grad det er kapasitet, gi støtte og rådgivning til kommunene mht. implementering av HelseDirektoratets anbefalte utdanningsplan i allmenntidisin.

Dette innebærer:

- Bistå i arbeidet med helhetlig utdanningsløp (læringsarenaer)
- Etablere gode samarbeidsformer mellom kommunene
- Etablere gode samarbeidsformer med helseforetak/sykehus i egen region om utdanningsstillinger for LIS i allmenntidisin inkl. å bistå i utarbeidelse av avtaler mellom kommuner og mellom kommuner og foretak.

Bistå kommuner med å skaffe kvalifiserte veiledere

- Formidle individuelle veiledere der dette ikke er tilgjengelig ev. opprette en veilederpool.
- Bistå ved utdanning/kvalifisering av veiledere for eksempel ved formidling av aktuelle, eksisterende tilbud og/eller ved å gjennomføre egne veiledersamlinger.

Bistå kommunene med regionalt/nasjonalt å utvikle, gjennomføre og koordinere læringsaktiviteter

- Utvikle maler for, og være rådgiver for gjennomføring av læringsaktiviteter for felles kompetansemål (FKM) og for kliniske læringsmål utover kurs som arrangeres i regi av Legeforeningen.

Bistå Helsedirektoratet med å gi råd og veiledning til kommunene som ledd i oppfølging av registrerte virksomheter jf. Spesialistforskriftens §28.

12.4.2 Samarbeidsforhold

Kontorene skal samarbeide seg imellom og bytte på å ha en nasjonal koordinerende funksjon. Dette skal bidra til å dele erfaringer, sikre nasjonal lik utdanning på tvers av regioner og unngå dobbeltarbeid. Koordinerende rolle roterer mellom ALIS-kontorene med funksjonstid på 2 år.

Koordinerende ALIS-kontor vil ha følgende oppgaver:

- Ta initiativ til fordeling av oppgaver mellom kontorene som kan deles på tvers.
- Tverr-regional sekretariatsfunksjon
 - Sørge for innkalling, møteledelse og referat fra fellesmøter
 - ansvar for å oppdatere, arkivere felles rutiner og prosedyrer som utarbeides av de 5 ALIS-kontorene.

ALIS-kontorene skal etablere gode samarbeidsformer med Legeforeningen og med de regionale utdanningssettene for helseforetakene og ha faste møter med Helsedirektoratet. ALIS-kontorene skal utvikle og vedlikeholde en felles nettside for LIS i kommunehelsetjenesten/spesialitetene allmenntidmedisin.

12.4.3 Økonomi

Hvert ALIS-kontor blir tilført ressurser tilsvarende to årsverk. Vertskommunene bestemmer selv arbeidsform og lokalisering for de to stillingene i samråd med kommunenes overordnede samarbeidsorgan (OSO).

Det er gitt 46 mill. til gjennomføring av veiledning i allmenntidmedisin. Det er gitt 64 mill. til rekruttering/stabilisering av fastleger og spesialistutdanning i allmenntidmedisin (ALIS-prosjekt). Deler av disse midlene er avsatt til ALIS-avtaler.

13. Drøftelse av mulige forbedringstiltak

13.1 Viktig å tilrettelegge for alternative driftsmodeller

Prinsippene for fastlegeordningen ble i hovedsak utformet på grunnlag av hovedmodellen (privat næringsdrift), og denne modellen er fortsatt den dominerende tilpasningsform for det store flertall av fastleger i Norge. Situasjonen i Nord-Norge er imidlertid avvikende fra dette nasjonale mønsteret, noe som er godt dokumentert, både gjennom Ipsos-undersøkelsen i regi av KS, og vår ferske kommuneundersøkelse (se kap.10.5). Sistnevnte undersøkelse viser at bare 38 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge ved siste årsskifte var næringsdrifts-avtaler etter hovedmodellen, og at slike avtaler bare finnes i sju kommuner (se kap. 11).

Videre er det 19 prosent av fastlegene som hadde kombinasjon av næringsdrift og kommunale leieavtaler (subsidiert av lokaler, utstyr og hjelpepersonell). I løpet av de siste årene er det imidlertid flere kommuner som har konvertert denne typen fastlegeavtaler til fastlønnsavtaler med bonus; denne varianten utgjør nå 28 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge, mens 15 prosent av fastlegene i Nord-Norge har rene fastlønnsavtaler. Det antas at slike alternativer til hovedmodellen også er utbredt i andre utkantkommuner utenfor Nord-Norge.

Arbeidsgruppen konstaterer at det i dag mangler tilpassede nasjonale finansieringsordninger for å understøtte de ulike modeller for praksisorganisering som i dag er i bruk. Det anbefales at også alternativer til hovedmodellen inkluderes i framtidige finansieringsordninger, slik at de ivaretar hensyn, både til variasjoner mellom kommuner (mht. befolkningsstørrelse, sentralitet mv.) og til legenes praksispreferanser. Det innebærer at virkemidlene må differensieres og tilpasses ulike kommunaløkonomiske kontekster.

Arbeidsgruppen erkjenner nødvendigheten av å modernisere hovedmodellen på måter som kan gjøre det mer attraktivt for unge leger å etablere praksiser. Alternativet er å øke risikoen for ekspansjon av helprivate løsninger utenom det offentlige helsevesen, noe som vil føre til et todelt helsevesen. Samtidig er det viktig at moderniseringen av hovedmodellen gjøres på måter og i et tempo som ivaretar geografiske fordelingshensyn og ikke skaper økt ubalanse i legemarkedet.

Arbeidsgruppen vil i denne sammenheng ellers presisere at den ikke ser det som sin oppgave å ta standpunkt til lønnspolitiske problemstillinger knyttet til fastlegenes generelle lønnsnivå; det er et anliggende mellom partene. Vårt anliggende har vært å drøfte lønn og takster som ett av flere virkemidler for rekruttering, stabilisering og regional fordeling av fastleger.

13.2 Fordelingskonsekvenser av ubalanse i arbeidsmarkedet for fastleger

Det er dokumentert at det er relativt flere eldre fastleger i sentrale strøk og øvrige landsdeler enn det er i Nord-Norge. Som følge av aldersbetinget avgang (pensjonering) blir det derfor i kommende 5-10 årsperiode et betydelig antall ledige fastlegestillinger i sentrale strøk utenom Nord-Norge. Vi har i tillegg dokumentert at det er langt høyere gjennomtrekk (turnover) i fastlegestillinger i Nord-Norge enn i resten av landet, og at det fortsatt er en betydelig mobilitet av fastleger som flytter fra Nord-Norge til andre deler av landet. Samlet sett bidrar disse faktorene til å gjøre fastlegetjenesten i Nord-Norge enda mer markedsutsatt i årene framover, i den forstand at det åpner seg stadig bedre karrieremuligheter (=ledige stillinger/hjemler) utenfor landsdelen.

Det er derfor viktig at denne aldersbetingede økning av antall ledige hjemler i sentrale strøk «sørpå», ikke forsterkes ytterligere gjennom for rask ekspansjon i nye fastlegehjemler i disse geografiske områder. Risikoen for at dette vil kunne skje er betydelig, ettersom også fastleger i sentrale strøk – og særlig de yngre fastlegene – ønsker kortere listelengder.

Etter avreguleringen av legemarkedet i 2013, har myndighetene ingen direkte virkemidler for styring og fordeling av legestillinger mellom geografiske og funksjonelle områder. Det er derfor bare gjennom indirekte virkemidler det er mulig å påvirke denne fordelingen. Eksempler på slike indirekte virkemidler kan være endringer i utdanningskapasitet for leger, inkludert LIS-1 stillinger og andre utdanningsstillinger for fastleger, men også endringer i takster og andre finansieringsordninger som gjør det mer eller mindre attraktivt for kommunene å opprette nye fastlegehjemler/stillinger.

Blant de forslag som er spilt inn i kommuneundersøkelsen vår, er å øke basistilskuddet for hver enkelt listepasient. Hvis dette gjøres generelt, uten noen differensiering, vil det kunne utløse en generell vekstimpuls og legge til rette for ekspansjon av fastlegehjemler også i folkerike, sentrale strøk. En geografisk differensiering av dette tilskuddet kan tenkes å redusere den ubalansen i legemarkedet som vil kunne oppstå om de generelle stimulanser for ekspansjon i antall fastleger ble for sterke.

13.3 Finansieringsordninger og takster som virkemidler for å styrke fastlegetjenesten

Som allerede nevnt (kap. 4.3), leverer Helsedirektoratet en egen utredning om alternative finansieringsordninger for fastlegetjenesten. Det forventes at det i denne utredningen fra direktoratet vil bli gjort en grundig gjennomgang og konsekvensanalyse av ulike ordninger og prinsipper for finansiering. Arbeidsgruppen vurderer det derfor slik at dette er for komplekse og krevende problemstillinger til at de kan belyses på en kvalifisert og systematisk måte i vår rapport. I dette avsnittet

presenteres likevel noen resonnementer der det legges vekt på hensynet til total kostnader, geografiske fordelingsvirkninger og etableringsstærker for unge fastleger.

En generell heving av basistilskuddet for alle fastleger, antas å bli kostbar for samfunnet og vil dessuten kunne gi uheldige fordelingsvirkninger. En slik generell heving vil favorisere fastleger med lange lister, og dermed fastleger i sentrale strøk av landet; altså vil dette kunne virke sentraliserende. Arbeidsgruppen har derfor drøftet forslag om geografisk differensiering av basistilskuddet, der perifere kommuner med lavt folketall tilgodeses med høyere basistilskudd. En slik ordning er imidlertid allerede indirekte innbakt i dagens system gjennom utjamningstilskuddet som etter fastsatte kriterier tildeles kommuner med mindre enn 5000 innbyggere.¹⁹ For å kompensere for skalaulempene hos særlig små kommuner, kunne man videre tenke seg en ordning med ytterligere differensiering av utjamningstilskuddet innrettet mot kommuner med mindre enn 2000 innbyggere²⁰, gjerne avgrenset til kommuner med lang avstand til nabokommuner. Spørsmålet om hvorvidt faktiske kostnadsulempene for småkommunene tilsier en økning av utjamningstilskuddet, bør også drøftes. Det trengs videre en drøftelse av hvilke konsekvenser kommunesammenslåinger kan medføre; eksemplifisert ved at utjamningstilskuddet bortfaller, uten at næringsgrunnlaget for fastlegene nødvendigvis er forbedret.

For å forhindre en urimelig favorisering av fastleger med lange lister, kunne man også tenke seg å etablere et «knekkpunkt» for basistilskuddet, slik at dette tilskuddet er høyere per pasient for eksempelvis de første 6-800 pasientene, og lavere for det antall pasienter som overstiger denne grensen; det kunne også tenkes en ordning med flere knekkpunkt, slik at basistilskuddet gradvis avtrappes når listelengden øker. Dette vil ikke bare være til gunst for utkantkommuner med korte legelister, men også for unge leger som vil etablere en fastlegepraksis. Begrunnelsen for en slik differensiering vil være at marginalkostnaden for drift av en praksis er synkende jo flere pasienter man har på listen.

En oppgradering av basistilskuddets relative størrelse, på bekostning av den aktivitetsbaserte finansiering (Helfo-refusjoner og pasientenes egenandel), vil tilgodese både utkantkommuner med korte lister og unge fastleger under etablering. For unge leger som ønsker å etablere seg i byer, der kostnader til kjøp av praksiser (goodwill) og kostnader ved drift av en praksis er høye, ville en relativ styrking av basistilskuddet, være et positivt økonomisk insitament. I dag utgjør basistilskuddet ca. 25 prosent av fastlegenes inntektsgrunnlag, mens den aktivitetsbaserte finansiering utgjør 75 prosent. Til sammenligning er det aktivitetsbaserte tilskuddet til sykehusene 50 prosent. Hensynet til produktivitet tilsier at privat organiserte fastlegepraksiser

¹⁹ Utjamningstilskuddet gis til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere forutsatt at gjennomsnittlig listelengde er lavere enn 12 00 personer.

²⁰ Hele 42 prosent av kommunene i Nord-Norge har i 2019 mindre enn 2000 innbyggere.

fortsatt bør ha en betydelig aktivitetsbasert komponent. Det bør likevel være mulig å fortsatt ivareta hensynet til produktivitet, selv om basistilskuddet oppjusteres noe på bekostning av den aktivitetsbaserte finansieringen.

Det kan ellers konstateres at basistilskuddet for fastleger ikke er risikojustert; det er med andre ord ikke tatt hensyn til sammensetningen av fastlegenes pasientpopulasjon mht. alder, kjønn, morbiditet eller sosioøkonomisk status. Dette er en åpenbar svakhet ved dagens system som bør justeres; det finnes i dag rimelig gode systemer for risikojustering som kan tas i bruk.

Den generelle styrking av fastlegetjenesten som helsemyndighetene nå legger opp til, må finansieres, det være seg gjennom takster, særskilte tilskudd eller rammeoverføringer til kommunene; mest sannsynlig ved en kombinasjon av slike ordninger. Arbeidsgruppen vil påpeke det særlige behovet for at utdanningen av allmennleger (ALIS), inkludert kostnader til veiledning, finansieres på lik linje med utdanning av sykehusspesialister.

13.4 Behovet for flere fastleger og redusert listelengde

I den kommuneundersøkelsen vi har gjennomført, svarer et flertall (60 %) av kommuner at de har tilstrekkelig antall fastlegehjemler dersom alle hjemlene er besatt. Blant de mest perifere kommunene (sentralitetsnivå 5 og 6) er det hele 70 prosent som svarer bekreftende på dette spørsmålet. Derimot uttrykker samtlige 11 kommuner på sentralitetsnivå 3 og 4 at de har behov for flere fastlegehjemler/-stillinger. I disse kommunene innehar fastlegehjemlene mange pasienter, og kommunen kan ha økende utfordringer med å få søkere til disse. Samlet oppgir kommunene i Nord-Norge at de allerede i dag har behov for ca. 65 nye hjemler/stillinger. Dette tilsvarer en økning i antallet fastleger på ca.12 prosent.

Analysen fra Menon Economics, som det tidligere er redegjort for, har estimert tilsvarende behov for landet som helhet til ca. 1000 nye fastlegehjemler i 2018. I samme analyse, rekvirert av Legeforeningen, er behovet for fastleger i 2040 estimert til å være 30-100 prosent høyere enn i dag; det høyeste anslaget innebærer en nær dobling. Det er ellers ikke uvanlig å legge til grunn at en fastlege som pensjonerer seg må erstattes av minst 1,5 fastleger for å utføre samme arbeid, bl.a. som følge av at yngre leger har andre preferanser mht. arbeidstid mv.

Tidsbruksundersøkelsen som i 2018 dokumenterte fastlegenes selvrapporterte arbeidstid til gjennomsnittlig 55,6 timer (inklusive legevakt), er også en indikasjon på at dagens listelengde ikke gjør det mulig å opprettholde en mer normal arbeidstid, og samtidig ivareta de samlede oppgaver fastlegen i dag forutsettes å ivareta. Dagens listelengde er heller ikke forenlig med å gjøre fastlegejobbene attraktive, verken for

stabile eller nyutdannede leger. Det er derfor behov for en til dels betydelig økning av antallet fastleger i årene framover.

Arbeidsgruppen anbefaler at det store behovet for å øke antallet fastleger gjennomføres med støtte i en prioritert nasjonal opptrappingsplan for fastleger, i første omgang for perioden 2020-2023. Gjennom en slik plan kunne man kanskje også redusert risikoen for at ekspansjonen skulle få uheldige geografiske fordelingsvirkninger. At en slik plan kan være krevende å realisere innen rammen av det kommunale selvstyret, bør ikke være til hinder for å initiere et slikt arbeid, for eksempel gjennom trepartssamarbeidet. Et planarbeid for perioden 2020-23, bør likevel ikke utsette nødvendige og hensiktsmessige tiltak som kan iverksettes på kortere sikt, eksempelvis på utdanningssiden.

13.5 Konkurransen om leger mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten

I løpet av de siste 50-60 år har det hele tiden vært konkurranse om legene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Slik har det vært under ulike regimer for ansvar og organisering av disse tjenestene; i spesialisthelsetjenesten både før og etter sykehusloven (1970), før og etter helseforetaksloven (2002); i kommunehelsetjenesten både under det statlige distriktslegeordningen fram til 1984, i perioden fram til fastlegeordningen i 2001, og i perioden etter at fastlegeordningen trådte i kraft. I alle disse periodene, uavhengig av organisering og ansvar, har spesialisthelsetjenesten forsynt seg med flest leger.

I flere av disse periodene har det derfor – med varierende grad av suksess - vært innført ulike regulatoriske regimer for å sikre en bedre fordeling av leger, både geografisk og mellom ulike deler av helsetjenesten. Etter at den siste av disse ordninger ble avvirket i 2013, er det fortsatt store forskjeller mellom legetilveksten i de to systemene. Ifølge statistikkbanken i SSB, var det i femårsperioden 2013-2018 en vekst på 3250 årsverk i spesialisthelsetjenesten, mens det i fastlegetjenesten var en vekst på 437 årsverk, altså 7,4 ganger større vekst i spesialisthelsetjenesten. Ser vi på femårsperioden (2008-2013) før reguleringen opphørte, var veksten henholdsvis 2541 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og 347 årsverk i fastlegetjenesten, tilsvarende 7,3 ganger større vekst i spesialisthelsetjenesten. For hele 10-årsperioden 2008-2018 var også den relative veksten markant større i spesialisthelsetjenesten (52%) enn i fastlegetjenesten (20%).²¹

Det er tidligere argumentert for å øke antallet LIS1-stillinger, ettersom slik tjeneste er nødvendig for å gå inn i en utdanningsstilling (ALIS) for å bli spesialist i allmenntjenestemedisin. Det er videre argumentert for å en vesentlig økning av antallet ALIS-stillinger for styrke nødvendig nyrekruttering til fastlegetjenesten. Hvis legeårsverkene

²¹ Hvis man ser på veksten i samtlige kommunale legestillinger (fastleger, rene administrative stillinger, sykehjemsleger mv.), kan den beregnes til nær 32 prosent for hele perioden 2008-2018.

i sykehus fortsetter å vokse som før, er det imidlertid en viss risiko for at fastlegetjenesten ikke får tilført det antall nye fastleger som det er behov for de nærmeste årene; det vises til den store aldersbetingede avgang og behovet for færre pasienter på legelistene.

Etter at reguleringen av legefordelingen opphørte, har nasjonale helsemyndigheter bare indirekte virkemidler til disposisjon for å bremse stillingsveksten i spesialisthelsetjenesten, for eksempel gjennom fastsettelse av årlig vekst i rammetilskottet til helseforetakene. Å gjeninnføre et statlig regime for legefordeling, sitter nok langt inne. I dagens system finnes det likevel et regime for å regulere ressursfordelingen mellom delsektorer, nemlig «Den gyldne regel» som tilsier at veksten innen psykisk helse og rus skal være større enn innen somatikk. Med dette som referanse, foreslo en ledende helsejournalist²² nylig at det burde vurderes å innføre en «Gylden regel II» med tilsvarende ordning for allokering av leger mellom sykehus og allmennlegetjenesten.

Det er i kapittel 9 vist at en stor andel av de legene som har sluttet i fastlegestillinger i Nord-Norge den siste tiden, er gått over i LIS-stillinger ved sykehus, antagelig for å bli sykehusspesialist. Mange ledige, og arbeidsmessig mer attraktive LIS-stillinger i sykehus, er følgelig en vanlig exit ut av fastlegeyrket. Det er mot denne bakgrunn at arbeidsgruppen foreslår å begrense veksten i LIS-stillinger (for gjennomføring av del 2 og 3 av spesialistutdanningen) i helseforetakene inntil situasjonen i fastlegetjenesten er bedre konsolidert.

13.6 Målrettet tilrettelegging for systematisk rekruttering og stabilisering av fastleger i Nord-Norge

Resonnementene ovenfor viser hvor krevende det kan være å ivareta regionale fordelingshensyn i mangel av et nasjonalt regulatorisk regime. Selv om Nord-Norge – og eventuelt utkantkommuner i andre landsdeler – skulle få nasjonal drahjelp i form av indirekte virkemidler (finansiering, takster mv.), må vi i hovedsak stole på egne krefter mht. å rekruttere og stabilisere de fastleger det er behov for. Det er derfor av avgjørende betydning at det i nordnorske kommuner legges særlig godt til rette for fastlegenes utdanningsløp og at legene knyttes sammen i faglige nettverk på tvers av enheter og nivåer.

I denne sammenhengen vises til rammeverket Recruit & Retain - Making it work (*The Making it Work framework for Sustainable Rural Remote Workforce*)²³ (se vedlegg 9) som NSDM har utviklet sammen med et internasjonalt nettverk. Rammeverket beskriver ni strategiske gjøremål som kommuner kan benytte seg av for å sikre

²² Anne Hafstad, Dagens medisin, under konferanse om fastlegetjenesten 30. august 2019 i Bergen.

²³ <https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2019/01/RR2-8page-Norway.pdf>

rekruttering og stabilisering av leger og andre arbeidstakere. God planlegging av tjenesten og tilrettelegging for faglig utvikling og utdanning er her viktige bestanddeler.

13.6.1 Turnustjenesten (LIS 1) som rekrutteringsinstans

Det er liten tvil om at turnustjenesten – siden den ble innført i 1954 – i betydelig grad har bidratt til å rekruttere allmennleger til kommunene. Inntil for få år siden, var det loddtrekning for den rekkefølge legene kunne velge turnustjeneste. Det hadde som konsekvens at mange unge leger kom til kommuner de aldri hadde tenkt seg til, men likevel ble værende i etter endt turnustjeneste. Sett i dette bakspeilet, er det noe overraskende at bare en tredel av kommunene i Nord-Norge vurderer nåværende LIS1- tjeneste som en sterk rekrutteringsmekanisme. Men kanskje kan det like gjerne være uttrykk for at bevisstheten om denne sammenhengen mellom LIS1-tjeneste og rekruttering er blitt svekket.

I 2013 ble turnusordningen avløst av en søknadsbasert ordning til LIS 1-stillinger. Siden LIS 1-tjenesten ved sykehus avtjenes før tjenesten i kommunene, sendes søknadene til sykehus som i sin tur er koplet mot enkeltkommuner eller grupper av kommuner for etterfølgende kommunetjeneste. På grunn av stort underskudd på slike stillinger, sender flertallet av nyutdannede leger svært mange søknader på slike stillinger. Dermed blir det ganske transaksjonskrevende for sykehus og kommuner å sortere og prioritere blant det høye antallet søkere; det høye volumet kan svekke fokuset mot de søkere som er mest interessante fra et mer langsiktig rekrutteringsperspektiv.

En konsekvens av at legene sender mange søknader på LIS1-stillinger, er at sykehusene/kommunene sitter hver for seg og vurderer de samme søkerne. I tillegg til å styrke kompetansen rundt håndtering av søknadene, kan det være behov for å utvikle bedre verktøy og rutiner rundt disse prosessene.

Den nye turnusordningen forutsetter at helseforetak og kommuner evner å samstyre ordningen. Abelsen og Gaski (2017) har vist at samstyringen mange steder er fraværende. Det kan være mye å hente ved at kommunene deltar mer aktivt både i utvelgelsesprosess, intervju og selve ansettelsen, og å holde kontakt med LIS1 både når de er i kommunen og når de er i sykehustjeneste.

Det gjelder generelt ved rekruttering, men kanskje særlig ved rekruttering av fastleger til perifere kommuner med lavt folketall, at det blir ekstra viktig å lete etter kandidater med personlige kjennetegn (bakgrunn, interesser mv) som matcher stedets særtrekk. Slike hensyn tilsier også at kommunene bør delta mer aktivt i rekrutteringen til LIS1-stillinger. Blant leger som har stått for den gode og stabile rekrutteringen til Nordkapp understrekes betydningen av at kandidatene som søkes rekruttert forventes å passe

inn i det miljøet de skal virke i. Det innebærer at man ikke ensidig søker etter «duksene», men etter personer som etter en allsidig vurdering forventes å passe inn.

Som følge av høy turnover - og stor eksport av leger ut av landsdelen - blant leger i Nord-Norge, er det behov for å utdanne og rekruttere flere leger i denne landsdelen. Siden LIS1-stillinger har vist seg å være så viktige for rekrutteringen, trenger vi derfor flere LIS-1-stillinger, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Dette er krevende å få til, særlig i sykehusene, men tilretteleggende tiltak for å gjøre det mulig, bør prioriteres.

13.6.2 Behovet for en langsiktig og systematisk satsing på utdanning av nye fastleger

Erfaringen har vist at Nord-Norge for en stor del må utdanne sine egne leger; leger som er utdannet i Tromsø og leger som har tilknytning til landsdelen har større tilbøyelighet til å bli værende i Nord-Norge (Forsdahl et al 1988, Aaraas et al 2015, Aaraas 2016, Gaski et al 2017). Det gjelder også fastleger. Likevel må det legges aktivt til rette for rekruttering og spesialistutdanning av allmennmedisinere; dette krever tiltak på flere nivåer, både nasjonalt, regionalt og lokalt i den enkelte kommune.

Flere tiltak er under utvikling. ALIS Nord er allerede etablert, i første omgang som et dedikert prosjekt med nasjonal finansiering; 30 kommuner er inkludert i dette prosjektet. Som det allerede er redegjort for, har sentrale helsemyndigheter dessuten foreslått å etablere ALIS-kontor i samtlige regioner; disse gis ansvar for å samordne spesialistutdanningen i allmennmedisin for samtlige fastleger under utdanning. Her bør det bygges videre på de erfaringer som allerede er gjort i ALIS Vest og de erfaringer som nå gjøres i ALIS Nord. Arbeidsgruppen vil generelt understreke behovet for etablering og finansiering av tilstrekkelig antall gruppeveiledere i allmennmedisin.

Gjennom ALIS-Nord prosjektet etableres 32 ALIS-stillinger i kommunene. For å ivareta det fremtidige behovet for fastleger i Nord-Norge, vil det være behov for etablering av ytterligere 60-70 ALIS-stillinger i løpet av de nærmeste årene (2020-2021).²⁴ De regionale organisatoriske strukturer som nå er under etablering gjennom regionale ALIS-kontorer, vil bidra til å styrke kommunene i arbeidet med å organisere og gjennomføre utdanningsløpet for fastlegene. Likevel er det kommunene som er gitt ansvaret for selve gjennomføringen. Det er derfor viktig at samtlige kommuner aktivt tar dette ansvaret og griper de muligheter som den nye organiseringen innbyr til. Dette kan skje i egenregi, i samarbeid med andre kommuner og med støtte fra de regionale ALIS-kontorer; for deler av utdanningen er det dessuten viktig å samarbeide med helseforetakene.

²⁴ Grovt estimert på grunnlag av årlig turnover av leger samt kommunenes oppgitte behov for flere fastlegehjemler/stillinger.

I henhold til den nye forskriften har kommunene ansvar for å utarbeide individuelle utdanningsplaner for fastleger som er under spesialisering, eller som skal i gang med spesialisering i allmennmedisin. Vår spørreundersøkelse viser at bare 21 av kommunene i Nord-Norge hadde utarbeidet slike planer (mai 2019). I noen grad kan dette gjenspeile at ordningen er ny, men arbeidsgruppen vurderer det som viktig at kommunen i tiden framover viser initiativ og handlekraft mht. å håndtere det nye ansvaret for fastlegenes spesialistutdanning. Nordnorske kommuner bør heller ligge foran enn etter andre kommuner mht. aktiv tilrettelegging for rekruttering og utdanning.

13.6.3 Fastlegenes behov for tilgang til LIS-stillinger i sykehus

For å bli spesialist i allmennmedisin har det hittil vært krav om ett års sykehustjeneste; slik vil det fortsatt være for de allmennleger som startet sin spesialistutdanning før den nye forskriften trådte i kraft. I det nye systemet for spesialistutdanning er kravet til tjenestetid nedtonet til fordel for realisering av læringsmål. Det vil antagelig også være mulig å ivareta kravet til mer spesialiserte tjeneste i enheter utenfor sykehus, eksemplifisert med spesialiserte sykehjem, distriktsmedisinske sentre (DMSer) og andre intermediær-enheter, rehabiliteringsinstitusjoner mv. Fortsatt vil det likevel være behov for at fastlegene må gjennomføre en betydelig del av denne tjenesten i sykehus. Overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommuner øker i så måte også fastlegenes behov for sykehuspraksis. Det er derfor viktig å legge til rette for at fastleger under utdanningsløpet gis tilgang til relevant sykehustjeneste.

Konkurransen om tilgang til LIS-stillinger i sykehus er tiltagende, blant annet som følge av at en stor andel av disse stillingene er omgjort fra midlertidige til faste stillinger. Det har hatt som konsekvens at sykehusene prioriterer sine egne utdanningsbehov; dermed er det blitt vanskeligere for fastleger i utdanning å få tilgang til slike stillinger. Slik situasjonen er i dag, finnes det i Nord-Norge ikke øremerkede LIS-stillinger for allmennleger, slik AHUS allerede har gjort gjennom å etablere flere 6-måneders-hjemler dedikert til fastleger. Arbeidsgruppen ser det som ønskelig at lignende tiltak også blir iverksatt ved helseforetakene i Nord-Norge. Helseforetakene bør gjennom oppdragsdokument pålegges å etablere slike ordninger. Samtidig bør det utløse en statlig medfinansiering å påta seg en oppgave for utdanning av personell til kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler at helseforetakene i Helse Nord i løpet av 2020-21 etablerer 30-40 LIS-stillinger i sykehus øremerket for allmennlegenes spesialistutdanning.

Mange leger har forblitt i spesialisthelsetjenesten etter å ha avsluttet sykehusåret. Denne risikoen er større for fastleger under utdanning i Nord-Norge som følge av at lange avstander til sykehus gjør det vanskelig å dagpendle til sykehustjeneste. For å opprettholde kontakten med hjemkommunen, har det derfor vært foreslått at fastleger under utdanning kan gjennomføre sykehustjenesten i tremåneders-bolker. I

utgangspunktet er dette en god ide; spørsmålet er om sykehusene ser seg tjent med å tilsette LIS-leger for så kort tid, blant annet fordi det vil være mer krevende å la disse 3-månederslegene inngå i ordinære vaktturnuser. Arbeidsgruppen er derfor tilbøyelig til å anbefale 6-måneders tjeneste som hovedregel, men ser det ellers som ønskelig at alternative modeller for gjennomføring av slik tjeneste utprøves og evalueres.

Arbeidsgruppen vil anbefale at allmennlegenes sykehustjeneste gjennomføres på grunnlag av minst to års tjeneste i kommunal ALIS-stilling. Med en slik ballast vil allmennlegene gjøre mer nytte for seg og være mer anvendelige for flere typer tjeneste i sykehus. Det er viktig at sykehusene legger til rette for at allmennlegene får en mest mulig variert og relevant sykehustjeneste.

13.6.4 Rekruttering til og stabilitet i fastlegestillingene – to sider av samme sak

I de analysene som ble gjort i NSDM-rapporten fra mai 2018, og de oppdateringer som er gjort i kapittel 8, er det dokumentert at turnover av fastleger i nord-norske kommuner er vesentlige høyere enn i resten av landet. I kapittel 9 er det vist at de fastlegene som sluttet i nordnorske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019 og gikk over i annen stilling, hadde en gjennomsnittlig ansiennitet i stillingene på så vidt over 4 år; mange sluttet etter kortere tid.

Selv om betydningen av å sikre større stabilitet blant fastlegene flere ganger er omtalt, er det hittil i dette kapitlet viet større og mer eksplisitt oppmerksomhet mot tiltak som kan styrke rekruttering av fastleger. Gitt ovennevnte dokumentasjon, kan dette tilsynelatende fremstå som et noe paradoksalt fokus på rekruttering, når det største problemet er å sikre stabilitet; med lavere turnover i stillingene, reduseres behovet for rekruttering av nye fastleger.

Arbeidsgruppen vil her argumentere for at rekruttering til fastlegestillinger og det å få legene til å bli værende lenger i stillingene, som regel er to sider av samme sak. De tiltak som kan bidra til å gjøre fastlegetjenesten attraktiv for unge leger, er i hovedsak de samme som vil kunne få dem til å bli i stillingene. Det dreier seg om akseptabel arbeidstid, gode arbeidsvilkår, forutsigbar økonomi og faglig utvikling. Det faktum at mange slutter som fastleger relativt tidlig i sine yrkeskarrierer, indikerer at de finner arbeidsforholdene lite attraktive sammenlignet med sykehustjeneste. For å øke sannsynligheten for at fastlegene blir værende lenger i sine stillinger, er det derfor viktig at de første års erfaringer som fastlege ikke virker avskrekkende mht. å velge og forbli fastlege på lengre sikt. Tiltak som kan få unge fastleger til å fortsette som fastleger, bør følgelig ha høy prioritet.

Middelaldrende og eldre fastleger kan riktignok i noen henseender ha interesse av andre ordninger enn de yngre, eksemplifisert med finansieringsordninger og takster; de befinner seg i en annen livsfase, med konsolidert økonomi og med en erfaring som

tilsier at de ofte jobber mer effektivt og dermed har økonomisk fordel av aktivitetsbasert finansiering. På den annen side er også fastleger i denne livsfasen avhengig av at de får yngre kolleger som ønsker å forbli i fastlegestillingene over tid, slik at de slipper å hele tiden drive opplæring av ferske leger. I denne forstand har også middelaldrende og eldre fastleger en felles interesse i at vilkårene legges til rette for at yngre kolleger velger fastlegeyrket. Men også i denne aldergruppen antas mange å ønske færre pasienter på legelisten og en mer overkommelig hverdag.

Som allerede nevnt flere ganger, forutsetter den nye spesialistutdanningen for allmennleger en betydelig opptrapping av kapasiteten for veiledning og supervisjon. Det innebærer samtidig tilsvarende økte belastninger for erfarne fastleger. Det er derfor viktig at dette ikke øker den samlede arbeidsbelastning for disse legene, og at det etableres godtgjørelsesordninger som stimulerer erfarne fastleger til å påta seg denne viktige oppgaven. Videre bør det legges til rette for at fastleger i denne livsfasen generelt gis mulighet for en viss tilpasning av arbeidsoppgavene til deres særlige kompetanse, erfaring og interesser.

13.7 Virkemidler innrettet mot unge leger som vil bli fastleger

Hovedutfordringen for fastlegeordningen i Nord-Norge, er å rekruttere og holde på de unge legene. Dette gjelder ikke bare utkantdistrikter, men i økende grad også i byene. Det dreier seg blant annet om økonomiske terskler for etablering, som i byene særlig knytter seg til prisen for å kjøpe praksiser og høye driftskostnader; men generelt dreier det seg også om lang arbeidstid, høy vaktbelastning og manglende faglig tilrettelegging. Derfor må de samlede sett av virkemidler bedre imøtekomme unge legers forventninger på disse punkter.

Det er allerede redegjort for slike tiltak på utdannings siden (organisering av ALIS mv.) og mht. faglig tilrettelegging gjennom å styrke nettverk og samarbeid mellom kommuner og med helseforetakene.

I kommuner der næringsmodellen fortsatt skal legges til grunn for driften, kan det være nødvendig at også de økonomiske virkemidlene innrettes mot yngre leger, enten i form av etableringstilskudd, eller særskilte takster i etableringsfasen (de første 3-5 år). For å understøtte rekrutteringen til ALIS-næring, er det viktig at også disse legene gis økonomisk støtte til sine spesialiseringssløp. Det kan her nevnes at Harstad kommune har etablert et kommunalt utdanningsfond der det bevilges 200 000 kr. per ALIS over fire år. Gjennom dette fondet får disse legene dekt kr 5000 per dag for praksisfravær, det være seg fravær for kurs eller deltagelse i veiledningsgruppe. Slike virkemidler bør vurderes som del av en totalpakke for å rekruttere unge leger til fastlegetjenesten.

13.8 Behovet for en mer profesjonell ledelse og planlegging av legetjenesten i kommunene

Ved innføringen av fastlegeordningen i 2001, ble den overveiende del av allmennlegetjenesten organisert etter en hovedmodell basert på privat næringsdrift. Denne organisasjonsformen bidro antagelig til å svekke forankringen av legetjenesten i den kommunale toppledelsen, og dermed også kommunenes innsikt i og ledelseskompetanse vis a vis denne tjenesten. Om enn fra noe ulike innfallsvinkler, ble denne utfordring etter hvert erkjent i trepartssamarbeidet, og dokumentert gjennom utredninger fra både KS og Legeforeningen. I begge disse utredningene, fra henholdsvis 2016 og 2018, framheves behovet for å styrke og profesjonalisere kommunenes ledelse av legetjenesten. (Se vedlegg 3 og vedlegg 5).

I vår spørreundersøkelse til kommunale helseledere er det flere som tar opp denne problemstillingen. Noen påpeker behovet for å knytte kommuneoverlegen tettere opp mot rådmannens ledergruppe, mens andre betoner behovet for bedre samarbeid mellom leger og kommunens ledelse, og for en mer profesjonell planlegging og ledelse av legetjenesten. I samme undersøkelse dokumenteres at bare 20 prosent av kommunene i Nord-Norge har laget en plan for legetjenesten, men at en noe større andel har en slik plan under utarbeidelse.

Arbeidsgruppen vil anbefale at kommunene styrker sin planlegging og ledelse av legetjenesten gjennom målrettede tiltak av organisatorisk, ledelsesmessig og kompetansemessig art. Dette kan skje i egenregi eller i samarbeid med andre kommuner.

13.9 Behov for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.

Hele 57 (66%) av kommunene i Nord-Norge er på sentralitetsnivå 6, og 42 prosent av kommunene har mindre enn 2000 innbyggere. Det sier seg selv at slike små enheter blir ekstra sårbare på kompetansesiden. Men unntak av legevakt, der over halvparten av kommunene deltar i samarbeid, er det begrenset samarbeid mellom kommuner om andre legetjenester, og det er få kommuner som oppgir å ha planer om å utvide denne type samarbeid.

Arbeidsgruppen ser behovet for at flere kommuner samarbeider innbyrdes om funksjoner som planlegging og utredning, samfunnsmedisin (kommuneoverlege), rekruttering og utdanning (ALIS), samt intermediaertilbud (KAD-senger, rehabilitering mv.). Slikt samarbeid kan også organiseres virtuelt, gjennom utstrakt bruk av videobaserte og andre e-helseløsninger. Regionrådene kan være egnede organer for å initiere slike løsninger i samarbeid med tilhørende kommuner.

56 prosent av kommunene uttrykker behov for å samarbeide med helseforetakene for å ivareta den delen av spesialistutdanningen som forutsetter sykehustjeneste (Jf. Kap.13.5.3) . Dette er en viktig samarbeidsoppgave, men arbeidsgruppen vil her peke på at samarbeidet med helseforetakene bør favne langt bredere og inkludere felter som fagutvikling, hospitering, veiledning og rekruttering. Slikt samarbeid bør konkretiseres og forankres i OSO-ene gjennom forpliktende avtaler og planer. Gjennom slik bredding av samarbeidsflatene mellom enheter og nivåer, vil det kunne skapes faglige nettverk mellom fastleger, sykehusleger og annet helsepersonell og dermed gjøre også små fagmiljøer mer robuste.

Praksiskonsulentordningen, basert på fastleger tilsatt i deltidstillinger i helseforetakene, er opprettet med særlig oppgave å ivareta og fasilitere samhandlingen mellom kommuner/ fastleger og sykehus. Sammenlignet med Helse Sør-Øst og Helse Vest, har denne ordningen i utgangspunktet vært svakt utbygd i Helse Nord, og i løpet av de senere årene er den ytterligere svekket, primært som følge av at det har vært vanskelig å rekruttere til disse stillingene. For å styrke rekrutteringen av praksiskonsulenter til helseforetakene, bør det vurderes å øke stillingsbrøken²⁵, sørge for konkurransedyktig lønnsnivå og å kople denne yrkesgruppen bedre mot klinikkledere.

13.10 Organisasjonsmodeller

Organisasjonsmodellene for fastlegetjenesten må tilpasses kommunenes størrelse (både mht. utstrekning og folketall), avstand til nabokommuner og topografi. Det er allerede tilløp til at kommuner fellesorganiserer fastlegetjenesten gjennom samarbeid med nabokommuner, som for eksempel i Senjalegen. Der avstander gjør det praktisk mulig, bør flere kommuner vurdere slike løsninger.

Der innbyrdes avstander til andre kommuner er store, trengs imidlertid andre løsninger. Våre analyser av flyttemønster hos fastleger som har sluttet i nordnorske kommuner, viser at nesten alle flytter til større og mer sentralt beliggende kommuner, med den konsekvens at stabiliteten er langt dårligere i småkommunene.

For noen få kommuner har svaret på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringen vært å etablere såkalt Nordsjø-turnus med faste leger i tidsavgrensede økter. Flere kommuner har ordninger med kombinasjoner av basisbemanning gjennom stedlige leger og leger i Nordsjø-turnus. Legene i Nordsjø-turnus bidrar blant annet til å redusere vaktbelastningen på de stedlige legene.

Det er ofte henvist til Nordkapp-modellen som en svært vellykket måte å organisere legetjenesten på. Med utgangspunkt i store utfordringer i legetjenesten i begynnelsen

²⁵ Flere av praksiskonsulentene har i dag stillingsbrøker på bare 10 prosent, anslagsvis 3,5 time per uke. Det er for lite til å gjøre stillingene attraktive, og det er for lite til å gi noen vesentlig effekt.

av 1980-årene, er det i Nordkapp kommune i løpet av de siste 30 årene etablert en av de mest stabile og vellykkede allmennlegetjenestene i Nord-Norge. Dette er gjort gjennom innovativt entreprenørskap i kommuneoverlegens regi, og i nært samarbeid og forståelse med kommunens administrative og politiske ledelse. 6 stabile fastleger betjener nå en befolkning på 3200 innbyggere, gjennom en solidarisk og felles inntjening basert på både fastlønn og næringsinntekt²⁶, felles legeliste og håndtering av legevakt og permisjoner uten bruk av eksterne vikarer. Fastlegene i Nordkapp har dessuten drevet en betydelig fagutvikling i egen regi, driftet en avansert sykestue og ivarettatt en rekke oppgaver som vanligvis utføres i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen vil anbefale kommuner i størrelsesorden 3000-5000 innbyggere å se nærmere på denne modellen for organisering av fastlegetjenester.

13.11 Stor variasjon mellom kommuner mht. innhold i fastlegeavtalene

I kapittel 11 er det dokumentert store variasjoner i de avtalene som er inngått mellom nordnorske kommuner og fastlegene. Det dreier seg om variasjoner mellom kommuner mht. driftsmodell, men også betydelige variasjoner i ordninger innen samme driftsmodell. Forskjellene gjelder lønnsnivå og permisjonsordninger, ulik grad av subsidiering av lokaler, utstyr og personell mv. At det foreligger slike variasjoner, er ikke overraskende, ettersom kommunene til dels er innbyrdes ganske forskjellige. Den dokumenterte variasjonen kan være uttrykk for ulikheter i de enkelte kommuners markedssituasjon og forhandlingsstyrke, men kan også være en konsekvens av at kommunene håndterer avtalene hver for seg, og med begrenset innbyrdes eller kollektiv læring. Avtaleinngåelser dreier seg også om lederskap, organisering, kunnskap og kompetanse. Også i denne sammenheng kan det vises til Nordkappmodellen der legene er organisert med høy grad av forpliktelse til å ivareta tjenesten sammen.

Akkurat som tilfellet er for klinisk variasjon, kan man reise spørsmålet om berettiget og uberettiget – eventuelt rimelig versus urimelig - variasjon også når det gjelder fastlegeavtaler. Kommunene må selvfølgelig ha mulighet til å inngå fleksible og konteksttilpassede avtaler, men vil samtidig kunne ha stort utbytte av å ha større kunnskap om andre kommuners erfaringer og avtaler. Arbeidsgruppen vil derfor anbefale at kommunene i større grad deler informasjon og lærer av hverandres erfaringer i arbeidet med å utforme og fornye fastlegeavtalene. For å legge til rette for denne læringen, bør nasjonale helsemyndigheter se det som sin oppgave å oppdatere informasjon om de ulike avtaletypene, blant annet gjennom publisering av offentlig statistikk om fastlegeordningen.

²⁶ Fastlegenes del av næringsinntekten fordeles legene imellom uavhengig av hvem som har stått for inntjeningen, slik at leger som gjør annet arbeid enn konsultasjoner ikke kommer dårlig ut økonomisk. Leger som ikke er spesialister i allmennmedisin får 2/3 av spesialistenes næringsinntekt.

13.12 Gjennomgang og avklaring av arbeidsdelingen mellom sykehus og fastleger

I vedlegg 4 til denne rapporten har vi i sin helhet tatt med anbefalingen om samarbeid mellom fastleger og sykehus som er utarbeidet av Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Dette dokumentet inneholder relativt konkrete og detaljerte anbefalinger om hvordan fastleger og sykehusleger skal samarbeide og utføre sine oppgaver på en gjensidig forpliktende og forutsigbar måte. Dokumentet har vært drøftet i Helse Nords samhandlingsutvalg som generelt har vurdert anbefalingene som et godt utgangspunkt for videre håndtering og behandling i våre ulike samhandlingsorganer, fastlegeråd, overordnet samarbeidsorgan (OSO) mv.

I de samarbeidsorganer som er etablert mellom kommuner/fastleger og Helse Nord RHF, er det i de senere år kommet stadig flere kritiske merknader til sykehuslegenes bruk av fastleger som sekretærer for kommunikasjon og henvisninger mellom spesialiteter og avdelinger innen sykehus. Disse kritiske merknadene dreier seg videre om at fastleger forventes å skrive ut sykemeldinger og attester i tilknytning til polikliniske besøk og skrive ut resepter f.eks. ved medikamentendring i forkant av kirurgisk inngrep. Mange legekantor opplever videre at pasienter tar kontakt for å få bestilt tilrettelagt transport ved planlagt undersøkelse eller behandling ordinert av lege i spesialisthelsetjenesten.

Den siste tiden har det i et av fastlegerådene vært behandlet flere saker knyttet til at oppgaver overføres fra sykehus til fastlege, uten at dette er drøftet og avtalt på forhånd. Eksempler på dette er visse typer hudbehandling og Botox-injeksjoner. Innspillene om forbedringer, adressert til helseforetakene, som fremkommer i vår kommuneundersøkelse, bekrefter denne kritikken samt tendensen til oppgaveoverføring.

I UNN-området er det nedsatt et klinisk samarbeidsutvalg bestående av fastleger og sykehusleger som på oppdrag fra OSO tilpasser NFAs anbefalinger til eget foretaksområde. Forslag til normgivende rutiner vedrørende oppgave- og ansvarsfordeling vil, før behandling i OSO, sendes på høring til alle fastleger, kommuneoverleger og sykehusleger i UNN-området for å sikre forankring. Fastlegerådet er foreslått som behandlingsorgan ved tvister og uenighet, og som rådgivende organ og drøftingsarena i forbindelse med ønsker om oppgaveoverføring.

Arbeidsgruppen ser det som viktig at retningslinjer for arbeidsdeling og samarbeid er likeverdig forankret på begge nivåer. Vi anbefaler at foreliggende dokument fra Norsk forening for allmennmedisin bearbeides og tilpasses lokale forhold i samarbeid mellom partene, tilsvarende prosessen som er startet i UNN-området.

13.13 Tverrfaglige team og annet helsepersonell som kan avlaste fastlegene.

I internasjonalt perspektiv er fastlegedekningen i Norge, målt per capita, rimelig god med referanse til nasjoner vi ellers sammenligner oss med; eksempelvis har allmennlegene i både Nederland og England omtrent dobbelt så mange pasienter på sine lister. Norges geografi, med store innbyrdes avstander og mange små kommuner, innebærer at vi trenger relativt flere fastleger enn folkerike nasjoner med større folketetthet og kortere innbyrdes avstander.

Når fastlegene i Norge opplever arbeidssituasjonen som stadig mer krevende, kan det ha sammenheng med at de håndterer en større oppgaveportefølje. Det kan videre dreie seg om arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten, men også om arbeidsdeling mellom personellkategorier. Anders Grimsmo har vist til at fastlegekontorene i Norge i mindre grad ansetter annet helsepersonell enn andre nasjoner. I en sammenlignende studie med flere andre land, var det i Norge 2,1 yrkesgrupper ansatt ved legekontorene, mens det i de øvrige land var en variasjonsbredde mellom 4 og 7 yrkesgrupper²⁷. Dette kan indikere at annet støttepersonell i disse landene utfører oppgaver som fastlegen gjør hos oss.

I vår kommuneundersøkelse er det spurt om annet helsepersonell ved legekontorene i Nord-Norge. Nesten alle legekontorene har helsekretærer og halvparten har ansatt sykepleiere, mens svært få har jordmor, bioingeniører eller annet personell (psykologer, fysioterapeuter mv). Ved legekontorene i Tromsø og Bodø (sentralitetsnivå 3) er det knapt ansatt annet personell enn helsesekretærer, mens det er mer utbredt med slikt personell i små, perifere kommuner. Antagelig følger dette av at hovedmodellen for praksisorganisering (næringsdrift) i liten grad oppmuntrer til å ansette annet personell; det koster for mye, slik normaltariiffen er utformet i dag. Der kommunene dekker hele eller deler av kostnaden ved å ansette annet personell ved legekontorene, er følgelig slike løsninger mer utbredte.

Tverrfaglige team blir stadig mer vanlig innen helsetjenesten, særlig vis a vis storforbrukere, kronisk syke pasienter og pasienter med flere sykdommer. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) slo fast at sykdomsutviklingen i befolkningen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenester. Det er behov for personell med mer kompetanse, delvis også med annen kompetanse enn i dag, og for mer samarbeid. Meldingen konkluderte med at det er behov for en mer teambasert tjeneste og en tverrfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet og varslet at det ville bli etablert primærhelseteam ved å utvide fastlegekontor med andre personellgrupper og oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten.

²⁷ Final Report Summary – QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe) European Commission 2015.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utprøver nå Helsedirektoratet både primærhelseteam og oppfølgingsteam. Primærhelseteam prøves nå ut i ni kommuner og 13 legekantor, mens oppfølgingsteam prøves ut i seks kommuner, hvorav to i Nord-Norge. Primærhelseteam innebærer tilførsel av sykepleierressurser til fastlegekontor og utprøving av to ulike modeller for å finansiere sykepleiernes arbeid. Formålet med begge typer team er primært å forbedre kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene og nå brukere med store behov og svak etterspørselsevne; i hvilken grad teamene også avlaster fastlegene, vet vi foreløpig lite om.

Det vil være ønskelig med gode analyser og utredninger for å kunne avklare hvilke fastlegeoppgaver som kunne løses av annet personell i en norsk kontekst. Når en slik avklaring om mulig jobbglidning er gjort, følger så spørsmålet om i hvilken grad andre personellkategorier er tilgjengelige i markedet. Når det gjelder sykepleiere, en yrkesgruppe som er aktuell for å avlaste legene, vet vi at det allerede er stor knapphet på sykepleiere, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det er viktig at finansieringsordninger understøtter en rasjonell arbeidsdeling mellom personellgrupper, og teamorganisert samarbeid der det øker kvaliteten på helsetjenestene og gir helseeffekt for pasienter. Slike ordninger er etablert i andre land, eksempelvis i Nederland der takstene er profesjonsnøytrale; det innebærer at samme prosedyre eller aktivitet betales likt uavhengig av hvilken profesjon som utfører den.

Arbeidsgruppen ser behovet for at det etableres finansieringsordninger (driftstilskudd, takster mv.) som inkluderer flere grupper av helsepersonell, der dette på en faglig forsvarlig måte bidrar til mer optimal bruk av arbeidskraft. Dette vil kunne bidra til bedre finansiering av prosedyrer og oppgaver som utføres av personell som allerede finnes ved mange legekantor i Nord-Norge. Det kan gjøres ved at annet hjelpersonell får samme takster som om legene gjorde disse oppgavene, eller ved innføring av tidstakster for slikt personell når de utfører særlig tidkrevende prosedyrer og oppgaver (spirometeri, oppfølging av diabetespasienter, sårstell, infusjoner mv.). Etablering av slike finansieringsordninger vil dessuten være et insitament for flere kommuner til å ansette slikt personell. De større kommunene, der hovedmodellen (næringsdrift) for praksisorganisering er dominerende, vil trenge bedre finansieringsordninger for å kunne tilsette annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene. Disse kommunene, bør også i egen regi vurdere i større grad å medfinansiere kostnader²⁸ for annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene.

²⁸ I denne sammenheng viser vi til at flertallet av kommuner i Nord-Norge – og særlig mindre og mellomstore kommuner.- subsidierer fastlegetjenesten utover det som følger av næringsmodellen.

Resultatene fra evalueringen av det pågående forsøket med primærhelseteam vil gi verdifull informasjon om hvordan teamarbeid og arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper kan innpasses i en allmennt medisinsk kontekst.

13.14 Betydningen av enkle og tilgjengelige digitale løsninger for fastlegenes kommunikasjon og informasjonsutveksling med pasienter og fagmiljøer i Nord-Norge

Den nordnorske geografien er som skapt for telemedisin og e-helse, med dagens terminologi for digital kommunikasjon mellom enheter og nivåer. For fastleger og pasienter i distrikter med stor avstand til sykehus, er det av stor betydning å ha tilgang til slike digitale hjelpemidler. Helse Nord RHF var tidlig ute med å ta i bruk Nordnorsk Helsenett, kople opp fastlegene og implementere digitale løsninger for henvisning og epikrise. Senere er det gjennom meldingsløftet – i nord for en stor del implementert gjennom FUNNKe-prosjektet i regi av Helse Nord/Nasjonalt senter for telemedisin- utviklet pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommuner. Likevel er potensialet for ytterligere forbedringer stort.

Digitale dialogmeldinger mellom fastleger og sykehus har stått på dagsorden i snart 15 år, men er fremdeles ikke implementert i Nord-Norge. Når dette trekker ut i tid, er det bl.a. fordi det vurderes som nødvendig å videreutvikle den løsningen som er pilotert av Helse Vest. Når dialogmeldingene er på plass – inkludert dialogmeldinger med pasientene - forventes disse å effektivisere og kvalitativt forbedre dialogen om og med pasienten. Planen er at dette skal være fullt implementert i løpet av 2020-2021.

Det er startet opp en rekke prosjekter om medisinsk avstandsoppfølging i alle foretaksområder. Helseforetakene er godt i gang med å videreutvikle og harmonisere sine digitale plattformer, men også dette tar lengre tid enn opprinnelig planlagt. Utfordringen for kommunehelsetjenesten er imidlertid langt større, som følge av små og innbyrdes lite koordinerte enheter. Det er derfor et stort behov for sterkere, samordnende grep.

Helse Nords arbeid med elektronisk samhandling – inkludert tiltak overfor kommuner og allmennleger - har for en stor del vært finansiert gjennom midler fra nasjonale tiltaksplaner. Fra og med 2012 overtok Norsk Helsenett tilskudsforvaltningen for kommunene, mens allmennlegenes IKT-løsninger ble organisert gjennom «EPJ-løftet». Det tas nå sterkere nasjonale styringsgrep, med forankring i Nasjonal e-Helsestrategi, og fra 2020 vil staten etablere en ny finansieringsmodell i form av tvungen samfinansiering av viktige nasjonale tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det arbeides nå med en ny kommunal løsning i regi av «En innbygger – en journal». Helse Nord RHF har i langsiktig investeringsplan prioritert betydelige midler for realisering av e-Helsestrategien. Det gjenstår å se om kommunal sektor i Nord-Norge evner å finansiere tilsvarende aktiviteter i egen regi.

Det bør være en høyt prioritert oppgave å gi fastlegene i Nord-Norge tilgang til enkelt tilgjengelige digitale løsninger for beslutningsstøtte, booking, kontakt og kommunikasjon både med pasienter og med fagmiljøer på ulike nivåer. Det er av avgjørende betydning at viktig og tidskritisk journalinformasjon gjøres tilgjengelig på tvers av enheter og nivåer. Gode og tilgjengelige digitale løsninger for fastleger er viktige verktøy for å ivareta hensynet til kvalitet, trygghet og pasientsikkerhet, og for å kople fastlegene til større faglige nettverk.

Det er dessverre flere eksempler på at digitale løsninger medfører mer plunder og heft for leger og annet helsepersonell. Derfor er det viktig at den digitale verktøykassen tas i bruk når løsningene er modne nok til å forbedre logistikken, effektiviteten og kvaliteten i arbeidet.

13.15 Betydningen av desentraliserte utdanningsmodeller for rekruttering av fastleger

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, ble i sin tid etablert for å styrke rekrutteringen av leger i Nord-Norge. Som del av rekrutterings-strategien, er 60 prosent av studieplassene i medisin reservert til studenter med vesentlig geografisk tilknytning til Nord-Norge. Også i gjennomføringen av studiet vektlegges eksponering for distriktene, inkludert tjeneste i allmennlege-tjenesten. I løpet av de siste 10 år har det videre skjedd en desentralisering av medisinerutdanningen, ved å la en del av studentene gjennomføre 5. og 6. året av studiet i Bodø og Finnmark (Hammerfest, Alta og Karasjok).

Det er ønskelig at denne ordningen etter hvert også utvides til å inkludere Helgeland, et geografisk område som også har betydelige rekrutteringsutfordringer. Generelt bør det også vurderes å styrke kontakten mellom medisinerutdanningen og landsdelens kommuner og helseforetak, med sikte på å forberede og eksponere studentene for relevante distriktsmedisinske problemstillinger.

13.16 Kommunenes ansvar for å ivareta hensynet til språk og kultur for samiske pasienter

I vårt mandat heter det at «arbeidsgruppen skal sørge for at det samiske perspektivet innarbeides, slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas vis a vis samiske pasienter». For å besvare dette punktet i mandatet, gjorde arbeidsgruppen en henvendelse til i alt 18 kommuner, både kommuner i tradisjonelt samiske kjerneområder og flere bykommuner der det antas å bo et betydelig antall personer med samisk bakgrunn. Det er mottatt skriftlige svar fra 13 kommuner, mens det er gitt muntlige svar over telefon fra flere kommuner, særlig bykommuner.

Svarmønstrene er relativt tydelige; i de samiske kjerneområdene har de fleste kommunene ivaretatt hensynet til samisk kultur, men også her er det unntak. Det er bare Karasjok og Kautokeino kommune som oppgir at de har samisktalende leger. Når det gjelder byene, er det knapt noen som kan sies å ha organisert og tilrettelagt sine fastlegetilbud slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas overfor samiske pasienter. Dette gjelder også Tromsø som må antas å være en av kommunene i Nord-Norge med flest samiske innbyggere. Heller ikke byene i Finnmark har noen tilrettelagt tjeneste for samiske pasienter. Noen bykommuner svarer at de ikke har vurdert det som et behov å etablere slike tjenester, og andre sier at de ved (sjeldne) behov anvender tolketjeneste.

Det konstateres at det fremdeles gjenstår betydelige utfordringer mht. å ivareta hensynet til samiske pasienter i noen av de samiske kjerneområdene. Det kan nok delvis skyldes problemer med å rekruttere fastleger med kjennskap til samisk språk og kultur. Når det gjelder byene, er det arbeidsgruppens vurdering at det er behov for grundigere undersøkelser om både status og behov for tilpassede tjenester som ivaretar samiske pasienter. Arbeidsgruppen anbefaler at en slik systematisk kartlegging gjennomføres i regi av en uavhengig forskningsinstitusjon, på bestilling fra nasjonale helsemyndigheter. Når kartleggingen er gjennomført, bør det iverksettes nødvendige tiltak i de kommuner der det er dokumentert behov, men uten at det foreligger tilrettelagte tjenester for samiske pasienter.

14. Forslag til konkrete tiltak

På grunnlag av de drøftelser som er gjort i kapittel 13, presenteres her en rekke konkrete forslag om tiltak, adressert til flere aktører på ulike nivåer. Ideelt sett, hadde det vært ønskelig å presentere tiltakene sekvensielt ved å samle tiltakene adressert til hver enkelt aktør. Når dette likevel ikke gjøres, er det fordi mange av tiltakene forutsetter samarbeid mellom flere aktører. Vi finner det derfor mest hensiktsmessig å ordne tiltakene i åtte tematiske hovedgrupper som innholdsmessig henger sammen; samlet fremmes det forslag om 34 enkelttiltak. For hvert enkelt tiltak markeres derfor i parentes de aktører som tillegges et ansvar og forutsettes å samarbeide.

14.1 Overordnet nasjonalt ansvar: Forslag om opptrappingsplan for fastlegetjenesten

I tilknytning til Helse- og omsorgsdepartementets framleggelse av den bebudede handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020, foreslår arbeidsgruppen at det gjennom trepartssamarbeidet utarbeides *en fireårig nasjonal opptrappingsplan (2020-2023) for fastlegetjenesten*. Det anbefales at en slik plan gjennomføres med en innretting, progresjon (tempo) og på måter som samtidig ivaretar geografiske fordelingshensyn. En slik plan må likevel ikke bli utsettende for enkelttiltak som ligger til rette for iverksetting på kortere sikt. Flere av de tiltak som listes i det følgende, kan også tenkes å inngå i opptrappingsplanen. (*Ansvar:* Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.2 Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering

14.2.1. Av hensyn til flyt og progresjon i rekrutteringsarbeidet, øke antall LIS-1 stillinger i Nord-Norge så raskt som mulig, og med en akseptabel medfinansiering, som insitament for kommunene og helseforetakene. (*Ansvar:* Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Fylkesmannen, helseforetak, kommuner).

14.2.2. Sikre at kommunene i samarbeid og samstyring med helseforetakene deltar mer aktivt og på en likeverdig måte i rekrutterings- og ansettelsesprosessene for LIS 1-stillingene i Nord-Norge, og sørge for at utdanningselementet i disse stillingene ivaretas på en god måte. (*Ansvar:* Kommuner, helseforetak).

14.2.3. Utvikle gode utdanningsløp for allmennleger i kommunene, med særlig vekt på å styrke veiledningsfunksjonen, herunder sørge for adekvat godtgjøring av veiledning og daglig supervisjon. (*Ansvar:* Regionale ALIS-kontor, kommuner, helseforetak, Legeforeningen).

14.2.4. Vurdere å gi allmennleger under utdanning (ALIS) tilbud om å velge mellom fastlønn og næringsmodell som avlønningsform i utdanningsperioden. (*Ansvar:* Kommuner, regionale ALIS-kontor).

14.2.5. Opprette ytterligere 60-70 nye kommunale ALIS-stillinger – i tillegg til de 32 ALIS-stillingene som er etablert i regi av ALIS-Nord – i løpet av 2020-2021. (Helse- og omsorgsdepartementet, kommuner).

14.2.6. Sørge for at det i Nord-Norge utdannes og etableres tilstrekkelig antall og geografisk godt fordelte gruppeveiledere i allmennmedisin. (Ansvar: Legeforeningen, Helsedirektoratet, kommuner, regionale ALIS-kontor).

14.2.7. Etablere 30-40 øremerkede utdanningsstillinger for ALIS i spesialisthelsetjenesten fordelt på alle helseforetak i Nord-Norge i løpet av 2020-2021. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.2.8. Det anbefales at ALIS-tjenesten i sykehus gjennomføres i etterkant av minst 2 års kommunal ALIS-tjeneste, og at helseforetakene legger til rette for en tilpasset og relevant sykehusjeneste. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.2.9. Begrense veksten i LIS-stillinger (for gjennomføring av del 2 og 3 av spesialistutdanningen) i helseforetakene inntil situasjonen i fastlegetjenesten er bedre konsolidert. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.3 Tiltak innrettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler

14.3.1. Legge til rette for at finansieringsordningene understøtter ulike praksismodeller, tilpasset både variasjoner mellom kommuner (folketall, sentralitet, geografiske avstander mv.) og legenes praksispreferanser. Det kan gjøres gjennom målrettede finansierings- og tilskuddordninger, ved differensiering av basistilskuddet, for eksempel ved å etablere «knekkpunkt» for basistilskuddet, relatert til listelengde. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.3.2. Vurdere å øke basistilskuddets relative andel av den samlede finansiering. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen, KS).

14.3.3. Risikojustere basistilskuddet til fastlegene på grunnlag av kjønns- og aldersfordeling, morbiditet mv. knyttet til den enkelte fastleges listepopulasjon. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS, Legeforeningen).

14.3.4: Gjennom etableringstilskudd eller særskilte takster gjøre det enklere for unge leger å tre inn i fastlegepraksis basert på næringsdrift. (Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.3.5. Sørge for at kommunene gis et bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlag for inngåelse, utvikling og fornyelse av fastlegeavtaler gjennom mer transparent dokumentasjon. Det kan bl.a. skje ved at både helsemyndigheter og KS tar ansvar for å etablere en bedre offentlig statistikk om fastlegeordningen generelt og ulike typer fastlegeavtaler spesielt. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*

14.3.6. Ta i bruk den erfaring som foreligger fra kommuner som anvender ulike avtaletyper og som organiserer fastlegetjenesten ulikt, med sikte på gjensidig læring og for at beslutninger om avtaler kan skje på et mer informert grunnlag. *(Ansvar: KS, kommuner)* .

14.4 Tiltak som kan avlaste fastlegene

14.4.1. Foreta kritiske vurderinger av oppgaveroverføringer fra sykehus til kommuner og fastleger, og styrke felles oppgaveløsning og samarbeid der det er til pasientens beste. *(Ansvar: Helseforetak, kommuner, Legeforeningen)*.

14.4.2. Sørge for at fastlegene ikke belastes med administrative oppgaver knyttet til internhenvisninger mellom enheter i sykehus eller resepter og sykemeldinger for polikliniske pasienter. *(Ansvar: Helseforetak)*.

14.4.3. Legge til rette for at arbeidsoppgaver og prosedyrer som utføres av hjelpepersonell ved fastlegekontorene, finansieres gjennom Helfo-systemet ved bruk av de samme takster som gjelder for legene, eventuelt ved etablering av tidstakster for tidkrevende prosedyrer og oppgaver. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*.

14.4.4. Når pågående evalueringer av tverrfaglige team er gjennomført, vurderes å iverksette finansieringsordninger som understøtter tverrfaglig samarbeid på områder der resultatene er positive for kvalitet og/eller ressursutnyttelse. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*.

14.4.5. Legge til rette for å gi fastlegene bedre og mer tilgjengelige digitale løsninger for beslutningsstøtte, og kommunikasjon med pasienter og fagmiljøer i ulike deler av helsetjenesten. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, kommuner, helseforetak)*.

14.5 Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen

14.5.1. Vurdere fellesorganisering av legetjenester i samarbeid med andre kommuner, eventuelt etablere samarbeid med andre kommuner om utvalgte legeoppgaver *(Ansvar: Kommuner, regionråd)*.

14.5.2. Ta i bruk rammeverket «Recruit and Retain – Making it work» (vedlegg 9) som kunnskapsgrunnlag for rekruttering og stabilisering av fastleger I Nord-Norge. (*Ansvar:* Kommuner).

14.5.3. Kommunene, særlig de små kommunene, må være mer aktive mht. å søke på ulike tilskuddordninger i regi av departementer, direktorater og fylkesmannen. Der det ligger til rette for det, er det ønskelig at slike søknader utformes og sendes i samarbeid med andre kommuner. (*Ansvar:* Kommuner).

14.5.4. Styrke planleggings- og utredningskompetansen rettet mot helse- og omsorgstjenester og legetjenester, og prioritere arbeidet med å utarbeide en plan for legetjenesten, enten i egen regi eller i samarbeid med andre kommuner. (*Ansvar:* Kommuner, regionråd).

14.5.5. Styrke helselederkompetansen i kommunene, og sørge for at helseledelsen er tett koplet mot toppledelsen i kommunen. (*Ansvar:* KS, kommuner, universiteter).

14.5.6. Utvikle ledelsen av det enkelte fastlegekontor. (*Ansvar:* Legeforeningen, Helsedirektoratet).

14.6 Tiltak rettet mot å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak

14.6.1. Styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak på områder som rekruttering, fagutvikling, planlegging, IKT mv. (*Ansvar:* Helseforetak, kommuner, Overordnede samarbeidsorgan (OSOer)).

14.6.2. Med utgangspunkt i Norsk forening for allmennmedisins anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, implementere lokalt tilpassede retningslinjer for slikt samarbeid gjennom gode forankringsprosesser blant leger på begge nivåer. (*Ansvar:* Helseforetak og kommuner, med støtte av fastlegerådene).

14.6.3. Styrke praksiskonsulentordningen i helseforetakene, gjennom opprettelse av flere (deltids-) stillinger, bedre tilrettelegging og mer aktiv rekruttering blant landsdelens fastleger. (*Ansvar:* Helseforetak).

14.6.4. Styrke samarbeidet mellom fastleger og sykehus gjennom aktiv bruk av fastlegerådene og andre kliniske samarbeidsutvalg (KSUer) som etableres i regi av OSOene. (*Ansvar:* Helseforetak, kommuner).

14.7 Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter

14.7.1. Det anbefales å gjennomføre en systematisk kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av samiske pasienter i kommuner der det antas å bo samer med slike behov. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, Fylkesmannen, universiteter, Samisk helseforskning).

14.7.2. Når kartleggingen er gjennomført, bør det iverksettes nødvendige tiltak i kommuner der det foreligger behov for – men ikke er etablert – fastlegetjenester som er språklig kulturelt tilpasset samiske pasienters behov. (*Ansvar:* Kommuner, Fylkesmannen).

14.8 Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

14.8.1. Tilrettelegge for økt utdanningskapasitet av leger ved UIT- Norges arktiske universitet, og av sykepleiere ved UiT og Nord Universitet, herunder etablere en desentralisert utdanningsmodell for medisinstudiet for Helgeland. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, universiteter, helseforetak, kommuner).

14.8.2. Legge enda bedre til rette for desentrale utdanningsmodeller, og for at studentene under utdanningen blir enda mer eksponert for arbeid i kommunehelsetjenesten. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, universiteter, helseforetak, kommuner).

14.9 Innbyrdes prioritering av tiltak

Arbeidsgruppen har ikke foretatt noen systematisk innbyrdes prioritering av de tiltakene som er foreslått. Det er likevel enighet i arbeidsgruppen om at tiltak rettet mot rekruttering og utdanning av unge leger til fastlegetjenesten bør ha høy prioritet; i slike tiltak inngår også finansieringsordninger og takster som senker terskelen for unge leger som ønsker å gå inn i en legepraksis.

Generelt er det et langsiktig arbeid å konsolidere og videreutvikle fastlegetjenesten. Tiltakene må derfor gradvis fases inn i aktivt samspill mellom nasjonale myndigheter, kommuner og andre parter (KS, Legeforeningen mv.). For å sikre den langsiktige gjennomføringen av nødvendige tiltak, vil en nasjonal opptrappingsplan for fastlegetjenesten – i regi av trepartssamarbeidet – kunne være et viktig virkemiddel.

15. Referanser

Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Medical Teacher*, 2015, 26: 1–5.

Aaraas IK. Legeutdanning i og for distriktene. *Uniped*, 2016, 4: 293-303.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. NSDM-rapport 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Agenda Kaupang. 2016. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Oslo: KS-rapport.

Forsdahl A, Grundnes O, Eliassen E, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsølegene av? *Tidsskrift for den norske legeforening* 1988; 108: 1225-1230

Gaski M, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Aasland OG. Utdanner Universitetet i Tromsø leger til å arbeide i distrikter? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1026 – 31.

Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. NSDM-rapport 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Gjems Theie M, Lind LH, Haugland LM, Skogli E. Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene. *Menon-publikasjon nr. 83/2018*.

Grimsmo A, Magnussen J. 2015. Norsk samhandlingsreform i internasjonalt perspektiv. Oppdragsgiver EVASAM – Norges Forskningsråd.

Høydal, E. Ny sentralitetsindeks i kommunene. Notat 2017/4. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse. 2018. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. Oslo: KS-rapport.

Rebnord IK, Eikeland OJ, Hunskår S, Morken T. 2018. Fastlegers tidsbruk. Rapport. NKLM, Uni Research Helse, Bergen.

Rønnevik DH, Pettersen B, Grimsmo A. 2019. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Oslo: KS-rapport.

16. Vedlegg

16.1 Vedlegg 1: Fastlegers tidsbruk – Undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin for Helsedirektoratet (januar 2018)

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av fastlegers tidsbruk. Kartleggingen ble gjort ved hjelp av et elektronisk spørreskjema og kartla totalarbeidstid og tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver (pasientrettet arbeidstid, drift av praksis, legevakt, kommunalt og annet arbeid (som forskning, undervisning etc), veiledning, diverse oppgaver som kurs, smågruppe, fagmøte, tillitsvalgt møter og andre kommunale møter) i løpet av en arbeidsuke i januar 2018.

Av 4 716 leger som ble invitert med i undersøkelsen, var det 1 954 (41,4 prosent) som svarte. Blant disse var det 1 876 fastleger som ble inkludert i analysen. Forfatterne konkluderer med at resultatene er basert på et representativt utvalg av landets fastleger.

Fastlegene som deltok i kartleggingen, oppga en gjennomsnittlig totalarbeidstid den aktuelle uken på 55,6 timer. Selv om resultatene er spesifisert for kommunestørrelse, er det dessverre ikke mulig å identifiser svargivernes regionale tilknytning; følgelig er der i rapporten ikke mulig å sammenligne svarene fra fastleger i Nord-Norge med resten av landet.

En inndeling etter folketall i kommunene som fastlegen har avtaler med, viser at fastleger i kommuner med inntil 5 000 innbyggere oppga en gjennomsnittlig totalarbeidstid på 70,3 timer den aktuelle uken. Tilsvarende i kommuner med mellom 5 000 og 25 000 innbyggere var 57,3 timer, i kommuner med mellom 25 001 og 100 000 innbyggere var 53,5 timer, mens den i kommuner med mer enn 100 000 innbyggere var 52,6 timer. Legevaktaktivitet der både tilstedevakt, bakvakt og hjemnevakt er inkludert, bidro til høy totalarbeidstid i de minst folkerike kommunene.

En inndeling etter driftstype, viser at fastleger med driftstypen fastlønn med bonus oppga en gjennomsnittlig totalarbeidstid på 80 timer den aktuelle uken. Tilsvarende for selvstendig næringsdrivende var 54,4 timer, for selvstendig næringsdrivende med diverse avtaler var 61,6 timer, mens den for fastleger med fastlønn var 58,1 timer. Tre av fire fastleger med driftsformen fastlønn med bonus hadde legevaktarbeid. Bakvakt og hjemnevakt bidro til den høye totalarbeidstiden blant disse.

Rapporten konkluderer med at totalarbeidstiden for de fleste fastlegene er svært lang, og har økt mye sammenlignet med tidligere undersøkelser.

16.2 Vedlegg 2: Ny spesialistutdanning i allmenntmedisin - sammendrag og vurdering av rapporter fra Helsedirektoratet

1. mars 2017 trådte ny spesialistforskrift i kraft og høsten 2018 kunne kommunene hilse første kull med LIS1 velkommen. Samtidig som man fikk ny spesialistutdanning, kom kompetansekravforskriften som fastsatte at alle leger som arbeider klinisk i kommunen skal spesialisere seg. Først mars i 2019 trådte forskrift om ny spesialistutdanning i kraft fullt ut. Bestemmelser for spesialisering i allmenntmedisin del 3 ble da gjeldene.

I større grad enn tidligere er kommunene nå forpliktet til å legge til rette for at alle leger i klinisk allmenntmedisinsk arbeid blir spesialister.

Under ASA-konferansen i januar 2019, arrangert av Helsedirektoratet, presenterte de nye kravene i forskriften; god og oversiktlig informasjon på Helsedirektoratets nettsider lot imidlertid vente på seg. Dette kan nok ha vært utfordrende for kommunene som i løpet av de siste månedene har måttet sette seg godt inn i spesialiseringsforløpet, et forløp som tidligere har vært et nærmest privat anliggende for den enkelte lege under utdanning.

I ny forskrift må alle kommuner som ønsker å utdanne leger registrere seg som utdanningssted. Her må helseledelsen i grove trekk beskrive hvilke læringsmål som kan oppnås i kommunen. Kommunen må samtidig utpeke en person til å ha ett koordineringsansvar for utdanningen. Det er anbefalt at man oppretter ett vurderingskollegium bestående av veiledere, supervisører og øvrig ledelse som følger opp sine LIS-leger.

Det har i tidligere ordninger, som ved EU-godkjenning av allmenntleger, vært krav om individuell veiledning. Lignende ordning er videreført i den nye utdanningen og LIS3 trenger nå individuell veiledning gitt av spesialist i allmenntmedisin, totalt 31,5 timer per år. Det kreves også supervisjon av legens arbeid. Disse kravene har vist seg å bli utfordrende for små kommuner i Nord- Norge som ofte kan ha få eller ingen spesialister i allmenntmedisin kombinert med generell legemangel. Enkelte kommuner har derfor sett seg nødt til innhente nødvendig kompetanse og veiledningsressurs fra større kommuner.

Nye oppgaver tilføres ett fastlegekorps som allerede har knapt med rom i timeplanen. Det er nærliggende å tenke at de nye kravene vil fremtvinge ett behov for å lempe på andre legeoppgaver for å frigjøre tid og ressurser til veiledning. Igjen vil vi se behovet for flere fastleger.

Der veiledningskravet for godkjenning som allmenntlege var nokså begrenset i tid, skal veiledning nå tilbys i hele spesialiseringsforløpet. Helsedirektoratet har satt av 46 millioner kroner til de kostnader kommunene har i forbindelse med veiledning og

supervisjon. Trolig er det flere kommuner i Nord-Norge som ikke har fått søkt på disse midler.

De fleste kommuner som har hatt LIS1 har allerede fått gjort seg kjent med begrepene læringsmål og læringsaktiviteter. Dette er en liste forskriftsfestede mål og aktiviteter LIS skal gjennom. På samme måte som for LIS1, har nå LIS3 i allmenntidrett fått sine egne obligatoriske mål. Det er de øvrige legene på kontoret som får ansvaret for å supervisere og attestere for legens måloppnåelse. Som nevnt over vil dette kreve en økt grad av legeressurs. Som for veiledning anbefales det av nevnte rapporter at også supervisjon godtgjøres. -Hvordan er opp til hver enkelt kommune. Det blir interessant å følge med på hvordan småkommuner i Nord-Norge, med få leger, vil kunne løse oppgaven med supervisjon på egenhånd.

I tidligere spesialiseringsregler har det vært krav om 12 måneders tjeneste ved institusjon. Dette har vært svært utfordrende for gravgrendte kommuner i Nord- Norge som så ofte har måtte se sine fastleger forlate kommunen til fordel for ett liv som sykehusleger i mer sentrale strøk. Vi har flere eksempler i Nord-Norge hvor fastleger i distrikt med flere års erfaring ikke oppnår sin spesialisttittel på grunn av manglende sykehusår. Disse legene har kanskje funnet det for vanskelig å bryte opp familie og hverdag for ett år på sykehus langt hjemmefra. I ny forskrift har man nå lempet på kravet om institusjonstjenesten. I stedet har man nå fått læringsmål og aktiviteter hvor legen skal jobbe med en selektert populasjon. Det er fortsatt krav om tjeneste i spesialiserte helsetjenester, men lengden på tjenesten er redusert til 6 måneder og kan deles opp i to bolker om nødvendig. Forskriften åpner også for at disse målene kan oppnås i kommunal regi, i.e. kommunal rehabiliteringsinstitusjon med spesialist. Kommunene har fått ett stort ansvar og som nevnt tidligere stilles det krav om en kunnskap og oversikt over utdanningsløpet, som kommunene i mange tilfeller ikke har eller har hatt.

Ansvaret er stort og kommunene i Nord- Norge er små. Flere kommuner har allerede inngått interkommunalt samarbeid for å løse disse nye oppgavene, og slikt samarbeid antas å bli mer vanlig i tiden framover. Bedre samhandling med helseforetakene er også en nødvendighet. Enkelte steder i regionen har helseforetak opprettet stillinger øremerket for allmennleger i spesialisering. Det vil allikevel bli nødvendig å få på plass bedre avtaler mellom kommune og foretak.

Kilder:

Forskrifter- Lovdata og helsedirektoratet.no

Rapporter og Utredninger:

- Spesialistutdanningen i allmenntidrett, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Helsedirektoratet- juni 2017
- Spesialistutdanning i allmenntidrett. Helsedirektoratet 01.07.18
- Allmennleger i spesialisering (ALIS) Del 2 av 2. Helsedirektoratet. 01.11.18

16.3 Vedlegg 3: Legeforeningens forslag til videreutvikling av fastlegeordningen

Legeforeningen har i løpet av de siste årene utarbeidet tre viktige dokumenter for å videreutvikle fastlegeordningen og styrke den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De to første dokumentene ble publisert i oktober 2017, og det siste i mai 2019. I tillegg har Menon Economics, på oppdrag fra legeforeningen, utarbeidet en rapport om fastlegekrisen som ble publisert i januar 2019:

1. Pasientens primærhelsetjeneste må ledes – om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/pasientens-primarhelsetjeneste-ma-ledes/>
2. Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/pasientens-primarhelsetjeneste-ma-ledes/>
3. Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene/>
4. Utviklingsplan for fastlegeordningen: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/88a40e68b11e44ea9d0853f7d1a3fdfb/utviklingsplan-fastlegeordningen-varuke-2019-full.pdf>

Legeforeningens formål med de to første rapportene er å bygge et best mulig kunnskapsgrunnlag for *utvikling av et moderne medisinsk tilbud i kommunene* med gode brukeropplevelser. I følge Legeforeningen kan kommunenes medisinske tilbud defineres som tjenester som har til hovedformål å tilby individrettet forebyggende og helsefremmende helsearbeid, inkludert diagnostikk, behandling, og (re)habilitering. Dette inkluderer helsestasjon, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste, frisklivssentraler, *legevakt*, *fastlegekontor*, fysioterapi, psykisk helsetilbud/kommune-psykologer, fengselshelsetjeneste, flyktinghelsetjeneste mm. Det utføres også viktige medisinske tjenester i omsorgstjenesten, f.eks. av leger i sykehjem, helsehus og i hjemmebasert omsorg.

Kommunenes omsorgstilbud og medisinske tilbud er i ulik grad vevet i hverandre, og variasjonen mellom kommunene er stor. I følge Legeforeningen er det et fellestrekk at det ikke er medisinsk kompetanse (legekompetanse) i ledelseslinjen, og at øverste leder har et stort og komplekst ledelsesområde. Mangel på medisinsk kompetanse i ledelsen fører til at de forskjellige tjenestene i for liten grad blir samordnet. Det vanskeliggjør helsepersonellens viktige oppgave med å gjøre gode prioriteringer og behovsavklaringer. Dette øker sannsynligheten for over- og underbehandling, forsinket behandling og feilbehandling, og *uhensiktsmessig bruk av spesialisthelsetjenesten*.

Legeforeningen hevder det er godt dokumentert at kommunene har et stort mulighetsrom for bedre ledelse av medisinske tjenester og viser bl.a. til rapporten fra *Agenda Kaupang*:

- Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata, oppfølgingsregimer mm. av legene.
- Ledelse av legetjenesten prioriteres ikke på samme måte som andre deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunene
- Kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetjenesten er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene.
- I følge Legeforeningen vil styrket medisinsk faglig ledelse *profesjonalisere kommunen som avtalepart* overfor næringsdrivende fastleger og fysioterapeuter, og som en effektiv leder av de øvrige medisinske tjenestene i kommunen. Fortsatt overflytting av sammensatte og avanserte medisinske tjenester (*oppgaveroverføring*) fra helseforetakene til kommunene øker behovet for medisinsk kompetanse i kommunene.

Legeforeningen erkjenner at for å få leger i kommunene har nødvendig lederkompetanse og interesse for ledelse. Det ønsker Legeforeningen å endre på ved å bidra til at flere leger får spesialistkompetanse både i allmenn- og samfunnsmedisin, pluss formell lederkompetanse.

Strategiske planer for drift og utvikling av legetjenesten i kommunen er et sentralt avtalefestet ledelsesverktøy som få kommuner har tatt i bruk. Legeforeningen mener den nye helselederen bør ha hovedansvar for utvikling og rullering av slike planer. (Blant de 45 nordnorske kommunene som søkte om deltakelse i ALIS-Nord er det bare Bodø og Hammerfest som har en oppdatert og politisk vedtatt plan for legetjenesten).

Legeforeningen mener ledelse av fastlegekontorene må styrkes og at kommunene, staten og Legeforeningen sammen må utvikle incentiver for bedre ledelse legesentrene, ikke minst for å styrke samhandlingen med helseforetakene. Interne på fastlegekontorene er det en rekke *driftsoppgaver, kvalitetsoppgaver, utdanning- og opplæringsbehov* samt *strategisk planlegging* som må prioriteres høyere. Fastlegekontorene har også eksterne ledelsesoppgaver som *forhandler- og representasjonsoppgaver*. Legeforeningen ønsker å bidra til at alle fastlegekontor har ett administrativt kontaktpunkt inn (en felles e-postadresse) som samarbeidsaktørene kan nå legekontoret (*slik at kontoret framstår som en medisinsk tjenesteleverandør, og ikke som en samling av solopraktikere*).

I rapporten om fastlegen som helsetjenestens portner har Legeforeningen følgende hovedsynspunkter:

Fastlegen er befolkningens hovedinngang til helsetjenesten. Som portner har fastlegen ansvar for å utrede og behandle, eller henvise videre når det er nødvendig. Riktig diagnose til rett tid er hjørnesteinen i dette medisinske arbeidet. I portnerrollen er fastlegen avhengig av bred kompetanse og gode verktøy for å gi sikre og effektive tjenester. Det er pasientens behov som skal være førende for fastlegens arbeidsform.

- Det viktigste elementet for å stille riktig diagnose til rett tid er *fastlegens langvarige og personlige relasjon til pasienten*. Legeforeningen mener sviktende rekruttering, høy vikarbruk og stadige utskiftninger truer denne kjerneverdien. Tiltak for å motvirke denne utviklingen må på plass.
- Kommuner som legger godt til rette for at unge leger blir spesialister i allmenntilleggsmedisin øker sjansen for å rekruttere godt og sikre seg en stabil fastlegeordning lokalt. Derfor må kommunene prioritere dette arbeidet.
- For å sikre lokal stabilitet må fastlegene inngå i solide faglige nettverk. Systematisk forbedringsarbeid bør være sentralt i disse nettverkene. Kommuner og fastleger bør bruke SKIL (Senter for kvalitet i legekantor AS) for å utvikle og bredde systemer for lokalt kvalitetsarbeid.
- Riktig bruk av nyere medisinsk-teknisk utstyr vil gjøre at fastlegene kan avklare og behandle flere pasienter selv. Dette krever mer ressurser til investeringer og etterutdanning.
- Ved oppfølging av pasienter med alvorlig og langvarig sykdom må fastlegekontoret ofte samarbeide med andre kommunale tjenester. Flerfaglige team er en av flere måter å sikre dette på. Det må gis nok ressurser så man kan sikre at enkeltpasientene har faste og stabile team å forholde seg til.
- Teamorganisering er kostnadskrevende og bør bare velges når dette er vist å gi bedre resultater for pasienten.

Fastlegens portnerrolle må styrkes og moderniseres. Nye behandlingstilbud, medisinsk teknologi og helseprofesjonene selv gjør helsetjenesten stadig mer kompleks og spesialisert. Dette gir nye muligheter for å helbrede eller lindre sykdom, men utfordrer samtidig pasientens mulighet for selv å orientere seg i de ulike helsetilbudene.

Særlig de sykeste i befolkningen er i økende grad avhengig av en lege som de kjenner over tid og har tillit til. Disse pasientene trenger en navigatør og koordinator når de må ha hjelp fra spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester enn fastlegens.

En effektiv portner har høy diagnostisk presisjon, tilbyr selv et bredt spekter av undersøkelser og behandling, og henviser til riktig spesialist til riktig tid. Da er fastlegen bærebjelken som bidrar til en effektiv samlet helsetjeneste med høy kvalitet og et likeverdig tilbud til hele befolkningen.

Menon Economics rapport om krisen i fastlegeordningen har følgende funn og hovedkonklusjon:

- Arbeidspresset i fastlegeordningen har økt dramatisk. Fastlegene jobber nær 60 timer i uken i snitt
- Fastlegene behandler samtidig færre pasienter på samme tid, grunnet et stadig mer komplekst sykdomsbilde
- Allerede i dag har Norge et underskudd på 1000 fastleger om vi skal sikre pasientene en bærekraftig tjeneste og fastlegene en forsvarlig arbeidsuke

Funnene i analysen viser at fastlegenes arbeidspress har økt. Først og fremst har det vært en økning i den totale mengden arbeidsoppgaver, målt som konsultasjoner. Analysen viser at årsaken bak den økte arbeidsbelastningen er at hver enkelt konsultasjon har blitt mer krevende å gjennomføre. Demografisk utvikling, medisinske fremskritt og ikke minst overføring av oppgaver og ansvar som følge av reformer og tiltak har ført til at arbeidsomfanget for hver enkelt konsultasjon har økt. Til tross for at hver enkelt fastlegene i gjennomsnitt møter færre antall konsultasjoner har kompleksiteten i oppgavene økt slik at den totale arbeidsbelastningen har også økt. Dette kan vi se ved å studere takstbruken per konsultasjon: en gjennomsnittlig konsultasjon utløser flere og mer kompliserte takster i dag enn i 2010 (Texmon, 2018).

Enkle framskrivninger av situasjonen for fastlegene illustrerer at problemet ser ut til å forsterkes i årene fremover. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn kan det forventes et behov på mellom 30 prosent flere fastlegeårsverk og over dobbelt så mange fastlegeårsverk frem mot 2040.

Dersom man ikke evner å sikre at dette behovet dekkes vil dette kunne få alvorlige konsekvenser. Økt arbeidsbelastning må gi utslag på en eller annen måte. Så langt ser dette ut til og har gitt utslag i høy arbeidstid for fastlegene.

Omfanget av arbeidsoppgavene som fastlegen utfører, særlig innenfor pasientrettet arbeid, kan sies å være styrt utenfor fastlegens kontroll. For eksempel kan det offentlige pålegge fastlegen økt ansvar for å løse mer komplekse behov hos sine pasienter. Dette betyr at økt arbeidsbelastning, som følge av økt omfang av eksisterende arbeidsoppgaver, i stor grad er pålagt fastlegen. Dersom trenden med økt arbeidspress fortsetter vil trolig fastlegene ikke ha annet valg enn å redusere sine pasientlister slik at behovet for fastleger vil øke.

Legeforeningens utviklingsplan for fastlegeordningen fra mai 2019 inneholder følgende hovedpunkter:

- Det må rekrutteres 500 nye ALIS (Allmennleger i spesialisering) årlig for å dekke dagens og fremtidige legebehov.
- Det må lages en nasjonal ordning for ALIS som sikrer fastleger med god kompetanse. Kommunene må sikre god gjennomføring av spesialistutdanningen.

- Normtallet for et årsverk i fastlegeordningen må reduseres fra 1500 til 1000 pasienter og finansieringsmodellen justeres, slik at fastlegene kan bruke mer tid på hver pasient.
- Finansieringen må styrkes for å dekke det økte oppgavetilfanget og legge til rette for en håndterbar arbeidstid. Det må legges til rette for kortere lister gjennom etablering av et knekkpunkt for basistilskuddet.
- Antall LIS1-stillinger må økes med 200 slik at LIS1-flaskehalsen reduseres.
- Det må opprettes lokale arenaer som regulerer oppgave- og ansvarsfordeling mellom fastleger, kommune- og spesialisthelsetjeneste i hele landet. Direktørene for de regionale helseforetakene og trepartssamarbeidet (KS, Legeforeningen og staten v/ helseministeren) må i tillegg møtes to ganger i året for å bli enige om ansvarsfordeling og tiltak på nasjonalt nivå.
- Kommunene må utvikle en egen helselederrolle for kommunenes medisinske tilbud. *Helselederen må være en del av rådmannens ledergruppe.*
- Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) må breddes nasjonalt. Det vil gi betydelig kvalitetsheving i fastlegeordningen
- Det må legges til rette for ansettelse av annet helsepersonell på legekontor. Dette vil gjøre fastlegekontoret i bedre stand til å ivareta pasienter med alvorlig og sammensatt sykdom og funksjonssvikt, og de som ikke selv oppsøker fastlegen. Helsepersonell ansatt i fastlegekontor må kunne utløse egne takster.
- Det må sikres at fastlegene kan prioritere administrasjon, ledelse og fornyelse av medisinskteknisk utstyr og teknologiske løsninger. Innovasjon og utvikling vil sikre enda bedre behandling, samhandling og tilgjengelighet for pasientene.

16.4 Vedlegg 4: Norsk forening for allmennmedisin – notat fra faggruppe for samhandling - mars 2018 - Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus

Innledning

God samhandling mellom leger er avgjørende for trygg pasientbehandling.

For å styrke utviklingen av medisinsk samhandling, etablerte Norsk forening for allmennmedisin (NFA) en faggruppe for samhandling i 2017. Denne gruppen har laget anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus. Gruppen har tatt utgangspunkt i liknende anbefalinger utviklet blant annet på Møteplass Oslo og SUFF (Samarbeidsutvalg for fastleger) i Østfold.

Målsetting med anbefalingene er å beskrive en hensiktsmessig modell for arbeids- og ansvarsfordeling mellom leger i og utenfor sykehus. Pasientens beste skal være førende for samarbeidet.

NFA tilrår at anbefalingene legges til grunn ved utvikling av forpliktende samarbeid i ulike deler av landet. Det bør være rom for å gjøre lokale tilpasninger basert på organisering av sykehus og kommunehelsetjenester.

Utvikling og endringer i helsetjenesten vil føre til at anbefalingene løpende må kunne oppdateres. Eksempler er innføring av nye elektroniske løsninger for samhandling som dialogmeldinger, PLO-meldinger, Multidose i E-resept og Pasientens legemiddelliste.

1. Henvisning

- 1.1. Anvende EPJ-mal for god henvisning.
- 1.2. Tilstreb å gi god og poengtert informasjon.
- 1.3. Bruk av prioriteringsveilederen bidrar til at henvisningen kan rettighetsvurderes og avslag unngås.
- 1.4. Sørg for oppdatert LiB-liste i henvisningen.
- 1.5. Henvisningen sendes elektronisk.
- 1.6. Nødvendige vedlegg som ikke kan kopieres inn, ettersendes pr post
- 1.7. Svar fra relevant billeddiagnostikk kopieres inn i henvisningen. Det må framgå hvor undersøkelsene er gjort. Det bør avtales lokalt, gjerne ved bruk av PKO, om henvisende leger eller sykehus skal ha ansvar for å fremskaffe bildene som ønskes brukt. Faktorer av betydning er sykehusenes størrelse, henvisningsstruktur, organisering av poliklinikker, omfang av private laboratorier og muligheter for elektronisk overføring av bilder.

2. Utskrivning

2.1. Epikrise og polikliniske notat

- 2.1.1. Fastlege får epikrise og kopi av poliklinisk notat med mindre pasienten motsetter seg det, også fra avtalespesialister.

- 2.1.2. Samme-dags-epikrise og kopi av polikliniske notater er et mål for alle pasienter som trenger oppfølging hos fastlege og må gjelde uten unntak for pasienter som utskrives til institusjon eller mottar pleie-og-omsorgstjenester.
- 2.1.3. Epikrisen skal oppgi kontaktinformasjon for eventuell kontaktlege.
- 2.1.4. Epikrisen bør gi poengtert oppsummering av sykehusopphold, korrekt LiB- liste og videre plan for behandling og kontroll.
- 2.1.5. Det bør tydelig fremkomme hvem som har ansvar for hvilke oppfølgingsoppgaver.
- 2.1.6. Dersom ansvar for kontroll skal overføres til fastlege, angis målsetting med kontrollene. Det gis råd om innhold, hyppighet og varighet av kontrolloppfølgingen.

2.2. Timebestilling

- 2.2.1. Pasienten får som hovedregel ansvar for å bestille time hos fastlege etter sykehusopphold, men pasienter som trenger det, får hjelp på sykehuset til dette.
- 2.2.2. Dersom det er nødvendig med rask oppfølging, må sykehuset bidra til å sikre at pasienten får time på fastlegekontoret.
- 2.2.3. Kontrolltime hos fastlege må særlig sikres for pasienter som har multidose.
- 2.2.4. Epikrisen informerer om hvilken løsning som er valgt for timebestilling.
- 2.2.5. Fastlegen bør ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen, fordi det kan forsinke nødvendig oppfølging. Det bryter også med prinsippet om pasientautonomi.

2.3. Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (=LiB) liste

2.3.1. Partenes felles ansvar

- 2.3.1.1. Ved endringer i pasientens medisiner, må aktuelle lege oppdatere reseptformidleren med fokus på å registrere seponeringer, unngå dobbeltforskrivninger og farlige interaksjoner.
- 2.3.1.2. Spør pasientene om de bruker naturpreparater eller uregistrerte legemidler.
- 2.3.1.3. Husk øyendråper og inhalasjonsmedisiner.

2.3.2. Fastlege sørger for

- 2.3.2.1. Samstemming av LiB ved mottak av epikriser/informasjon om endring i legemiddelbehandling.
- 2.3.2.2. At pasientene har oppdatert LiB-liste som skrives ut ved konsultasjoner og ellers ved behov.

2.3.2.3. At det er samsvar mellom LiB- liste og eventuelt ordinasjonskort Multidose.

2.3.2.4. At pasienten får resept på faste medisiner ved behov.

2.3.3. Sykehus, avtalespesialister og andre samarbeidsparter sørger for

2.3.3.1. Å etterspørre LiB-listen og samstemme LiB (følge sykehusets prosedyrer), både ved innleggelser og polikliniske kontakter.

2.3.3.2. Å gi korrekt LiB-liste i epikriser, med begrunnelse for endringer i LiB.

2.3.3.3. Å gi resept på nye legemidler, ved endret dosering, skifte av legemidler og oppdatere reseptformidleren.

2.3.3.4. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.

2.3.3.5. Ved utskrivning av multidose(MD)- pasienter må sykehuset sikre at pasienten får trygg legemiddelbehandling inntil ny MD er levert hjemme hos pasienten. Lokale avtaler mellom sykehus, fastleger og hjemmetjeneste må beskrive hvordan dette skal skje.

2.4. Blodprøver og andre prøver

2.4.1. Legen som stiller indikasjonen for prøven skal skrive rekvisisjon, vurdere svaret og som hovedregel sørge for at prøven blir tatt på eget laboratorium.

2.4.2. Legen som stiller indikasjon og rekvirerer prøven har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger.

2.4.3. Prøver som er rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette åpenbart er best for pasienten, for eksempel ved lang reisevei til sykehus.

2.4.3.1. Pasienten kontakter i så fall fastlegekontoret for å avtale slik prøvetaking.

2.4.3.2. Pasienten må ha ferdig utfylt rekvisisjon med seg.

2.4.4. Prøver som er rekvirert av fastlege tas som regel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks frysing). Fastlege avklarer med pasienten hvor prøven i så fall skal tas.

2.5. Sykmelding

2.5.1. Legen som stiller indikasjon for sykmelding, skriver første sykmelding.

2.5.2. Det anbefales å følge Helsedirektoratets Sykemelderveileder.

2.5.3. I forbindelse med behandling på sykehus, f. eks. innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykmelding – om nødvendig for hele perioden hvor det, uavhengig av pasientens arbeidsoppgaver, er et absolutt medisinsk behov for avlastning.

2.5.4. Tidspunkt for eventuell kontroll for oppfølging av sykemelding hos fastlege angis i epikrisen. Dersom mulig, anslås forventet varighet av

sykemeldingen i epikrisen. Pasienten får ansvar for å bestille kontrolltiden.

- 2.5.5. Fastlegen bør ha ansvaret for sykemelding der det er aktuelt med tilpasset arbeid og/eller gradert sykemelding.
- 2.5.6. For pasienter som behandles langvarig på sykehus/poliklinikk og hos fastlege parallelt kan sykemelding ivaretas av fastlegen når dette er hensiktsmessig for pasienten. Forutsetninger:
 - 2.5.6.1. Fastlegen holdes løpende oppdatert om sykdomsutviklingen og forventet prognose gjennom epikriser.
 - 2.5.6.2. Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege rådslår ved behov om sykemeldingens omfang og varighet.

3. Pasienttransport

- 3.1. Ved henvisning til sykehus vurderer fastlegen pasientens behov for transport og lager eventuelt rekvisisjon
- 3.2. Ved videre behandling og kontroller i sykehusets regi, vurderer sykehuset behovet for transport og lager eventuelt rekvisisjoner. Dette må framgå i innkallingsbrev. Kilde: <https://pasientreiser.no/helsepersonell/rekvirere-transport#hvem-kan-rekvirere-transport?>
- 3.3. Sykehus som videre-henviser pasienten til annen institusjon, må sørge for transportrekvisisjon.

4. Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser

Enkelte pasienter behandles parallelt; i flere avdelinger i samme sykehus, i mer enn ett sykehus, hos private avtalespesialister og hos fastlege

- 4.1. For pasienter som har kontaktlege: Kontaktlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasientforløpet og holder oversikt over hvilke behandlingenheter som er involvert i behandlingen av den aktuelle tilstanden.
- 4.2. Epikrise (-kopi) sendes elektronisk til fastlege og alle som er involverte i behandlingen av den aktuelle tilstanden.
- 4.3. Fastlege samstemmer/oppdaterer LiB-liste og gir pasienten kopi av relevante journalnotat som kan fremvises ved oppmøtene hos spesialist.
- 4.4. Innspill og råd om behandlingen:
 - 4.4.1. Rådslagning mellom spesialistene dokumenteres i journal og konklusjon om videre behandling sendes alle elektronisk som brev.
 - 4.4.2. Fastlege bør gi innspill ved å ringe eller sende brev (post inntil elektronisk kommunikasjon er mulig) til pasientens behandlingsansvarlige lege eller kontaktlege når vesentlige momenter bør deles.
 - 4.4.3. Behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege kan kontakte fastlege ved å ringe eller sende brev elektronisk.

- 4.5. Ved behov holdes beslutningsmøter hvor fastlege deltar sammen med øvrige behandlere.
- 4.6. Samarbeidet må sikre at pasientens rett til informasjon, medvirkning og samvalg blir ivaretatt.

5. Parallell henvisning til flere avdelinger

- 5.1. Som hovedregel må den legen som stiller indikasjon for en utredning, ta ansvar for at den blir gjennomført.
- 5.2. Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten.
- 5.3. Ved usikkerhet om indikasjon bør sykehuslegen anmode fastlegen om å vurdere behovet i epikrisen, eventuelt rådslå om behovet pr telefon.

6. Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon

- 6.1. Når fastleger trenger konferering med leger i sykehus:

Det tilrådes å lage lokale rutiner tilpasset det enkelte sykehusområde blant annet ved hjelp av PKO, som gjelder for:

- 6.1.1. akuttinnleggelser
- 6.1.2. forespørsler om pasienter, f. eks etter innleggelser.
- 6.1.3. råd om medisinske spørsmål, f. eks. hjertesviktbehandling
- 6.2. Når leger i sykehus trenger konferering med fastleger for informasjon ved akuttinnleggelser, avtaler ved utskrivelser eller råd om felles pasienter.
 - 6.2.1. Mange fastlegekontor har publisert «Hvis det haster telefonnumre» på NHN adresseregister. Hastenumre oppgis også av telefonsvarere når man ringer vanlig nummer til fastlegekontorene.
 - 6.2.2. I noen av sykehusområdene vedlikeholder PKO lister med direkte telefonnummer til fastleger.

7. Tverrfaglig samarbeid

- 7.1. Den som ser behovet tar initiativ og involverer andre faggrupper i tverrfaglig samarbeid.
- 7.2. Fastlege i kommunen og behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege på sykehus har ansvar for å sikre at samarbeidende faggrupper har nødvendig medisinsk informasjon.
- 7.3. Når sykehus tar initiativ til møte:

Behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege foreslår hvilke leger som bør delta i tverrfaglige møter i sykehusets regi og avklarer om fastlege skal inviteres.

- 7.4. Når kommunen tar initiativ til møte:
 - 7.4.1. Fastlege deltar i møter der medisinsk ivaretagelse er et vesentlig element. Fastlegene bør være faste medlemmer i ansvarsgrupper og oppfølgingsteam.

- 7.4.2. Fastlege eller øvrig kommunehelsetjeneste kan foreslå deltakere fra sykehus der dette ikke allerede er avklart fra sykehussiden.
- 7.5. Innkalling til møter hvor fastlege skal delta bør om mulig sendes ut senest to uker i forveien. Ved behov for møte raskt bør fastlege innkalles pr telefon.
- 7.6. Det kan ofte være hensiktsmessig at møtet holdes på fastlegekontoret.

8. Oppgaveoverføring

Overføring av nye behandlings- eller kontrolloppgaver fra sykehus til fastleger bør drøftes i en likeverdige dialog på egnede møteplasser, for eksempel i PKO-drevne fora, allmennlegeutvalg, Møteplass Oslo og SUFF Østfold. Større endringer må forankres i formelle samhandlingsfora mellom sykehus og kommuner.

16.5 Vedlegg 5: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport februar 2016 Agenda Kaupang for KS

Bakgrunn

FoU-prosjektet har hatt som målsetting å vurdere om kurativ legetjeneste i kommunene kan ledes. I rapporten presenterer vi funn fra hvordan 15 kommuner vurderer problemstillingen og analyser tilknyttet disse. Totalt er det intervjuet 134 informanter, hvorav de fleste kommer fra kommunene. Det er også gjennomført studiebesøk i Finland. Agenda Kaupang har også intervjuet representanter fra berørte fagorganisasjoner, direktorater mv. Datagrunnlaget i rapporten er hentet fra dokumentstudier, spørreundersøkelser og dybdeintervjuer i kommuner.

Endringer innen helse- og omsorgstjenestene gir kommunene et behov for å lede legetjenesten i en retning som er ønskelig for det kommunale tjenestetilbudet. Erfaringsmessig er dette krevende i mange kommuner.

Et overordnet mål for dette FoU-prosjektet, har derfor vært å kartlegge og analysere i hvilken grad kommunenes handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste er tilstrekkelig, og hvorvidt kommunene benytter seg av dette handlingsrommet.

Problemstillingene KS ønsket å få belyst, var:

- Hvordan leder kommunene legetjenesten, hvem er legenes administrative leder og hvor i organisasjonen er dette forankret? Hvordan forankres ledelse av legetjenesten inn mot politisk og administrativ ledelse i kommunen?
- Hvilke virkemidler har kommunene tilgjengelig til å lede legetjenesten, og hvordan tar de i bruk dette? Har kommunene tilstrekkelig handlingsrom for å lede legetjenesten i ønsket retning?
- Hvordan ønsker kommunene at ledelsen av legetjenesten skal foregå, og ser kommunene behov for endringer av virkemiddelapparatet for å kunne lede tjenestene i ønsket retning?
- Enkelte kommuner ansetter fastleger på fastlønn. Hva er årsaken til dette, hvilke ledelsesmuligheter/-begrensninger gir dette, og hvilke resultater (positive og negative) oppnår kommunene ved å fastsette, fremfor å bruke fastlegeavtaler?

Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

Umiddelbart kan det være fristende å svare nei på spørsmålet om det er mulig å lede legetjenesten, sett i lys av funnene i utvalgs kommunene. I tillegg er det populært å hevde at det er umulig å styre og lede legene. Et slikt svar er imidlertid defensivt og lite proaktivt. Vårt svar er derfor at det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene selv vil la seg lede.

Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene

i endring, som en konsekvens av nye statlige føringer. Fastlegen får en stadig mer sentral rolle.

Denne undersøkelsen har vist at kommunene i dag leder og styrer legetjenesten i liten grad. Dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven.

Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten, må de sørge for at det avsettes tilstrekkelig ressurser til ledelse, og prioritere hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege. I dette arbeidet er utarbeidelse av en plan og strategier for styring og ledelse av legene viktig. Dette bør gjøres i nært samarbeid med legene i kommunen og de formelle samarbeidsorganene SAMU og ALU.

Intervjuene viser at kommunenes forventninger til fastlegeordningen er at det i «per capita-tilskuddet» ligger rammer for fortløpende dialog og samhandling om pasienter, mellom kommunens ansatte og legene. Ansatte i kommunene opplever det som problematisk, dersom legen krever ekstra lønnskompensasjon for denne typen arbeid. Informantene fremhever samtidig at avklaring av hva det er behov for av samarbeidsmøter, dialog og samhandling, i stor grad bestemmes av legen. De informantene som tar opp dette problemet, mener legen har for stor makt i avgjørelsen av disse spørsmålene. Kommunens reelle styring av de næringsdrivende legene på dette området oppleves å være svak.

Kommunene bør systematisk og regelmessig samle inn aktuell styringsdata og informasjon fra fastlegene/fastlegekontorene. Dette vil gi kommunene en oversikt over hvordan den kurative legetjenesten fungerer og utvikler seg i kommunen. Hvilken informasjon som skal rapporteres, bør avgjøres i dialog mellom kommunens ledelse og fastlegene. Samtidig bør rapporteringen gjøres på en måte som ikke medfører mye ekstra arbeid for fastlegene/fastlegekontorene. Dersom departementet sørger for at § 29 i fastlegeforskriften trer i kraft, vil det bli langt enklere for kommunene å få til en tilpasset rapportering av styringsinformasjon. Videre bør KS og Den norske legeforening utarbeide en veileder knyttet til styring og ledelse av legene, inkludert rapportering av styringsinformasjon.

Kommunestørrelse, kommuneledelsens prioriteringer, kommuneoverlegens rolle og funksjon, andel av fastlegene som er næringsdrivende, er særtrekk som har betydning for hvordan ledelsen bør tilpasses og legges opp i de ulike kommunene. Holdninger og innstillinger hos den enkelte fastlege og samarbeidskultur er også av stor betydning. Vår kartlegging viser at det er enklere å få til god ledelse og styring i mindre kommuner med kun fast ansatte leger. Det vil være mer krevende å etablere god ledelse og styring i større bykommuner med hovedsakelig næringsdrivende leger, hvor kommunen ikke har en plan for oppfølging av legetjenesten og ressursene til ledelse av legene er relativt små i forhold til i mindre kommuner.

I dette FoU-prosjektet har intervjuene vist at ledelse og styring av legene forutsetter at kommunene er bevisste på at ledelse er en påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider. Dette forholdet er viktig i all ledelse, og muligens enda viktigere i ledelse av næringsdrivende fastleger. I våre utvalgskommuner kan mye tyde på at styring og ledelse av legene forutsetter at legene selv vil bli ledet.

Departementet bør sørge for at § 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering av nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål, trer i kraft. Dette vil forenkle kommunenes mulighet til å avgjøre hva som må gjøres, og det vil sikre at legene gjør det de skal. En forutsetning er imidlertid at kommunene etablerer et nettverk av mennesker og relasjoner som kan lede og styre fastlegene.

16.6 Vedlegg 6: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – Ipsos-rapport mai 2018 laget for KS

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt omfang, innretning, formål, merkostnader og resultat av kommuners egenfinansiering/subsidieringsløsninger for fastlegeordningen. Kartleggingen ble gjort i april 2018 og er i hovedsak basert på data fra en spørreundersøkelse rettet til alle kommuner. Sammendraget her er basert på rapporten og en presentasjon gitt til arbeidsgruppen 8. februar 2019 av Lena Rathe, en av forfatterne bak rapporten, hvor relevante resultater for Nord-Norge ble fremhevet.

Det var ønskelig at en leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i den enkelte kommune skulle svare på spørreundersøkelsen på vegne av kommunen.

Undersøkelsen er basert på svar om 241 kommuner (57 prosent av alle kommuner). De mest sentrale og mest folkerike kommunene er noe overrepresentert blant respondentene i undersøkelsen, men skjevheten ble ikke vurdert å være stor nok til at det var nødvendig å vekte datamaterialet.

Når det gjelder omfang svarte 68 prosent av respondenter ja på følgende spørsmål: Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd? Blant respondentene fra Nord-Norge, var det 89 prosent som svarte ja på spørsmålet.

Når det gjelder innretning, ble respondentene bedt om å svare på følgende spørsmål: Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune? Her var følgende svaralternativ gitt med mulighet for å krysse av for flere: 1) bruk av fastlønn, 2) gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, 3) avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, 4) ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste, 5) bonusavtaler, 6) ekstra fridager, 7) bruk av vikarer og vikarbyrå, 8) vet ikke. Det var også mulig å spesifisere annet. Alternativ 1, 2 og 3 ble hyppigst krysset av, henholdsvis av 55, 58 og 57 prosent av respondentene. Respondenter fra Nord-Norge krysset hyppigst av for alternativ 1, 6 og 7, henholdsvis av 67, 55 og 52 prosent av respondentene.

For å undersøke kommunenes formål med egenfinansiering/subsidieringsløsninger ble respondentene bedt om å krysse av for ett eller flere ulike alternativ: 1) rekruttere fastleger, 2) behold fastleger over tid, 3) bedre styring/ledelse av fastlegetjenesten, 4) stimulere til bedre integrasjon av fastlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, 5) bedre dekke andre allmennlegeoppgaver, 6) få leger til å veilede leger under spesialisering, 7) få flere leger til å gå legevakt, 8) tilrettelegge for kompetanseheving, 9) vet ikke. Det var også mulig å spesifisere annet. Alternativ 2, 1 og 5 ble hyppigst krysset av, henholdsvis av 91, 70 og 49 prosent av respondentene.

Respondentene fra Nord-Norge krysset hyppigst av for alternativ 2, 6 og 7, henholdsvis av 100, 55 og 38 prosent.

Blant respondentene som bekreftet at kommunene egenfinansierte/subsidierte fastlegeordningen, var det 74 prosent (både på landsbasis og i Nord-Norge) som svarte at dette innebærer merkostnader for kommunen. Disse merkostnadene er på landsbasis totalt estimert til 387 millioner kroner i 2017 (95 % konfidensintervall: [288 – 466] millioner kroner). For Nord-Norge er merkostnadene totalt estimert til 139 millioner kroner i 2017 (36 prosent av estimerte merkostnader på landsbasis).

Blant respondentene som bekreftet at kommunen egenfinansierte/subsidierte fastlegeordningen, var det 40 prosent som mente dette fungerte meget godt og 47 prosent som mente det fungerte ganske godt. Svarfordelingen var lik på landsbasis og i Nord-Norge.

Rapporten konkluderer med at merkostnadene utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommunesektoren. Kostnader i denne størrelsesorden må forventes å gi utslag i form av omprioriteringer for andre tjenesteområder i kommuner med en presset økonomi. Resultatene fra kartleggingen tyder på at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige insentiver for at fastleger lar seg rekruttere og bli over tid.

Det er ikke kommentert i rapporten, men Nord-Norge har med en befolkning som utgjorde 9 prosent av landsbasis, 36 prosent av de totale estimerte merkostnadene for fastlegeordningen i 2017 som er synliggjort i rapporten.

16.7 Vedlegg 7: Fastlegetjenesten i Nord-Norge – sammendrag av NSDMs rapport fra mai 2018

Formålet med denne studien har vært å tegne et bilde av hvordan fastlegetjenesten i Nord-Norge ser ut i kommuner og i regioner med hensyn til bemanning, organisering, driftsformer og avstandsutfordringer, og videre oppsummere krav og forventninger som nye leger har til fastlegejobben. Med bakgrunn i dette, bildet peker vi på rekrutteringsutfordringen som fastlegetjenesten i Nord-Norge står ovenfor, og skisserer mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon. Det er Helse Nord RHF som har tatt initiativ til studien. Bakgrunnen er en bekymring for fastlegetjenesten sett i relasjon til en stadig aldrende befolkning, som vil kreve økt tilgang på fastlegetjenester.

Metoder og datamateriale

Rapporten er basert på data fra offentlig statistikk og nettsider, i tillegg til reanalyse av allerede innsamlet data fra andre studier ved NSDM. Ved analyse av data er det benyttet tre ulike typer inndelinger av de 87 kommunene i Nord-Norge: SSBs indeks for sentralitetsnivå, regioninndeling etter regionråd og lokalsykehusområde. Dimensjonering av fastlegetjenesten. Det har i perioden 2010-2017 blitt relativt sett flere fastlegelister å fordele befolkningen på både i Nord-Norge og også i landet som helhet.

Stabilitetsforskjeller og turnover

Data fra de 13 første årene med fastlegeordning (vi har ikke tilgang på data fra de fire siste årene) viser betydelige stabilitetsforskjeller i fastlegetjenesten mellom Nord-Norge og landsgjennomsnittet (1.5.2001-1.5.2013). Mens den mediane lengden på en fastlegeavtale i Nord-Norge var 3,8 år, var den på landsbasis 5,9 år. Varigheten av fastlegeavtaler i Nord-Norge varierte med kommunenes sentralitet, og var kortest i minst sentrale kommuner.

Regionene med kortest median varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen, Indre Finnmark og Midt-Troms. Lokalsykehusområdene som hadde lavest varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen og Sandnessjøen. Samtidig økte den årlige utskiftningsandelen (turnoverandelen) blant fastleger i Nord-Norge fra 11,4 prosent i 2002 til 12,8 prosent i 2013, og lå på et høyere nivå enn utskiftningsandelen på landsbasis (som økte fra 6,4 prosent i 2002 til 7,3 prosent i 2013).

Eldre fastleger

15,4 prosent av fastlegene i Nord-Norge var 60 år eller eldre per oktober 2017. Dette er en lavere andel enn for hele landet (24 prosent), og variasjonen mellom regionene i Nord-Norge var stor. I Ofoten var andelen hele 45,4 prosent. Ingen andre regioner hadde større andel fastleger 60 år eller eldre enn 21,6 prosent. Vi fant ingen klar sammenheng mellom andelen eldre fastleger og kommunenes sentralitet.

Spesialister i allmennmedisin

48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var per oktober 2017 spesialister i allmennmedisin, mot 57 prosent på landsbasis. Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen kvinnelige spesialister i allmennmedisin i Nord-Norge var 37 prosent (50 prosent på landsbasis) og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene. Andelen spesialister i allmennmedisin var høyest i lokalsykehusområdene Rana, fulgt av Mosjøen og Tromsø. I kun fem kommuner, som alle er lite folkerike med en til tre fastleger, var alle fastlegene spesialister i allmennmedisin.

Fastlegenes listelengde

Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge (834 per oktober 2017) var knapt 300 lavere enn landsgjennomsnittet. Mannlige fastleger hadde lengre lister enn kvinnelige fastleger, fastleger 60 år eller eldre hadde i gjennomsnitt lengre lister (909), og gjennomsnittlig listelengde var mye lengre jo mer sentral kommune. Gjennomsnittlig listelengden varierte mellom regionene; lengst i Tromsø- (1 042) og Bodøregionen (999).

Lister uten lege og vikarbruk

Det var vikar på 81 av de 532 listene med fastlege i Nord-Norge per oktober 2017. I tillegg var 26 lister uten fastlege i Nord-Norge, hvorav 11 hadde vikar (data fra MinFastlege). Det vil si at 81 prosent av de nordnorske fastlegelistene var betjent med fastlegen som var innehaver av listen. Data fra NSDMs spørreundersøkelser viser at antall ledige fastlegestillinger i Nord-Norge hadde økt fra 1.1.2015 til 1.1.2017 (fra 32 til 43 ledige stillinger). I 2015 var de fleste ledige stillingene i de minst sentrale kommunene, mens det i 2017 også var ledige stillinger i de mest sentrale kommunene.

Driftsformer

I Nord-Norge, som i landet forøvrig, er privat næringsdrift etter hovedmodellen den mest vanlige driftsformen. Fastlønnsavtaler er mer vanlig i takt med redusert sentralitet for kommunen. Per 1.1.2015 var det ikke noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i Finnmark, Midt-Troms, Vesterålen og Sør-Helgeland. I Helgeland og Indre Finnmark var alle fastlegeavtalene basert på fast lønn. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen. I Ofoten, Indre-Helgeland, Bodø/Salten og Sør-Troms hadde også et flertall slike avtaler.

Andre allmennlegeoppgaver

Deltidsstilling for fastlegenes utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen, men registreringen av de at legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid steg fra 2,7 årsverk i 2002 til 3,3 årsverk i 2016 i de nordnorske kommunene. Det var vekst i årsverksomfanget i alle sentralitetskategorier, og de minst sentrale kommunene hadde det høyeste årsverksomfanget og også størst variasjon. Det er grunn til å anta at deler av annet allmennlegearbeid i noen grad er uavhengig av

kommunens innbyggertall. Det kan også tenkes at et lavt innbyggertall kan gjøre at annet allmennlegearbeid dimensjoneres opp for å fylle en fastlegestilling. Når behovet for ytterligere rekruttering av fastleger til arbeid i sykehjem i årene som kommer vurderes, er det et poeng å ha i mente honoreringen av denne typen arbeid, som i dag er dårlig sammenlignet med kurativt arbeid.

Legevakt

For å få til levelige vaktordninger for legene og tilgang til legevakt uten for store avstandsutfordringer for kommunens innbyggere, har mange mindre folkerike og usentrale kommuner relativt mange fastleger og tilhørende lister med få listeinnbyggere. Per juni 2016 var det 52 legevakter i Nord-Norge. 63 prosent var kommunale, noe som var en langt høyere andel enn på landsbasis (45 prosent), mens 37 prosent var interkommunale. I de nordnorske kommunene deltok 79 prosent av alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017, mot 64 prosent på landsbasis. En studie med data fra 2014 viste at andelen kommunale legevakter som hadde leid inn vikar kun for å dekke legevakt, var kun 11 prosent i Nord-Norge mot i 25 prosent i hele landet. Den økonomiske kompensasjonen for legevakt varierer mye mellom legevaktene. Legevakter for små populasjoner kan innebære mye bundet tid med lav kompensasjon for legene.

Avstand og reisetid til sykehus Basert på viten om at pasienter i vertskommunene for sykehus bruker poliklinikk og dagbehandling mer enn andre pasienter, er det desto viktigere å ha på plass en god fastlegetjeneste på steder der det er lang avstand til sykehus. Dette gjelder alle kommunene i Indre Finnmark og Sør-Helgeland (henholdsvis minimum 2 timer og 38 minutter, og 3 timer og 17 minutter reisetid til sykehus). 15 enkeltkommuner spredt over flere regioner har minst 200 minutter (3 timer og 20 minutter) reisetid til nærmeste sykehus.

Legers krav og forventninger til fastlegejobben

De to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt handler om det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger. Medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet (UiT) har vært fremhevet som et unntak i europeisk sammenheng. Studier har vist at UiT-utdannede leger per 2013 bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge, men at disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø. Studier som vi har gjennomgått, har avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystempreferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem. De unge kvinnelige legene har en sterkere preferanse for fast lønn enn de unge mannlige legene, og en relativt liten andel blant de unge kvinnelige legene har preferanse for dagens inntektssystem i privat næringsdrift. Et eksperiment viste at nær 20 prosent av unge leger ville foretrekke en fastlegejobb i distrikt framfor i en by, hvis de kunne sikres arbeidsforhold hvor muligheten til å kontrollere arbeidstiden var *svært god*, mulighet for faglig utvikling var *svært god*, praksisstørrelsen lå på mellom *tre og fem leger* og

inntekten lå på nivå med *gjennomsnittlig lønn blant unge sykehusleger*. Alle de tre første forholdene måtte være til stede for å velge distrikt.

Rekrutteringsbehovet

Under ulike gitte forutsetninger har vi estimert et årlig rekrutteringsbehov på 94 nye fastleger for å betjene eksisterende lister, og i tillegg en ytterligere ikke tallfestet økning på grunn av en større eldreandel i befolkningen, en større andel kvinnelige fastleger og nye leger med andre preferanser som erstatter de eldste legene med lange lister. Videre har vi gjort beregninger som viser hvordan rekrutteringsbehovet øker hvis fastlegens listelengde reduseres. Med henholdsvis 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde, er rekrutteringsbehovet beregnet til 15, 31 og 48 nye fastleger, og vil hovedsakelig være i de mellomsentrale kommunene .

Mulige løsninger

Nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet er å øke stabiliteten blant fastlegene, da det ikke er «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen i fastlegetjenesten i Nord-Norge. Avslutningsvis har vi pekt på fem mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon om hvordan rekrutteringsbehov for fastleger i Nord-Norge kan møtes i årene fremover:

1) Alternativ organisering av legetjenesten basert på pendling kan være en løsning på sviktende rekruttering og stabilisering, og vi har trukket frem to ulike ordninger hvor fastlegene pendler henholdsvis på dagtid til utekontor, eller pendler i form av Nordsjøturnus.

2) Videre har vi trukket frem Nordkappmodellen som en langsiktig modell som fjerner vikarbehov, bygger opp fagkompetanse og innebærer mindre vaktbelastning. Denne studien viser at spesialister i allmenntilleggsmedisin er et knapphetsgode, særlig i mindre sentrale kommuner. Nye kompetansekrav gjør spesialisering i allmenntilleggsmedisin så å si obligatorisk. Turnustjenesten som rekrutteringskilde for kommunene er endret. Ordningen er nå søknadsbasert. Dette innebærer en mulighet for kommunene, alene eller i samarbeid, til å sikre gode spesialiseringssløp i allmenntilleggsmedisin. Helseforetakene har tatt den førende rollen i ansettelsen. De bør sørge for gode og fleksible løsninger for å gjennomføre sykehusåret, som en obligatorisk del av spesialiseringen i allmenntilleggsmedisin.

3) Et tredje mulig tiltak gjelder mer effektiv koordinering mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, gjennom at helseforetakene forbedrer sine systemer for utsending av epikrise slik at disse sendes samtidig som pasienten skrives ut, og sparer fastlegen for unødvendig ekstra arbeid med å spore opp informasjon.

4) Et fjerde mulig tiltak er å ta grep om helheten i fastlegens arbeid når

arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes. I offentlig statistikk om fastlegeordningen er det bare arbeidet med egen listepopulasjon som synliggjøres. Vi argumenterer for at også annet lege- og legevaktarbeid må legges til grunn som en del av helheten i fastlegearbeidet.

5) Til slutt peker vi på at et utdanningstiltak for å øke rekrutteringen av leger til distrikt vil være å fortsette satsingen med underavdelinger av medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet lokalisert andre steder enn på campus i Tromsø, for å gi studentene praktisk erfaring fra arbeid på disse stedene.

16.8 Vedlegg 8: Spørreskjema til kommunale helseledere om fastlegetjenesten - undersøkelse om fastleger i Nord-Norge

Fastlegeordningen som ble etablert i 2001 har langt på vei vært en suksess, men trues nå av sviktende rekruttering og lavere stabilitet i stillingene. Dette gjelder landet som helhet, men i enda større grad for kommuner i Nord-Norge. Nasjonalt er det satt i gang flere utredninger om fastlegeordningen, men de historiske erfaringene har lært oss at de særskilte utfordringene i nord ofte må møtes med regionalt tilpassede tiltak.

I forlengelsen av fjorårets rapport (mai 2018) om fastlegeordningen, utarbeidet av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) på bestilling fra Helse Nord RHF, er det derfor etablert en arbeidsgruppe med mandat å fremme forslag om strategier og tiltak som kan styrke fastlegeordningen i Nord-Norge. Arbeidsgruppen er sammensatt med deltagelse fra fylkesmannen i Nordland, fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger/kommuneoverleger fra Nord-Norge, KS Nord-Norge, Helse Nord RHF, UNN HF og NSDM. Arbeidsgruppen har som ambisjon å ferdigstille sin rapport innen sommeren 2019, adressert til både nasjonale, regionale og kommunale myndigheter.

Målet med denne spørreundersøkelsen, er både å få en mest mulig oppdatert status for situasjonen i Nord-Norge, og å fange inn relevante vurderinger og innspill tiltak fra kommunale helseledere.

Resultatene benyttes som underlagsmateriale for den rapporten som skal lages. Svarene fra den enkelte kommune vil ikke kunne identifiseres i rapporten.

Eventuelle spørsmål til undersøkelsen eller utfylling av skjemaet, kan rettes til Guri Moen Lajord (mobil 91384527, guri.moen.lajord@unn.no) eller Finn Henry Hansen (mobil 95721825, fhh@helse-nord.no).

Svarfrist er 20. mai 2019.

Takk for hjelpen!

1. Informasjon om deg

Kommunens navn/evt. navn på kommunene som samarbeider om legetjenesten (f.eks. "Senjalegen"):

Skjema utfyllt av:

Utfyllers e-post:

Utfyllers mobiltlf.

Utfyllers stilling:

2. 1. Hvor mange fastlegestillinger/-hjemler var besatt i din kommune per 1.1.2019?

a) Antall fastleger med ren privat næringsdrift

b) Antall fastleger med privat næringsdrift og kommunal leieavtale (for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell)

c) Antall fastleger med fastlønn og bonus (andel av egen inntjening av refusjon og/eller egenandel)

d) Antall fastleger med fast lønn

e) Antall fastleger i kombinasjon med kommuneoverlegestilling

Kommentar:

3. 2. Hvor mange av øvrige legestillinger var besatt i din kommune per 1.1.2019?

a) Antall LIS1

b) Antall kommuneoverleger i hel stilling

c) Antall sykehjemsleger i hel eller deltidsstilling (ikke i kombinasjon med fastlegeavtale)

Kommentar:

4. 3. Om ledige fastlegestillinger/-hjemler

a) Hvor mange fastlegestillinger/-hjemler var ledige per 1.1.2019?

Kommentar:

b) Hvor mange av de ledige fastlegestillingene var dekket av vikar per 1.1.2019?

5. 4. Om vaktbelastning og kompensasjonsordninger

a) Hvor mange av kommunens leger deltar fast i legevakt?

b) Hva er vakthyppigheten for den enkelte lege ved legevakta?

c) Hvilken kompensasjonsordning har kommunen for vaktlegene?

6. 5. Om hjelpepersonell på fastlegekontor

a) Hvor mange av fastlegekontorene i kommunen har følgende typer hjelpepersonell tilgjengelig:

Antall fastlegekontor som har helsesekretær:

Antall fastlegekontor som har bioingeniør:

Antall fastlegekontor som har sykepleier

Antall fastlegekontor som har jordmor

Antall fastlegekontor som har annet* (fysioterapeut, psykolog osv.)

b) Er hjelpepersonellet kommunalt ansatt?

- Ja
- Nei
- Delvis

Kommentar:

7. 6. Om fastlegedekning utfra behov

a) Er det tilstrekkelig antall fastlegehjemler/-stillinger i kommunen, når alle hjemlene er besatt?

- Ja
- Nei
- Usikker

b) Hvis nei, hvor mange nye fastlegehjemler/-stillinger er det behov for?

Kommentar

8. 7. Har din kommune en plan for legetjenesten som inkluderer dimensjonering, rekruttering, utdanning og stabilisering av leger?

a) Kommunen har en plan for legetjenesten

- Ja
- Nei

Hvis ja, hvilken periode gjelder planen for? (Oppgi årstall fra - til)

b) Plan for legetjenesten er under utarbeidelse

- Ja
- Nei

c) Plan for legetjenesten inngår i annet planverk

- Ja
- Nei

Hvis plan inngår i annet planverk, utdyp:

Øvrige kommentarer:

9.

Kompetanseforskriften pålegger kommunen å sikre at fastleger som er tilsatt etter 1. mars 2017, er spesialister i allmenntjenestemedisin eller under slik spesialisering. Spesialistutdanningen for leger ble samtidig lagt om. Den omfatter nå del 1 (som må gjennomføres i LIS1-stillinger) og del 3 (som kan, men ikke må, gjennomføres i tilrettelagte ALIS-stillinger).

8. Om status på antall spesialister i allmenntjenestemedisin

a) Hvor mange av kommunens fastleger er i dag spesialister i allmenntjenestemedisin?

b) Hvor mange av kommunens fastleger er under spesialisering i allmenntjenestemedisin?

c) Hvor mange av kommunes fastleger har ikke gjennomført LIS del 1? (Med unntak av leger p.t. i LIS 1-stilling)

Kommentar:

10.

9. Er det utarbeidet individuell utdanningsplan for fastlegene som er under spesialisering, eller skal i gang med spesialisering i allmenntidisin?

- Ja
- Nei
- Under arbeid

Kommentar:

11. 10. Om læringsarenaer for ALIS

Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommunen ansvar for å registrere seg som utdanningsvirksomhet, og legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmenntidisin (ALIS) kan gjennomføre utdanningsløpet.

a) Har din kommune behov for å inngå samarbeid med helseforetak om gjennomføring av ALIS-løpet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

b) Dersom det ikke er behov slike behov, antas det at kommunen har tilgang til alternative læringsarenaer som gjør det mulig å oppnå læringsmålene for å bli spesialist i allmenntidisin.

Spesifiser hvilke:

11. Vil din kommune søke om å bli registrert som utdanningsvirksomhet innen 1. juni 2019?

(Jfr. endring gjeldende fra 01.03.2019 i forskrift 1482 «Spesialistforskriften»)

- Ja
- Nei

12. Har, eller vil, din kommune søke om midler til rekruttering og utdanning av fastleger i 2019?

(Jfr. «Spesialistforskriften», og utlysning av rekrutterings- og stabiliseringstilskudd fra Helsedirektoratet med søknadsfrist 15. mai 2019)

- Ja
- Nei

12.

13. Har din kommune søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet?

- Ja
- Nei

Hva er begrunnelsen for ikke å søke?

- Har god legedekning
- Mangler veiledningskompetanse
- Har liten tro på at ALIS Nord er løsningen på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene
- For kort søknadsfrist
- Andre grunner for ikke å søke: _____

13. 14. Om eventuelt samarbeid med andre kommuner om legetjenester

Kommunen har etablert samarbeid med andre kommuner om:

- Legevakt
- Kommuneoverlege
- Fastlegearbeid på dagtid
- Leger i kommunal akutt døgnetenhet (KAD) eller andre Intermediære tilbud
- Veiledning av LIS-leger
- Annet type samarbeid (f.eks. smittevern, folkehelsearbeid o.a.):

Hvilke kommuner samarbeider dere eventuelt med:

Kommunen planlegger samarbeid med andre kommuner om:

- Legevakt
- Kommuneoverlege
- Fastlegearbeid på dagtid
- Leger i kommunal akutt døgnetenhet (KAD) eller andre Intermediære tilbud
- Veiledning av LIS-leger
- Annet type samarbeid (f.eks. smittevern, folkehelsearbeid o.a.):

Hvilke kommuner planlegger dere å samarbeide med:

14. 15. Om LIS 1-ordningen

I hvor stor grad opplever kommunen at det er vanskelig å få tilsatt lege i LIS 1-stilling?

- Svært stor grad
- Stor grad
- Verken/eller
- Liten grad
- Svært liten grad

I hvor stor grad opplever kommunen at dagens LIS 1- ordning bidrar til rekruttering til fastlegeyrket?

- Svært stor grad
- Stor grad
- Verken/eller
- Liten grad
- Svært liten grad

Kommentar:

15. 16. Om goodwill/omsetning av fastlegepraksis

a) I hvilken grad er det i din kommune problemer med å omsette private fastlegepraksiser til en pris (goodwill) som er gjensidig akseptabel for både kjøper og selger?

- Stor grad
- Middels grad
- Liten grad
- Vet ikke
- Ikke relevant

b) Har kommunen kjøpt, eller har planer om å kjøpe ledige legelister?

- Ja
- Nei

Kommentar:

16. 17. Hvilke endringer bør gjøres for å forbedre fastlegeordningen?

a) På nasjonalt nivå (finansieringsordninger, normering av listelengde, regulering av legemarkedet, spesialistutdanningen o.l):

b) På helseforetaksnivå:

c) På regionrådsnivå:

d) På kommunalt nivå:

e) Andre kommentarer/råd:

Takk for hjelpen!

Rapport vil bli sendt til kommunens postmottak når arbeidet er ferdigstilt.

16.9 Vedlegg 9: Sammendrag - Recruit & Retain – Making it Work - Den norske case-studien

Den norske case-studien i EU-prosjektet Recruit & Retain – Making it Work har hatt mål om å bidra til: 1) å forbedre rekruttering og stabilitet av fastleger i tre case-kommuner, 2) identifisere vellykkede strategier for rekruttering og stabilisering og 3) formidle disse strategiene til andre liknende kommuner.

Tre kommuner

De tre kommunene som deltok i det norske case-studien, var Meløy i Nordland, Odda i Hordaland og Årdal i Sogn og Fjordane. Disse kommunene ønsket selv å være med i den norske case-studien og meldte aktivt sin interesse for deltakelse. Ved starten av prosjektet hadde kommunene det til felles at de i løpet av de siste tiårene hadde opplevd både nedgang og aldring i befolkningen. De hadde også hatt langvarige problemer med å rekruttere og stabilisere fastleger.

Tre lokale Recruit & Retain prosjekt

Som deltakere i prosjektet, har alle de tre case-kommunene planlagt og gjennomført sitt eget lokale Recruit & Retain prosjekt. De har satt egne prosjektmål og bestemt egne arbeidsmetoder. NSDM har støttet de tre lokale prosjektene med oppdatert og relevant vitenskapelig kunnskap om rekruttering og stabilisering av leger. NSDM har også gjennom den tre år lange prosjektperioden, arrangert to workshops. Målet med disse var å la representanter fra de tre case-kommunene møte andre med relevant erfaringskompetanse for gjensidig inspirasjon, erfaringsutveksling og kunnskapsdeling. I den første workshop'en var alle deltagerne norske. Året etter, var det også internasjonal deltagelse fra Skottland, Sverige og Island.

Medieoppmerksomhet og kommunikasjon

Gjennom hele perioden har NSDM sørget for medieoppmerksomhet rundt prosjektet gjennom sitt kommunikasjonsarbeid, i tillegg til målrettet informasjonsarbeid overfor sentrale nasjonale parter: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS.

Hovedresultat

Det viktigste resultatene som trekkes fram i alle tre case-kommuner, er at de gjennom deltakelse i Recruit & Retain – Making it Work har vært i stand til å etablere og gjennomføre et lokalt prosjektarbeid som har satt fokus på rekruttering og stabilisering av fastleger, og som har vært forankret, forstått og hatt sterkt støtte på administrativt og politisk toppnivå i kommunen.

Det neste viktige resultatet, oppnådd i alle tre case-kommuner, er at de som del av sitt lokale prosjekt, har evaluert og endret sin lokale fastlegetjeneste. Alle har endt opp med å utvide antallet fastleger for å redusere arbeidsbelastningene på den enkelte lege.

I løpet av prosjektperioden har alle de tre case-kommuner også lyktes med å redusere antall ledige fastlegehemler/-stillinger.

Viktige lærdommer

Den viktigste lærdommen case-kommunene selv rapporterer at de sitter igjen med etter endt prosjektgjennomføring, er at:

1. Prosessen lokalt har vært like viktig som resultatet
2. Det å sikre fleksible arbeidsforhold for fastleger blir stadig viktigere for å beholde dem
3. Det er langt lettere å rekruttere enn å beholde fastleger

Anbefalinger for å oppnå stabilitet

Denne rapporten presenterer til slutt anbefalinger for det kontinuerlige arbeidet med å oppnå et stabilt fastlegekorps, basert på de tre case-kommunene og et rammeverk for arbeid med å rekruttere og stabilisere sentrale fagfolk i rurale områder, utviklet av det internasjonale partnerskapet bak prosjektet Recruit & Retain – Making it Work (*The Making it Work framework for Sustainable Rural Remote Workforce*). Vi tror anbefalingene også kan være gode råd til andre kommuner som sliter med rekruttering og stabilisering av fastleger.

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Linda Marken Strøm
Arkivsaksnr.: 19/1553

Arkiv:

Referatsak Helse - Oppvekst

Rådmannens innstilling

Utvalg Helse – Oppvekst tar referatsaker til orientering

Vedlegg

1. Avgitt høringssvar den 23. oktober 2019. Høring – utvidelse av rettighetsbestemmelse om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år.
-Referat fra kommuneoverlegeforum Salten 26. september 2019.
2. Søknad om tilskudd.

Adelheid Buschmann Kristiansen
Rådmann

Høring - utvidelse av rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år

Høring | Dato: 28.06.2019

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag om utvidelse av rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år.

Status: På høring

Høringsfrist: 25.10.2019

Høringsbrev

Vår ref.: 19/2880

Det foreslås at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d om rett til brukerstyrt personlig assistanse utvides til også å gjelde personer over 67 år som før fylte 67 år har fått innvilget brukerstyrt personlig assistanse etter bestemmelsens første punktum. Henvendelser kan rettes til rådgiver Kjersti Sandem på postmottak@hod.dep.no eller telefon 22 24 87 14.

Høringssvar

Høringssvar kan avgis digitalt på våre nettsider. Høringsinstansene kan registrere seg, mellomlagre svaret og laste opp vedlegg. Høringsinstansene kan også sende høringssvar uten å registrere seg.

Alle kan avgi høringsuttalelse. Uttalelser er som hovedregel offentlige etter offentleglova og vil bli publisert.

Frist for å avgi høringsuttalelse er **25. oktober 2019**.

Med hilsen

Anne-Cathrine Haug Jørgensen
ekspedisjonssjef

Trond Nygaard
fung. avdelingsdirektør

Kvittering på innsendt hørings svar på Høring - utvidelse av rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år

Høringens saksnummer: 19/2880

Høring: Høring - utvidelse av rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år

Lvert: 23.10.2019 14:51

Svar type: Uten merknader

Gruppering av høringsinstanser: Kommuner

Avsender: Meløy kommune

Kontaktperson: Leder Tildelingskontor, Ann Iren Sandvei Ueland

Kontakt e-post: ann.iren.ueland@meloy.kommune.no

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på www.regjeringen.no.

Høringer på regjeringen.no

Takk for ditt høringsvar!

Ditt høringsvar er mottatt.

OBS: Høringsvaret vil ikke vises på regjeringen.no umiddelbart da det publiseres manuelt.

Kvittering og en kopi av høringsvaret er sendt til : ann.iren.ueland@meloy.kommune.no

Avgitt høringsvar

Tidspunkt for innsending: 23.10.2019

**Høring - utvidelse av rettighetsbestemmelsen om
brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over
67 år**

[Tilbake til høringen](#)



Kommuneoverlegeforum – adresseliste

Kopi til rådmennene

Dato: 03.10.2019
Saksbehandler: Katalin Nagy
Telefon direkte: 98 22 39 33
Deres ref:
Løpenr.: 663/2019
Saksnr/vår ref: 2014/12
Arkivkode: G00

Referat fra kommuneoverlegeforum Salten 26.09.19

Sted: Stormyrveien 25

Tilstede: Jannice Fosdahl, Stefan Kjelling, Stian Wiik Rasmussen (Bodø), Elisabeth Richter (Hamarøy), Kjell Gunnar Skodvin (Saltdal)-ref, Hilde Christensen (Fauske), Hege-Kristin Aune Jørgensen (Beiarn)-på skype, Ingar (Sørfold), Einar Stødle (Steigen)-skype, Christian Rokseth og Petter Viberg (Meløy) og Katalin Nagy (HMTS)-ref.

Revidert dagsorden:

1. HelseArbeid: Unni Kolstad, rådgiver NLSH

Se vedlagte presentasjon. Dette er et samarbeid mellom NAV og NLSH – knyttet til tidlig innsats og individtiltak for å få arbeidstaker tilbake i jobb, eller unngå sykemelding. Organisert under FMR (Fysikalsk medisin og rehabilitering). Statistisk vil kun 50% av de som har vært sykemelding i 12 uker eller mer komme tilbake. Dette er et pilotprosjekt i Fauske – veldig fornøyd. Omfatter også studenter og arb.takere som ikke er blitt sykemeldt eller er delvis sykemeldt. Gjelder ikke dersom de er i annen behandling. Unni kommer gjerne og informerer på legekontorer i kommunene. Henvisning sendes FMR merk et HelseArbeid.

2. Høring endringer i akuttmedisinforskriften. Frist 19.11.19: Kjell Gunnar Skodvin

Akuttmedisinforskriften foreslås revidert. Høringen dreier seg om to forhold:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-endringer-i-akuttmedisinforskriften-og-flere-forskrifter-som-gjelder-allmennlegetjenesten/id2665969/?expand=horingsbrev>.

- a. Gjeldende § 7, som skulle iverksettes f.o.m. 01.01.2020 stiller krav om bakvakt for leger som ikke oppfyller de medisinskfaglige kompetansekravene for å ha vakt alene. Bakvakten må være tilgjengelig i nødnett og kunne rykke ut. Et universelt bakvaktkrav foreslås nå fjernet, og erstattet av et krav om at kommunen/legevaktdistriktet sjøl - etter en risiko- og sårbarhetsanalyse - må avgjøre om det er nødvendig med bakvakt. Dette punktet fant støtte i kommuneoverlege-forum. Kommuneoverlegeforum har i 2017 uttalt seg om for såvidt samme sak - Høringsinnspill til endringer i akuttmedisin-forskriften innspill. Kjell Gunnar Skodvin vil prøve å utarbeide en felles høringsuttalelse – som sendes på rundgang til kommuneoverlegeforums medlemmer.
- b. Høringen foreslås også endrede kompetansekrav til leger som skal arbeide i allmennpraksis. Vi forstår pkt. 3.3.1 slik at leger godkjent som allmennpraktiserende lege etter EØS-forskriften (korttittel Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits) skal sidestilles med spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Dette punktet vakte ikke diskusjon i kommuneoverlege-forum. Kommuneoverlege Jim André Dahl har allerede avgitt en høringsuttalelse.

3. Nye Hamarøy; utfordringer knyttet til bakvakt: *Elisabeth Richter*

Dette ble diskutert, med ulike meninger. Det er nå bare én lege, Elisabeth, som har kompetanse til å være bakvakt. Det er imidlertid verdt å merke seg at Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-5/15 AKUTTMEDISINFORSKRIFTEN (med merknader til enkelte bestemmelser, side 18, åpner for at kommuner kan samarbeide omkring bakvakt. Dette kan da være en løsning for Hamarøy sitt vedkommende.

4. OSO – status og utfordringer: *Stian Wiik Rasmussen*

Arne Myrland sitter i OSO og ønsker at kommuneoverlegeforumet er aktivt i forhold til saker. Vi prøver å tilpasse møtedato til OSO-møter i det videre. Neste OSO-møte er 5/12 – vi går gjennom innkallingen på vårt neste møte. Møteinnkallinger kommer 3 uker før møtene i OSO, møteplan for 2020 er i ikke klar.

5. Status ALIS-Nord og ALIS kontor i Bodø: *Stian Wik Rasmussen*

For status i prosjektet se www.ALIS-Nord.no. ALIS-Nord jobber aktivt med sentrale myndigheter for å synliggjøre utfordringene med fastlegeordningen når det gjelder både rekruttering og stabilisering. Det skal være en ALIS-Nord konferanse i Bodø 6. november hvor kommunene anbefales å stille. Prosjektet arbeider aktivt med helseforetakene for å få på plass utdanningsstillinger i sykehusene som er tilrettelagt for allmennmedisin gjennom OSO i foretaksområdene.

6. Status HMTS: *Katalin Nagy*

Se vedlagte presentasjon. Styret har nettopp hatt strategiseminar og diskutert HMTS i framtiden. HMTS vil prøve å møte kommunene i samarbeidsmøter administrativt og eiersiden gjennom kommunestyret i løpet av det nærmeste året – ønsker gjerne at kommuneoverlegene deltar. Det kan også være interessant å se på kommuneoverlegenes rolle og mulighet til å bidra i kommunenes arbeid med bla å redusere ulikheter i helse, i planarbeid og med å synliggjøre noen satsingsområder dere mener er viktige i kommunen.

7. Helse Nord's rapport om fastlegeordningen: *Kjell Gunnar Skodvin*

Helse Nord har i september lagt fram den grundige og lesverdige rapporten Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Et av premissene er at *Hvis fastlegeordningen svekkes, har det også negative konsekvenser for spesialisthelsetjenesten*. Fastlegeordningen er sterkest under press i Nord-Norge, og Helse Nord kommer derfor med 34 forslag til tiltak for å bedre ordningen. Sentralt her er *forslaget om at Staten, KS og Legeforeningen gjennom "treparts samarbeidet" må utarbeide en fire-årig opptrappingsplan for fastlegetjenesten*.

8. Status rundt bordet (*Kjell Gunnar Skodvin*):

- a. proACT- opplæring - hvordan ligger det an? Fauske har fullført opplæring og har implementert konseptet NEWS2 og ISBAR i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De øvrige Salten-kommunene med unntak av Bodø og Hamarøy har kommet i gang med kursserie i regi av RKK Salten.
- b. LIS1- og LIS3-leger i kommunene - hvordan ligger det an? Ble ikke tatt opp.

Neste møte: 26/11

Saker til neste møte: Barnevernet (skjema), Sakspapirer OSO-møte, Hanehold i tettbygd strøk

Søknad om tilskudd

Prosjektbeskrivelse (40 000 tegn)

Bakgrunn

Meløy kommune har ca 6300 innbyggere, spredt på 10 bygder. Bygdene er spredt på et geografisk stort område og inkluderer tre bebodde øyer uten fastlandsforbindelse. Naturen i distriktet er storslått og voldsom. Den binder sammen og skiller ad. Historisk har vannkraft, fiske og industri vært viktige næringsveier. Nå begynner også turisme å utvikle seg til en stabil næring.

Barnetallet har gått stadig nedover siste 20 årene. Vi har nå fem rene barnehager, to oppvekstsenter, tre barneskoler, to 1-10 skoler og én ungdomsskole, samt en fylkeskommunal videregående skole lokalisert i to av bygdene. Til tross for nedgangen i barnetall har antallet ansatte i skolen vært stabilt. Befolkningen og kommunen som helhet preges av stort engasjement for lokalmiljøene. Det er mye god vilje og stort ønske om å få til gode systemer for befolkningen.

Resultater fra Ungdata og analyser av de faglige resultatene i skolen viser at barnepopulasjonen i Meløy har en del utfordringer. Vi ligger lavt på grunnskolepoeng (snittkarakter ved avsluttet grunnskole) og gjennomgående lave resultater på nasjonale prøver. Ungdata antyder at vi har en populasjon som egentlig har det greit på skolen, de trives i hverdagen. De har imidlertid ikke tro på egen fremtid og følgelig heller ikke motivasjon til å gjøre noe i skolen.

GSI (Grunnskolen informasjonssystem) forteller også noe om totalsituasjonen. Pr 01.10.19 mottar 10 % av elevene i grunnskolen spesialundervisning. 13000 årstimer av totalt 60000 blir brukt til spesialundervisning. 80 % av spesialundervisningen blir gitt som eneundervisning eller i små grupper.

Skolehelsetjenesten har en grunnbemanning som ligger noe under nasjonale normtall. Geografien og spredningen av befolkningen gjør også at ressursene til skolehelsetjenesten blir spredt og fraksjonert. Kombinert bidrar dette til at skolehelsetjenesten får begrensede muligheter til å yte bistand til utsatte barn og unge, samt drive generelt helsefremmende og forebyggende arbeid.

Meløy kommune har i dag organisert deler av tjenestene i barn og unge i Oppvekst og deler av tjenestene i Helse, omsorg og velferd. Barnehage, skole, PPT og barnevernstjenesten tilhører Oppvekst, mens skolehelsetjenesten, helsestasjonstjenester, familierådgivning og kommunepsykolog blant flere er organisert i Helse, omsorg og velferd.

Det er utarbeidet en rekke forskjellige planer og samarbeidsavtaler. Flere av disse er i dag ikke kjent og/ eller tilgjengelig for ansatte eller befolkningen. Det kan derfor være vanskelig for foresatte og ansatte å finne ut hva en skal gjøre dersom en er bekymret for utviklingen til et barn, eller på annen måte ønsker bistand fra offentlige hjelpetjenester.

Meløy kommune har i dag ikke noen overordnet modell for hvordan offentlige tjenester skal samhandle. Det har mye vært opp til den enkelte enhet å definere eget ansvar og yte tjenester ut fra tilgjengelig personell og kompetanse. Situasjonen i skolene indikerer at vi må jobbe annerledes og revidere de planene og føringene som eksisterer i dag. Gjennom flere år er det jobbet for å finne gode arbeidsmåter, finne løsninger for hvordan kommunen skal få bedret det tverrfaglige samarbeidet og yte mer helhetlige tjenester til befolkningen. Ingen av de tidligere prosjektene har hatt en varig og generaliserende effekt i organisasjonen som helhet. Vurderingen nå er at de fleste tidligere forsøkene har vært for spesifikke og mer i retning av oppgaveløsning. Det er ikke tidligere

gjennomført prosjekter av samme omfang som dette. Det er heller ikke forsøkt å lage en modell for tjenesteyting i kommunen.

Meløy kommune ønsker gjennom dette prosjektet å utarbeide en bærekraftig modell for kommunens tjenestetilbud til utsatte barn og unge. Kommunen har gjennom flere år vært på leting etter en grunnleggende modell som bidrar til å definere oppgaver, ansvar og tjenesteflyt.

Kommunen har over tid være preget av svært mange prosjekter. Gjennom disse har kommunen fått tilført ressurser som gjør at vi nå har tjenester som tilsynelatende er på nasjonal norm. Dette blir en form for kunstig åndedrett, der prosjektmidler brukes for å opprettholde en normstandard. Vi ønsker gjennom prosjektet å lage en modell som også tar i betraktning hva som må til av kompetanse og menneskelige ressurser over tid for å yte den kvalitet på tjenester som forventes.

Kommunedelplan for Helse- omsorg og velferd ble vedtatt i februar 2019. Den danner en politisk forankring for prosjektet. Planen definerer syv innsatsområder Meløy skal prioritere frem mot 2026;

1. Tidlig helsefremmende innsats, forebygge sykdom, skade og lidelse
2. Utjevne sosiale helseforskjeller - inkludering, likeverd, aktivitet og arbeid
3. Mestring i hverdagen og i egen bolig
4. Samordne og koordinere til beste for bruker
5. Kapasitet og tilgjengelighet
6. Rekruttering og kompetanse
7. Kvalitet og gode tjenester

Innsatsområdene er videre brutt ned i tiltak på forskjellige nivå i organisasjonen. Planen inneholder flere tiltak som er direkte rettet mot dette prosjektet, eller i randsonen av det prosjektet skal omhandle.

Et sentralt tiltak er: «1.6 Tidlig innsats og fokus på positiv omsorg og oppvekst.» Første steg som skisseres er å utarbeide en felles strategi for tidlig innsats mellom Oppvekst og Helse, omsorg og velferd.

Et annet steg er utredning av familiesenter/ familiens hus. Vi ønsker å bruke dette prosjektet til å gjennomføre den utredningen. Når modellen skal bygges må vi uansett vurdere hvordan tilbudene skal ytes til befolkningen og hvor de forskjellige tilbudene skal lokaliseres. Familiesenter eller familiens hus vil da komme opp som et tema. Det vil derfor være naturlig at prosjektet også gir noen anbefalinger om opprettelse eller ikke.

Kommunedelplanen har også en målsetning om: «4.1 Bedre tverrfaglig planlegging av tjenestetilbud». Dette prosjektet vil ivareta svært mange av tiltakene som skisseres, samt systematisere tiltakene til varige deler av tjenesteproduksjonen.

En del av prosjektet vil omhandle krav til metode og hvilke tilbud de forskjellige tjenestene skal yte til befolkningen. Meløy kommune holder nå på å utvikle en strategisk kompetansehevingsplan. Denne skal være en dynamisk plan som vil endres i takt med at kompetansenivået i organisasjonen endrer seg. Beslutningene som tas gjennom dette prosjektet vil innlemmes i kompetansehevingsplanen.

Deltakere

Prosjektet vil innlemme alle tjenester som jobber inn mot barn, unge, foreldre og kommende foreldre. Det er vanskelig å definere absolutt alle før prosjektet starter. I utgangspunktet skal alle egne kommunale hjelpetjenester delta; Barnevernstjenesten, PPT, helsestasjonstjenester, jordmortjeneste, skolehelsetjenester, fastlegene, fysio- og ergoterapitjenestene, frisklivssentralen, kommunens familieveiledere, psykisk helsetjeneste, kommunepsykolog, kultur, tildelingskontor, flyktingetjeneste, rusteamet, voksenopplæring og folkehelsekoordinator. Primærtjenestene skole og barnehage skal også involveres i prosjektet. Primært skal disse representeres gjennom deltakelse fra kommunalsjef oppvekst sin stab. Det kan også være aktuelt å invitere ansatte inn i referansegruppe eller i noen av arbeidsgruppene. I tillegg vil det også være naturlig at Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), NAV, ungdomsteamet til NAV, politi og Nordland fylkeskommune V/ Meløy videregående skole inviteres til å delta utviklingsarbeidet.

Det blir også svært viktig å få etablert samarbeid med Ungdomsrådet, Mental helse (eller andre relevante brukerorganisasjoner) og Funksjonshemmedes råd. Meløy kommune har i dag ikke noe felles FAU eller liknende. Vi tenker imidlertid at det kan være hensiktsmessig å invitere alle FAU i skolene og barnehagene til kaffèdialog, og derigjennom få belyst problemstillinger som er nærliggende for dem.

Prosjektledelse

Kommunens strategiske ledergruppe (rådmannens ledergruppe) vil utgjøre prosjektet sin styringsgruppe. Vi ønsker at prosjektet blir ledet av en prosjektleder i 50 % stilling. Prosjektleder vil engasjeres for prosjektperioden og organisatorisk plasseres inn i staben til kommunalsjef oppvekst. Prosjektleder vil få ansvar for å etablere en prosjektorganisasjon som skal drive prosjektet. Prosjektleder skal ha en liten prosjektgruppe som samles jevnlig og har ansvar for fremdriften av prosjektet som helhet.

Det skal etableres arbeidsgrupper med mer avgrensede oppgaver de skal løse. Sammensetningen vil være representanter fra overnevnte kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester, alt etter innholdet i oppgaven. Parallelt skal det opprettes en referansegruppe som følger gjennom hele prosjektet.

For å drive et prosjekt av denne størrelsen ønsker vi å ansette en person med minimum 3- årig høyskoleutdanning, gjerne med prosjektledelse, prosesskunnskap som deler av erfaringsbakgrunn. Vi setter også pris på at prosjektleder har faglig kjennskap til området oppvekst og/eller psykisk helse.

Økonomi

Budsjett 2020:

Avlønning prosjektleder: 300000

Materiell: 150000

Budsjett 2021:

Avlønning prosjektleder: 450000

Materiell:	100000
Totalt	1000000

Prosjektet vil bli opprettet med et eget ansvarsnummer, budsjett og regnskap

Materialkostnadene skal dekke utgifter til reise og opphold for prosjektleder, avvikling av møter (leie møtelokaler, enkel bevertning til eksterne), profileringsutstyr, bistand til utvikling av hjemmeside osv.

Meløy kommune vil også legge inn en vesentlig andel egenbetaling. Bare frikjøp av personell til møteaktivitet og utarbeidelse og skriftliggjøring av rutiner vil utgjøre en vesentlig utgift. Vi vil også dekke eventuelle overskridelser av budsjett. Avlønning av prosjektleder er beregnet ut fra at vi ansetter en kandidat med 3-årig høyskole. Dersom vi ansetter en kandidat med høyere utdanningsnivå må kommunen dekke mellomfinansieringen.

Beskriv prosjektplan (32 000 tegn)

Tidslinje

- 19.12.13 Kommunedelplan – Samfunnsdel
- 15.11.18 Workshop 1 – «Til barns beste»
- 07.02.19 – Helse, velferd og omsorgsplan
- 24.09.19 Fagdag BTI-modellen
- Søknad om tilskudd skrives og leveres innen fristen 01.11.19.
- 12.11.19 presentere søknad som referatsak i Driftsutvalget
- 14.11.19 presentere søknad som referatsak i Formannskapet
- Desember 2019 – Starte prosjektet
- Januar 2020 – etablere styringsgruppe
- Februar 2020 – tilsette prosjektleder
- Våren 2020 – etablere prosjektgruppe, arbeidsgrupper og referansegruppe
- Våren 2020 – Kartlegging
- Høsten 2020 – Modellbygging
- Våren 2021 – Utarbeidelse av praktiske verktøy
- Våren 2021 – Gjennomføre planlagt kompetanseheving
- Våren 2021 – Planlegge videre implementering og slutføring
- Høsten 2021 – Slutføring av prosjektet
- Knytte til oss BTI-kommune som kan fungere som «mentor»

Plan

Hva som allerede er utført -

Prosjektet har flere forløpere og flere politiske beslutninger og føringer som har ledet opp til et prosjekt som dette. Kommunedelplanen fra 2013 har en egen samfunnsdel som beskriver overordnede ønsker og føringer for bedret samhandling for barn og unge i kommunen. RKK Salten arrangerte i november -18 en Workshop kalt «Til barns beste». Gjennom workshopen ble en tverrfaglig sammensatt gruppe utfordret til å definere utfordringer med tjenestetilbudet i Meløy. En av konklusjonene fra denne var å undersøke mulighetene for en mer grunnleggende modell for

kommunal tjenesteproduksjon. Helse, omsorg og velferdsplanen ble politisk vedtatt i februar -19. Denne gav en ytterligere politisk forankring for å starte et prosjekt som dette. I september ble BTI-modellen presentert av Bente Høiseth på en tverrfaglig fagdag åpen for alle som ønsket. Fagdagen ble svært godt besøkt og majoriteten av de relevante tjenester var representert. En samlet konklusjon etter dagen var at samtlige tjenester, kommunale og andre, som var representert på fagdagen ønsket BTI-modellen velkommen til Meløy.

Plan for hva vi ønsker å gjøre

Denne søknaden kommer til å presenteres for driftsutvalget og formannskapet som referatsaker. Vi ønsker at politikerne skal være godt informert om prosjektet, oppleve at dette er svaret på det de har etterspurt og være delaktig i gjennomføringen. Strategisk ledelse v/ kommunalsjef oppvekst vil sammen med prosjektleder ha ansvar for å rapportere til politisk nivå hvert halvår. Politisk nivå vil definere på hvilke tidspunkter de ønsker redegjørelser for kommunestyret.

Med tildeling av prosjektmidler starter prosjektet direkte. Det vil da skje tre ting samtidig. Stillingen som prosjektleder lyses ut, Nord universitet inviteres til å delta i prosjektet og vi kontakter en eller flere andre kommuner som har gjennomført tilsvarende prosjekt.

Dette er et betydelig prosjekt, som involverer hele tiltakskjeden for barn og unge. Vi tenker derfor at det kan være aktuelt for Nord universitet å utnytte anledningen til å gjennomføre aksjonsforskning el.l. Det er svært mange problemstillinger som i det minste kan være aktuelle for bachelor- og/eller masteroppgaver.

Vi ønsker også å knytte oss til noen som har gjennomført det vi står overfor, noen vi kan bruke som mentorer. Dette kan bidra til at vi får effektivisert gjennomføringstid og ikke havner i en del av de tidsfellene prosjekter av denne dimensjonen ofte kan havne i.

Styringsgruppen konstituerer seg selv i et ordinært ledermøte. De gir kommunalsjef oppvekst formelt mandat til å tilsette prosjektleder.

Prosjektleder tilsettes så snart som mulig. Tilsettingsutvalg består av kommunalsjef oppvekst, tillitsvalgt og en annen som defineres av styringsgruppen.

Når prosjektleder tiltrer må prosjektgruppe, arbeidsgruppe og referansegruppe etableres. Dette for å komme raskt i gang med kartleggingen. Kartleggingen av kommunens og eventuelle andre offentlige tjenesters samhandling, kompetanse og tilbud knyttet til tidlig identifikasjon og oppfølging av utsatte barn bør ferdigstilles i løpet av sommeren 2020. Når kartleggingen er ferdig, må den systematiseres og presenteres i prosjektorganisasjonen.

Resultatene av kartleggingen er forutsetningen for at modellbyggingen kan starte høsten 2020. Prosjektet skal der nedtegne og formalisere en helhetlig modell for hvordan Meløys befolkning skal motta tjenester. Videre må modellen beskrive tjenestetilbudet og sammenhengene i tjenestetilbudene, både kommunale, fylkeskommunale og statlige. Denne skal inneholde tilgjengelig fag- og metodetilbud, samt skissere hva som bør etableres dersom det er tjenester med begrensninger i dagens tilbud.

Når modellen er godt på vei i utvikling må arbeidet med å utarbeide praktiske verktøy starte. Vi må lage handlingsveiledere som definerer rutiner og viser hvordan kommunen skal handle. Det medfører også revisjon og/eller utarbeidelse av forskjellige skjema.

På dette tidspunktet begynner modellen å ta form. Arbeidet med nettsiden må starte og være klar til å innlemme de elementene av modellen som ferdigstilles fortløpende.

Våren 2021 vil arbeidet med nødvendig kompetanseheving starte. Omfanget vet vi ikke i dag, ettersom modellen ikke er lagt. Vi ser imidlertid at det vil være nødvendig med kompetanseheving innad i flere hjelpetjenester for å kunne yte tjenester av den kvalitet vi ønsker å gjøre. Kompetansehevingen vil etter hvert innlemmes i kommunens Strategiske kompetansehevingsplan.

Høsten 2021 skal modellen sluttføres. Alle delarbeider og alle skriftlige rutiner skal ferdigstilles og inkluderes i modellen. Det må tidlig på høsten avklares om prosjektet er implementert i tilstrekkelig grad, eller om det skal søkes ytterligere prosjektmidler for 2022. Det må også avklares om modellen er tilstrekkelig sterk til å drive seg selv, eller om det er behov for å videreføre prosjektleder som en del av det ordinære personalet i kommunen.

Med slutføring av prosjektet må det også klargjøres hvordan revidering av modellen skal gjøres gjennom kommunens regelmessige internrevisjonssystem, og hvem som skal ha ansvar for vedlikehold av modellen.

Hvilke forandringer og forbedringer forventer kommunen å oppnå gjennom prosjektet (32 768 tegn):

Overordnet forventer Meløy kommune at prosjektet skal bidra til å bedre oppvekstvilkårene til kommunens barn og unge. Barn og unge skal trives i Meløy, at skal ha tro på seg selv, være gla i sine omgivelser og ha tro på seg selv og sine muligheter.

Vi forventer at prosjektet medfører en bedret kvalitet på de tjenestene kommunens befolkning har tilgang til. Kvalitet indikerer her flere faktorer. Vi forventer at kommunen er mer presis på hva de forskjellige tjenestene tilbyr. Presisjon i beskrivelsene vil ha mye å bety for hvilke forventninger befolkningen har, samtidig som det ansvarliggjør våre ansatte. Kvalitet vises også gjennom kompetansenivået til våre ansatte og hvordan de tilgjengeliggjør sin kompetanse overfor befolkningen. Kvalitet på tjenestene er også å sørge for at befolkningen har tilgang til de samme tjenestene, og den samme kompetansen.

Prosjektet vil sørge for at kommunen jobber systematisk med å forebygge. Barn, unge og foresatte vil bli møtt med respekt og oppleve at vi som storsamfunn bryr oss om dem som individer. Alle vil bli kartlagt etter samme mal, samt få tilbud om støtte og oppfølging som samsvarer med de utfordringene barnet eller foresatte står overfor.

Gjennom modellbyggingen og den ansvarliggjøringen som ligger i det å etablere og offentliggjøre handlingsplaner, vil kommunen også få standardisert samhandlingsflater. Prosjektet vil øke tverrfaglig samhandling på tvers av kommunen, og i relasjon til samarbeidsparter.

På sikt vil prosjektet også gjøre de offentlige tjenestene mer kostnadseffektive. Handlingsplaner skal revideres jevnlig og tilpasses hva som er effektiv og riktig for barna og/ eller foreldrene. Dersom vi klarer å hjelpe flere barn og unge til å komme over vanskene sine på tidligere tidspunkt. Tilby tilstrekkelig hjelp, fra en samlet hjelpetjeneste, vil vi kanskje klare å begrense tiden barna og foreldrene deres har kontakt med hjelpesystemene. På den måten vil vi bare yte bistand i den perioden de virkelig har behov for hjelp.

Til sist forventer vi at prosjektet resulterer i at våre ansatte har det bedre på jobb. Handlingsplaner, tydelige rutiner, tydelige forventninger, oversikt over hvem som kan bistå osv. vil øke trykgheten til våre ansatte. Dette igjen forventer vi vil ha en rekke positive ringvirkninger, men først og fremst at våre ansatte føler stor grad av mestring i hverdagen på jobb.