



## Møteinnkalling

---

**Utvalg:** Nordreisa helse- og omsorgsutvalg  
**Møtested:** Formannskapssalen, Rådhuset  
**Dato:** 25.11.2019  
**Tidspunkt:** 09:00

---

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 58 80 15, eller til [postmottak@nordreisa.kommune.no](mailto:postmottak@nordreisa.kommune.no)  
– ved forfallsmelding på e-post er vil dere motta en bekreftelse på at den er registrert, dersom dere ikke mottar en slik bekreftelse MÅ dere ta kontakt pr. telefon.

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

## Saksliste

| Utv.saksnr                 | Sakstittel   | U.Off | Arkivsaksnr |
|----------------------------|--|-------|-------------|
| PS 37/19                   | Referatsaker   |       |             |
| RS 108/19                  | Løypemelding og informasjon til alle kommuner om 'Akson' - forprosjektet for Nasjonal helhetlig samhandling og felles kommunal journal |       | 2019/1267   |
| RS 109/19                  | Omgjøring av stillinger Sonjatun sykehjem  |       | 2019/1246   |
| RS 110/19                  | Oversendelse av rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge  |       | 2019/1055   |
| RS 111/19                  | Utfordringer med demografiske utviklingstrekk - fastlegetjenesten og andre tjenester innenfor helse og omsorg                          |       | 2019/1055   |
| RS 112/19                  | Kapasitet og planer i eldreomsorgen  |       |             |
| RS 113/19                  | Status trygghetsalarmer i Kommunen   |       |             |
| PS 38/19                   | Kommunale avgifter og gebyrer 2020   |       | 2019/1293   |
| PS 39/19                   | Budsjett og økonomiplan 2020 - 2023  |       | 2019/665    |
| PS 40/19                   | Budsjett helse- og omsorg 2020   |       |             |
| <b>Ettersendt 22.11.19</b> |  |       |             |
| PS 41/19                   | Kvartalsrapport pr. 30.09.19 – helse- og omsorg  |       |             |
| PS 42/19                   | Budsjettregulering helse- og omsorg  |       |             |

**PS 37/19 Referatsaker**

**Fra:** Gerardo Poblete (Gerardo.Poblete@ks.no)

**Sendt:** 30.10.2019 15:21:36

**Til:**

**Kopi:** Heidi Slagsvold; Terje Wistner

**Emne:** Løypemelding og informasjon til alle kommuner om 'Akson' - forprosjektet for Nasjonal helhetlig samhandling og felles kommunal journal

**Vedlegg:** Bokmål - Forprosjekt for felles kommunal journal og helhetlig samhandling med alle helseaktører (Akson)- hva betyr det for din kommune-.pdf;Nynorsk - Forprosjekt for felles kommunal journal og helhetlig samhandling med alle helseaktører (Akson)- hva betyr det for din kommune-.pdf

Til rådmannen.

Med vennlig hilsen

Heidi Slagsvold  
Spesialrådgiver

Forskning, Innovasjon og digitalisering

Epost: [heidi.slagsvold@ks.no](mailto:heidi.slagsvold@ks.no)

Mobil: 971 59 366

<http://www.ks.no>





Alle kommuner

Vår referanse: 19/01572-8  
Arkivkode: 074 G  
Saksbehandler: Terje Wistner,  
Deres referanse:  
Dato: 08.10.2019

## Løypemelding og informasjon til alle kommuner om 'Akson' - forprosjektet for Nasjonal helhetlig samhandling og felles kommunal journal

Stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal» setter tydelige mål for IKT-utviklingen i helse-Norge, og er bakgrunnen for Akson-prosjektet. Akson er ett av tre tiltak i arbeidet med å nå målet om én innbygger – én journal. Målet med Akson er å anskaffe løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal som gir innbyggere tryggere og bedre helsetjenester gjennom digitale verktøy som støtter arbeidshverdagen til helsepersonell.

Akson er både et tiltak som skal gi ny journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og løsninger som knytter fastlege, legevakt, hjemmetjenester bedre sammen med resten av helse-Norge, samt tilrettelegge for bedre samhandling med øvrige tjenester helsetjenesten må samhandle med. Akson vil gi pasienten bedre oversikt over egen helseinformasjon og gjør det lettere å komme i kontakt med og samhandle med helsetjenesten. Akson vil løse behov knyttet til dokumentasjon og ytelse av helsehjelp i kommunene og hos fastlegen. Tiltaket skal i tillegg gi bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Akson vil støtte helsepersonellens arbeidshverdag bedre enn i dag, sørge for rett informasjon blir tilgjengelig på rett sted til rett tid. Pasientinformasjon skal kun være tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlige behov.

I juli 2018 anbefalte Direktoratet for e-helse et konsept for helhetlig samhandling og felles kommunal journal – i dag kalt Akson. I utredningsfasen bidro kommunesektoren med innspill via 200 personer fra 45 kommuner. Konseptvalgutredningen konkluderer med følgende:

*«Det er behov for nasjonale tiltak for å styrke pasientsikkerhet og kvalitet, bidra til mer effektiv ressursutnyttelse og styrke informasjonssikkerhet og personvern i kommunal helse- og omsorgstjeneste».*

Med bakgrunn i regjeringens beslutning om én innbygger én journal, har KS sammen med en rekke kommuner arbeidet aktivt de siste årene med å fremme kommunesektorens interesser i disse prosessene, og tiden er nå kommet for at kommuner og stat går sammen i et felles løft. Vi er avhengige av engasjement og deltakelse fra kommunene for å lykkes med Akson og det er viktig at dere engasjerer dere i det videre arbeidet.

Direktoratet for e-helse skal i 2020 levere sine anbefalinger til helse- og omsorgsdepartementet om blant annet strategi, finansiering, gevinstrealisering og styring av anskaffelsesprosess for løsninger som sammen skal utgjøre Akson.

Vi ønsker med dette brevet både å informere om hva Akson er og om en felles sesjon på EHIN-konferansen den 12. november i Oslo Spektrum. Formålet er å gi dere informasjon om forprosjektet, hva det betyr for kommunene og om veien videre.

### **Hvorfor Akson og hva betyr det for din kommune?**

Dagens løsninger i de enkelte kommunene er fragmenterte og ivaretar i varierende grad de tjenestene og behovene som kommunene har, ved siden av at samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke fungerer godt nok. Et tydelig budskap fra konseptvalgutredningen var også at det er behov for bedre samhandling både med innbygger, og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre kommunale og statlige tjenester helsetjenestene må samhandle med for å levere gode og helhetlige tjenester til innbyggerne, slik kommunene har ansvaret for.

Undersøkelser viser i tillegg at helsepersonell i dag ikke har god nok informasjon om pasientene, at dagens digitale arbeidsverktøy i kommunehelsetjenesten er lite egnet for å jobbe effektivt i og at mye tid som kunne gått til pleie og omsorg i stedet brukes på å innhente og kvalitetssikre informasjon. Intervjuer gjennomført av direktoratet for e-helse med helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten i 2018 gir følgende bilde av dagens situasjon:

- *"Det er vanskelig å finne den viktige informasjonen om pasienten i journalsystemet, og holde seg oppdatert på eventuelle endringer."*
  - Sykepleier i hjemmetjenesten
- *"Vi har foreldre på døren som ber om 6 ukers kontroll, så vet vi ikke at de har født engang."*
  - Helsesøster i kommunen
- *"Det blir brukt enormt med tid og ressurser i dag både i fastlegepraksis og på legevakten for å innhente opplysninger som allerede finnes i ulike systemer [...] Timevis ukentlig med gjennomgang av epikriser og prøvesvar gir overhodet ingen inntekt. Det samme gjelder all administrasjon og drift av legesenteret"*
  - Fastlege

Akson har som mål å sørge for at pasientinformasjon blir tilgjengelig til rett behandler, på rett sted, til rett tid. Det vil gi helsepersonell støtte til de viktige valgene samtidig som man reduserer uønsket klinisk variasjon.

Akson er basert på et kommunalt samarbeid om anskaffelse, innføring, drift og forvaltning av løsninger som er viktige for helse- og omsorgstjenesten og for kommunenes helhetlige tjenesteansvar. Dette vil gi større gjennomføringskraft og sørge for at kommunenes stemme kommer tydeligere frem overfor leverandørene.

Akson vil føre til endringer for kommunenes og helsepersonellens måte å arbeide på og det er viktig at dette forberedes godt hos alle parter som berøres.

### **Felles premisser for gjennomføring**

Legeforeningen og KS sendte den 15. februar 2019 et felles brev til Helse- og omsorgsdepartementet med en felles plattform for realiseringen av visjonen om helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Noen av de viktigste budskapene her er:

- Journalløsningen kan bestå av ett eller flere systemer som må tilrettelegges for effektiv drift, og god pasientbehandling i den enkelte virksomhet og i et forløpsperspektiv.
- Det bør legges til rett for trinnvis tilnærming til innføring av både samhandlings- og journalløsningene.

- Det må sikres nødvendig fleksibilitet i løsningene som balanser behovet mellom deling av strukturerte data og fritekst.
- Det er viktig med ulike arbeidsflater der de ulike helseprofesjonene får verktøy som understøtter deres arbeidshverdag på en best mulig måte.
- Det bør være aktiv porteføljestyling av tilgrensede initiativ, der legemiddelområdet har aller høyest prioritet.
- Journalløsningen må ha fleksibilitet for tilpasning til lokale kliniske behov.
- Det må legges til rette for at alle kommunalt eide virksomheter kan anskaffe og ta i bruk løsningene.

### **Et forprosjekt er i gang**

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt direktoratet for e-helse i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Regjeringen har bevilget 20 millioner til å realisere forprosjektet. Dette kommer i tillegg til midler avsatt i direktoratets egen ramme. KS og storbykommunene har også sammen bidratt med 10 millioner kroner til forprosjektet.

I tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 26. april 2019 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt føringer for innretning og gjennomføring av forprosjektet:

- Forprosjektet skal levere et styringsdokument til Helse- og omsorgsdepartementet innen februar 2020 med innspill til blant annet hvordan tiltaket skal gjennomføres, styres, organiseres og finansieres. Sentralt styringsdokument skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før investeringsbeslutning og fastsettelse av prosjektets kostnadsramme eventuelt kan fremmes for Stortinget.
- Tiltaket innebærer at dokumentasjon av helsehjelp i journalen blir mer strukturert og at arbeidsprosessene blir mer standardiserte. Videre innebærer tiltaket en omlegging av hvordan journalløsninger anskaffes, noe som innebærer at et stort antall kommuner og fastleger skal koordineres inn mot felles beslutninger. Disse forholdene innebærer betydelig risiko for gjennomføringen av tiltaket.
- Forprosjektet skal vurdere strategier for stegvis gjennomføring og reduksjon av risiko, kompleksitet og kostnader. Forprosjektet skal videre utrede modeller for organisering og ansvarsplassering og se dette i sammenheng med reglene om offentlig støtte og anskaffelser, herunder behov for ev. kommunalt medeierskap eller lovbestemte plikter.
- Forprosjektet skal utarbeide en plan som sikrer nødvendig koordinering med Helse- og omsorgsdepartementet og håndtering av tema som departementet ønsker å følge tett eller ha hel- eller delansvar for, f.eks utredning av juridiske forhold og kostnadsfordeling.
- IKT-sikkerhet og personvern skal ha høy prioritet i arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet ber i første omgang om intensjonserklæringer fra kommuner som omfatter omkring femti prosent av innbyggerne utenfor Midt-Norge. Det langsiktige målet er at alle aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastleger, tar i bruk løsningen. Det vil være frivillig i innledende faser, men målet er at alle skal med.

Fra KS sin side er det vesentlig at flest mulig kommuner engasjerer seg i dette viktige arbeidet, for både å kunne fremme fellesinteresser fra kommunal sektor overfor staten og fremtidige leverandører.

## Involvering og eierskap i kommunesektoren

KS har etablert et program som skal samordne innspill, posisjoner og behov fra kommunesektoren samt bidra til signering av intensjonsavtalene. Mer informasjon om forprosjektet og kommunenes organisering inn mot dette kan leses på KS sine sider, [www.ks.no/Akson](http://www.ks.no/Akson).

KS mener det er viktig med så bred og god forankring av styringsdokumentet og intensjonsavtalen i kommunesektoren som mulig før disse besluttes. Med bakgrunn i dette ser KS og direktoratet for seg to sentrale faser frem til juni 2020:

1. august 2019 – februar 2019:
  - a. informasjon om forprosjektet i regionale og lokale utvalg
  - b. gjennomgang av Akson og hva det betyr for kommunene på eKommune 2019
  - c. egen sesjon om Akson på EHIN den 12. november
2. mars 2020 – mai 2020:
  - a. informasjon og underlag til signering av intensjonsavtaler i de respektive kommunene

## Arena for innspill og mer informasjon

Vår sesjon om Akson på EHIN-konferansen den 12. november er en viktig arena for å gi informasjon og få innspill til arbeidet, der vi vil legge vekt på å omsette arbeidet i forprosjektet til hva dette betyr for kommunene og hvilke gevinster som ligger til grunn. Denne sesjonen gjennomføres den 12. november kl. 13 – 16 og er gratis for kommunene. Registrering til sesjonen kan gjøres på [www.EHIN.no](http://www.EHIN.no) under fanen «billetter». Registreringen til sesjonen gir ikke rett til deltakelse på resten av EHIN konferansen med mindre man selv velger å betale for dette.

Ønsker din kommune å vite mer om dette arbeidet så ta kontakt med Terje Wistner, programleder i KS på mobil: 414 76 974 og e-post: [terje.wistner@ks.no](mailto:terje.wistner@ks.no).

Vennlig hilsen

Kristin Weidemann Wieland  
Områdedirektør  
Forskning, innovasjon og digitalisering

Terje Wistner  
Programleder

Mottakere: Alle kommuner

Kopi: Direktoratet for e-helse





Alle kommuner

Vår referanse: 19/01572-8 Nynorsk  
Arkivkode: 074 G  
Saksbehandler: Terje Wistner  
Dykker referanse: Avsenders ref  
Dato: 08.10.2019

## Løypemelding og informasjon til alle kommuner om 'Akson' - forprosjektet for Nasjonal helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

Stortingsmeldinga «Én innbygger – én journal» set tydelege mål for IKT-utviklinga i helse-Noreg, og er bakgrunnen for Akson-prosjektet. Akson er eitt av tre tiltak i arbeidet med å nå målet om *én innbygger – én journal*. Målet med Akson er å skaffe løysingar for heilskapleg samhandling og felles kommunal journal som gjev innbyggjarar tryggare og betre helsetenester gjennom digitale verktøy som støttar arbeidskvardagen til helsepersonell.

Akson er både eit tiltak som skal gje ny journalløysing for kommunale helse- og omsorgstenester og løysingar som knyter fastlege, legevakt, heimetenester betre saman med resten av helse-Noreg, samt tilretteleggje for betre samhandling med øvrige tenester helsetenesta må samhandle med. Akson vil gje pasienten betre oversikt over eigen helseinformasjon og gjer det lettare å kome i kontakt med og samhandle med helsetenesta. Akson vil løyse behov knytt til dokumentasjon og yting av helsehjelp i kommunane og hjå fastlegen. Tiltaket skal i tillegg gi betre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta.

Akson vil støtte helsepersonellet sin arbeidskvardag betre enn i dag, sørgje for rett informasjon blir tilgjengeleg på rett stad til rett tid. Pasientinformasjon skal berre vere tilgjengeleg for helsepersonell med tenestlege behov.

I juli 2018 tilråde Direktoratet for e-helse eit konsept for heilskapleg samhandling og felles kommunal journal – i dag kalla Akson. I utgreiingsfasa bidrog kommunesektoren med innspel via 200 personar frå 45 kommunar. Konseptvalutgreiinga konkluderer med følgjande:

*«Det er behov for nasjonale tiltak for å styrke pasientsikkerhet og kvalitet, bidra til mer effektiv ressursutnyttelse og styrke informasjonssikkerhet og personvern i kommunal helse- og omsorgstjeneste».*

Med bakgrunn i regjeringa si avgjerd om én innbygger én journal, har KS saman med ei rekkje kommunar arbeidd aktivt dei siste åra med å fremje kommunesektoren sine interesser i desse prosessane, og tida er no komen for at kommunar og stat går saman i eit felles løft. Vi er avhengige av engasjement og deltaking frå kommunane for å lukkast med Akson og det er viktig at de engasjerer dykk i det vidare arbeidet.

Direktoratet for e-helse skal i 2020 levere sine tilrådingar til helse- og omsorgsdepartementet om blant anna strategi, finansiering, gevinstrealisering og styring av innkjøpsprosess for løysingar som saman skal utgjere Akson.

Vi ønskjer med dette brevet både å informere om kva Akson er og om ein felles sesjon på EHIN-konferansen den 12. november i Oslo Spektrum. Formålet er å gje dykk informasjon om forprosjektet, kva det tyder for kommunane og om vegen vidare.

### **Kvifor Akson og kva inneber det for din kommune?**

Dagens løysingar i dei enkelte kommunane er fragmenterte og ivaretek i varierende grad dei tenestene og behova som kommunane har, ved sidan av at samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta ikkje fungerer godt nok. Ein tydeleg bodskap frå konseptvalsutgreiinga var også at det er behov for betre samhandling både med innbyggjar, og mellom den kommunale helse- og omsorgstenesta og andre kommunale og statlege tenester helsetenestene må samhandle med for å levere gode og heilskaplege tenester til innbyggjarane, slik kommunane har ansvaret for.

Undersøkingar viser i tillegg at helsepersonell i dag ikkje har god nok informasjon om pasientane, at dagens digitale arbeidsverktøy i kommunehelsetenesta er lite eigna for å jobbe effektivt i og at mykje tid som kunne gått til pleie og omsorg i staden blir brukt på å innhente og kvalitetssikre informasjon. Intervju gjennomført av direktoratet for e-helse med helsepersonell i helse- og omsorgstenesta i 2018 gjev følgjande bilete av dagens situasjon:

- *"Det er vanskelig å finne den viktige informasjonen om pasienten i journalsystemet, og holde seg oppdatert på eventuelle endringer." Sjukepleiar i heimetenesta*
- *"Vi har foreldre på døren som ber om 6 ukers kontroll, så vet vi ikke at de har født engang." Helsesjukepleiar i kommunen*
- *"Det blir brukt enormt med tid og ressurser i dag både i fastlegepraksis og på legevakten for å innhente opplysninger som allerede finnes i ulike systemer [...] Timevis ukentlig med gjennomgang av epikriser og prøvesvar gir overhodet ingen inntekt. Det samme gjelder all administrasjon og drift av legesenteret" Fastlege*

Akson har som mål å sørge for at pasientinformasjon blir tilgjengeleg til rett behandlar, på rett stad, til rett tid. Det vil gje helsepersonell støtte til dei viktige vala samstundes som ein reduserer uønskt klinisk variasjon.

Akson er basert på eit kommunalt samarbeid om innkjøp, innføring, drift og forvaltning av løysingar som er viktige for helse- og omsorgstenesta og for kommunenes heilskaplege tenesteansvar. Dette vil gje større gjennomføringskraft og sørge for at kommunane si stemme kjem tydelegare fram overfor leverandørane.

Akson vil føre til endringar for kommunane og helsepersonellet sine måtar å arbeide på og det er viktig at dette er godt førebudd hjå alle partar som dette får følgjer for.

### **Felles premissar for gjennomføring**

Legeforeningen og KS sendte den 15. februar 2019 eit felles brev til Helse- og omsorgsdepartementet med ein felles plattform for realiseringa av visjonen om heilskapleg samhandling og felles kommunal journal. Nokre av dei viktigaste bodskapane her er:

- Journalløysinga kan bestå av eitt eller fleire system som må tilretteleggje for effektiv drift, og god pasientbehandling i den enkelte verksemd og i eit forløpsperspektiv
- Det bør leggjast til rette for trinnvis tilnærming til innføring av både samhandlings- og journalløysingane
- Det må sikrast nødvendig fleksibilitet i løysingane som balanserer behovet mellom deling av strukturerte data og fritekst

- Det er viktig med ulike arbeidsflater der dei ulike helseprofesjonane får verktøy som understøttar deira arbeidskvardag på ein best mogleg måte
- Det bør vere aktiv porteføljestyling av tilgrensande initiativ, der legemiddelområdet har aller høgst prioritet
- Journalløysinga må ha fleksibilitet for tilpassing til lokale kliniske behov
- Det må leggjast til rette for at alle kommunalt eigde verksemdar kan kjøpe og ta i bruk løysingane

### **Eit forprosjekt er i gang**

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt direktoratet for e-helse i oppdrag å gjennomføre eit forprosjekt for heiskapleg samhandling og felles kommunal journal. Regjeringa har løyvd 20 millionar til å realisere forprosjektet. Dette kjem i tillegg til midlar avsett i direktoratet si eiga ramme. KS og storbykommunane har også saman bidrege med 10 millionar kroner til forprosjektet.

I tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for heiskapleg samhandling og felles kommunal journal frå 26. april 2019 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt føringar for innretning og gjennomføring av forprosjektet:

- Forprosjektet skal levere eit styringsdokument til Helse- og omsorgsdepartementet innan februar 2020 med innspel til blant anna korleis tiltaket skal gjennomførast, styrast, organiserast og finansierast. Sentralt styringsdokument skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før investeringsavgjerd og fastsetjing av prosjektet si kostnadsramme eventuelt kan fremjast for Stortinget
- Tiltaket inneber at dokumentasjon av helsehjelp i journalen blir meir strukturert og at arbeidsprosessane blir meir standardiserte. Vidare inneber tiltaket ei omlegging av korleis journalløysingar blir kjøpt inn, noko som inneber at eit stort tal kommunar og fastleger skal koordinerast inn mot felles avgjerder. Disse tilhøva inneber monaleg risiko for gjennomføringa av tiltaket
- Forprosjektet skal vurdere strategiar for stegvis gjennomføring og reduksjon av risiko, kompleksitet og kostnader. Forprosjektet skal vidare utgreie modellar for organisering og ansvarsplassering og sjå dette i samheng med reglane om offentleg støtte og innkjøp, herunder behov for ev. kommunalt medeigarskap eller lovbestemte plikter
- Forprosjektet skal utarbeide ein plan som sikrar nødvendig koordinering med Helse- og omsorgsdepartementet og handtering av tema som departementet ønskjer å følgje tett eller ha heil- eller delansvar for, t.d. utgreiing av juridiske tilhøve og kostnadsfordeling
- IKT-tryggleik og personvern skal ha høg prioritet i arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet ber i første omgang om intensjonserklæringar frå kommunar som omfattar omkring femti prosent av innbyggjarane utanfor Midt-Noreg. Det langsiktige målet er at alle aktørane i kommunal helse- og omsorgsteneste, inkludert fastleger, tar i bruk løysinga. Det vil vere frivillig i innleiande fasar, men målet er at alle skal med.

Frå KS si side er det vesentleg at flest mogleg kommunar engasjerer seg i dette viktige arbeidet, for både å kunne fremje fellesinteresser frå kommunal sektor overfor staten og framtidige leverandørar.

## Involvering og eigarskap i kommunesektoren

KS har etablert eit program som skal samordne innspel, posisjonar og behov frå kommunesektoren samt bidra til signering av intensjonsavtalane. Meir informasjon om forprosjektet og kommunane si organisering inn mot dette kan lesast på KS sine sider, [www.ks.no/Akson](http://www.ks.no/Akson).

KS meiner det er viktig med så brei og god forankring av styringsdokumentet og intensjonsavtalen i kommunesektoren som mogleg før desse blir fastsett. Med bakgrunn i dette ser KS og direktoratet for seg to sentrale fasar fram til juni 2020:

1. august 2019 – februar 2019:
  - a. informasjon om forprosjektet i regionale og lokale utval
  - b. gjennomgang av Akson og kva det inneber for kommunane på eKommune 2019
  - c. eigen sesjon om Akson på EHIN den 12. november
2. mars 2020 – mai 2020:
  - a. informasjon og underlag til signering av intensjonsavtaler i dei respektive kommunane

## Arena for innspel og meir informasjon

Vår sesjon om Akson på EHIN-konferansen den 12. november er ein viktig arena for å gje informasjon og få innspel til arbeidet, der vi vil leggje vekt på å omsette arbeidet i forprosjektet til kva dette inneber for kommunane og kva for gevinstar som ligg til grunn. Denne sesjonen gjennomførast den 12. november kl. 13 – 16 og er gratis for kommunane. Registrering til sesjonen kan gjerast på [www.EHIN.no](http://www.EHIN.no) under fana «billetter». Registreringa til sesjonen gjev ikkje rett til deltaking på resten av EHIN konferansen med mindre ein sjølv vel å betale for dette.

Ønskjer din kommune å vite meir om dette arbeidet så ta kontakt med Terje Wistner, programleder i KS på mobil: 414 76 974 og e-post: [terje.wistner@ks.no](mailto:terje.wistner@ks.no).

Vennlig hilsen

Kristin Weidemann Wieland  
Områdedirektør  
Forskning, innovasjon og digitalisering

Terje Wistner  
Programleder

Kopi:           Direktoratet for e-helse



Nordreisa kommune  
Ráissa suohkan  
Raisin komuuni

Rickard Printz

**Delegert vedtak**  
**Delegert utvalg rådmann - nr. 222/19**

[Vedtaket er gjort i henhold til delegasjonsreglement gitt av Nordreisa kommunestyre i sak 57/16](#)

|                   |  |                |                  |             |
|-------------------|--|----------------|------------------|-------------|
| <b>Deres ref:</b> | <b>Vår ref (bes oppgitt ved svar):</b> | <b>Løpenr.</b> | <b>Arkivkode</b> | <b>Dato</b> |
|                   | 2019/1246-1                            | 10179/2019     | 034              | 29.10.2019  |

## Omgjøring av stillinger Sonjatun sykehjem

### Saksopplysninger:

Sonjatun sykehjem ber om å omgjøre flere deltidsstillinger som helsefagarbeidere, fra 33,80% til 45,07% stillinger til assistentstillinger.

Bakgrunn til omgjøringen er at sykehjemmet gjennom flere utlysninger ikke har fått tak i helsefagarbeidere til stillingene. Til stillingene søkte kun ufaglærte, og det er også disse som tilsettes i korte kontrakter fordi man ikke får tak i helsefagarbeidere. Assistenten blir ikke fast tilsatt i helsefagarbeiderstillinger da disse ikke oppfyller kvalifikasjonskravet.

Ledelse ved sykehjemmet mener at en omgjøring vil bidra til å skape større stabilitet i arbeidsgruppen. Man unngår løse arbeidskontrakter og reduserer omfanget av utskifting av personell. De mener også at tiltaket vil redusere behovet for kjøp av private tjenester under bl.a. med å organisere ferieavvikling i puljevis med nok ansatte i faste arbeidsavtaler.

Sykehjemmet har i dag en turnus med 32 personer i 21,2 årsverk og 21 pasienter. De har 9 sykepleiere, 1 vernepleiere og 12 helsefagarbeidere i turnus i tillegg til de 10 stillingene de ønsker omgjøre.

I dag har ikke sykehjemmene assistentstillinger i turnus, men har behov for denne arbeidsgruppen. På dagvakter er det 7 ansatte, 6 ansatte på aftenvakt og 2 nattevakter. I helger er tallet 5, 5, 2. Avdelingsleder mener at det er faglig forsvarlig med minimum en sykepleier, to helsefagarbeidere og resterende assistenter pr vakt. Dette gjelder både dagvakt og aftenvakt. Når det gjelder nattevakt så vil fagkompetansen ivaretas med at et enten er sykepleier eller helsefagarbeider sammen med en assistent på natt.

Nordreisa kommune har tatt i bruk [eDialog](#). Med den kan du trygt sende oss brev og dokumenter elektronisk selv om de er unntatt offentlighet.

Vi oppfordrer alle til å ta i bruk ordningen med digital post – for hvert brev du leser digitalt fra oss er du med å bidra til besparelse på ca. 12 kroner. Fordelene er mange – les mer om digital post på vår [hjemmeside](#).

Dette vil si at turnus legges opp slik at det alltid vil være fagpersonell på hver vakt, også natt og i helger. Leder vurderer at fagmiljøet ikke forringes, enn heller styrkes da et sykehjem har mange oppgaver assistenter kan utføre og læres på. Etter en slik omgjøring vil det fortsatt være 22 stillinger med utdannet helsepersonell (helsefagarbeidere og sykepleiere).

Forslaget, som er drøftet med Htv sykepleierforbundet og fagforbundet, er at 7 helsefagarbeiderstillinger i 35% til 38% omgjøres til assistentstillinger. Videre at man omgjør 3 helsefagstillinger på natt til assistentstillinger i størrelser 33% til 45%. Endringene ikke medføre økte lønnskostnader.

### **Vurderinger:**

Formålet med å omgjøre stillingene er flere. Hovedgrunnen er at man ikke får besatt disse stillingene til helsefagarbeidere. Det er behov for deltidsstillinger for å få turnus til å gå opp, og stillingene er allerede besatt av dyktige assistenter som vil få mulighet til fast tilsetting.

Fremover i tid vil Nordreisa kommune, som i landet for øvrig få store utfordringer på rekruttering som helsefagarbeidere og sykepleiere. Norge vil mangle 28.000 sykepleiere og 18.000 helsefagarbeidere innen år 2035. Man må derfor gjøre grep innenfor tjenesten fordi det vil ikke bli mulig å skaffe personell. Å endre noen helsefagarbeiderstillinger til assistentgruppen vil være et slikt grep, samtidig som man må se på hvilken type oppgaver de ulike arbeidsgruppene skal utføre i feks et sykehjem. Fremover må man på en annen måte legge til rette for at faggruppene ulike kompetanse supplerer og utfyller hverandre i tjenesteutvikling og tjenesteutøvelse.

Nordreisa kommune gir mulighet til de som ønsker det, og oppfordrer ufaglærte til å ta helsefagutdanning samtidig som man jobber, gjennom bl.a. ordningene «vekslingsmodellen» og «fagbrev på jobb».

Det er et administrativt og politisk mål om å slå sammen stillinger til høyere stillingsprosent for å øke rekrutterings-mulighetene, disse stillingene har det ikke vært mulig å slå sammen med andre for å høyne stillingsstørrelsen da dette gjelder stillinger som dekker opp helger.

Forslaget vil ikke innebære økte økonomiske konsekvenser.

Forslaget er drøftet med Htv for sykepleierforbundet og Htv for fagforbundet. De stiller seg positivt til forslaget.

Service- og personalsjef er fra rådmannen delegert myndighet til å omgjøre stillinger. Tiltaket er innenfor faglig forsvarlighet og det er et positivt grep at dyktige assistenter som går i midlertidige kontrakter får mulighet til fast ansettelse. Videre er det nødvendig å se på arbeidsoppdraget fremover i tid. Tiltaket kan være med på å bidra til å redusere turnover blant sykepleierne og helsefagarbeiderne ved å endre innholdet i arbeidsoppdraget til de ulike faggruppene. For overføringsverdi bør tiltaket evalueres i løpet av våren 2020.

### **Vedtak:**

3 x nattstilling helsefagarbeider på Sonjatun sykehjem omgjøres til 3 x assistentstillinger natt:

- 45,07%
- 41,32%
- 33,80%

7 x helsefagarbeiderstillinger på Sonjatun sykehjem omgjøres til assistentstillinger:

- 38,03 %
- 38,03 %
- 37,56 %
- 37,56 %
- 37,56 %
- 36,38 %
- 35,92 %

Tiltaket evalueres innen utgangen av mai 2020.

Med vennlig hilsen

Christin Andersen  
Service- og personalsjef  
christin.andersen@nordreisa.kommune.no  
77 58 00 04

*Dette dokumentet er produsert elektronisk, og har derfor ingen signatur.*

Kopi til:

Aud Hamnvik Hanssen Postboks 174 9156 STORSLETT

Interne kopi mottakere:

Line Ørstad Sonjatun sykehjem

**Fra:** Hamran Unn (Unn.Hamran@helse-nord.no)

**Sendt:** 06.09.2019 13:17:52

**Til:** Alta Kommune, postmottak; Berlevåg Kommune, postmottak; Båtsfjord Kommune (postmottak@batsfjord.kommune.no); Deanu Tana Kommune, postmottak; Gamvik Kommune, postmottak; Guovdageainnu Kautokeino Kommune, postmottak; Hammerfest Kommune, postmottak; Hasvik Kommune, postmottak; Kåråsjøga Karasjok Kommune (postmottak@karasjok.kommune.no); Kvalsund Kommune, postmottak; Lebesby Kommune, postmottak; Loppa Kommune, postmottak; Måsøy Kommune, postmottak; Nordkapp Kommune, postmottak; Porsanger Kommune, postmottak; Sør-Varanger Kommune, postmottak; Unjargga Nesseby Kommune, postmottak; Vadsø Kommune, postmottak; Vardø Kommune, postmottak; Ballangen kommune; Storsteinnes Legekontor; Bardu Kommune, postmottak; Berg Kommune, postmottak; Bjarkøy Kommune (postmottak@harstad.kommune.no); Dyrøy Kommune, postmottak; Evenes kommune; Gratangen Kommune, postmottak; Ibestad Kommune, postmottak; Karlsøy Kommune, postmottak; Kvæfjord Kommune, postmottak; Kvænangen Postmottak; Post Kafjord; Lavangen Kommune, postmottak; Lenvik Kommune, postmottak; Lyngen Kommune, postmottak; Målselv Kommune, postmottak; Narvik kommune; Nordreisa Kommune; Sjøvegan Legekontor; Post Skjervoy; Skånland Kommune, postmottak; Post Storfjord; Sørreisa Kommune, postmottak; Torsken Kommune, postmottak; Tranøy Kommune (postmottak@tranoy.kommune.no); Tromsø Kommune, postmottak; Alstahaug Kommune; Andøy Kommune; Beiarn Kommune; Bindal Kommune; Bodø Kommune; Brønnøy Kommune; Bø Kommune; Dønna Kommune; Fauske Kommune; Flakstad Kommune (postmottak@flakstad.kommune.no); Gildeskål Kommune; Grane Kommune; Hadsel Kommune; Hamarøy Kommune; Hattfjelldal kommune; Hemnes Kommune; Herøy Kommune; Leirfjord Kommune; Lurøy Kommune; Lødingen Kommune; Meløy Kommune; Moskenes Kommune; Nesna Kommune; Rana Kommune; Rødøy Kommune; Røst Kommune (postkasse@rost.kommune.no); Saltdal Kommune (postmottak@saltdal.kommune.no); Sortland Kommune; Steigen Kommune; Sømna Kommune (postmottak@somna.kommune.no); Sørfold Kommune; Tjeldsund Kommune; Træna Kommune; Tysfjord Kommune; Vefsn kommune; Vega Kommune, postmottak; Vestvågøy Kommune; Vevelstad Kommune; Værøy Kommune; Vågan Kommune; Øksnes Kommune (postmottak@oksnes.kommune.no)

**Kopi:** Hansen Finn Henry

**Emne:** Oversendelse av rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge

**Vedlegg:** Oversendelsesbrev med rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge.pdf; Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak.pdf

**Til postmottak i alle kommuner i Nord-Norge**

Det vises til tidligere kontakt med alle nord-norske kommuner under arbeidet med denne rapporten. Vedlagt følger oversendelsesbrev samt rapport.

Rapporten, som er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF, er ment som et supplement til de nasjonale rapporter som nå legges fram i regi av våre helsemyndigheter. Rapporten har særlig fokus på Nord-Norge og særtrekk ved fastlegetjenesten i nord-norske kommuner.

**Rapporten blir offentlig først på mandag 9. september, og det bes om at denne fristen overholdes før rapporten spres videre i det offentlige rom.**

På vegne av Finn Henry Hansen

Unn Hamran  
Helse Nord RHF



Postmottak alle kommuner i Nord-Norge

Deres ref.:

Vår ref.:

2019/1431-1

Saksbehandler/dir.tlf.:

Finn Henry Hansen

Sted/dato:

Bodø, 06.09.19

## **Oversendelse av rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge**

Det vises til tidligere kontakt med alle nord-norske kommuner under arbeidet med denne rapporten. Vi sendte da ut et elektronisk spørreskjema til samtlige kommuner, adressert til lederne av legetjenesten i kommunene.

Vi fikk en overveldende svarprosent, og takker for det! Analysen av svarene på spørreskjema finner dere i kapittel 10; den er utført av forskningsleder Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Rapporten bygger imidlertid på et mye bredere materiale enn de spørreskjema dere har besvart.

For å få et raskt innblikk i rapportens problemstillinger og forslag til tiltak, anbefales å lese sammendraget i kap. 1, kap. 13 og kap. 14. I kapittel 14 presenteres 34 enkelttiltak i åtte hovedgrupper. I de øvrige kapitler, særlig kapitlene 8-12, gjøres det rede for mye av det materialet som ligger til grunn for våre konklusjoner og forslag.

Rapporten, som er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF, er ment som et supplement til de nasjonale rapporter som nå legges fram i regi av våre helsemyndigheter. Rapporten har særlig fokus på Nord-Norge og særtrekk ved fastlegetjenesten i nord-norske kommuner, ettersom vi har erfaring med at de særlige forhold i Nord-Norge ikke alltid er like godt forstått «sørpå». Likevel vil mange av resonnementene og tiltakene ha gyldighet og relevans for fastlegetjenesten i hele landet.

**Rapporten blir offentlig først på mandag 9. september, og jeg ber dere overholde denne fristen før dere sprer rapporten videre i det offentlige rom.**

Men etter mandag ønsker vi en epidemisk spredning til alle som kan ha nytte av å lese og bruke den i eget utviklings- og forbedringsarbeid. På kort sikt er det viktig at helseledere, ledere av legetjenesten, kommuneoverleger, fastleger og – ikke minst – rådmenn – får tilgang til rapporten.

Lykke til med lesningen, og med den aktive bruk av rapporten i eget arbeid!

Vennlig hilsen

Finn Henry Hansen  
Direktør i stab/leder av arbeidsgruppen  
Mobil 95721825

1 vedlegg: Rapport

*Dokumentet er elektronisk godkjent og er derfor uten signatur.*

## 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 allmenntilleggsmedisin – 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)<br>.....                            | 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<br>fastlegetjenesten .....                  | 76 |
| 13.4   | Behovet for flere fastleger og redusert listelengde .....  | 78 |
| 13.5   | Konkurransen om leger mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten<br>.....                        | 79 |
| 13.6   | Målrettet tilrettelegging for systematisk rekruttering og stabilisering av<br>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<br>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<br>.....                      | 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<br>kommunene .....               | 86 |
| 13.9   | Behov for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom<br>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<br>.....   | 89  |
| 13.13 | Tverrfaglige team og annet helsepersonell som kan avlaste fastlegene.....  | 90  |
| 13.14 | Betydningen av enkle og tilgjengelige digitale løsninger for fastlegenes<br>kommunikasjon og informasjonsutveksling med pasienter og fagmiljøer i Nord-<br>Norge ..... | 92  |
| 13.15 | Betydningen av desentraliserte utdanningsmodeller for rekruttering av<br>fastleger .....   | 93  |
| 13.16 | Kommunenes ansvar for å ivareta hensynet til språk og kultur for samiske<br>pasienter .....  | 93  |
| 14.   | Forslag til konkrete tiltak .....  | 95  |
| 14.1  | Overordnet nasjonalt ansvar: Forslag om opptrappingsplan for<br>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<br>fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter .....   | 99  |
| 14.8  | Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte<br>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<br>kompetansesenter for legevaktmedisin for Helsedirektoratet (januar 2018).....                | 102 |
| 16.2  | Vedlegg 2: Ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin - sammendrag og<br>vurdering av rapporter fra Helsedirektoratet.....   | 103 |
| 16.3  | Vedlegg 3: Legeforeningens forslag til videreutvikling av fastlegeordningen<br>.....   | 105 |
| 16.4  | Vedlegg 4: Norsk forening for allmenntidmedisin – notat fra faggruppe for<br>samhandling - mars 2018 - Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus<br>.....  | 110 |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 16.5 | Vedlegg 5: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport februar 2016<br>Agenda Kaupang for KS .....                    | 116 |
| 16.6 | Vedlegg 6: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – Ipsos-rapport<br>mai 2018 laget for KS .....                | 119 |
| 16.7 | Vedlegg 7: Fastlegetjenesten i Nord-Norge – sammendrag av NSDMs rapport<br>fra mai 2018.....                             | 121 |
| 16.8 | Vedlegg 8: Spørreskjema til kommunale helseledere om fastlegetjenesten -<br>undersøkelse om fastleger i Nord-Norge ..... | 126 |
| 16.9 | Vedlegg 9: Sammendrag - Recruit & Retain – Making it Work - Den norske<br>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 samarbeidsutvalg<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 allmenntilleggsmedisin 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 fellesskap – 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 fastlegetjenesten 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 skriving 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 11<sup>2</sup>), 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

---

<sup>2</sup> Bjørn Nordang, Hedda Herder Nilssen, Svein Steinert og Anne Grethe Olsen har utført et betydelig arbeid med å kartlegge legeavtaler 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 spørreskjema<sup>3</sup> 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,

---

<sup>3</sup> 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)<sup>4</sup>. 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

|   | <b>Oktober 2017</b> | <b>Mars 2019</b> |
|---|---------------------|------------------|
| 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

|                            | <b>Fra oktober 2017 til mars 2019</b> |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Stabile fastlegeavtaler    | 464                                   |
| Nye fastlegeavtaler        | 90                                    |
| Avsluttede fastlegeavtaler | 83                                    |

<sup>4</sup> <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?>



Tabell 8.3 viser hvordan andelen stabile fastlegeavtaler fra oktober 2017 til mars 2019 varierte med kommunenes sentralitet<sup>5</sup> 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*

|                         | <b>Antall fastlegeavtaler per mars 2019</b> | <b>Antall stabile fastlegeavtaler oktober 2017 - mars 19</b> | <b>Andel stabile fastlegeavtaler oktober 17 - mars 19</b> |
|-------------------------|---|--|---|
| <b>Alle kommuner</b>    | <b>552</b>                                  | <b>464</b>   | <b>84 %</b>   |
| <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.

<sup>5</sup> 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 |         |
|----------------------------|------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| <b>1-3</b>                 | 10                           | 11,1 %  | 34                            | 48,6 %  |
| <b>4</b>                   | 31                           | 34,4 %  | 23                            | 32,8 %  |
| <b>5</b>                   | 16                           | 17,8 %  | 11                            | 15,7 %  |
| <b>6</b>                   | 33                           | 36,7 %  | 2                             | 2,8 %   |
| <b>Totalt</b>              | 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<br>Kvinner | Tidligere bosted<br>Menn | Nåværende bosted<br>Kvinner | Nåværende bosted<br>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%                  |
| <b>Total</b>                      | 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       |
| <b>Fastlege</b>            | 2,2                       | 41,6        | 4,6                   | 36,0        |
| <b>Annen kommunal lege</b> | 7,2                       | 42,8        | 7,5                   | 44,5        |
| <b>LIS-sykehus</b>         | 4,9                       | 36,9        | 2,2                   | 29,5        |
| <b>Annen sykehuslege</b>   | 4,5                       | 46,5        |                       |             |
| <b>Andre leger</b>         | 2,0                       | 44,5        | 2,2                   | 38,6        |
| <b>Totalt</b>              | <b>4,5</b>                | <b>39,6</b> | <b>3,9</b>            | <b>35,7</b> |



## 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 fastlegegjensete 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 organisering<sup>6</sup>.

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.

---

<sup>6</sup> 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 sentralitet<sup>7</sup> 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

<sup>7</sup> 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    |
|---|-----------|-----------|----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                    | <b>47</b> | <b>25</b> | <b>6</b> | <b>78</b> |
| <i>Sentralitet (p-verdi &lt; 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 &lt; 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*

|                         | <b>Antall</b> |
|-------------------------|---------------|
| <b>Alle kommuner</b>    | <b>108</b>    |
| <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<br>eller<br>svært<br>stor grad | Hverken/eller | Liten<br>eller<br>svært<br>liten<br>grad | Totalt    |
|--|-------------------------------------|---------------|--|-----------|
| <b>Alle kommuner med LIS1<br/>per 1.1.2019</b> | <b>11</b>                           | <b>11</b>     | <b>39</b>                                | <b>61</b> |
| <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    |
|--|----------------------------|---------------|------------------------------|-----------|
| <b>Alle kommuner med LIS1 per 1.1.2019</b> | <b>23</b>                  | <b>26</b>     | <b>12</b>                    | <b>61</b> |
| <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 fastlegepraksiser<sup>8</sup>. 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    |
|---|-----------|--------------|------------|-----------|---------------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                    | <b>9</b>  | <b>2</b>     | <b>4</b>   | <b>11</b> | <b>49</b>     | <b>75</b> |
| <i>Sentralitet (p-verdi &lt; 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 &lt; 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.

<sup>8</sup> 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 kollapse 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 fastlønnet 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    |
|---|----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                    | <b>5</b> | <b>70</b> | <b>75</b> |
| <i>Sentralitet (p-verdi &lt; 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 bekræftende.

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    |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                 | <b>15</b> | <b>63</b> | <b>78</b> |
| <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    |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                 | <b>27</b> | <b>34</b> | <b>61</b> |
| <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

Kompetanseforskriften<sup>9</sup> 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.

---

<sup>9</sup> <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 |
|-------------------------|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <b>Totalt</b>           | <b>578</b>                            | <b>296 (51%)</b>                             | <b>219 (38%)</b>                                     | <b>33 (6%)</b>                     |
| <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 allmenntidisin? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

|                                      | Ja        | Under arbeid | Nei       | Totalt    |
|--------------------------------------|-----------|--------------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                 | <b>21</b> | <b>26</b>    | <b>30</b> | <b>77</b> |
| <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 allmenntidisin (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    |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                 | <b>58</b> | <b>18</b> | <b>76</b> |
| <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    |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>               | <b>44</b> | <b>11</b> | <b>21</b> | <b>76</b> |
| <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 bekræftende 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    |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                 | <b>38</b> | <b>38</b> | <b>76</b> |
| <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    |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                 | <b>39</b> | <b>37</b> | <b>76</b> |
| <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-<br>vakt | Leger i<br>KAD,<br>inter-<br>medi-<br>ære<br>tilbud | Sam-<br>arbeid<br>smitte-<br>vern, folke-<br>helse-<br>arbeid o.l. | Kommune-<br>overlege | Fastlege-<br>arbeid på<br>dagtid | Veiled-<br>ning av<br>LIS-leger | Totalt    |
|-------------------------|---------------|---|--|----------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>    | <b>49</b>     | <b>20</b>   | <b>14</b>  | <b>12</b>            | <b>8</b>                         | <b>7</b>                        | <b>78</b> |
| <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   |
|-------------------------|----------|--|--|-----------------|--------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Alle kommuner</b>    | <b>4</b> | <b>1</b>                                     | <b>4</b>                                       | <b>2</b>        | <b>0</b>                 | <b>3</b>                | <b>9</b> |
| <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.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> 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-<br>sekretær(er) | Med<br>sykepleier(e) | Med<br>jordmor | Med<br>bioingeniør(er) | Annet<br>personell<br>(fysioterapeut<br>psykolog o.l.) |
|------------------------------|------------|----------------------------|----------------------|----------------|------------------------|--|
| <b>Antall<br/>legekontor</b> | <b>129</b> | <b>126</b>                 | <b>69</b>            | <b>28</b>      | <b>18</b>              | <b>24</b>  |
| <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.<br>eller mer    | 40         | 40                         | 7                    | 2              | 3                      | 2  |
| [10 000 –<br>19 999] innb.   | 10         | 10                         | 9                    | 0              | 4                      | 0  |
| [5 000 –<br>9 999] innb.     | 19         | 18                         | 12                   | 3              | 4                      | 5  |
| [2 000 –<br>4 999] innb.     | 32         | 30                         | 23                   | 11             | 7                      | 7  |
| Under 2 000<br>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, regionråd<sup>11</sup> 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.

---

<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup>

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.

---

<sup>12</sup> 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 avtale<sup>13</sup>. 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

---

<sup>13</sup> 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 kommuner<sup>14</sup> som har fastlønsavtaler med bonus<sup>15</sup>. 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 kroner<sup>16</sup>. I én kommune har kommuneoverlegen en bonusavtale, mens den andre legen der har fast lønn (1,1 millioner kroner) uten bonus.

<sup>14</sup> Herunder de to kommunene som samarbeider om organisering av fastlegetjenesten

<sup>15</sup> Hovedtariffavtalen kap 3.6 åpner for denne ordningen som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering.

<sup>16</sup> 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 liste-lengde | Antall leger - kontor i kommunen | Antall leger i vakt | Fastlønns-del  | Bonus   | Ekstra ferie per år   | Fritilkuks per år     | Permisjons-rettigheter  |
|-----------------|-------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------|--|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 12              | [917 - 5 894]           | [2 - 9]          | [300 - 750]                  | [1 - 2]                          | [4 - 15]            | ikke-spesialister: [0,81 - 1,5] mill. kr<br>spesialister: [0,86-2] mill. kr<br>KOL*: [1,15-2,3] mill. kr | [30 - 100] % av all inntjening<br>[50-100] % av HELFO refusjoner<br>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 legekontor | Antall leger i vakt | Fast lønn  | 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 spesialist-utdanning | [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<br>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 Skånland<sup>17</sup> og 2) Nye Narvik kommune<sup>18</sup> (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

<sup>17</sup> Skånland kommune ligger i Troms.

<sup>18</sup> 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 lønn         | 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<br>-----<br>---<br>En kommune gir 0,4 mill i tilskudd per lege per år | [0,73-1,1] mill .kr<br>KO<br>L*:<br>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 fastlønsdelen. Differansen mellom høyeste og laveste lønnsnivå er på 1,03 millioner kroner. Fastlønsnivået for kommuneoverleger ligger gjennomgående høyere enn for vanlige fastleger, men lønsspennet 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 allmenntillegene har en bonusandel på 30 prosent. En kommune gir 300 000 kroner i engangsbonus når leger oppnår spesialitet i allmenntillegene. 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 fastlønsavtale, varierer fastlønsnivået 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<br>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<br>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    |
|---|--------------------|---------------------|-----------|-----------|
| <b>Alle kommuner</b>                    | <b>25</b>          | <b>10</b>           | <b>40</b> | <b>75</b> |
| <i>Sentralitet (p-verdi &lt; 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 &lt; 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 allmenntmedisin.

#### **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 allmenntmedisin. Det er gitt 64 mill. til rekruttering/stabilisering av fastleger og spesialistutdanning i allmenntmedisin (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 etableringskostnader 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.<sup>19</sup> 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 innbyggere<sup>20</sup>, 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

---

<sup>19</sup> Utjamningstilskuddet gis til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere forutsatt at gjennomsnittlig listelengde er lavere enn 12 00 personer.

<sup>20</sup> 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 utdanningsiden.

### **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%).<sup>21</sup>

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 allmenntillegene. Det er videre argumentert for å en vesentlig økning av antallet ALIS-stillinger for styrke nødvendig nyrekruttering til fastlegetjenesten. Hvis legeårsverkene

---

<sup>21</sup> 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 helsejournalist<sup>22</sup> 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)*<sup>23</sup> (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

---

<sup>22</sup> Anne Hafstad, Dagens medisin, under konferanse om fastlegetjenesten 30. august 2019 i Bergen.

<sup>23</sup> <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).<sup>24</sup> 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.

---

<sup>24</sup> 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 stillingsbrøken<sup>25</sup>, 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

---

<sup>25</sup> 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 næringsinntekt<sup>26</sup>, 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 ivaretatt 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.

---

<sup>26</sup> 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 yrkesgrupper<sup>27</sup>. 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.

---

<sup>27</sup> 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 kostnader<sup>28</sup> for annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene.

---

<sup>28</sup> 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. (Ansvaret: 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. (Ansvaret: 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 sykehus-tjeneste. (Ansvaret: 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. (Ansvaret: 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. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

**14.3.2.** Vurdere å øke basistilskuddets relative andel av den samlede finansiering. (Ansvaret: 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. (Ansvaret: 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. (Ansvaret: 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 allmenntedisin - 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 allmenntedisin 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 allmenntedisinsk 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 allmennleger, vært krav om individuell veiledning. Lignende ordning er videreført i den nye utdanningen og LIS3 trenger nå individuell veiledning gitt av spesialist i allmenntedisin, 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 allmenntedisin 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 allmennlege 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, flyktningshelsetjeneste 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 kostnadskrevenende 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 allmennmedisin er et knapphetsgode, særlig i mindre sentrale kommuner. Nye kompetansekrav gjør spesialisering i allmennmedisin 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 allmennmedisin. 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 allmennmedisin.
- 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 utfylt 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 fastlegehjemler/-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.



## Fylkesmannen i Troms og Finnmark

Romssa ja Finnmarkku fylkkamánni  
Tromssan ja Finmarkun maaherra

Vår dato:

05.11.2019

Vår ref:

2019/12875

Deres dato:

Deres ref:

Nordreisa kommune  
Postboks 174  
9156 STORSLETT

Saksbehandler, innvalgstelefon

Anne Grethe Olsen, 78 95 03 99

### Utfordringer med demografiske utviklingstrekk - fastlegetjenesten og andre tjenester innenfor helse og omsorg

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 hilsen

Elisabeth Vik Aspaker  
fylkesmann

Anne Grethe Olsen  
Helse- og sosialdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

E-postadresse:  
[fmtpost@fylkesmannen.no](mailto:fmtpost@fylkesmannen.no)  
Sikker melding:  
[www.fylkesmannen.no/melding](http://www.fylkesmannen.no/melding)

Postadresse:  
9815 Vadsø

Besøksadresse:  
Strandvegen 13, Tromsø  
Damsveien 1, Vadsø

Telefon: 78 95 03 00  
[www.fylkesmannen.no/tf](http://www.fylkesmannen.no/tf)

Org.nr. 967 311 014





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Alle landets kommuner

Deres ref

Vår ref

Dato

19/4035-

19. november 2019

### **Til alle nye kommunestyrerepresentanter**

Gratulerer med nye verv!

Å være lokalpolitiker er et svært viktig og meningsfylt verv. Kommunene har ansvar for oppgaver som betyr svært mye for våre liv. En av de viktigste oppgavene er å sikre gode og trygge tjenester til våre eldre og pleietrengende.

Vi blir flere eldre i årene som kommer og gjennomsnittlig levealder både for kvinner og menn er nå på over 80 år. De aller fleste eldre klarer seg selv. De er ressurser som kan bidra i frivillig arbeid og til hjelp i familien om det tilrettelegges for det. De fleste trenger ingen bistand fra kommunen. Men i årene som kommer blir vi flere eldre som uansett vil medføre økt behov for gode omsorgstjenester. Det tar tid å bygge sykehjem og omsorgsboliger, i gjennomsnitt 4-5 år. Derfor er det viktig at dere som lokalpolitikere starter arbeidet med forberedelser og planlegging allerede nå. Jeg vil oppfordre dere til å ta opp spørsmålet om kapasitet og planer i eldreomsorgen i forbindelse med at dere lager en plan for gjennomføringen av Leve hele livet i kommunen deres. La det også bli en plan for hvordan dere skal sikre nok kapasitet på institusjonssiden.

### **Leve hele livet**

Kvalitetsreformen Leve hele livet (2019–2023) skal bidra til at eldre skal få bestemme mer over eget liv. Det er fem innsatsområder som vi vet betyr mye for eldre, pårørende og ansatte: mat og måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Jeg håper dere utarbeider en god plan for deres kommune for hvordan dere skal sikre eldre en verdig alderdom. Det handler om å leve hele livet, ikke bare overleve.

Det skal lønne seg å jobbe med Leve hele livet. De kommunene som deltar i nettverk, vedtar hvordan reformen skal følges opp lokalt og integrerer dette i sine kommunale planer vil fra 2021 bli prioritert i eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. For å stimulere til aktivitet allerede i 2020 foreslår vi et nytt tilskudd for utvikling av gode modeller for å bedre

kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, i tråd med områdene i Leve hele livet.

### **Planlegging for gode sykehjem og omsorgsboliger og lokale kjøkkenløsninger**

Som en del av arbeidet med Leve hele livet, vil jeg oppfordre dere til å planlegge for fremtidig behov for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger og gode, lokale kjøkkenløsninger.

Det tar om lag 4-5 år ferdigstille et nytt bygg. For å møte den fremtidige behovsveksten, er det derfor helt nødvendig å starte planlegging og utbygging av heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger nå.

Vi har styrket investeringsordningen til heldøgns omsorgsplasser betydelig slik at staten dekker opp mot 70 prosent av investeringen. I statsbudsjettet for 2020 foreslår vi å gi tilsagn om tilskudd til 2000 flere og bedre heldøgns omsorgsplasser. Dette utgjør en tilsagnsramme på om lag 3,6 mrd. kroner. Flere sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser en av våre viktigste, felles oppgaver.

I høst etablerer vi også et investeringstilskudd til lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken. Vi vil foreslå til sammen 400 mill. kroner til denne ordningen de neste 4 årene. Vi vet at en tredjedel av eldre som bor på sykehjem er underernærte eller står i fare for å bli det. Jeg håper dere satser på mat og måltider, og styrker ernæringsarbeidet for både sykehjemsbeboere og hjemmeboende eldre som er avhengig av assistanse.

### **Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)**

Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere tjenestene praktisk og personlig bistand (personlig assistanse) på for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Tjenesten organiseres slik at brukeren er arbeidsleder for assistenten og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov.

Stortinget rettighetsfestet denne ordningen i 2015. Målet var å sikre mennesker med stort tjenestebehov større mulighet til å ta ansvar for eget liv. Status i dag er at mange som klager til fylkesmannen om tildeling av BPA får medhold i sine klager. Jeg vil derfor oppfordre dere til å se nærmere på tildelingspraksis i egen kommune og følge med på de vurderingene fylkesmannen gjør. I rundskriv I-9/2015 får dere en utfyllende veiledning om regelverket. Dette kan bidra til at vi får en mer likeartet praksis på tvers av kommuner. Dere er valgt som ombudsmenn for deres innbyggere, og gode møter med det offentlige systemet bidrar til å bygge tillit til at man får den hjelpen man har krav på, når man trenger den.

Jeg vil også gjøre oppmerksom på at regjeringen nå har nedsatt et eget Utvalg som skal se nærmere på BPA-ordningen og hvordan vi kan få den til å bli en enda mer treffsikker ordning.

### **Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens**

Fra 1. januar 2020 har alle kommuner plikt til å tilby hjemmeboende personer med demens et dagaktivitetstilbud. Samtidig legges det øremerkede tilskuddet til dagtilbud inn i kommunenes frie inntekter. Jeg oppfordrer alle kommuner til å utnytte handlingsrommet de har til å utvikle

tilbud tilpasset lokale forhold og behov, og samarbeide med frivillige, interesseorganisasjoner eller lokale aktører om utvikling av gode og varierte tilbud, eks Inn på tunet tilbud.

### **Eldreombud og aldersvennlig Norge**

Regjeringen vil styrke eldres stemme i samfunnet. Vi vil derfor etablere et eget eldreombud som skal ivareta eldres rettigheter, interesser og behov på alle samfunnsområder.

Med nasjonalt program for et aldersvennlig Norge, som inngår i Leve hele livet, vil regjeringen bidra til å utvikle mer aldersvennlige løsninger sammen med eldre selv, kommuner, næringsliv, frivillighet, forskning mv.

Vi har nedsatt Rådet for et aldersvennlig Norge, hvor sentrale organisasjoner er representert og vil bidra til å gi retning og forankre arbeidet i de ulike sektorene. Som del av arbeidet har KS startet et nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner som jeg vil oppfordre kommunene til å være med i. Arbeidet skal bygge på medvirkning fra eldre selv og også engasjere de lokale eldrådene. Se nettsiden [aldersvennlig.no](http://aldersvennlig.no). Å legge bedre til rette for aktive og selvstendige eldre er til gagn for alle, og at et aldersvennlig samfunn bør engasjere alle generasjoner.

Jeg ønsker dere lykke til i den kommende fireårsperioden!

Med hilsen



Sylvi Listhaug

**Fra:** Postmottak HOD (postmottak@hod.dep.no)

**Sendt:** 20.11.2019 08:19:08

**Til:**

**Kopi:**

**Emne:**

**Vedlegg:** Brev til kommunene.pdf

Se vedlagte dokumenter

Mvh

Helse- og omsorgsdepartementet



**Fra:** modernisering@telenor.com

**Sendt:** 15.11.2019 14:52:52

**Til:** Nordreisa Kommune

**Kopi:**

**Emne:** Status trygghetsalarmer i kommunen (INTERNAL)

**Vedlegg:** 190822 Nordreisa kommune, modernisering av Telenors infrastruktur.pdf;191114 Nordreisa, status trygghetsalarmer i kommunen.pdf

Hei

Vi ber om at alle henvendelser vedr. trygghetsalarmer foretas via e-post til [modernisering@telenor.com](mailto:modernisering@telenor.com)

Med vennlig hilsen

Telenor Norge AS

Snarøyveien 30

N-1331 Fornebu

[www.telenor.no](http://www.telenor.no)

[Facebook](#) | [Instagram](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#)



Nordreisa kommune  
v/Rådmannen

Vår dato  
22.08.2019

Vår referanse  
AQC

Deres dato

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Lasse Lien

## MODERNISERING AV TELENORS INFRASTRUKTUR I KOMMUNEN

Vi viser til tidligere tilsendt brev angående Telenors modernisering av Telenors infrastruktur. Kopi av dette er vedlagt.

Vi varsler med dette ytterligere modernisering og med det nedleggelse av telefonsentraler i kommunen.

### **Hva betyr dette for kommunen og kommunens innbyggere?**

Vi forventer at også kommunen vil få henvendelser fra innbyggerne vedrørende denne moderniseringen. Telenor har planer om modernisering av hele infrastrukturen i Norge og innen 31.12.2022 vil kobbernett for telefoni og bredbånd være utfaset.

Mange av kommunens innbyggere har i dag en bredbåndsløsning og/eller fasttelefoni gjennom Telenors kobbernett. Alle disse innbyggerne vil få tilbud om nye, og mer moderne produkter. For informasjon om disse produktene henviser vi til:

<https://www.telenor.no/privat/internett/modernisering/>

I denne omgang, med start 1. desember i år, og innen utgangen av 2020, vil kunder tilknyttet sentraler merket med gult i Vedlegg 1, bli tilbudt nye telefoni – og bredbånd produkter i deres kommune.

Bedrifter vil også få tilbud om nye og mer moderne løsninger. For mer informasjon om disse løsningene, se: <https://www.telenor.no/bedrift/internett/modernisering/>

Ved feilsituasjon er i kobbernett som oppstår for kunder som ikke har fått ny løsning, vil vi tilby ny løsning fremfor å rette feilen. Hvis telenettet ikke er klargjort for ny løsning, så vi vi allikevel rette feilen.

### **Trygghetsalarm**

Enkelte innbyggere i kommunen kan ha en trygghetsalarm som er basert på fasttelefon eller ADSL. Hvilke brukere dette er, har ikke Telenor oversikt over. Det er helse- og omsorgsetaten i kommunen som normalt administrerer denne tjenesten. Dersom kommunen har brukere av trygghetsalarmer som berøres av moderniseringen, er det viktig at leverandøren kontaktes slik at de kan levere en alternativ løsning til kunden og forsikre seg om at den nye løsningen fungerer hos brukeren i god tid før fasttelefonen legges ned. Dersom det oppstår utfordringer i forbindelse med dette kan dere ta kontakt med Lasse Lien på telefon 90120102 eller på e-post [modernisering@telenor.com](mailto:modernisering@telenor.com). Vi henviser også i denne forbindelse til anbefalingen fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>

Dersom kommunen ikke allerede har en avtale om leveranse av digitale trygghetsalarmer kan dere henvende dere til oss via e-post til [e-helse@telenor.com](mailto:e-helse@telenor.com) for bestilling og eventuelle andre spørsmål knyttet til løsningen.

**Har kommunen spørsmål eller ønsker mer informasjon?**

Dersom dere ønsker mer informasjon eller har spørsmål rundt nedkoblingen av sentralene som er varslet i Vedlegg 1, ber vi om at dere tar kontakt med oss via e-post til [modernisering@telenor.com](mailto:modernisering@telenor.com)

Telenor har invitert eller vil invitere alle kommuner til et informasjonsmøte i løpet av 2019 om den pågående moderniseringen. Vi stiller også gjerne opp til et informasjonsmøte for å gi en presentasjon av prosessen. I et slikt møte kan det også legges til rette for å diskutere muligheter for videre utbygging, enten det er ren kommersiell utbygging eller utbygging med tilskudd fra stat, fylke og/eller kommune.

Med vennlig hilsen  
Telenor Norge AS



Arne Quist Christensen  
Moderniseringsdirektør  
Telenor Norge

## Vedlegg 1

### Oversikt over sentraler i kommunen:

Moderniseringen skal være ferdig innen angitt dato. Arbeidet begynner i god tid før dette

| Lokasjonsnavn        | Dato for nedleggelse | Nedleggelse, varslet |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| SAPPEN               | 01.09.2018           | Nedlagt              |
| PUNTA                | 01.09.2018           | Nedlagt              |
| KILDAL               | 28.02.2019           | 28.01.2019           |
| HAMNEIDET            | 28.02.2019           | 28.01.2019           |
| MOSKODALEN           | 31.12.2019           | 28.01.2019           |
| SØRKJOSEN            | 31.01.2020           | 28.01.2019           |
| ELVEBAKKEN NORDREISA | 31.12.2019           | 05.03.2019           |
| HALLEN               | 31.12.2019           | 05.03.2019           |
| LILAND               | Nedlagt              | Nedlagt              |
| OKSFJORDHAMN         | 31.03.2019           | 10.12.2018           |
| ROTSUNDELV           | 31.12.2019           | 05.03.2019           |
| STORNESHAMN          | Nedlagt              | Nedlagt              |
| STORSLETT            | 01.11.2020           | 22.08.2019           |
| ROTSUND              | 31.12.2019           | 05.03.2019           |
| STRAUMFJORDNES       | Nedlagt              | Nedlagt              |

Det kan komme endringer

\* På mange sentraler leier andre operatører enn Telenor kapasitet i Telenors nett. Disse operatørene kan ha andre datoer for modernisering og varsler selv sine kunder

Nordreisa kommune  
v./ Helse- og omsorgsleder

Vår dato  
14.11.2019

Vår referanse  
AQC

Deres dato

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Lasse Lien

## STATUS TRYGGHETSALARMER I KOMMUNEN

Vi viser til tidligere tilsendt brev angående Telenors modernisering av Telenors infrastruktur. Kopi av dette er vedlagt.

De fleste trygghetsalarmer i Norge er nå basert på mobile terminaler, og disse vil ikke bli berørt av moderniseringen. Imidlertid kan enkelte innbyggere i kommunen ha en trygghetsalarm basert på fasttelefon eller ADSL.

Telenor har ikke oversikt over hvilke tekniske løsninger den enkelte kommune bruker, ei heller hvilke brukere som finnes. Det er helse- og omsorgsetaten i kommunen som normalt administrerer.

Gitt denne tjenestens viktighet for den enkelte bruker ønsker vi å forsikre oss om at deres kommune ikke har trygghetsalarmer i drift via det gamle kobbernettet, og vi ber om en bekreftelse på dette. Dersom det fremdeles finnes trygghetsalarmer via fasttelefon eller ADSL ber vi om bekreftelse på at kommunen har planer for utskifting av disse.

Dersom kommunen ikke allerede har en avtale om leveranse av digitale trygghetsalarmer kan dere henvende dere til oss via e-post til [e-helse@telenor.com](mailto:e-helse@telenor.com) for bestilling og eventuelle andre spørsmål knyttet til løsningen.

Bekreftelse på status for trygghetsalarmer i deres kommune bes sendt via e-post til [modernisering@telenor.com](mailto:modernisering@telenor.com)

Med vennlig hilsen  
Telenor Norge AS



Arne Quist Christensen  
Moderniseringsdirektør  
Telenor Norge



## Saksfremlegg

| Utvalgssak | Utvalgsnavn                         | Møtedato   |
|------------|-------------------------------------|------------|
| 4/19       | Driftsutvalget                      | 21.11.2019 |
| 36/19      | Nordreisa oppvekst- og kulturutvalg | 26.11.2019 |
| 38/19      | Nordreisa helse- og omsorgsutvalg   | 25.11.2019 |
| 45/19      | Nordreisa formannskap               | 28.11.2019 |
|            | Nordreisa kommunestyre              |            |

## Kommunale avgifter og gebyrer 2020

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Priser kommunal renovasjon 2020
- 2 Gebyrregulativ\_Felles\_brannvern 1938\_1940\_1941\_1942\_1943\_2020
- 3 Betalingssetter - gebyrregulativ 2020 - Nordreisa kommune

## Saksprotokoll i Driftsutvalget - 21.11.2019

### Behandling:

### Vedtak:

### Rådmannens innstilling

De kommunale avgifter, gebyrer og betalingssetter for 2020 fastsettes i hht følgende dokumenter:

- Nordreisa kommune, kommunale avgifter, gebyrer og betalingssetter for 2020, Forskrift om gebyrregulativ for behandling av planforslag og konsekvensutredninger og bygge- og delingssaker
- Gebyrregulativ 2020 for kommunene, Kvænangen, Skjervøy, Kåfjord, Nordreisa fra Nord Troms brannvesen.
- Gebyrregulativ fra Avfallsservice AS.

Ordning med premiering av de som går over fra papirfaktura/avtalegiro til efaktura videreføres. En gang i året trekkes det ut et nettbrett i premie blant de som gått over fra papirfaktura/avtalegiro til efaktura.

Leie av idrettshall, gymsal og svømmehall reduseres og gjøres gratis i løpet av 3 år jf vedtak i 2018, aldersgrense for gratis leie settes til 16 år. Tas ned med 34% av opprinnelig gebyr.

## Saksopplysninger

I fylkesmannens skriv om forslaget til statsbudsjett for 2020 er det lagt opp til en generell lønns- og prisvekst (kommunal deflator på 3,1 %). I rådmannens forslag til gebyrregulativ er det for de fleste områder lagt inn en økning på 3,1 %. De ulike områdene er beskrevet under.

Ved beregning av realvekst i kommunesektorens inntekter i 2020 legges det til grunn en pris- og lønnsvekst i kommunal sektor på 3,1%.

Følgende kostnadselementer er ikke dekket av deflatoren:

- Rentekostnader
- Pensjonskostnader er dekket i budsjettdeflatoren i den grad de øker i takt med lønnsveksten. Dersom pensjonskostnadene øker mer enn lønnsveksten fanges ikke dette opp av deflatoren.
- Demografikostnader.

Kommunesektoren er dermed kompensert for anslått pris- og lønnsvekst på 3,1 % innenfor de foreslåtte inntektsrammer for 2020.

I forslag til gebyrsatser har rådmannen fulgt malen fra tidligere år og i hovedsak justert gebyrene med prisstigningen på 3,1 %.

I tillegg ønskes videreføring av målet om å effektivisere drifta gjennom mer bruk av elektroniske løsninger. Bruk av elektroniske løsninger bør igjen gi utslag i lavere avgifter/gebyrer. Dette prinsippet har vært i bruk i mange år og utvidet de siste åra. Alle forslag er foreslått videreført.

Vedtak i 2018 om gratis betaling av trening for barn inntil 16 år innen 3 år, videreføres med reduksjon med en tredjedel for 2020.

### Feiing, vann og avløp og renovasjon

I forslaget legges det opp til følgende endringer til 2020 innen VAR sektoren og feiing:

Gebyr vann økes med 6 %

Gebyr avløp reduseres med 3,5 %

Renovasjon økning med 3,0 %

Gebyr feiing økning med 0,6 %

Det lagt til grunn lønns- og prisvekst på 2,6 %. Kalkulatorisk rentenivå for 2020 er satt i samarbeid med økonomiavdelinga.

Gebyr vann økes med 6 % i forhold til 2019. Fast gebyr blir da kr 3036 eks mva/ kr 3798 inkl mva. Variabelt gebyr kr 15,60 eks mva/ kr 19,50 inkl mva pr m<sup>2</sup>/m<sup>3</sup>.

Hovedplan vann vedtatt juni 2017 sammen med kalkulatorisk rente legger til grunn gebyrøkning på 6 % fra 2019 til 2020, for deretter årlige endringer på mellom 3 og 3,5%

Gebyr avløp økes med 3,5 % i forhold til 2019. Fast gebyr 3540 eks mva/ 4425 inkl mva. Variabelt gebyr kr 17,60 eks mva/ 22,00 inkl mva pr m<sup>2</sup>/m<sup>3</sup>.

Hovedplan avløp vedtatt november 2014 sammen med kalkulatorisk rente legger til grunn gebyrøkning på 3,5 % fra 2019 til 2020, for deretter årlige endringer på mellom 3 og 3,5%

Gebyrutvikling vann og avløp for perioden 2021 – 2024 er kalkulert. Det er lagt til grunn årlig lønns- og prisstigning på 3 %. Det er videre forutsatt et fortsatt lavt rentenivå der kalkulatorisk rente økes fra 2,0 % i 2019 til 3,5 % i 2022. Det presiseres at gebyrutviklingen henger nøye sammen med renteutvikling, lønn- og prisstigning.

### Selvkostberegninger gebyrer vann og avløp

#### Gebyrutvikling 2012 - 2020 for 120 m2 bolig. Beløp inkl 25 % mva

##### Vann

| År                       | 2012   | 2013  | 2014   | 2015  | 2016   | 2017   | 2018  | 2019  | 2020   |
|--------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|--------|
| % endring fra forrige år | 15,0 % | 0,0 % | -8,0 % | 1,9 % | -6,5 % | -5,0 % | 4,0 % | 6,5 % | 6,00 % |
| Beløp for året inkl mva  | 6280   | 6280  | 5778   | 5885  | 5505   | 5227   | 5435  | 5791  | 6138   |

Endring 2012-2020, reduksjon 2,2 %

Hovedplan vann 2017-2025 vedtatt juni 2017

##### Avløp

| År                       | 2012  | 2013   | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018   | 2019  | 2020  |
|--------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| % endring fra forrige år | 0,0 % | -4,1 % | 0,0 % | 3,0 % | 3,5 % | 0,0 % | -7,5 % | 3,0 % | 3,5 % |
| Beløp for året           | 7026  | 6730   | 6730  | 6932  | 7176  | 7176  | 6635   | 6833  | 7065  |

Endring 2012-2020, økning 0,55 %

Hovedplan avløp 2015-2021 vedtatt november 2014

#### Gebyrframskriving 2020 - 2024 for 120 m2 bolig. Beløp inkl 25 % mva

##### Vann

| År                       | 2020   | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  |
|--------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| % endring fra forrige år | 6,00 % | 3,5 % | 3,5 % | 3,0 % | 3,0 % |
| Beløp for året inkl mva  | 6138   | 6355  | 6577  | 6771  | 6975  |

Hovedplan vann 2017-2025 vedtatt juni 2017

##### Avløp

| År                       | 2020  | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| % endring fra forrige år | 3,5 % | 3,5 % | 3,5 % | 3,0 % | 3,0 % |
| Beløp for året           | 7065  | 7316  | 7572  | 7798  | 8028  |

Hovedplan avløp 2015-2021 vedtatt november 2014

### Renovasjon:

Styret i Avfallsservice AS har fremmet en prisøkning på 3 % for renovasjonsgebyret og 3,5 % for slam.

Selvkostregnskapet for 2018 viser følgende:

Renovasjon -390.000, Slam -461.000 Sum -851.000.

Akkumulert underskudd: -129.000, -329.000 Sum -458.000.

Selvkostregnskapet for 2019 forventes å gå med et mindre overskudd både for renovasjon og for slam slik at noe av akkumulert underskudd dekkes inn.



Prisene de senere år er justert som følger:

| År   | Renovasjon | Slam  |
|------|------------|-------|
| 2015 | 2,0 %      | 2,0 % |
| 2016 | 1,0 %      | 0,0 % |
| 2017 | 2,5 %      | 2,0 % |
| 2018 | 1,0 %      | 2,0 % |
| 2019 | 4,0 %      | 4,0%  |

Forventet lønnsvekst for 2019 er på 2,9 %

Forslag om nytt gebyr for papirfaktura er ikke tatt inn, pga av at kommunen mener at det ikke er lov, på samme måte som for vann og avløp.

#### Byggesak og oppmåling

Byggesaksgebyrene skal gjenspeile omkostningene ved drift av byggesakskontor. I dette innebærer også alle tiltak som blir vedtatt av kommunestyret eller påklaget bygnings-myndighetene gjennom endring av lov eller forskrift.

I forslag til nye gebyrer for 2019 er det lagt til grunn generell prisvekst på 3,1 %.

Oppmåling jfr Matrikkelloven og behandling av reguleringsplaner er det lagt inn forslag om økning i henhold til prisvekst på 3,1 %. Det er lagt inn et nytt punkt om Eierseksjonering, seksjoneringsbegjæring. Gebyrene følger Eierseksjoneringslovens maks gebyr.

Meglerpakke, plasserings- og beliggenhetskontroll, karttjenester, oppmålingsgebyr, overføring av gods Sørkjosen havn, samt direktevarslingsbrann, er lagt inn med prisvekst på 3,1 %.

Delings og konsesjonssaker foreslås ikke endret. Gebyret følger statlig fastsettelse. Det samme gjelder for fellingsavgift for elg, her videreføres det at fellingsavgiften reduseres med 20 % hvis jaktlagene rapporterer «Sett Elg» gjennom det statlige innrapporteringssystemet.

Hjemmehjelp/Praktisk bistand oppjusteres etter statlige justeringer.

| G-grense | Nedre inntekt grense kr | Øvre inntekt grense kr | Egenandel pr mnd |
|----------|-------------------------|------------------------|------------------|
| 1-2 G    | 0                       | 199.716                | kr 217           |
| 2-3 G    | 199.717                 | 299.574                | kr 1 300         |
| 3-4 G    | 299.575                 | 399.432                | kr 2 167         |
| 4-5 G    | 399.433                 | 499.290                | kr 3 467         |
| Over 5 G | 499.291                 | ---                    | kr 4 334         |

Timepris hjemmehjelp kr 217 for de under 2 G, de resterende 433. Mottakerne av praktisk bistand betaler per time, men maksimumsbeløpet per måned reguleres etter inntektsgruppa de er i.

#### Trygghetsalarm

| G-grense | Nedre inntekt grense kr | Øvre inntekt grense kr | Egenandel pr mnd |
|----------|-------------------------|------------------------|------------------|
| 1-2 G    | 0                       | 199.716                | kr 217           |
| Over 2 G | 199.717                 | ---                    | kr 271           |

Korttidsopphold på sykestua faktureres med tilsvarende som korttidsopphold på sykehjemmene.

Middagsombringning

|                         | Pris   | Inkludert transport<br>Storslett - distriktet |
|-------------------------|--------|---|
| Middag hel porsjon      | kr 102 | kr 130 - 141                                  |
| Middag redusert porsjon | kr 78  | kr 102 - 118                                  |

#### Institusjonsopphold

|  | Døgnopphold | Dag eller nattopphold | Fribeløp vederlag/<br>egenbetaling |
|--|-------------|-----------------------|------------------------------------|
|  | Kr 170      | Kr 88                 | Kr 8 660                           |

Enkelte takster er med forbehold. Makspris på opphold på institusjon samt minstebeløp for fribeløp egenbetaling reguleres av forskrift fra helse- og omsorgsdepartementet. Kommunene kan ikke sette en høyere pris på opphold eller et lavere fribeløp enn det forskriften tilsier, disse satsene er derfor med forbehold siden de ennå ikke er kjent.

#### Oppvekst og kultur

Semesteravgift i kulturskolen foreslås økt med 3,1 %. Billetter kino justeres etter filmprisøkning fra filmbyråene.

Foreldrebetaling skolefritidsordning foreslås økt med 3,1 %. Regjeringen foreslår maksimalprisen for foreldrebetaling i barnehage for en heltidsplass til 3 135 kroner per måned. Kommunens forslag følger statlig maksimalpris.

Skolefritidsordning (SFO) – redusert foreldrebetaling. Følgende tekst er hentet fra Statsbudsjettet:

*«Regjeringen foreslår å bevilge 58 millioner kroner for å innføre inntektsgradert foreldrebetaling i SFO på 1.–2. trinn fra og med høsten 2020, og 21 millioner kroner til gratis SFO for elever på 5.–7. trinn med særskilte behov.»*

Det tas inn i 2020 når endelige avklaringer kommer.

Det innføres en avbestillingsavgift for Kulturscenen. Avlysning av arrangement senere enn tre uker før oppsatt arrangement: kr.1000.

Det legges ikke inn økning på: billetter svømmehall, kopiering mm

#### E-faktura

I 2016 startet kommunen med premiering av kunder som gikk over til å bruke efaktura i stedet for papirfaktura eller avtalegiro. Det sendes ut ca 4000 fakturaer i faste avgifter (barnehage, kommunale avgifter og hjemmehjelp/sykehjemsplass ol)

I 2017 ble det sendt ut 1003 efaktura. Flest efaktura på barnehage/sfo (40,85 %), deretter på kommunale avgifter (28,29 %), og minst på helsetjenester (9,24 %).

I 2018 sendes det ut 1056 efaktura. Flest efaktura på barnehage/sfo (41,7 %), deretter på kommunale avgifter (31,05 %), og minst på helsetjenester (12,08 %).

I november 2019 blir det sendt ut 1365 efakturaer. Som tallene viser, andelen efakturakunder går opp for hvert år. Det er positivt, men fortsatt er det mange potensielle igjen. Ordningen med uttrekking av Ipad foreslås derfor videreført en gang i året. Trekning gjøres i desember.

Avgift for Etablererprøven for styrer av serveringssted, kunnskapsprøve om alkohollovgivning for salgsbevilling og skjenkebevilling, følger statlige forskrifter.

For de resterende avgifter og behandling av saker i hht til forskriften om gebyrregulativ, foreslås det en økning på kommunal deflator på 3,1 %.

Kommunestyret gjorde denne bestillinga i sak 76/18

*Rådmann må gjennomgå kommunale avgifter, gebyrer og betalingssatser med sikte på å redusere belastninger for minstepensjonister.*

#### Vurdering

Ut fra regelverket og kommunens vedtatte prinsipp om 100 % selvfinansiering på vann og avløp, forstår administrasjonen det slik;

Redusert sats for minstepensjonister vil medføre at øvrige abonnenter inkludert barnefamilier må betale høyere pris for å dekke reduksjonen.

Utdrag fra H-3/14 Retningslinjer for beregning av selvkost for kommunale betalingstjenester  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/retningslinjer\\_selvkost\\_betalingstjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/retningslinjer_selvkost_betalingstjenester.pdf)

#### 1. SAMMENDRAG

*Innenfor de områder der selvkost er satt som den rettslige rammen for brukerbetaling, må kommunen utarbeide en selvkostkalkyle. Kommunene skal utarbeide en budsjettkalkyle (forkalkyle) og foreta en etterkalkulasjon (etterkalkyle) av de reelle kostnadene innenfor de aktuelle tjenesteområdene. Dette gjøres for å føre kontroll med at gebyrinntektene ikke overstiger kommunens selvkost. Der hele selvkosttjenesten er ivaretatt av ett selskap, kan selskapet utarbeide selvkostkalkylen.*

*Til grunn for anbefalingene i disse retningslinjene ligger følgende prinsipper:*

**1 Definisjon** Selvkost er den totale kostnadsøkningen en kommune eller et selskap har ved å produsere en bestemt vare eller tjeneste. Kap. 3

**2 Generasjonsprinsippet** En generasjon brukere skal ikke subsidiere eller bli subsidiert av neste generasjon. Kostnadene ved tjenestene som ytes i dag skal dekkes av de brukerne som drar nytte av tjenesten. Kap. 3

...

**3. SELVKOSTPRINSIPPET** Retningslinjene for beregning av selvkost bygger på prinsippet om at brukerne av dagens tjenester skal betale det disse tjenestene koster, også omtalt som generasjonsprinsippet eller det finansielle ansvarsprinsipp. Dette innebærer at en generasjon brukere ikke skal subsidiere neste generasjon, eller omvendt, men at kostnadene ved tjenestene som ytes i dag skal dekkes av de brukerne som drar nytte av tjenesten.»

Det samme prinsippet vil gjelde for både feiing og renovasjon. Det er selvkostområder der alle abonnenter deler kostnadene. For eiendomsskatt sier eiendomsskatteloven loven at skattesats ikke kan justeres etter inntekt.

Oppsummert så oppfatter administrasjonen regelverket slik at det ikke er mulig å sette egne satser for minstepensjonister.

Avfallservice opplyser at de praktiserer at abonnenter der det er en person boende, benyttes liten dunk og derved et redusert gebyr. Innen vann og avløp så ligger det et valg om å betale etter areal, som de fleste har, eller forbruk. (Krever installasjon av måler) For en abonnent hvor det bor en eller to i huset, vil dette kunne redusere både vann og avløpsavgift, hvis huset er over en viss størrelse og forbruket er moderat.

En siste måte er at kommunen kan gi støtte til minstepensjonister er gjennom en egen tilskuddsordning.

#### Vurdering

Forslag til regulativ for avgifter og gebyrer følger Statlige føringer om pris og lønnsvekst; deflator i Statsbudsjettet.

For utleie av idrettshallen, gymsal og svømmehallen til barn inntil 16 år, følges planen om reduksjon i leieprisen jf vedtak i 2018.

For VAR sektorene følges selvkostberegninger basert på Statlige forskrifter og retningslinjer. Satsingen på selvbetjente og/eller elektroniske løsninger videreføres og det er lagt inn premiering til de som bruker disse.

AVFALLSSERVICE AS

RENOVASJONGEBYR TIL FORBRUKER 2020

| Tekst   År                       | 2019      |            | 2020      |            |
|----------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                                  | Eks. mva. | Inkl. mva. | Eks. mva. | Inkl. mva. |
| <b>RENOVASJON</b>                |           |            |           |            |
| Standardabonnement               | 3 401     | 4 251      | 3 503     | 4 379      |
| Miniabonnement                   | 2 766     | 3 458      | 2 849     | 3 561      |
| Miniabonnement kompost           | 2 766     | 3 458      | 2 849     | 3 561      |
| Storabonnement                   | 4 944     | 6 180      | 5 092     | 6 365      |
| Fritidsabonnement                | 865       | 1 081      | 891       | 1 114      |
| Fritidsabonnement m/dunk         | 1 886     | 2 358      | 1 943     | 2 428      |
| Byttegebyr dunk                  | 267       | 334        | 275       | 344        |
| Kjøp av dunk                     | 640       | 800        | 659       | 824        |
| Hentegebyr dunk inntil 6 mtr.    | 998       | 1 248      | 1 028     | 1 285      |
| <b>SLAM</b>                      |           |            |           |            |
| Slam inntil 4 m3                 |           |            |           |            |
| - tømming hvert år               | 1 727     | 2 159      | 1 787     | 2 234      |
| - tømming hvert 2. år            | 864       | 1 080      | 894       | 1 118      |
| Slam fritidsboliger              |           |            |           |            |
| - tømming hvert 3. år            | 576       | 720        | 596       | 745        |
| - tømming hvert 4. år            | 432       | 540        | 447       | 559        |
| Slam pr. m3 (> 4 m3)             | 475       | 594        | 492       | 615        |
| Ekstra tømming septik            | 2 277     | 2 846      | 2 357     | 2 946      |
| Ekstra tømming i per. 1.11-30.04 | 3 415     | 4 269      | 3 535     | 4 418      |
| Gebyr manglende merking/rydding  | 530       | 663        | 549       | 686        |
| Gebyr papirfaktura               |           |            | 36        | 45         |

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Økning renovasjon | 3,0 % |
| Økning miniab.    | 3,0 % |
| Økning fritidsab. | 3,0 % |
| Økning slam       | 3,5 % |

NY

Gjelder fra 01.01.2020

Kommunal renovasjon eierkommunene



Gebyrregulativ 2020 for kommunene, Lyngen, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvæningen

Vedtatt av kommunestyre

1938-00002019, 1940-00002019, 1941-00002019, 1942-00002019, 1943-00002019

---

### **Gebyrregulativ 2020**

1938 Lyngen, 1940 Kåfjord, 1941 Skjervøy, 1942 Nordreisa, 1943 Kvæningen

#### **Hjemmel:**

LOV-2002-06-14-20 Brann- og eksplosjonsvernloven og FOR-2015-12-17-1710 Forskrift om brannforebygging.

#### **Formål.**

Gebyrregulativet har som formål å regulere gjennomføring av feiing og tilsyn av fyringsanlegg. Samt tilleggstjenester for Nord-Troms Brannvesen.

#### **Virkeområde.**

Gebyrregulativet gjelder kommunene, Lyngen, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvæningen

#### **Hjemmel.**

LOV-2002-06-14-20 Brann- og eksplosjonsvernloven og FOR-2015-12-17-1710 Forskrift om brannforebygging.

#### **Hyppighet for feiing.**

Kommunen skal sørge for at røykkanaler i fyringsanlegg som brukes til oppvarming av byggverk, blir feiet ved behov.

#### **Hyppighet for tilsyn.**

Kommunen skal sørge for at det ved behov blir ført tilsyn med fyringsanlegg som brukes til oppvarming av byggverk.

#### **Varsling.**

Eier av fyringsanlegget skal varsles skriftlig eller elektronisk med dato/tid for gjennomføring, og pålegges å varsle andre brukere av vedkommende bygning.

#### **Gebyr**

1. Kommunene skal dekke sine kostnader i forbindelse med gjennomføring av lovbestemt feiing og tilsyn etter selvkostprinsippet med 100 % dekningsgrad.
2. Samt tilleggstjenester.

Gebyrregulativet vedtas årlig av kommunestyret.



Gebyrregulativ 2020 for kommunene, Lyngen, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænanen

Vedtatt av kommunestyre

1938-00002019, 1940-00002019, 1941-00002019, 1942-00002019, 1943-00002019

**Prisliste**

| Grunnlag  | Pris   |
|---|--------|
| 1. Røykløp – Årsgebyr   | 364,-  |
| 2. Røykløp – Fresing  | 1000,- |
| 3. Røykløp – Filming  | 1000,- |
| 4. Røykløp – Andre tjenester, ekstra inspeksjon av røykløp eller fyringsanlegg etc. | 364,-  |
| 5. Feiing – Fyrkjele og anbringer   | 2500,- |
| 6. Feiing – Lite – ildsted  | 364,-  |
| 7. Feiing – Stort – ildsted   | 800,-  |
| 8. Kjøp av tjenester for kommuner utenfor brannsam arbeidet                         | Tilbud |
| 9. Kjøp av tjenester for kommuner innen brannsam arbeidet                           | Tilbud |

**Priser eks. MVA**

Gebyr innkreves selv om feiing og tilsyn ikke er utført i følgende tilfeller:

1. Feier ved inspeksjon av fyringsanleggets røykkanaler har funnet at feiing ikke er nødvendig.
2. Feier etter varsel og ved oppmøte til fastsatt tid, ikke har tilfredsstillende adgang til fyringsanlegget.
3. Gebyret innkreves periodevis (årlig) sammen med andre kommunale gebyrer.

**Gebyrfritak.**

Kommunen kan etter søknad gi fritak fra å betale gebyr i følgende tilfeller:

1. Bygningen har ikke montert fyringsanlegg.
2. Fyringsanlegg er frakoblet røykløp og røykkanal blendet.

Byggeier plikter å melde ifra til kommunen dersom fyringsanlegg installeres, eller blanding av røykkanal skal fjernes. Dersom byggeier unnlater å melde fra, fastsettes straffegebyr.

«Feie- og tilsynsgebyr etterbetalt fra det tidspunkt fritak ble innvilget»



## Gebyrregulativ 2020 for kommunene, Lyngen, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvæningen

Vedtatt av kommunestyre

1938-00002019, 1940-00002019, 1941-00002019, 1942-00002019, 1943-00002019

---

### **Andre tjenester.**

Eiere av fyringsanlegg som ønsker feiing eller tilsyn utenom det som er lovpålagt, fjerning av bekk sot, inspeksjon av skorstein eller lignende, må ta kontakt med Nord-Troms Brannvesen.

Nord-Troms Brannvesen tilbyr tjenester til kommuner som ikke er tilsluttet samarbeidet. Ta kontakt for tilbud.

### **Byggeiers / brukers plikter.**

Eier skal, etter varsel om feiing, sørge for at hele fyringsanlegget er tilgjengelig for feiing, samt utstyrt og innrettet slik at feiing kan utføres på tilfredsstillende måte.

Eier av bygninger hvor feiing av røykløp foretas fra tak, skal sørge for at feieren har tilfredsstillende atkomst opp til, og på taket.

Eier er pliktig å sørge for at forskriftsmessig stige er lagt fram, tilgjengelig for feier, i umiddelbar nærhet til takstige, som ett signal på at det er klart for feiing.

Forskriftsmessig takstige eller trinn skal festes forskriftsmessig. Adkomst til tak skal sikres mot utskliding.

Der feiing ikke skjer fra tak, skal Eier/ representant sørge for at feieren har tilfredsstillende atkomst til røykløp.

Eier/ representant skal sørge for tilfredsstillende atkomst til sotluke eller tilsvarende egnet innretning for sotuttak. Ved innvendig atkomst for feiing, skal Eier/ representant være tilstede under feiing.

### **Feierens plikter**

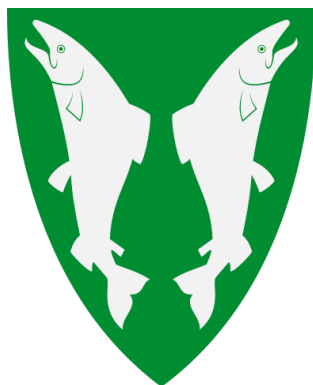
Feiingen skal utføres på en faglig tilfredsstillende måte med minst mulig ulemper for beboerne. Etter endt feiing skal feieren sørge for at sot blir fjernet, enten av feieren selv eller av byggeier/representant, og anbrakt på egnet sted.

Feieren skal under feiing og tilsyn vurdere forhold ved fyringsanlegget, som har betydning for brannsikkerheten eller atkomsten, samt sjekk av varsling og slukkings apparater. Ved avvik som ikke kan rettes på stedet, skal feieren gi skriftlig tilbakemelding til eieren, med frist for retting eller tilbakemelding om når retting blir gjennomført. Dersom retting ikke blir gjennomført, skal tilsynsmyndigheten gi nødvendige pålegg.

### **Klage.**

Saksbehandlingen ved klager følger bestemmelsene gitt i eller i medhold av Brann- og eksplosjonsvernloven, samt Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)





**NORDREISA KOMMUNE**

**Kommunale avgifter, gebyrer  
og betalingssetser**

**og**

**Forskrift om gebyrregulativ  
for behandling av:**

**Planforslag og konsekvensutredning  
Bygge- og delingssaker**

**pr. januar 2020**

**Vedtatt av Nordreisa kommunestyre 19.12.2019, sak xx/19**

## Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Vann, kloakk, feiing, slam og renovasjon .....   | 4  |
| Arbeid som utføres etter bestilling på private vann- og avløpsledninger.....               | 5  |
| Gravemeldinger.....  | 5  |
| Eiendomsskatt.....   | 5  |
| Meglerpakke.....   | 5  |
| Konsesjon .....  | 6  |
| Fellingsavgift.....  | 6  |
| Plasserings og beliggenhetskontroll.....   | 6  |
| Karttjenester.....   | 7  |
| Oppretting av matrikkelenhet (oppmålingsgebyr).....  | 7  |
| Overføring gods Sørkjosen havn og Oksfjord- og Klubbenes havn .....                        | 10 |
| Direktevarsling brannalarmer til Nordreisa brannvesen.....                                 | 11 |
| Billettpris svømmehall.....  | 11 |
| Billettpriser kino .....   | 11 |
| Foreldrebetaling kulturskole .....   | 11 |
| Betalingssatser skolefritidsordning .....  | 11 |
| Hjemmehjelp/Praktisk bistand.....  | 12 |
| Trygghetsalarm .....   | 12 |
| Middagsombringning .....   | 12 |
| Institusjonsopphold.....   | 12 |
| Betalingssatser barnehage .....  | 13 |
| Utleie lokaler .....   | 13 |
| Kopiering/laminering/andre tjenester – Servicetorget.....                                  | 16 |
| Forskrift om gebyrregulativ for behandling av:.....  | 18 |
| 1 Fellesbestemmelser.....  | 18 |
| 2 Planforslag og konsekvensutredninger.....  | 20 |
| 2.1 Generelt.....  | 20 |
| 2.2 Fritak for gebyr .....   | 20 |
| 2.3 Gebyrsatser for reguleringsplaner .....  | 20 |
| 2.4 Krav om levering av private detaljreguleringsforslag i digital form .....              | 21 |
| 2.5 Konsekvensutredninger.....   | 21 |
| 3. Bygge og delingssaker: .....  | 21 |
| 3.1 Generelt.....  | 21 |
| 3.2. Tiltak som krever søknad og tillatelse, plan- og bygningsloven § 20-1 og § 20-2:..... | 23 |
| 4. Ulovlige tiltak – tilsyn .....  | 25 |
| 4.1 Tiltak i strid med plan- og bygningslovgivningen .....                                 | 25 |

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 4.2 Gebyr ved tilsyn..... | 25 |
| 5. Delingssaker .....     | 25 |

## Vann, kloakk, feiing, slam og renovasjon

Prisene er inkl 25 % mva

| Tilknytningsavgifter  |    |                    |
|---|----|--------------------|
| Tilknytningsavgift vann   | kr | 8 038              |
| Tilknytningsavgift kloakk   |    |                    |
|   | kr | 8 093              |
| Tilknytningsavgift skal betales før tilkopling til vann og/eller kloakkledning skjer. Nordreisa kommune skal foreta selve tilkoplingen, og virksomheten Anleggsdrift må derfor kontaktes før tilknytningen skjer. |    |                    |
| Årsgebyr vann   |    |                    |
| Årsgebyr vann fast  | kr | 3 798              |
| Årsgebyr vann variabelt, areal  |    | Kr 19,50 pr m2     |
| Årsgebyr vann variabelt, vannmåler  |    | Kr 19,50 pr m3     |
|   |    |                    |
| Salg av vann hentet i tankbil til ulike tjenester   |    | Kr 34,50 pr m3     |
| Årsgebyr kloakk   |    |                    |
| Årsgebyr kloakk fast  | kr | 4 425              |
| Årsgebyr kloakk variabelt forbruk areal   |    | Kr 22,00 pr m2 BRA |
| Årsgebyr kloakk, forbruk etter vannmåler  |    | Kr 22,00 pr m3     |
| Årsavgift for vann og kloakk vil løpe fra den dato huset/ bygningen tas i bruk.   |    |                    |
|   |    |                    |
| Feiing og tilsyn  |    |                    |
| Feiing og tilsyn av fyringsanlegg, se eget regulativ for Nord Troms brannvesen  |    |                    |
| <b>Faktureres av Avfallsservice AS. Prisene er inkl 25 % mva</b>  |    |                    |
| Slamtømming bolig   |    |                    |
| Slam inntil 4 m3: Tømming hvert år  | kr | 2 234              |
| Slam inntil 4 m3: Tømming hvert 2. år   | kr | 1 118              |
| Slam pr m3 (> 4 m3)   | kr | 615                |
| Ekstra tømming septik   | kr | 2 946              |
| Ekstra tømming i perioden 1.11.-30.4.   | kr | 4 418              |
| Slamtømming fritidsbolig  |    |                    |
| Tømming hvert 3. år   | kr | 745                |
| Tømming hvert 4. år   | kr | 559                |
| Gebyr manglende merking slamtank  | kr | 686                |

| Renovasjon                     |    |       |
|--------------------------------|----|-------|
| Standardabonnement             | kr | 4 379 |
| Miniabonnement                 | kr | 3 561 |
| Miniabonnement/kompost         | kr | 3 561 |
| Storabonnement                 | kr | 6 365 |
| Fritidsabonnement              | kr | 1 114 |
| Fritidsabonnement m/dunk       | kr | 2 428 |
| Byttegebyr dunk                | kr | 344   |
| Kjøp av dunk                   | kr | 800   |
| Hentegebyr dunk inntil 6 meter | kr | 1 285 |

### Arbeid som utføres etter bestilling på private vann- og avløpsledninger

Inkl 25 % mva

|                            |    |      |
|----------------------------|----|------|
| Dagtid                     | kr | 858  |
| Etter arbeidstid           | kr | 1052 |
| Dokumentasjon(minnebrikke) | kr | 125  |

### Gravemeldinger

Inkl 25 % mva

|                            |    |     |
|----------------------------|----|-----|
| Behandling av gravemelding | kr | 278 |
|----------------------------|----|-----|

### Eiendomsskatt

For eiendomsskatteåret 2020 skal det skrives ut eiendomsskatt i hele kommunen, jmf eiendomsskatteloven (esktl) §3 første ledd bokstav a

Ved utskriving av eiendomsskatt for 2020 nyttes en generell sats på 7 promille. For boliger nyttes en sats på 5 promille.

### Meglerpakke

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Eiendomsmeglerpakke                         | kr | 1 436 |
| Skattetakst                                 | kr | 109   |
| Bygningsdata                                | kr | 179   |
| Grunnkart                                   | kr | 304   |
| Grunnkart med naboliste                     | kr | 357   |
| Ledningskart                                | kr | 178   |
| Målebrev                                    | kr | 109   |
| Godkjenne bygningstegninger                 | kr | 572   |
| Midlertidig brukstillatelse og ferdigattest | kr | 466   |
| Gjeldende planstatus med bestemmelser       | kr | 313   |
| Innsendte reguleringsplaner                 | kr | 178   |
| Kommunale avgifter og gebyrer               | kr | 178   |
| Legalpant                                   | kr | 109   |

## Konsesjon

Jfr forskrift om gebyr for behandling av konsesjons- og delingssaker

| Konsesjonssaker   |          |
|---|----------|
| Konsesjonssaker der kjøpesummen er under kroner 3 000 000,- Behandlingsgebyr på kroner  | kr 1 500 |
| Konsesjonssaker der kjøpesummen er kroner 3 000 000,- eller mer: Behandlingsgebyr på 2 promille av kjøpesummen, men inntil kroner                           | kr 5 000 |
| I delingssaker der det medfører at erverver må søke konsesjon for å kunne overta eiendommen, vil det ikke bli krevd noe behandlingsgebyr i konsesjonssaken. |          |
| Det skal ikke kreves gebyr når det søkes om konsesjon fordi eieren ikke skal oppfylle lovbestemt boplikt.   |          |
| Det skal betales ett gebyr for en eiendom, selv om det er flere erververe av samme eiendom.   |          |

## Fellingsavgift

| Fellingsavgift elg |        |
|--------------------|--------|
| Voksen elg         | kr 562 |
| Elgkalv            | kr 331 |

Avgiften følger statlige reguleringer. Ved innlevering av Sett elg ved bruk av den elektroniske Settogskutt.no gis det en rabatt på 20%.

## Plasserings og beliggenhetskontroll

| Godkjenning av plassering direkte i marken. For avmerking med tilhørende dokumentasjon:  |          |
|--|----------|
| Bare høydeplassering   | kr 1 199 |
| Horisontal og vertikal plassering av bygning:  |          |
| Tiltak i tiltaksklasse 1 (med måleband uten koordinatfesting)  | kr 1 180 |
| Tiltak i tiltaksklasse 2 (koordinatfesting)  | kr 4 077 |
| Der plassforholdene er trange eller beliggenheten til andre objekter må fastlegges før avmerkingen kan skje, kan gebyret fastsettes i forhold til brukte timeverk. |          |
| Konstruksjon, anlegg og terrengendringer: gebyr etter brukte timeverk  |          |

## Karttjenester

Kopi/utskrift av kartbase. For enkel strekutskrift av grunnkart eller rasterbase på papir uten plan, eiendoms- og annen registerinformasjon betales i henhold til tabellen under:

| FKB                             |    | Format A1 |    |     |    |     |
|---------------------------------|----|-----------|----|-----|----|-----|
| FKB                             | kr | 252       | kr | 335 | kr | 414 |
| Tilleggskopi                    | kr | 47        | kr | 61  | kr | 78  |
| Utskrift med fylte fargeflater: |    |           |    |     |    |     |
| Temakart                        | kr | 335       | kr | 446 | kr | 510 |

For uttegning på folie kommer foliekostnaden i tillegg.

For digitale kartdata kopiert direkte fra kartbasen og levert på CD eller E-post: kr. 180 og kr. 0,50 pr. kilobyte inntil rapporteringsplikt etter GEOVEKST forvaltningsavtale er nådd (for tiden kr. 770,00). Overskrides grensen beregnes gebyr i samsvar med forvaltningsavtalen. I tillegg kommer selvkost for CD er.

## Oppretting av matrikkelenhet (oppmålingsgebyr)

Arbeid etter matrikkelloven (lovens § 32, forskriftens § 16)

|  |           |
|--|-----------|
| Oppretting av grunneiendom eller festegrund                            |           |
| Areal fra 0 – 500 m <sup>2</sup>                                       | kr 12 957 |
| Areal fra 501 – 2000 m <sup>2</sup>                                    | kr 14 290 |
| Areal fra 2001 m <sup>2</sup> – økning pr påbegynt da.                 | kr 969    |
| Matrikulering av eksisterende umatrikulert grunn                       |           |
| Areal fra 0 – 500 m <sup>2</sup>                                       | kr 12 957 |
| Areal fra 501 – 2000 m <sup>2</sup>                                    | kr 14 290 |
| Areal fra 2001 m <sup>2</sup> - økning pr påbegynt da.                 | kr 9 470  |
| Gebyr for oppmåling av uteareal pr eierseksjon                         |           |
| Areal fra 0 – 50 m <sup>2</sup>  | kr 6 779  |
| Areal fra 51 – 250 m <sup>2</sup>                                      | kr 6 779  |
| Areal fra 251 – 2000 m <sup>2</sup>                                    | kr 756    |
| Areal fra 2001 m <sup>2</sup> – økning pr påbegynt da.                 | kr 969    |
| Oppretting av anleggseiendom   |           |
| Gebyr for oppretting av grunneiendom                                   |           |
| Volum fra 0-2000 m <sup>3</sup>  | kr 14 290 |
| Volum fra 2001 m <sup>3</sup> – økning pr påbegynt 1000 m <sup>3</sup> | kr 969    |

|  |    |       |
|--|----|-------|
| Registrering av jordsameie   |    |       |
| Gebyr for registrering av eksisterende jordsameie faktureres etter medgått tid   | kr | 2 508 |
| Oppretting av matrikkelenhet uten fullført oppmålingsforretning  |    |       |
| I tillegg kan det komme tilleggsgebyr for å utføre oppmålingsforretning  | kr | 2 508 |
| Avbrudd i oppmålingsforretning eller matrikulering   |    |       |
| Gebyr for utført arbeid når saken blir trukket før den er fullført, må avvises, ikke lar seg matrikkelføre på grunn endrede hjemmelsforhold eller av andre grunner ikke kan fullføres, settes til 1/3 av fullførte gebyrsatser   |    |       |
| Grensejustering  |    |       |
| Grunneiendom, festegrund og jordsameie   |    |       |
| Ved gebyr for grensejustering kan arealet for involverte eiendommer justeres med inntil 5 % av eiendommens areal (maksimalgrensen er satt til 500 m <sup>2</sup> ). En eiendom kan imidlertid ikke avgi areal som i sum overstiger 20 % av eiendommens areal før justeringen. For grensejustering til vei- eller jernbaneformål kan andre arealklasser gjelde. |    |       |
| Areal fra 0 – 250 m <sup>2</sup>   | kr | 2 580 |
| Areal fra 251 – 500 m <sup>2</sup>   | kr | 4 408 |
| Anleggseiendom   |    |       |
| For anleggseiendom kan volumet justeres med inntil 5 % av anleggseiendommens volum, men den maksimale grensen settes til 1000 m <sup>3</sup>   |    |       |
| Volum fra 0 – 250 m <sup>3</sup>   | kr | 2 580 |
| Volum fra 251 – 1000 m <sup>3</sup>  | kr | 4 408 |
| Arealoverføring  |    |       |
| Grunneiendom, festegrund og jordsameie   |    |       |
| Ved arealoverføring skal oppmålingsforretning og tinglysning gjennomføres. Arealoverføring utløser dokumentavgift. Dette gjelder ikke arealoverføring til veg- og jernbaneformål   |    |       |
| Areal fra 0 – 250 m <sup>2</sup>   | kr | 3 758 |
| Areal fra 251 – 500 m <sup>2</sup>   | kr | 7 003 |
| Arealoverføring pr nytt påbegynt 500 m <sup>2</sup> medfører en økning av gebyret på   | kr | 969   |



|  |          |
|--|----------|
| Anleggseiendom   |          |
| For anleggseiendom kan volum som skal overføres fra en matrikkelenhet til en annen, ikke være registrert på en tredje matrikkelenhet dersom vilkårene for sammenføring er til stede. Matrikkelenheten skal utgjøre et sammenhengende volum |          |
| Volum fra 0 – 250 m3   | kr 3 758 |
| Volum fra 251 – 500 m3   | kr 7 003 |
| Volumoverføring pr nytt påbegynt 500 m3 medfører en økning av gebyret på   | kr 969   |
| Klarlegging av eksisterende grense der grensen tidligere er koordinatordestemt ved oppmålingsforretning  |          |
| For inntil 2 punkter   | kr 2 580 |
| For overskytende grensepunkter, pr punkt   | kr 993   |

|   |                |
|---|----------------|
| Klarlegging av eksisterende grense der grensen tidligere er koordinatordestemt ved oppmålingsforretning, eller klarlegging av rettigheter |                |
| For inntil 2 punkter  | kr 4 387       |
| For overskytende grensepunkter, pr punkt  | kr 1 789       |
| Gebyr for klarlegging av rettigheter faktureres etter medgått tid   |                |
| Eierseksjonering, seksjoneringsbegjæring  |                |
| Der det ikke foretas befaring fastsettes et gebyr på 3 ganger rettsgebyret  | Rettsgebyr * 3 |
| Der det fortas befaring fastsettes i tillegg et gebyr på 2 ganger rettsgebyr  | Rettsgebyr * 2 |
| Ved avslag på seksjoneringssøknader beregnes 50 % gebyr   | 50 %           |
| Gebyr i henhold til eierseksjonslovens maksimalgebyr. Endring i rettsgebyret reguleres av Staten. (For 2017 er rettsgebyret 1049 kr)      |                |
| Privat grenseavtale   |                |
| For inntil 2 punkter  | kr 2 580       |
| For hvert nytt punkt eller påbegynt 100 m grenselengde  | kr 1 711       |
| Billigste alternativ for rekvirent velges   |                |

|  |        |
|--|--------|
| Urimelig gebyr   |        |
| <p>Dersom gebyret åpenbart er urimelig i forhold til de prinsipper som er lagt til grunn, og det arbeidet og de kostnadene kommunen har hatt, kan administrasjonssjefen eller den han/hun har gitt fullmakt, av eget tiltak fastsette et redusert gebyr. Fullmaktshaver kan under samme forutsetninger og med bakgrunn i grunnlagt søknad fra den som har fått krav om betaling av gebyr, fastsette et redusert gebyr.</p> |        |
|  |        |
| Betalingstidspunkt   |        |
| Kommunen har vedtatt at gebyret kreves inn forskuddsvis.   |        |
|  |        |
| Forandringer i grunnlaget for matrikkelføring av saken   |        |
| Gjør rekvirenten under sakens gang forandringer i grunnlaget for matrikkelføring av saken, opprettholdes likevel gebyret   |        |
|  |        |
| Utstedelse av matrikelbrev   |        |
| Matrikelbrev inntil 10 sider   | kr 236 |
| Matrikelbrev over 10 sider   | kr 468 |
| Endring i maksimalsatsene reguleres av Statens kartverk i takt med den årlige kostnadsutviklingen.   |        |

## Overføring gods Sørkjosen havn og Oksfjord- og Klubbenes havn

|  |                    |
|--|--------------------|
| Overførselspris  |                    |
| Vekt over 1,0 tonn   | Kr 54,00 pr. tonn  |
| Vekt 0 - 500 kg  | Kr 28,60 pr. kolli |
| Vekt 500 - 1000 kg   | Kr 54,00 pr. kolli |
| For større laster i bulk, direkte losset på bil – pris på forespørsel                            |                    |
| Omregningsnøkkel 1m3 = 286 kg  |                    |
| Overførselspris  |                    |
| Volum 0 - 0,5 m3   | Kr 45,60 pr. kolli |
| Volum 0,5 - 1,0 m3   | Kr 80,00 pr. kolli |
| Volum over 1,0 m3  | Kr 80,00 pr. m3    |
| Overføring arbeidsbrakker/husseksjoner under 9 meter   | kr 446             |
| Overføring arbeidsbrakker/husseksjoner over 9 meter  | kr 556             |
| Overføring containere inntil 6 meter   | kr 335             |
| Overføring containere mellom 6 og 9 meter  | kr 446             |
| Overføring containere over 9 meter   | kr 556             |
| Overførselsprisen skal beregnes etter den måleenheten (vekt/m3) som gir høyeste enhetspris.      |                    |
| Vederlag for turistbåter som ligger til kai i Sørkjosen og benytter strøm kr 196 pr døgn eks mva |                    |

## Direktevarsling brannalarmer til Nordreisa brannvesen

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Tilknytning Direktevarsling                 |    |       |
| Tilknytning Direktevarsling brannalarm      | kr | 4 809 |
| Årsavgift Direktevarsling Høy sikkerhet     | kr | 8 402 |
| Årsavgift Direktevarsling Middels sikkerhet | kr | 7 612 |
| Årsavgift Direktevarsling Lav sikkerhet     | kr | 6 880 |

## Billettpris svømmehall

|                              |                           |    |
|------------------------------|---------------------------|----|
| Voksne                       | kr                        | 70 |
| Pensjonister/studenter/uføre | kr                        | 40 |
| Barn og unge under 16        | kr                        | 30 |
| Klippkort 12 klipp           |                           |    |
| Voksne                       | Kr 300 - 2 klipp pr besøk |    |
| Pensjonister/studenter/uføre | Kr 300 - 1 klipp pr besøk |    |
| Familie                      | Kr 300 - 4 klipp pr besøk |    |
| Barn                         | Kr 200 - 1 klipp pr besøk |    |

## Billettpriser kino

|             |    |     |
|-------------|----|-----|
| Barnefilm   | kr | 90  |
| Ungdomsfilm | kr | 100 |
| Voksenfilm  | kr | 110 |

Prisene kan variere avhengig av filmbyrå, premiere med mer.

## Foreldrebetaling kulturskole

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Høstsemester  | kr | 1 050 |
| Vårsemester   | kr | 1 270 |
| Ti ukers kurs   | kr | 570   |
| Det gis 25 % søskenmoderasjon for 1. søsken, og 50 % for evt flere. |    |       |

## Betalingssetser skolefritidsordning

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Hel plass pr mnd, fra 10 t eller mer pr uke | kr | 2 254 |
| Halv plass, inntil 9 t pr uke               | kr | 1 690 |
| Full plass med søskenmoderasjon             | kr | 1 129 |
| Halv plass med søskenmoderasjon             | kr | 845   |

|   |  |
|---|--|
| Prisene er eks. kost. Det gis 50 % søskenmoderasjon       |  |
| Prisene er eksklusiv kost. Det gis 50 % søskenmoderasjon. |  |

Skolefritidsordning (SFO) – redusert foreldrebetaling

Inntektsgradert foreldrebetaling i SFO på 1.–2. trinn fra og med høsten 2020, gratis SFO for elever på 5.–7. trinn med særskilte behov jf retningslinjer fra staten.

## Hjemmehjelp/Praktisk bistand

| G-grense | Nedre inntekt grense kr | Øvre inntekt grense kr | Egenandel pr mnd |
|----------|-------------------------|------------------------|------------------|
| 1-2 G    | 0                       | 199.716                | kr 217           |
| 2-3 G    | 199.717                 | 299.574                | kr 1 300         |
| 3-4 G    | 299.575                 | 399.432                | kr 2 167         |
| 4-5 G    | 399.433                 | 499.290                | kr 3 467         |
| Over 5 G | 499.291                 | ---                    | kr 4 334         |

Timepris hjemmehjelp kr 217 for de under 2 G, de resterende 433. Mottakerne av praktisk bistand betaler per time, men maksimumsbeløpet per måned reguleres etter inntektsgruppa de er i.

## Trygghetsalarm

| G-grense | Nedre inntekt grense kr | Øvre inntekt grense kr | Egenandel pr mnd |
|----------|-------------------------|------------------------|------------------|
| 1-2 G    | 0                       | 199.716                | kr 217           |
| Over 2 G | 199.717                 | ---                    | kr 271           |

Korttidsopphold på sykestua faktureres med tilsvarende som korttidsopphold på sykehjemmene.

## Middagsombringning

|                         | Pris   | Inkludert transport<br>Storslett - distriktet |
|-------------------------|--------|---|
| Middag hel porsjon      | kr 102 | kr 130 - 141                                  |
| Middag redusert porsjon | kr 78  | kr 102 - 118                                  |

## Institusjonsopphold

|  | Døgnopphold | Dag eller<br>nattopphold | Fribeløp vederlag/<br>egenbetaling |
|--|-------------|--------------------------|------------------------------------|
|  | Kr 170      | Kr 88                    | Kr 8 660                           |

Enkelte takster er med forbehold. Makspris på opphold på institusjon samt minstebeløp for fribeløp egenbetaling reguleres av forskrift fra helse- og omsorgsdepartementet. Kommunene kan ikke sette en høyere pris på opphold eller et lavere fribeløp enn det forskriften tilsier, disse satsene er derfor med forbehold siden de ennå ikke er kjent.

## Betalingssatser barnehage

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Hel plass - 100 %   | kr | 3 135 |
| 80 %  | kr | 2 822 |
| 70 %  | kr | 2 508 |
| 60 %  | kr | 2 195 |
| 50 %  | kr | 1 881 |
| Dagsats ved kjøp av enkeltdager   | kr | 175   |
| Prisen er eksklusiv kost. Det gis 30 % søskenmoderasjon for barn nr to og 50 % for barn nr tre og videre. |    |       |

## Utleie lokaler

|   |    |        |
|---|----|--------|
| <b>KOMMUNEHUSET</b>   |    |        |
| Utleie formannskapssalen, pr møte                                     | kr | 280    |
| Utleie kommunestyresalen, pr møte                                     | kr | 550    |
| <b>NORDREISAHALLEN</b>  |    |        |
| Timepris idrettshall 1/1 til trening, idrettslag barn inntil 16 år    | kr | 43     |
| Timepris idrettshall 1/1 til trening                                  | kr | 137    |
| Timepris idrettshall 1/3 til trening, idrettslag barn inntil 16 år    | kr | 26     |
| Timepris idrettshall 1/3 til trening                                  | kr | 82     |
| Timepris idrettshall 2/3 til trening, idrettslag barn inntil 16 år    | kr | 35     |
| Timepris idrettshall 2/3 til trening                                  | kr | 110    |
| Timepris idrettshall 1/3 privatskoler, Nord Troms vgs                 | kr | 95     |
| Timepris idrettshall 2/3 privatskoler, Nord Troms vgs                 | kr | 137    |
| Timepris idrettshall 1/1 privatskoler, Nord Troms vgs                 | kr | 193    |
| Leie messer/utstillinger 1/1 hall pr.døgn                             | kr | 11 738 |
| Turneringer ( f.eks Bakkeby-turn, håndballturn.) over 10 timer pr.dag | kr | 2 209  |
| Turneringer under 10 timer pr. dag = timepris pr. time                | kr | 137    |
| Kulturarr. m/inntekter 1/1 hall pr.døgn                               | kr | 6 216  |
| Kulturarr. m/inntekter 2/3 hall pr.døgn                               | kr | 4 144  |
| Rigging i hall pr.døgn  | kr | 965    |

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Rigging 1/2 dag i hall (formiddag el. ettermiddag/kveld)  | kr | 482   |
| Leie av hall til dansearr. (dansegalla, romjulsball o.l.) pr.gang<br>Prisen er inkl. kafeteria. Leie av kinosal kommer i tillegg. | kr | 8 283 |
| Leie hall større møter 1/1 hall, ( til bryllup kaf. i tillegg )pr.døgn  | kr | 2 208 |
| Ved leie av idrettshallen til seriekamper tas det ikke leie for kantina.  |    |       |
| <b>GARDEROBER:</b>  |    |       |
| Leie garderobes u/hall pr.time (pr stk)   | kr | 110   |
| <b>MINIATYRSKYTEBANEN:</b>  |    |       |
| Skytebanen u garder. pr. time, barn inntil 16 år  | kr | 36    |
| Skytebanen u garder. pr. time   | kr | 110   |
| Skytebanen u.garder. pr.dag, barn inntil 16 år  | kr | 198   |
| Skytebanen u.garder. pr.dag   | kr | 636   |
| <b>KAFETERIA:</b>   |    |       |
| Leie av kafeteria pr.dag over 3 timer   | kr | 636   |
| Leie av kafeteria under 3 timer   | kr | 210   |
| Arrangement i kaf. pr. dag f.eks bingo, loppemarked, basar , private arr., inntektsbring. arr.                                    | kr | 906   |
| <b>KAFETERIA OG KINOSAL:</b>  |    |       |
| Leie kaf. og kinosal pr. dag over 3 timer   | kr | 990   |
| Leie kaf. og kinosal under 3 timer  | kr | 424   |
| Inntektsbringende arr. basar, loppemarked, private arr., pr.dag   | kr | 1 840 |
|   |    |       |
| <b>STORSLETT SAMFUNNSHUS</b>  |    |       |
| Timepris gymsal til trening, idrettslag barn inntil 16 år   | kr | 28    |
| Timepris gymsal til trening   | kr | 90    |
| Leie av gymsal til dansearrangement inkl kjøkken  | kr | 3 654 |
| Leie av gymsal til teater, konserter o.l. inkl kjøkken  | kr | 2 490 |
| Leie av gymsal til konserter (småe) inkl kjøkken  | kr | 1 174 |
| Leie av gymsal møter, kurs, loppemarked (inkl kjøkken)  | kr | 1 645 |
|   |    |       |

|   |          |
|---|----------|
| <b>SVØMMEHALL</b>   |          |
| Timepris svømmehall   | kr 913   |
| Timepris svømmehall for idrettslag  | kr 134   |
| Leie av badstu pr time  | kr 188   |
| <b>SØRKJOSEN SKOLE</b>  |          |
| Timepris, utleie av gymsal til trening, sangøvinger, etc  | kr 76    |
| Utleie til private arrangement (bursdag etc.)   | kr 327   |
| Utleie av gymsal til inntektsbringende arr (loppemarked, basar etc) pr dag  | kr 543   |
| Timepris, utleie av klasserom   | kr 76    |
| <b>MOAN -, STORSLETT- , ROTSUNDELV SKOLE OG OKSFJORD OPPVEKSTSENTER</b>   |          |
| Timepris, utleie av gymsal til trening, sangøvinger, etc  | kr 76    |
| Utleie til private arrangement (bursdag etc.)   | kr 327   |
| Utleie av gymsal til inntektsbringende arr (loppemarked, basar etc) pr dag  | kr 543   |
| Timepris, utleie av klasserom   | kr 76    |
| <b>KANTINA KOMMUNEHUSET</b>   |          |
| Utleie til private arrangement (bursdag etc.)   | kr 327   |
| <b>HALTI</b>  |          |
| <b>KULTURSCENE</b>  |          |
| Salen leies ut til en fast grunnpris. For inntektsbringende arrangement kreves det et tillegg tilsvarende 10 % av billettinntekter. |          |
| Grunnpris*, inntil 4 timer for konferanser, møter mm  | kr 1 630 |
| Grunnpris*, over 4 timer for konferanser, møter mm  | kr 3 260 |
| Grunnpris*, ideelle organisasjoner  | kr 1 630 |
| Grunnpris*, profesjonelle/kommersielle aktører  | kr 4 350 |
| Prøvedag, pr time (tilpasses øvrig aktivitet i salen)   | kr 540   |

|   |     |        |
|---|-----|--------|
| Driftsteknikker, prøvedag timepris  | kr  | 540    |
| Driftsteknikker pr forestilling   | kr  | 3 260  |
| Driftsteknikker for konferanser, møter mm   | kr  | 1 630  |
| Utleie som seremonirom, begravelse og vielse  |     | Gratis |
| Utleie som seremonirom, andre seremonier  | kr  | 2 175  |
| <b>ISHAVSSTUDIO</b>   |     |        |
| Inntil 4 timer  | kr  | 273    |
| Over 4 timer  | kr  | 540    |
| <b>HALLEN og KANTINE til arrangement</b>  |     |        |
| Renhold ved arrangement i helger, pr dag  | kr  | 2 110  |
| Avlysning av arrangement Halti kulturscene senere enn tre uker før oppsatt arrangement: | kr. | 1 000  |

\*Grunnprisen inkluderer renhold, lån av bord og stoler, lån av amfi, tilgang til garderober, sidescener og salg av forfriskninger i hall i forbindelse med arrangement.

Leie av skrankeområde må avtales med Halti SA.

Billettsalg til forestillinger i kulturhussalen skal foregå via eBillett.

Det kreves ikke leie fra Nordreisa kommunes egne virksomheter.

## Kopiering/laminering/andre tjenester – Servicetorget

| Priser ved fakturering                                   |              |
|--|--------------|
| Kopiering A4   | 4,00 pr ark  |
| Kopiering A3   | 5,00 pr ark  |
| Laminering A4 og A5                                      | 6,00 pr ark  |
| Laminering A3  | 8,00 pr ark  |
| Andre tjenester  |              |
| Prosjektor leie (inntil 2 døgn)                          | Kr 250,-     |
| Transparenter/spiraler                                   | 8,00 pr stk  |
| Telefaks utgående/inngående                              | 10,00 pr ark |
| Telefaks utenlands                                       | 15,00 pr ark |
| Etablererprøven for styrer av serveringssted             | kr 400       |
| Kunnskapsprøve om alkohollovgivning for salgsbevilling   | kr 400       |
| Kunnskapsprøve om alkohollovgivning for skjenkebevilling | kr 400       |



Nøyaktig avgift for etablererprøven for styrer av serveringssted, kunnskapsprøve om alkohollovgivning for salgsbevilling og skjenkebevilling, fastsettes gjennom statlige forskrifter.

## Forskrift om gebyrregulativ for behandling av:

- Planforslag og konsekvensutredning
- Bygge- og delingssaker

Forskrift vedtatt med hjemmel i plan- og bygningsloven 2008 § 33-1 av Nordreisa kommunestyre den 15. desember 2011 i sak 71/11. Gjeldende fra 01.01.2012.

### Innholdsoversikt:

#### Kap. Emne

---

#### 1 Fellesbestemmelser

#### 2 Planforslag og konsekvensutredninger

#### 3 Byggesaker

#### 4 Ulovlige tiltak – tilsyn

#### 5 Delingssaker

### 1 Fellesbestemmelser

#### 1.1 Betalingsplikt:

Det skal betales gebyr etter dette regulativ for de tjenester og oppgaver kommunen utfører innenfor teknisk- og utviklingsavdelingens myndighets- og ansvarsområde.

#### 1.2 Beregningstidspunkt:

Gebyr beregnes etter den sats som gjelder på det tidspunktet fullstendig planforslag, søknad eller krav foreligger.

#### 1.3 Faktureringstidspunkt og innfordring:

Alle gebyr forfaller til betaling 14 dager etter fakturadato. Tidspunkt for fakturering av gebyret fremkommer under beskrivelsen av den enkelte type søknad eller planforslag. Der dette likevel ikke fremkommer skal det så langt som mulig benyttes forskuddsfakturering.

## **Hovedkategorier faktura:**

### **1. Forskuddsfaktura:**

Gebyr som faktureres før søknad er behandlet eller oppdrag er utført.

### **2. Etterskuddsfaktura:**

Gebyr som faktureres etter at vedtak er fattet eller oppdrag er utført.

## **Innfordring:**

Ved for sen betaling påløper morarente, jfr. Lov om rente ved forsinket betaling, samt purregebyr, i henhold til gjeldende regler. Faktura som ikke blir betalt sendes til inkasso for tvangsinnfordring.

### **1.4 Gebyr beregnet på anvendt tid**

For gebyr som ikke kan fastsettes på annen måte, eller skal beregnes etter medgått tid – jf. regulativet, skal en bruke følgende timesatser for gebyrfastsettelsen:

#### **A. Kontorarbeid**

Saksbehandler kr 930,-

### **1.5 Gebyr for sak som trekkes**

Når en tiltakshaver eller rekvirent er årsak til at en behandling av søknad blir avbrutt, skal det betales i forhold til det saksbehandlingsarbeidet som er lagt ned, minimum 50 % av beregnet gebyr. Normal mottakskontroll anses i denne sammenheng ikke som saksbehandlingsarbeid.

### **1.6 Nedsettelse av gebyr**

Når særlige grunner foreligger kan avdelingsleder etter skriftlig søknad sette ned gebyret. Personlige/sosiale forhold regnes ikke som særlig grunn.

Søknad om nedsettelse av gebyr utsetter ikke betalingsfristen.

### **1.7 Klageadgang**

Gebyrfastsettelse i den enkelte sak i samsvar med regulativets satser, eller den fastsatte timesatsen, kan ikke påklages.

Kommunens fastsettelse av gebyr etter medgått tid og/eller medgåtte utgifter, samt avslag på søknad om nedsettelse av gebyr, kan påklages til Fylkesmannen i Troms etter reglene i forvaltningsloven § 28. Klage på gebyr utsetter ikke betalingsfristen.

## 2 Planforslag og konsekvensutredninger

### 2.1 Generelt

- Gebyr etter dette kapitlet faktureres forslagsstiller.
- Innfordringsmetoder går frem av pkt. 1.3 i kapittel 1.
- Ved betalingsmislighold kan kommunen innstille behandlingen av planen inntil gebyr er betalt.

#### 2.1.1 Betalingstidspunkt for planforslag og konsekvensutredninger

Gebyret for reguleringsplaner og konsekvensutredninger skal være betalt før saken legges ut til offentlig ettersyn, og for mindre reguleringsendringer før vedtak.

### 2.2 Fritak for gebyr

Følgende forslag til reguleringsformål er fritatt for arealgebyr:

- Samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur som skal være til offentlig formål, jf. pbl. § 12-5 nr. 2, jf. § 12-7 nr. 14. Unntaket gjelder kun for den del som ikke skal bebygges.
- Friområder som skal være til offentlig formål, jf. pbl. § 12-5 nr. 3, jf. § 12-7 nr. 14. Unntaket gjelder kun for den del som ikke skal bebygges.
- Områder for naturvern, jf. pbl. §§ 12-5 nr. 5
- Grav- og urnelunder, jf. pbl. § 12-5 nr. 1
- Friluftsområder, jf. pbl. § 12-5 nr. 5
- Vern av kulturmiljø eller kulturminne, jf. pbl. § 12-5 nr. 5, dersom bevaringshensynet er til hinder for ny arealbruk, eller arealutvidelser eller totalfornyelse (hovedombygging), eller dersom gebyret vil være til hinder for vurdering av bevaringsmessige aspekter.

### 2.3 Gebyrsatser for reguleringsplaner

|   |        |
|---|--------|
| Behandling av private planforslag som ikke krever konsekvensutredning | 20 950 |
| Behandling av private planforslag som krever konsekvensutredning      | 31 490 |
| Reguleringsendring, etter pbl 2008 § 12-14 første ledd                | 19 170 |
| Mindre reguleringsendringer, etter pbl 2008 § 12-14 andre ledd        | 7 770  |

## 2.4 Krav om levering av private detaljreguleringsforslag i digital form

All levering av private detaljreguleringsforslag til kommunen skal leveres i digital form, jfr Forskrift om kart, stedfestet informasjon, arealplan og digitalt planregister § 7.

## 2.5 Konsekvensutredninger

For planer som faller inn under Forskrift om konsekvensutredning (FOR-2009-06-26-855), skal det betales et tilleggsgebyr som tilsvarer **50 %** av satsen for samlet reguleringsgebyr.

# 3. Bygge og delingsaker:

## 3.1 Generelt

- Gebyr beregnes etter den sats som gjelder på det tidspunktet fullstendig søknad foreligger.
- Gebyr faktureres tiltakshaver forskuddsvis.
- Alle gebyr forfaller til betaling 14 dager etter fakturadato.
- Ved for sen betaling påløper morarente, jfr. Lov om rente ved forsinket betaling, samt purregebyr, i henhold til gjeldende regler. Faktura som ikke blir betalt sendes til inkasso for tvangsinnfordring.
- Ved betalingsmislighold kan kommunen utsette å treffe vedtak om igangsettingstillatelse, midlertidig brukstillatelse eller ferdigattest inntil fastsatt gebyr er betalt.

### 3.1.1 Reduksjon i gebyr

Ved overskridelse av fastsatt saksbehandlingstidsfrist reduseres gebyret, jf pbl § 21-7, 1.ledd i.f.

### 3.1.2 Gebyr ved avslag

- Dersom en søknad om tiltak fører til avslag, betales fullt gebyr i henhold til regulativet for vedkommende tiltak.
- Dersom det innen tre måneder etter avslag fremmes ny eller revidert søknad om samme eller tilsvarende tiltak, reduseres nytt gebyr med **50 %** av det gebyret som ble betalt ved første gangs behandling.

### 3.1.3 Gebyr beregnet på anvendt tid

For gebyr som ikke kan fastsettes på annen måte, eller skal beregnes etter medgått tid – jf. regulativet, skal en bruke følgende timesatser for gebyrfastsettelsen: kr 930,-.

### **3.1.4 Arealberegning**

Ved beregning av bruksareal - BRA (NS 3940) regnes summen av samtlige etasjers bruksareal, inklusiv kjeller, parkeringsareal og lignende.

### **3.1.5 Forhåndskonferanse**

For forhåndskonferanse, jf pbl § 21-1, beregnes ikke særskilt gebyr.

### **3.1.6 Gebyr for sak som trekkes**

Når en tiltakshaver eller rekvirent er årsak til at en behandling av søknad blir avbrutt, skal det betales i forhold til det saksbehandlingsarbeidet som er lagt ned, minimum 50 % av beregnet gebyr. Normal mottakskontroll anses i denne sammenheng ikke som saksbehandlingsarbeid.

### **3.1.7 Nedsettelse av gebyr**

Når særlige grunner foreligger kan avdelingsleder etter skriftlig søknad sette ned gebyret. Personlige/sosiale forhold regnes ikke som særlig grunn.

Søknad om nedsettelse av gebyr utsetter ikke betalingsfristen.

### **3.1.8 Klageadgang**

Gebyrfastsettelse i den enkelte sak i samsvar med regulativets satser, eller den fastsatte timesats kan ikke påklages.

Kommunens fastsettelse av gebyr etter medgått tid og/eller medgåtte utgifter, samt avslag på søknad om nedsettelse av gebyr, kan påklages til Fylkesmannen i Troms etter reglene i plan- og bygningsloven § 15. Klage på gebyr utsetter ikke betalingsfristen.

### **3.1.9 Reduksjon i gebyrpris ved bruk av elektronisk søknad i ByggSøk-bygning.**

Byggesøknader som leveres med hjelp av ByggSøk gis en rabatt på 20 % i forhold til gebyrsats.

### **3.1.10 Overgangsbestemmelser**

For tiltak som i henhold til overgangsbestemmelser i ny plan- og bygningslov § 34-4 skal behandles etter tidligere regler, gjelder gebyrregulativ av 1.1.2010.

### 3.2. Tiltak som krever søknad og tillatelse, plan- og bygningsloven § 20-1 og § 20-2:

Prisene er inkl mva

| <b>Nybygg bolig/fritidsbolig med sekundærleilighet</b>   |                   |                            |                  |                               |                               |
|--|-------------------|----------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Bruksareal m <sup>2</sup>  | Ett-trinns søknad | Ett-trinns søknad komplett | Ramme tillatelse | Igangsettings tillatelse nr 1 | Igangsettings tillatelse nr 2 |
| BRA <sub>≤</sub> 250   | kr 8 654          | kr 6 072                   | kr 7 772         | kr 1 730                      | kr 867                        |
| BRA <sub>&gt;</sub> 250  | kr 12 116         | kr 8 472                   | kr 10 900        | kr 2 422                      | kr 1 213                      |
| Når garasje/uthus mm søkes samtidig med boligen, gis 50 % redusert gebyr for garasjen/uthuset. |                   |                            |                  |                               |                               |
| <b>Bygg med flere leiligheter, pris pr leilighet</b>   |                   |                            |                  |                               |                               |
| Bruksareal m <sup>2</sup> pr. boenh  | Ett-trinns søknad | Ett-trinns søknad komplett | Ramme tillatelse | Igangsettings tillatelse nr 1 | Igangsettings tillatelse nr 2 |
| BRA <sub>≤</sub> 120   | kr 5 648          | kr 3 947                   | kr 5 100         | kr 1 155                      | kr 578                        |
| BRA <sub>&gt;</sub> 120  | kr 7 893          | kr 5 526                   | kr 7 100         | kr 1 580                      | kr 790                        |

| <b>Andre nybygg og tilbygg/påbygg/underbygg</b>  |    |                         |
|--|----|-------------------------|
| Betales etter bygningens bruksareal BRA  |    |                         |
| 0 - 50 m <sup>2</sup>  | kr | 3 053                   |
| 51 - 100 m <sup>2</sup>  | kr | 5 763                   |
| 101 - 200 m <sup>2</sup>   | kr | 15 768                  |
| 201 - 400 m <sup>2</sup>   | kr | 20 660                  |
| 401 – 600 m <sup>2</sup>   | kr | 31 535                  |
| 601 – 1000 m <sup>2</sup>  | kr | 38 060                  |
| Pr m <sup>2</sup> utover 1000 m <sup>2</sup>   |    | Kr 38 pr m <sup>2</sup> |
| For plasthaller, ridehaller, rene lagerbygg o.l. over 200 m <sup>2</sup> beregnes 50 % av satsene.<br>Neste trinn benyttes når arealet overstiger 5 % av intervallgrensen. |    |                         |
| <b>Driftsbygninger.</b>  |    |                         |
| For driftsbygninger i landbruket under 1000 m <sup>2</sup> betales halvparten av satsene ovenfor, men minimum  | kr | 2 428                   |
| Maksimum   | kr | 9 402                   |
| <b>Terrengarbeider, anlegg o.l.: (+ anvendt tid)</b>   |    |                         |
|  | kr | 958                     |
| <b>Søknad om ansvarsrett</b> pr. foretak – BS § 9-1  | kr | 339                     |
| <b>Søknad om personlig ansvarsrett som selvbygger</b> – BS § 6-8   | kr | 618                     |
| <b>Melding om bygning eller tilbygg som er unntatt søknadsplikt jfr pbl § 20-5, men som kommunen må registrere i matrikkelen jfr matrikellovens § 4</b>                    | kr | 543                     |
| <b>Ulovlig tiltak:</b> Som for ny søknad + medgått ekstra tid  |    |                         |
| <b>Timepris</b> når behandling etter medgått tid benyttes + pkt 1.4 og 3.1.3   | kr | 958                     |
| <b>Tekniske installasjoner</b> , oppføring, endring og reparasjon Pbl. § 20-1, f)  | kr | 670                     |
| <b>Endringssøknad</b> pågående byggesak etter at tillatelse er gitt  | kr | 670                     |
| <b>Midlertidig brukstillatelse</b>   | kr | 1 597                   |
| <b>Bruksendring</b> grunnbeløp + medgått tid – Pbl. § 20-1, d), g)   | kr | 958                     |
| <b>Riving av bygg</b> , mindre tiltak (Pbl. §§ 20-2 og 20-3) + medgått tid   | kr | 958                     |
| <b>Riving av bygg</b> , søknadspliktig tiltak (Pbl. § 20-1) + medgått tid  | kr | 958                     |
| <b>Dispensasjonssøknader</b>   | kr | 2 943                   |
| <b>Søknad om areal til oppdrettsanlegg</b> (nyanlegg)  | kr | 11 173                  |
| <b>Søknad om areal til oppdrettsanlegg</b> (endring av eksisterende)   | kr | 5 700                   |
| <b>Avbrutt tiltak</b> etter medgått tid min 50 % av beregnet gebyr   |    | Kr 930 pr/t             |
| <b>Avviksbehandling</b> pr avvik som skal følges opp   |    | Kr 930 pr/t             |
| <b>Utslippstillatelse</b>  | kr | 2 823                   |



## 4. Ulovlige tiltak – tilsyn

### 4.1 Tiltak i strid med plan- og bygningslovgivningen

#### 4.1.1

For oppfølging av tiltak som utføres i strid med gitt tillatelse i medhold av pbl, skal det betales gebyr for medgått tid etter timesatsen fastsatt i pkt 3.1.3.

#### 4.1.2

For oppfølging av tiltak utført uten tillatelse i medhold av plan- og bygningslovgivningen, skal det betales gebyr for medgått tid etter timesatsen fastsatt i pkt 3.1.3.

#### 4.1.3

Ved søknad om godkjenning av et ulovlig tiltak, skal det betales to ganger gebyr iht regulativet for tilsvarende tiltak. Dersom søknaden er sendt uten forutgående oppfølging fra bygningsmyndighetenes side, eller søknad sendes innen 3 måneder etter at bygningsmyndighetene i brev fastslo at tiltaket er ulovlig, skal det betales 1 ½ ganger gebyr iht regulativet for tilsvarende tiltak. Dersom tiltakshaver ikke søker om å få godkjent et ulovlig oppført tiltak, skal det likevel betales ett fullt gebyr for tiltaket etter regulativets satser.

#### 4.1.4

Gebyr etter pkt 4.1.1. og 4.1.2. faktureres etterskuddsvis og dokumenteres med timeliste. Ved omfattende saker kan gebyr faktureres fortløpende. Gebyr etter punkt 4.1.3 faktureres når vedtak treffes, eller det er avklart hva tiltaket gjelder.

#### 4.1.5

Faktura utstedes og sendes til tiltakshaver/hjemmelshaver.

### 4.2 Gebyr ved tilsyn

#### 4.2.1 Generelt

Gebyr for tilsyn i byggesaker er inkludert i byggesaksgebyret med kr. 528.- pr. sak.

#### 4.2.2 Gebyr for sakkyndig bistand, pbl § 25-2, 2. ledd, betales etter medgåtte utgifter

## 5. Delingssaker

### 5.1 Deling av grunnareal etter pbl § 20-1 bokstav m, jf § 26-1

Jfr forskrift om gebyr for behandling av konsesjons- og delingssaker

| Beskrivelse  | Beløp i kr |
|--|------------|
| Deling av hyttetomt eller tilleggsareal til eksisterende hyttetomt   | 2000       |
| Deling av nausttomt, inkl. konsesjonsbehandling  | 2000       |
| Resterende delingssøknader   | 1200       |
| Saksbehandlingsgebyr iht dispensasjonssøknader   | 2420       |
| Det skal betales et gebyr selv om søknaden gjelder fradeling av flere tomter eller parseller fra samme eiendom |            |



## Saksfremlegg

| Utvalgssak | Utvalgsnavn                          | Møtedato   |
|------------|--------------------------------------|------------|
|            | Nordreisa barn og unges kommunestyre |            |
|            | Nordreisa eldreråd                   |            |
| 23/19      | Nordreisa administrasjonsutvalg      | 28.11.2019 |
| 14/19      | Nordreisa arbeidsmiljøutvalg         | 20.11.2019 |
|            | Nordreisa næringsutvalg              |            |
|            | Nordreisa råd for funksjonshemmede   |            |
| 39/19      | Nordreisa helse- og omsorgsutvalg    | 25.11.2019 |
| 35/19      | Nordreisa oppvekst- og kulturutvalg  | 26.11.2019 |
| 2/19       | Driftsutvalget                       | 21.11.2019 |
| 43/19      | Nordreisa formannskap                | 28.11.2019 |
|            | Nordreisa kommunestyre               |            |

## Budsjett og økonomiplan 2020 - 2023

Henvising til lovverk:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner

Vedlegg

- 1 Rådmannens forslag til økonomiplan 2020 - 2023
- 2 Fylkesmannen - Statsbudsjettet 2020 og det økonomiske opplegget for kommunene

## Saksprotokoll i Nordreisa arbeidsmiljøutvalg - 20.11.2019

### Behandling:

Fellesforslag fra AMU om at forslag til Budsjett og økonomiplan 2020-2023 tas til orientering.

Enstemmig vedtatt.

### Vedtak:

Forslag til Budsjett og økonomiplan 2020-2023 tas til orientering.

## Rådmannens innstilling

- Økonomiplan 2020 – 2023 vedtas. Økonomiplanens 1. år er årsbudsjett for 2020.
- Driftsbudsjettet 2020 – 2023 vedtas med følgende nettoramme per sektor:

| Tall i hele kroner                     | Budsjett<br>2019   | Budsjett<br>2020   | Budsjett<br>2021   | Budsjett<br>2022   |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1 Sektor for administrasjon            | 30 133 023         | 29 448 023         | 29 548 023         | 29 748 023         |
| 2 Sektor for oppvekst og kultur        | 138 963 680        | 135 258 480        | 134 258 480        | 136 111 880        |
| 3 Sektor for helse og omsorg           | 149 324 359        | 145 324 359        | 146 424 359        | 148 424 359        |
| 5 Selvkost                             | -8 551 482         | -9 411 434         | -10 369 859        | -10 369 859        |
| 6 Sektor for drift og utvikling        | 41 308 703         | 42 773 703         | 43 373 703         | 43 973 703         |
| 7 Skatter og rammetilskudd             | 300 000            | 300 000            | 300 000            | 300 000            |
| 8 Renter, avdrag og avsetninger        | -15 346 426        | -15 346 426        | -15 346 426        | -15 346 426        |
| 0 Prosjekter og interkommunale selskap | 330 000            | 330 000            | 330 000            | 330 000            |
|  | <b>336 461 857</b> | <b>328 676 705</b> | <b>328 518 280</b> | <b>333 171 680</b> |

- **Investeringsbudsjettet 2020 – 2023 vedtas med følgende ramme per investering**

| Tall i hele kroner                  | Budsjett<br>2020  | Budsjett<br>2021  | Budsjett<br>2022  | Budsjett<br>2023  | Samlet             |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Egenkapitalinnskudd KLP             | 2 000 000         | 2 200 000         | 2 400 000         | 2 600 000         | 9 200 000          |
| Avdrag videreformidlingslån         | 5 700 000         | 5 700 000         | 5 700 000         | 5 700 000         | 22 800 000         |
| Startlån                            | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000         | 20 000 000         |
| Høgegga barnehage - utbygging       | 20 000 000        | 2 500 000         |                   |                   | 22 500 000         |
| Digital innbygger                   | 500 000           | 500 000           |                   |                   | 1 000 000          |
| Nordreisa idrettshall - tak         |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Liftbil + Garasje liftbil           | 3 250 000         |                   |                   |                   | 3 250 000          |
| Utbedring Oksfjord havn             |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Prosjektledelse                     | 1 340 000         | 1 370 000         | 1 400 000         | 1 430 000         | 5 540 000          |
| Ombygging gamle kinosal             |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Utbygging skole                     |                   | 20 000 000        | 26 000 000        |                   | 46 000 000         |
| Prosjektering svømmehall            | 1 200 000         |                   |                   |                   | 1 200 000          |
| Asfaltering av veier                | 200 000           |                   |                   |                   | 200 000            |
| IKT utstyr                          | 200 000           | 200 000           | 200 000           |                   | 600 000            |
| Ny gravlund                         | 10 000 000        | 10 000 000        |                   |                   | 20 000 000         |
| Forprosjekt Moan og Storslett skole | 1 400 000         |                   |                   |                   | 1 400 000          |
| Stedsutvikling Storslett sentrum    |                   | 5 000 000         | 5 000 000         |                   | 10 000 000         |
| Velferdsteknologi                   | 2 500 000         | 2 500 000         | 2 500 000         |                   | 7 500 000          |
| Mannskapsbil                        |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Brannsikring kirke                  |                   | 500 000           |                   |                   | 500 000            |
| Hovedplan vann                      | 5 600 000         | 1 200 000         | 2 000 000         |                   | 8 800 000          |
| Hovedplan avløp                     | 500 000           | 1 200 000         | 500 000           |                   | 2 200 000          |
| VAR investeringer                   | 5 000 000         |                   |                   |                   | 5 000 000          |
|                                     | <b>64 390 000</b> | <b>57 870 000</b> | <b>50 700 000</b> | <b>14 730 000</b> | <b>187 690 000</b> |

| Tall i hele kroner           | Budsjett<br>2019   | Budsjett<br>2020   | Budsjett<br>2021   | Budsjett<br>2022   | Samlet              |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Opptak av lån                | -51 190 000        | -49 470 000        | -42 600 000        | -6 430 000         | -149 690 000        |
| Ubrukte lånemidler           | -5 000 000         |                    |                    |                    | -5 000 000          |
| Salg av tomter               | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         | -4 000 000          |
| Tilskudd/refusjon fra staten |                    |                    |                    |                    | 0                   |
| Overført fra drift           | -1 000 000         | -1 200 000         | -1 400 000         | -1 600 000         | -5 200 000          |
| Avdragsinntekter Startlån    | -5 700 000         | -5 700 000         | -5 700 000         | -5 700 000         | -22 800 000         |
| Bruk av ubundne fond         | -500 000           | -500 000           |                    |                    | -1 000 000          |
|                              | <b>-64 390 000</b> | <b>-57 870 000</b> | <b>-50 700 000</b> | <b>-14 730 000</b> | <b>-187 690 000</b> |

- Nordreisa kommune vedtar et låneopptak på kr 51.190.000 i 2020. Lånet tas opp hos den låneinstitusjonen som tilbyr de gunstigste lånebetingelser.
- Nordreisa kommune vedtar kassakreditt med en kredittramme på inntil kr 20 millioner. Kassakreditten tas kun opp dersom kommunen har behov for ekstra likviditet.

- Selvkost budsjettet (sektor 5) justeres internt innenfor vedtatt ramme.
- Finansielle måltall foreslås som følger:
  - Måltall for gjeldsgrad settes til 83 %
  - Måltall for disposisjonsfond settes til 4 %
  - Måltall for netto resultatgrad settes til 1,75 %

## Saksopplysninger

Økonomiplanen er en del av kommunens handlingsplan, basert på kommuneplanens samfunns- og arealdel. Økonomiplanen har fokus på økonomiske forutsetninger og kvalitative mål for kommunen.

Økonomiplanens første år er årsbudsjettet for 2020.

Planer som omfatter avgrensede deler av kommunens virksomhet, skal integreres i økonomiplanleggingen og bruken av midler innarbeides i planen.

Planen er primært et styringsredskap for kommunen. Den skal hjelpe kommunens ledelse til å få en oversikt over den økonomiske handlefriheten, samt til å foreta prioriteringer av ressursbruken på ulike formål innenfor kommunelovens krav til økonomisk balanse.

## Vurdering

Nordreisa kommune foretok i 2016 store reduksjoner i driftsnivået som muliggjorde at kommunen kunne budsjettere med disposisjonsfond. I 2019 ble det også gjennomført store reduksjoner i driftsnivået. Allerede i driftsåret 2019 medførte økte behov, spesielt innenfor Helse- og omsorg, at driftsnivået allerede er høyere enn før nedtrekket. I budsjettet for 2020 er det foreslått bruk av disposisjonsfond for å arbeide omstilling av kommunen frem mot 2021. Det er ikke ønskelig, økonomisk sett, å benytte disposisjonsfondet i driften. Det anses som nødvendig for å kunne ha realistiske budsjett i 2020. Det er imidlertid nødvendig å avsette budsjettmidler til disposisjonsfond for å kunne håndtere uforutsette utgifter, noe kommunen bør strebe etter å gjøre i løpet av økonomiplanperioden.

Årets økonomiplan innehar et kapittel om omstilling av kommunen, der hver sektor redegjør for hvilke tiltak sektoren mener er viktig gjøre på kort og lang sikt. Dette kapittelet anses for å være starten på omstillingen av kommunen.

Økningen i rammeoverføringene fra staten har de senere årene kun dekt lønns- og pensjonsøkning. I 2020 øker overføringen med 4,22 %, mens lønnsveksten for 2019 er anslått til 3,6 %. Inne i økningen er tilskuddene som før var øremerket og som finansieres over rammeoverføringen. I økningen er dermed ikke tilstrekkelig til å dekke det økende behovet kommunen har innenfor sine tjenester. Dette medfører at alle nye tiltak må tas innenfor eksisterende økonomisk ramme. Opprettelse av nye stillinger som øker driftsutgiftene vil medføre at kommunen igjen vil få et større og større gap mellom inntektene og utgiftene. Kommunen foretok nedbemanning i 2016 og 2019, men har i 2020 budsjettet samme antall årsverk som før nedbemanningen. Utviklingen viser at kommunen allerede i 2020 og i økonomiplanperioden må foreta ytterligere reduksjoner i tjenestenivået.

I økonomiplan perioden 2020-2023 er det budsjettet med investeringsprosjekter på tilsammen 149 millioner kr. Dette vil bidra til en sterk økning i renter- og avdragsutgifter, og vil binde opp mye av kommunens budsjett i årene fremover. Rentenivået lavt og holder dermed renteutgiftene

nede. Det er derimot varslet renteøkninger i årene fremover. En eventuell renteøkning vil resultere i at driftsnivået må reduseres ytterligere for å dekke gapet mellom inntekter og utgifter.

Nordreisa kommune ble meldt ut av ROBEK i juni 2018 etter å ha vært på listen siden 2004. For å unngå å havne tilbake på ROBEK, må kommunen være restriktiv med nye drifts- og investeringstiltak, og i mye større grad foreta omprioriteringer internt i sektorene.



# **NORDREISA KOMMUNE**

## **Økonomiplan 2020-2023**

| Utvalgssak | Utvalgsnavn | Møtedato |
|------------|-------------|----------|
|            |             |          |
|            |             |          |

## Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Innledning .....                               | 4  |
| Overordnet målsetting .....                    | 5  |
| Økonomiske forutsetninger og vurderinger ..... | 6  |
| Inntektsforutsetninger .....                   | 6  |
| Utgiftsforutsetninger .....                    | 6  |
| Vurdering .....                                | 9  |
| Årshjul .....                                  | 10 |
| Befolkning – antall og sammensetning .....     | 11 |
| Finansielle måltall .....                      | 13 |
| Gjeldsgrad .....                               | 13 |
| Disposisjonsfond .....                         | 13 |
| Netto resultatgrad .....                       | 13 |
| Omstilling av kommunen .....                   | 14 |
| Sektor for administrasjon .....                | 14 |
| Sektor for oppvekst og kultur .....            | 15 |
| Sektor for helse og omsorg .....               | 16 |
| Sektor for drift og utvikling .....            | 18 |
| Medarbeidere og organisasjon .....             | 20 |
| Sektor for administrasjon .....                | 22 |
| Sektor for oppvekst og kultur .....            | 23 |
| Barnehager .....                               | 23 |
| Skole og SFO .....                             | 25 |
| Voksenopplæring og Flyktingetjenesten .....    | 27 |
| Forebyggende tjeneste .....                    | 27 |
| Barnevernstjenesten .....                      | 29 |
| Kultur .....                                   | 30 |
| Helsetjenester .....                           | 33 |
| Pleie og omsorg .....                          | 34 |
| Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms .....     | 38 |
| • Sykestue .....                               | 38 |
| • Områdegeriatrisk tjeneste (OGT) .....        | 38 |
| • Fødestue .....                               | 38 |
| • Dialyseavdeling .....                        | 38 |
| • Hudavdeling .....                            | 38 |
| • I-bedrift .....                              | 38 |
| Nav sosial .....                               | 39 |

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Sektor for drift og utvikling .....  | 40 |
| Byggdrift .....                      | 40 |
| Anleggsdrift .....                   | 41 |
| Renhold .....                        | 42 |
| Utvikling .....                      | 42 |
| Økonomiske rammer/skjemaer .....     | 44 |
| Drift .....                          | 44 |
| Investering .....                    | 46 |
| Budsjettskjemaer og oversikter ..... | 47 |



# Innledning

Økonomiplanen er en del av kommunens handlingsplan, basert på kommuneplanens samfunns- og arealdel. Økonomiplanen har fokus på økonomiske forutsetninger og kvalitative mål for kommunen.

Økonomiplanen utarbeides etter § 14-4 i kommuneloven, mens kravene til årsbudsjettet fremgår av §14-5 i samme lov.

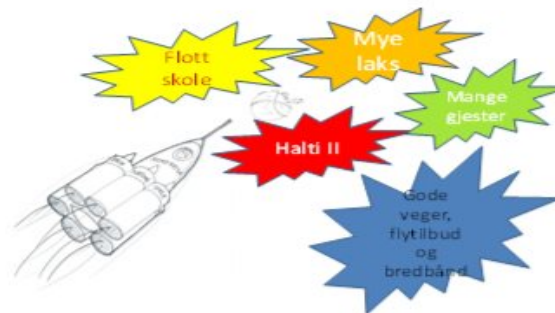
Økonomiplanens første år er årsbudsjettet for 2020.

Planer som omfatter avgrensede deler av kommunens virksomhet, skal integreres i økonomiplanleggingen og bruken av midler innarbeides i planen.

Planen er primært et styringsredskap for kommunen. Den skal hjelpe kommunens ledelse til å få en oversikt over den økonomiske handlefriheten, samt til å foreta prioriteringer av ressursbruken på ulike formål innenfor kommunelovens krav til økonomisk balanse.

# Overordnet målsetting

## Reisa mot målene



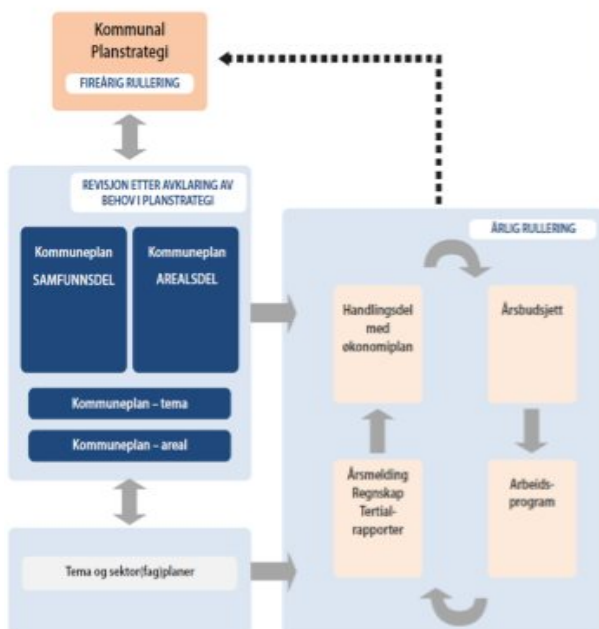
### Hva vil vi?

Kommuneplanen er – sammen med økonomiplanen – kommunens øverste mål- og styringsdokument:

### Kommuneplanens samfunnsdel: "Mot et åpent kunnskapssamfunn"

I samfunnsdelen definerer politikeme hva som er de viktigste målene for utviklingen av lokalsamfunnet i Nordreisa. Kommuneplanens samfunnsdel som ble vedtatt våren 2013, er en langsiktig plan – og minst en gang i hver valgperiode skal kommunestyret ta den opp til rulling.

Sammenhengen mellom kommuneplanen og økonomiplanen kan illustreres som følger:



### DEN STORE ATTRAKTIVITETSKONKURRANSEN

- ◆ Konkurransedyktige arbeidsplasser
- ◆ Muligheter for bolig
- ◆ Livskraftig sted
- ◆ Godt bomiljø
- ◆ Utdanning og oppvekst
- ◆ Markedsføring og omdømme

### FOLKEHELSE — PÅVIRKNING FORAN BEHANDLING

- ◆ Økt arbeidsdeltakelse
- ◆ Flere med fullført utdanning
- ◆ Bolig til alle
- ◆ Sosial tilhørighet
- ◆ Tilrettelegging for positiv helseatferd

### INKLUDERENDE LOKALSAMFUNN — DET ÅPNE STED

- ◆ Innbyggerne bestemmer
- ◆ Åpen stedsidentitet
- ◆ Ta i bruk innflytterne kompetanse

### ØKONOMISK HANDLEFRIHET

- ◆ Positiv netto driftsresultat
- ◆ Stram økonomistyring og ledelse
- ◆ Effektiv tjenesteproduksjon og organisering
- ◆ Økt arbeidsnærvær

### NATUR, MILJØ OG KLIMA

- ◆ Klima i endring vil gi utfordringer for det kommunale tjenester
- ◆ Overordnet risiko- og sårbarhetsanalyser er viktige i alt arbeid og planlegging

# konomiske forutsetninger og vurderinger

## ***Inntektsforutsetninger***

### Frie inntekter

Kommunens inntekter omfatter ulike komponenter som skatteinntekter, rammetilskudd og brukerbetaling. Kommunens frie inntekter består av rammetilskudd og skatteinntekter og utgjør ca 69 % av de samlede inntektene. Dette er inntekter kommunen kan disponere fritt uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regelverk.

Nivået på de frie inntektene blir bestemt ut fra mange forhold. Både lønns- og prisvekst, vekst i frie inntekter, innlemming av øremerkede tilskudd, satsinger over rammetilskuddet og korreksjon av rammetilskudd for oppgaveendringer er forhold som påvirker nivået.

Det legges i statsbudsjettet for 2020 opp til en realvekst i kommunesektorens samlede inntekter på mellom kr 1,3 mrd, som gir en realvekst på 0,3 % for landet.

Vekst i frie inntekter må sees i sammenheng med kommunens anslåtte merutgifter knyttet til befolkningsutvikling. Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU) utarbeider hvert år anslag for merutgiftene til kommunesektoren knyttet til den demografiske utviklingen. Etter SSBs befolkningsfremskrivninger har TBU foretatt beregninger av merutgiftene, og anslaget er på om lag kr 1,3 mrd. Dette er merutgifter som må dekkes inn av kommunenes frie inntekter.

Regjeringen viser til at handlingsrommet kan økes ved effektiv ressursbruk i kommunesektoren, og anmoder kommunen til å sette et effektivitetskrav til egen virksomhet på 0,5%. Det tilsvarer kr 1,3 mrd i 2020.

### Egenbetaling for kommunale tjenester

Betalingssatsene er prisjustert for 2020 med kommunal deflator på 3,1 %. Dette er i tråd med deflatoren som staten benytter.

## ***Utgiftsforutsetninger***

### Lønn

I statsbudsjettet for 2020 er det lagt opp til en lønnsvekst på 3,6 % og det er satt av kr 4,46 mill i et sentralt lønnsfond til lønnsoppjøret for 2020.

### Premieavvik og pensjon

Fra 2003 trådte det i kraft en ny forskrift om regnskapsføring av pensjonskostnader. Hensikten var at regnskapet skulle vise beregnet pensjonskostnad og ikke som tidligere innbetalt premie da disse to størrelser ikke er like. Beregnet pensjonskostnad skulle gi en mer forutsigbar og mindre variabel kostnad i regnskapet. Differansen mellom beregnet pensjonskostnad og innbetalt premie er betegnet som premieavvik. Hvis Nordreisa kommune betaler mer i pensjonspremie enn størrelsen på den beregnede pensjonskostnaden så vil differansen bli inntektsført. Denne "inntekten" medfører ingen innbetaling av penger ettersom pensjonspremien er betalt med penger. Denne inntekten skal utgiftsføres over 15 år, 10 år eller 7 år avhengig av når avviket er oppstått, og kalles amortisering av premieavvik. Dette er ikke en bærekraftig utvikling likviditetsmessig siden kommunene allerede har betalt inn denne «inntekten» til pensjonsselskapene.

Resultatet av de endrede regnskapsforskrifter er for Nordreisa kommune, og de fleste andre kommuner, at beregnede pensjonskostnader er langt lavere enn innbetalt premie og regnskapene for de senere år er oppgjort med betydelig inntektsbeløp i premieavvik. Ved inngangen til 2019 har Nordreisa kommune et akkumulert premieavvik på kr 31,1 mill som skal kostnadsføres i årene framover. Det ventes at det akkumulerte premieavviket vil øke i årene fremover.

### Pensjonsutgifter/premieavvik

For 2020 er det varslet en pensjonspremieinnbetaling på kr 53,3 mill. Premieavviket for 2020 er beregnet til en "inntekt" på kr 22,82 mill, mot 2019 der premieavviket er beregnet til en "inntekt" på kr 17,6 mill.

### Pensjonspremiesatser

Forsikringsselskapene som forvalter kommunens pensjonsmidler har varslet følgende premiesatser for neste år:

| <b>Forsikringsselskap</b>       | <b>Premie 2019</b> | <b>Premie 2020</b> |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| Statens pensjonskasse – lærere  | 13,0 %             | 14,0 %             |
| KLP forsikring – sykepleiere    | 20,0 %             | <u>22,0 %</u>      |
| KLP forsikring – øvrige ansatte | 20,0 %             | <u>22,0 %</u>      |

**Tabell 1 Pensjonspremiesatser**

### Prisvekst

Deflatoren fra 2019 til 2020 har regjeringen anslått blir 3,1 %. Prisveksten er 2,1 % og lønnsveksten 3,6 %. Rammene til de enkelte enhetene er ikke justert for prisveksten.

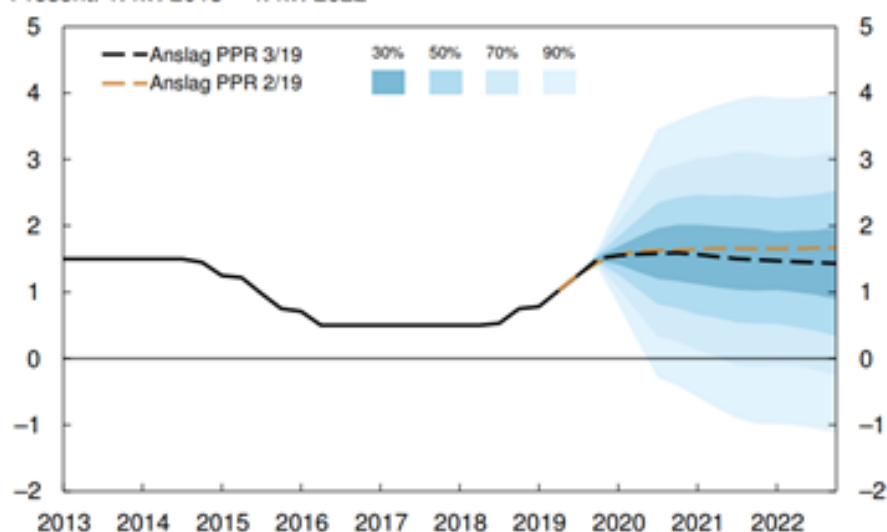
### Kapitalkostnader

Nordreisa kommune en samlet lånegjeld på 494 mill kroner per 31.12.18. Av dette er ca 83,1 mill kroner viderefremidlingslån i Husbanken som utgjør 16,82 % av lånemassen. Ca 110 mill kroner er VAR-lån som utgjør 21,8 % av lånemassen. 33 % av den samlede lånegjelda er på fastrente, mens det resterende er på flytende rente.

Norges Bank legger i Pengepolitisk rapport 3/19 til grunn en forventet utvikling i gjennomsnittlig styringsrente som vist i tabellen under. Styringsrenten er på 1,5 %, mot 0,75% i september 2019. Styringsrenten er satt opp som følge av utsiktene og risikobildet samlet sett tilsier en litt høyere rente. Norges bank anslår at styringsrenten holdes stabil i årene fremover.

Mot slutten av økonomiplanperioden er anslaget at styringsrenta er estimert til å være ca 1,5%.

Figur 1.1a Styringsrenten med usikkerhetsvifte<sup>1)</sup>.  
Prosent. 1. kv. 2013 – 4. kv. 2022<sup>2)</sup>



1) Usikkerhetsviften er basert på historiske erfaringer og stokastiske simuleringer fra vår makroøkonomiske hovedmodell, NEMO. Den tar ikke hensyn til at det eksisterer en nedre grense for renten.  
2) Anslag for 3. kv. 2019 – 4. kv. 2022.  
Kilde: Norges Bank

Figur 1 Rentebanen

Med den informasjonen som foreligger budsjetteres det med en rente på:

|             | Anslag på Nibor Norges bank<br>eks bankenes rentemargin | Budsjetterte renter i<br>økonomiplanen |
|-------------|---|--|
| <b>2019</b> | 2,02 %  | 2,3 %                                  |
| <b>2020</b> | 2,06 %  | 2,5 %                                  |
| <b>2021</b> | 2,06 %  | 2,75 %                                 |
| <b>2022</b> | 2,06 %  | 2,75 %                                 |

Tabell 2 Renteprognoser og budsjettrenter

Tabellen under viser utviklingen i utgiftene til renter og avdrag fra regnskap 2016 til budsjettet for 2019.

Tall i 1000

| Renter og avdrag | Regnskap<br>2016 | Regnskap<br>2017 | Regnskap<br>2018 | Budsjett<br>2019 |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Renteutgifter    | 11 579           | 8 862            | 8 691            | 10 422           |
| Avdragsutgifter  | 16 109           | 19 006           | 19 733           | 18 663           |
| <b>SUM</b>       | <b>27 688</b>    | <b>27 868</b>    | <b>28 424</b>    | <b>29 085</b>    |

Tabell 3 Renter og avdrag 2016 – 2019

Som det framgår av tabellen øker finansutgiftene fremover. Det er brukt budsjettall for 2019 ettersom regnskapet for 2019 ikke er avsluttet.

Tabellen under viser utviklingen i rente- og avdragsutgifter i økonomiplanperioden inkludert virkningen fra nye låneopptak som ligger i rådmannens investeringsforslag.

Tall i 1000

| <b>Renter og avdrag</b> | <b>Budsjett<br/>2020</b> | <b>Budsjett<br/>2021</b> | <b>Budsjett<br/>2022</b> | <b>Budsjett<br/>2023</b> |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Renteutgifter           | 12 830                   | 14 621                   | 13 317                   | 16 497                   |
| Avdragsutgifter         | 19 166                   | 21 057                   | 22 732                   | 23 679                   |
| <b>SUM</b>              | <b>31 996</b>            | <b>35 678</b>            | <b>36 049</b>            | <b>40 176</b>            |

**Tabell 4 Renter og avdrag 2020-2023**

## Vurdering

Nordreisa kommune foretok i 2016 store reduksjoner i driftsnivået som muliggjorde at kommunen kunne budsjettere med disposisjonsfond. I 2019 ble det også gjennomført store reduksjoner i driftsnivået. Allerede i driftsåret 2019 medførte økte behov, spesielt innenfor helse- og omsorg, at driftsnivået allerede er høyere enn før nedtrekket. I budsjettet for 2020 er det foreslått bruk av disposisjonsfond for å arbeide med omstilling av kommunen frem mot 2021. Det er ikke ønskelig, økonomisk sett, å benytte disposisjonsfondet i driften. Det anses likevel som nødvendig for å kunne ha realistiske budsjett i 2020. Det er imidlertid nødvendig å avsette budsjettmidler til disposisjonsfond for å kunne håndtere uforutsette utgifter, noe kommunen bør strebe etter å gjøre i løpet av økonomiplanperioden.

Årets økonomiplan innehar et kapittel om omstilling av kommunen, der hver sektor redegjør for hvilke tiltak sektoren mener er viktig gjøre på kort og lang sikt. Dette kapittelet anses for å være starten på omstillingen av kommunen.

Økningen i rammeoverføringene fra staten har de senere årene kun dekt lønns- og pensjonsøkning. I 2020 øker overføringen med 4,22 %, mens lønnsveksten for 2019 er anslått til 3,6 %. Inne i økningen er tilskuddene som før var øremerket og som finansieres over rammeoverføringen. Økningen er dermed ikke tilstrekkelig til å dekke det økende behovet kommunen har innenfor sine tjenester. Dette medfører at alle nye tiltak må tas innenfor eksisterende økonomisk ramme. Opprettelse av nye stillinger som øker driftsutgiftene, vil medføre at kommunen igjen vil få et større og større gap mellom inntektene og utgiftene. Kommunen foretok nedbemanning i 2016 og 2019, men har i 2020 budsjettet samme antall årsverk som før nedbemanningen. Utviklingen viser at kommunen allerede i 2020 og i økonomiplanperioden må foreta ytterligere reduksjoner i tjenestenivået.

I økonomiplanperioden 2020-2023 er det budsjettet med investeringsprosjekter på tilsammen 149 millioner kr. Dette vil bidra til en sterk økning i renter- og avdragsutgifter, og vil binde opp mye av kommunens budsjett i årene fremover. Rentenivået lavt og holder dermed renteutgiftene nede. Det er varslet renteøkninger i årene fremover. En eventuell renteøkning vil resultere i at driftsnivået må reduseres ytterligere for å dekke gapet mellom inntekter og utgifter.

Nordreisa kommune ble meldt ut av ROBEK i juni 2018 etter å ha vært på listen siden 2004. For å unngå å havne tilbake på ROBEK, må kommunen være restriktiv med nye drifts- og investeringstiltak, og i mye større grad foreta omprioriteringer internt i sektorene.

# Årshjul

- Årshjulet skal beskrive hensikt og funksjon, styrings- og dialogarenaer
- Det skal avklare milepeler og prosesser, herunder dokumentstrøm, kartlegginger, avklarte mål, prosesser og arbeidsdeling
- Beskrive sammenhengen mellom arenaer og dokumenter
- Oversikt over hvordan arbeidet med ulike dokumenter og prosesser skal fases inn i forhold til hverandre:
  - ulike rapporteringer
  - politisk behandling gjennom kalenderåret
  - tidfesting av egen aktivitet
- Gjøre prosessen effektiv og unngå ekstraarbeid
- Grunnet for dialogen på alle nivåer



■ Administrativt ■ Politisk

# Befolkning – antall og sammensetning

Prognose for befolkningsframskrivning i økonomiplanperioden

| Hovedalternativet (MMMM) |             |             |             |             |             |             |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| År                       | 2019        | 2020        | 2021        | 2022        | 2023        | 2033        |
| 0-5 år                   | 294         | 295         | 295         | 310         | 317         | 368         |
| 6-15 år                  | 639         | 648         | 638         | 624         | 623         | 629         |
| 16-66 år                 | 3162        | 3177        | 3206        | 3228        | 3230        | 3333        |
| 67 år eller eldre        | 879         | 928         | 952         | 969         | 1002        | 1214        |
| <b>Sum</b>               | <b>4974</b> | <b>5048</b> | <b>5091</b> | <b>5131</b> | <b>5172</b> | <b>5544</b> |

Befolkningsframskrivning, Kilde: SSB

Prognosen er basert på visse forutsetninger og er beregnet på bakgrunn av antakelser om fruktbarhet, dødelighet, innenlands flyttemønster og inn- og utvandring. Disse antakelsene kan være mer eller mindre realistiske.

| År                | 2019-2020 | 2020-2021 | 2021-2022 | 2022-2023 | 2019-2023  | 2019-2033  |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| 0-5 år            | 1         | 0         | 15        | 7         | 23         | 74         |
| 6-15 år           | 9         | -10       | -14       | -1        | -16        | -10        |
| 16-66 år          | 15        | 29        | 22        | 2         | 68         | 171        |
| 67 år eller eldre | 49        | 24        | 17        | 33        | 123        | 335        |
| <b>Sum</b>        | <b>74</b> | <b>43</b> | <b>40</b> | <b>41</b> | <b>198</b> | <b>570</b> |

Endringer i befolkningsstruktur, Kilde: SSB

Totalt sett går folkemengden i Nordreisa opp med 198 personer i økonomiplanperioden. Den største økningen er i aldersgruppen 67+, mens aldersgruppen 6-15 år har nedgang. Befolkningen i barnehagealder er stabil fram til 2022, men øker deretter kraftig. Utviklingstrekkene vi ser gir kommunen utfordringer fremover. Både barnetallet og aldersgruppen 67+ øker.

Det er i inntektssystemet til kommunene en sammenheng mellom antall skolebarn og rammeoverføringen. Det gis mer i rammeoverføring pr individ i aldersgruppen 6-15 år sett i forhold til aldersgruppen 67 år + om en legger til grunn dagens fordelingsnøkkel.

Ser vi på fremskrevet befolkningsutvikling frem til 2040 ser vi følgende:

| År                | 2019        | 2021        | 2033        | 2040        |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-5 år            | 294         | 295         | 368         | 379         |
| 6-15 år           | 639         | 638         | 629         | 690         |
| 16-66 år          | 3162        | 3206        | 3333        | 3378        |
| 67 år eller eldre | 879         | 952         | 1214        | 1384        |
| <b>Sum</b>        | <b>4974</b> | <b>5091</b> | <b>5544</b> | <b>5831</b> |

Kilde: SSB



Folkemengden øker med 857 personer.

Befolkningen i barnehagealder øker med 28,9 %, mens skolepliktig alder øker med 8 % fra 2019 til 2040. Økningen er totalt på 136 personer i denne aldersgruppen.

Befolkningen i aldersgruppen 16-66 år øker med 6,8 % og utgjør 216 personer.

Den største økningen er i aldersgruppen 67+, som øker med 505 personer, noe som tilsvarer en økning på 57,5%.

Fra år 2000 til år 2019 har Nordreisa hatt en befolkningsvekst på 1,8 %. Fra 2019 til 2040 anslår SSB en befolkningsvekst på 16,9 %. Sett i sammenheng med den historiske veksten, anses anslaget på befolkningsveksten frem mot 2040 som svært usikker og kanskje til og med urealistisk.

# Finansielle måltall

I ny kommunelov fra 2020 har kommunestyret en plikt til å vedta finansielle måltall for utviklingen av kommunens økonomi. Måltallene skal være langsiktige og realistiske. Disse handlingsreglene er ikke rettslig bindende for budsjettammene.

Det foreslås tre finansielle måltall for kommunen:

## **Gjeldsgrad**

Måltall for gjeldsgrad settes til 83%

Gjeldsgrad er netto lånegjeld i prosent av brutto driftsinntekter.

- Netto lånegjeld er definert som langsiktig gjeld, fratrukket pensjonsforpliktelser, utlån og ubrukte lånemidler.
- En høy gjeldsgrad reduserer handlingsrommet
- Gjeldsgraden for Nordreisa kommune var i 2018 på 82,12 %

## **Disposisjonsfond**

Måltall for disposisjonsfond settes til 4 %

- Måltallet regnes i prosent av brutto driftsinntekter
- I 2018 hadde Nordreisa kommune et disposisjonsfond som er 6,1 % av driftsinntektene

## **Netto resultatgrad**

Måltall for netto resultatgrad settes til 1,75 %

- Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter er netto resultatgrad.
- Netto driftsresultat viser hvor mye som er igjen av inntektene til finansiering av investeringer og/eller til å bygge opp fond.
- I 2020 er det ikke lagt opp til en slik netto resultatgrad. Kommunen bør imidlertid bestrebe etter å oppnå 1,75 % i netto resultatgrad i løpet av økonomiplanperioden.
- I 2018 hadde Nordreisa kommune netto resultatgrad på 2,6 %

# Omstilling av kommunen

## **Sektor for administrasjon**

### Utfordringer i sektoren

Kostra-analyse gjennomført av Telemarksforskning viser at kommunen har et høyere nivå på administrasjon enn det normerte nivået i henhold til kostnadsnøkkelen.

Utfordringen for sektoren er å klare å gjennomføre digital omstilling av administrative oppgaver, samtidig som man reduserer stillinger.

Etablering av interkommunale samarbeid medfører at de største kommunene får økte utgifter i forhold til egen drift i forhold til dagens fordelingsnøkkel på kostnader. Fordeling av totalkostnader fordeles 40% likt mellom kommunene og 60 % fordeles pr innbygger. Det må stilles like store krav til effektiv drift av interkommunale tjenester, som når kommunen selv drifter tjenesten. Hvis ikke, så vil interkommunale tjenester skjermes på bekostning av kommunale tjenester.

Den interkommunale IKT tjenesten må vri ressursene over fra serverdrift til support av ansatte i kommunene.

### Omstilling i sektoren

Digitalisering medfører at mange av publikumstjenestene blir selvbetjent.

Det innebærer at mye av oppgavene flyttes over til innbyggerne, på samme måte som omstillinga har skjedd i banknæringa og NAV.

Reduksjon i bemanning, vil medføre at oppgaver enten digitaliseres, flyttes til ledere (for eksempel ansettelsesprosesser) eller ikke lenger kan prioriteres.

Digitalisering av oppgaver er en forutsetning for å klare omstillinga. Det er kun der digitalisering ikke er mulig, at oppgavene må fordeles på annen måte.

Automatiserte ansettelsesprosesser er eksempel på automatisering.

## **Sektor for oppvekst og kultur**

### **Utfordringer i sektoren**

Sektoren er stor og består av 12 virksomhetsledere som har det daglige ansvaret for sin virksomhet. Virksomhetene er spredt fra Oksfjord i nord til Rotsundelv i sør. Sentralt på Storslett er det også flere enheter som har delt inn under samme virksomhet som holder til i ulike bygg og med lange avstander. Forebyggende tjeneste er nå spredt på tre ulike bygg, hvor to av byggene eies av private og kommunen får da også høye husleieutgifter. Voksenopplæring og flyktningetjenesten holder til i gamle skolelokaler i Sørkjosen.

Det er utfordringer knyttet til rekruttering av rett kompetanse i barnehagene, skolene og lederstillinger i hele sektoren. Det er store utgifter knyttet til antall lærere i ordinær undervisning og til andel elever med behov for spesialundervisning.

Barnevernstjenesten er i prosess med å starte et interkommunalt samarbeid med Kåfjord og avslutte samarbeidet med Kvæningen. I tjenesten har det vært store utfordringer med etterslep og det å overholde lovpålagte frister. I pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) har det også vært store utfordringer knyttet til å overholde saksbehandlingsfrister.

Barnehagene holder til i gamle bygg og det er i snitt 21 barn pr. barnehage.

De to største skolene holder til sentralt på Storslett med 430 elever. Det er 30 elever fordelt på 1.-7. trinn som går på Rotsundelv skole og 15 elever fordelt på 1.-4. trinn som går på Oksfjord oppvekstsenter. I 2020/2021 er det stabilt elevtall på Storslett, mens det i Rotsundelv og Oksfjord vil være henholdsvis 26 og 11 elever.

Omstilling i sektor for oppvekst og kultur vil gå i en retning med mer fokus på kvalitet i tjenestetilbudet, mer kompetansebygging og større enheter. Kommunen skal levere gode tjenester til alle innbyggere og vi trenger å tenke ny organisering av tjenestetilbudet, nye strukturer og vektlegge kompetanse og kvalitet foran antall stillinger og spredning av tjenestetilbudet.

I skolene skal det være fokus på kvalitet, rett kompetanse og en bemanningsnorm som tilfredsstiller de nasjonale kravene. Rapporten fra Telemarksforskning sier at vi har flere lærere i ordinær undervisning enn det bemanningsnormen tilsier. Bemanningskalkulatoren til Utdanningsdirektoratet viser det samme. Kvalitet i undervisningen er ikke proporsjonal med antall lærere i klasserommet. Det er kvaliteten på undervisningen og kompetansen til lærer som påvirker elevens læringsutbytte.

### **Omstilling på kort sikt**

Hovedsatsningsområdet i Nordreisaskolen er å bedre elevenes ferdigheter i lesing og digitale ferdigheter. Skoleeier skal støtte skolene i å bygge kompetanse hos lærere og skoleledere gjennom samarbeid med kompetansesenteret Lesesenteret i Stavanger. Det er et også behov for andre stillinger i skolen. Alle elever i kommunen har nettbrett som et verktøy i opplæringen. Vi trenger å omdefinere en stilling til en it- fagarbeider som kan hjelpe alle grunnskolene med teknisk drift.

Det søkes om skjønnsmidler hos Fylkesmannen i Troms og Finnmark for å opprette en stilling som utviklingskoordinator. Skoleeier ønsker å etablere et treårig prosjekt med oppstart første kvartal 2020. I prosjektet vil det ansettes en prosjektmedarbeider i 100% stilling som har relevant kompetanse på skoleutvikling. Hensikten er å styrke kapasitet på utviklingsarbeid innen skole- og oppvekst i Nordreisa. Dette skal gi styrket kompetanse på flere fagfelt, inkludert utviklingsarbeid i hele organisasjonen og styrke læringsutbyttet til alle elever. Vi ønsker å dele utviklingskompetanse med andre kommuner i regionen.

I skolene vil skoleeier særlig prioritere å styrke lærerkompetansen på begynneropplæringen. Det er viktig å prioritere tidlig innsats tidlig i skoleløpet og før ungene begynner på skolen. Virksomheten Forebyggende tjeneste omstilles og ressurser dreies til å arbeide med spesialpedagogikk og veiledning i barnehagene. PPT organiseres direkte under sektorleder, men fagleder i tjenesten overtar personalansvaret for de ansatte. Helsepsykiaterne og kommunepsykolog vurderes overført til helsesektoren. Ungdomskontakten vurderes organisert under kulturvirksomheten.

På skolene vil skoleeier redusere antall lærere i ordinær undervisning og se på hvordan tildeling og fordeling av lærerressurser kan gjøres for å dekke opp behovet for spesialundervisning.

### **Omstilling på lang sikt**

I løpet av en fireårsperiode kan det være mulig å få et tjenestetilbud hvor barnevern og PPT er samlokalisert med skole. Vi trenger en omdreining i tjenestene fra saksbehandling og utredninger til mer forebygging og veiledning i barnehage og skole. Skolene skal ha gjennomført en omstilling som gir alle elever en god begynneropplæring og tilpasset opplæring innenfor klassens fellesskap. Skolene skal ha utviklet et godt system som sikrer at alle som trenger det får intensiv opplæring.

I løpet av en fireårsperiode har Nordreisa kommune en barneskole og en ungdomsskole på Storslett. Det vurderes videre at kommunen kan ha to kommunale barnehager; en på Storslett og en i Sørkjosen.

En slik omstilling vil kunne gi stordriftsfordeler med hensyn til bemanning, kompetanseutvikling, lederskap, faglige og merkantile støtteressurser.

### **Budsjettforslag 2020:**

Det gjøres ingen store endringer i 2020 i budsjettet til barnevernstjenesten, kultur, PPT, helsesykepleiere, barnehager og flyktingetjenesten, men noen omstillinger. Voksenopplæringen vurderes å flyttes til Nord Troms videregående skole, og flyktingetjenesten kan få kontorlokaler like ved (på Flomstad). Da blir det ingen kommunal virksomhet på Sørkjosen skole og bygget kan leies ut, selges, eller vurderes ombygd til barnehage.

Budsjettendringer kommer i skolene. Det er 7,7 stillinger ved Rotsundelv skole som foreslås å tas ned. Det er i tillegg 3 lærerstillinger på Storslett skole og 1 stilling ved Moan skole som foreslås redusert. Samlet er det 11,7 stillinger i skolen som foreslås tatt ned i 2020. Noen av stillingene kan tas gjennom naturlig avgang og eventuelle vakante stillinger.

## **Sektor for helse og omsorg**

### **Utfordringer i sektoren:**

Helsesektoren har 4 virksomhetsledere med flere avdelinger under seg. Sektoren gir tjenester innen hjemmebasert omsorg og institusjonstjenester for eldre og funksjonshemmede. I tillegg er det en del resurskrevende tjenester. Kommunen har store helse- og omsorgsbygg sentralt på Storslett og botiltak for resurskrevende tjenester på ulike lokaliteter. Den hjemmebaserte omsorgen yter tjenester i hjemmene over hele kommunen.

*Demografiutfordringen:* Framtiden byr på store utfordringer for helsesektoren med en økende andel eldre over 67 år, ofte benevnt som «eldrebølgen». I tillegg til en økende andel av eldre, har spesialisthelsetjenesten blitt bedre på å forlenge livet ved akutte sykdomstilstander. Samtidig som denne gruppen øker, så antas det at de som er 80 år om 10 år er sprekere og ved bedre helse enn 80 åringer 10 år tilbake i tid. Likevel er dette en gruppe som vokser og som kommer å kreve mer ressurser.

*Rekrutteringsutfordringen:* I dag har kommunen utfordringer med å rekruttere fagpersonell, i likhet med andre kommuner. Det har vært gjort rekrutteringstiltak både gjennom lønn og stipend for å stimulere til å ta utdanning innom helse.

Ifølge en rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) våren 2019 kommer Norge til å mangle 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere i år 2035. Dette er en virkelighet kommunen må ta inn over

seg og som betyr at driften må omstilles fra «gamle sannheter og tankemåter». Med et økende antall pasienter som trenger hjelp og med færre fagpersoner må tjenesten omstille fra dagens driftskonsept.

### **Omstilling i sektoren:**

Drivkraften for omstilling i sektoren er ikke først og fremst økonomi, men den framtidige personellmangelen. Kommunen kommer ikke til å lykkes med å levere faglig forsvarlige helsetjenester hvis det skal skje gjennom institusjonsbasert drift.

I mange kommuner er man allerede i gang med en omdreining fra passiv pleie og omsorg på institusjon til hjemmebaserte tjenester der man i større utstrekning stimulerer til aktivitet og sosial deltakelse. Nordreisa kommune er allerede i gang med et prosjekt innom hverdagsrehabilitering der tjenesten er raskt inne og gjør aktive tiltak som skal forebygge at pasienten blir dårligere. Pasienten får trent opp sin funksjon og som gjør at vedkommende fortsatt kan bo i sitt eget hjem. En målsetting er at de kan bli selvhjulpne og i stand til å være lenger i eget liv. Omstillinga går ut på at man flytter «fronten» for helsehjelpen ut til hjemmene der folk bor.

I tillegg til en omdreining av ressurser til hjemmesykepleien, så tar kommunen i bruk velferdsteknologi. Velferdsteknologi er en trygghetsskapende teknologi, som gjør at mottakere av hjemmetjenester opplever en økt trygghet i egen bolig. På denne måten reduseres etterspørselen etter institusjonsplasser framover i tid.

Institusjonsplasser koster mye penger og krever mye personell. En årskostnad på en sykehjemsplass er cirka 1 100 000 kroner. Nordreisa kommune lå lavere i 2018 pga en feilrapportering. En hjemmeboende som har hjemmesykepleie koster cirka 250-270 000 kroner, og et mobilt team kan ta flere pasienter.

Sykehjemsplasser kan ikke legges ned, da innbyggerne har krav på faglig forsvarlig helsehjelp og kommunen har en plikt å yte slik hjelp. På kort sikt er det derfor enda behov for institusjonsplasser. Det langsiktige er målet en naturlig nedtrapping av antallet institusjonsplasser, når effekten av økt hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering slår in. Det er vanskelig å beregne en innsparing ved å sette en målsetting pga. begrensede muligheter til å kartlegge innbyggernes helsenivå. Hvis kommunen lykkes med omdreiningen til hjemmebaserte tjenester, så kan behovet for institusjonsplasser reduseres med ca 11 senger før 2023.

Økonomisk sett har helsesektoren har vært lavt prioritert i Nordreisa kommune. Mange tøffe avgjørelser er blitt tatt de siste årene og det har vært en del kutt i bemanningen, omorganisering med mere. De ansatte gjør en fantastisk jobb og det er mange nøkkelpersoner som har tatt på seg et ansvar langt større en det som kreves i deres stilling. Dette har vært helt nødvendig i den daglige driften, men det har vært ødeleggende for organisasjonsstrukturen og gjør det vanskelig å få et godt overblikk over hele sektoren i f.eks. budsjettprosesser. Det er i tillegg mange nye ledere som trenger tid til å bli kjent med organisasjonen og sette seg inn i strukturene. Sektorleder er dog optimistisk, da det er mange gode fagpersoner og nok potensiale til å omdisponere midler innen sektoren.

Det er begynt en nedbemanningsprosess på nattevaktstilling som ikke er slutført. ROS analysen viser at det trengtes innkjøp av velferdsteknologi for å gjennomføre reduksjonen. Det er ikke tilstrekkelig å se på enkelte tiltak, uten at å se helhetlig på driften.

Sektoren må revurdere hvilken rolle sykepleiere skal ha. Utnytter vi helsefagarbeiderens fulle kompetanse når de er på jobb? Kan vi samkjøre turnuser? Samtidig med rekrutteringsutfordringer, så må sektoren se på effektiv bruk av eksisterende personell. Sektorleder ser innsparingspotensialer, der målet er å unngå bruk av kostbare vikarbyråer.

Har sektoren områder der samlokalisering eller økt samarbeid kan lede til effektivere drift? Det er satt i gang vurderinger av blant annet langturnuser, der økonomi er et kriterium som skal vurderes. Videre skal det sees over vedtak som er fattet og hvordan saksbehandlingen foregår. Man skal også ha en gjennomgang av KOSTRA og se over de områder hvor kommunen scorer høyt. Innbyggerne har krav

på forsvarlige helsetjenester, men nivået på tjenestene må gjennomgås. Vedtak som fattes må være faglig utredet og begrunnet av fagpersonell.

### **Budsjettforslag:**

Helsesektoren trenger en omdreining til hjemmesykepleie, som kan støtte hverdagsrehabiliteringen med f.eks. ernæringscreening, legemiddelgjennomgang med mere.

Videreføring av prosjektet hverdagsrehabilitering i kommunal regi etter 1.9.2020 med en 100% fysioterapeut og 50% ergoterapeut. Det skal sees på dagens driftsmodell på institusjonene i hht. hvordan vi arbeider og hvilke roller yrkeskategoriene har.

Under omstillingsprosessen er det viktig å opprettholde driften slik at kommunen gir faglig forsvarlige tjenester.

### **NAV sosial**

NAV sosial digitaliseres gjennom DigiSos. Det vil gi saksbehandlere bedre tid til å gjøre grundige vedtak.

På sikt kan det vurderes å kutte en stilling og overta aktivitetsspliksentralen.

Oppgaver med supplerende av flyktninger i introprogrammet overføres til flyktningsjenesten, slik at ytelser til flyktninger sees helhetlig.

På sikt må det vurderes om NAV skal overta driften av flyktningsjenesten.

I tillegg til bedre kvalitet i vedtak om sosialhjelp, så må det vurderes om normen på sosialhjelp skal reduseres.

## **Sektor for drift og utvikling**

### **Utfordringer i sektoren:**

Sektoren består av 4 virksomhetsledere som har det daglige ansvaret for sin virksomhet. Virksomhetene drifter tjenester og utfører forvaltningsoppgaver i hele kommunen.

Nordreisa kommune har en bygningsmasse på 38.000m<sup>2</sup>, der mange er eldre bygg som har et stort etterslep i forhold til vedlikehold. Nordreisa brukte i 2018 kr 55 pr m<sup>2</sup> til vedlikehold, landsgjennomsnittet er kr 99 pr m<sup>2</sup>. Videre har kommunen høyere antall m<sup>2</sup> bygg pr innbygger enn sammenlignbare kommuner.

Nordreisa er en av kommunene i landet med flest km kommunal vei, 124 kilometer. Dette medfører store ekstrakostnader for kommunen, som Staten ikke tar hensyn til i sin fordelingsnøkkel. Vedlikeholdskostnader pr km er langt under landsgjennomsnittet.

Renhold ligger i 2018 litt over landsgjennomsnittet i kostnad pr m<sup>2</sup>, men det er tatt inn nye areal i 2019 uten at antall ansatte er økt.

Innen forvaltning er det innen noen fagfelt lang saksbehandlingstid. I tillegg er det mange oppgaver innen miljø- og klimaarbeid, samt forurensning som ikke er mulig å ta tak i på en tilfredsstillende måte med dagens bemanning.

Arbeid med hjelpemidler og andre helseoppgaver/vedlikehold av helseutstyr er i dag er lagt under bygningsdrift. Dette medfører mange avbrudd i planlagte driftsoppgaver. Det medfører igjen at det er vanskelig å planlegge og gjennomføre større vedlikeholdsoppgaver.

Miljø, plan og utviklingsutvalget gjorde i september 2019 vedtak der de ber administrasjonen vurdere denne organiseringa. Rådmannen anbefaler at det startes et arbeid med dette i 2020.

### **Omstilling i sektoren**

Innen både bygningsdrift og drift av kommunale veier er det for lave budsjetter for å opprettholde standarden. Budsjettene er så små at det ikke foreslås endringer. Ideelt skulle vedlikeholdsbudsjett for

både anleggsdrift og bygningsdrift vært økt. For kommunale veier er det mulig med en standardheving fra grus til asfaltvei. Da kan det tas gjennom investering. Innen bygningsdrift er det ikke mulig å ta etterslep av vedlikehold som en investering.

En stor andel av driftsutgiftene innen vei går til vintervedlikehold. I dag er det en deling mellom brøyting i egen regi og kjøp av brøytekontrakter. Anbudene skal lyses ut på nytt i 2020. Det må gjennom dette arbeidet vurderes om det er mulig å gjøre endringer som kan redusere de totale kostnadene.

Sommervedlikehold, spesielt gjengroing langs kommunale veier øker år for år. Investering av bedre utstyr for rydding vil effektivisere drifta.

Sektor for oppvekst og kultur har over foreslått endringer i både skole- og barnehagestrukturen. En reduksjon i bygningsmassen vil gi reduserte driftskostnader. Det vil gi større og færre bygg/enheter og derved en effektivisering gjennom mer rasjonell drift.

Dette forutsetter imidlertid at kommunen må selge/rive bygningsmasse som ikke er i drift.

Innen forvaltning er det mulig å få selvbetjeningsløsninger innen noen fagfelt, mens for andre finnes det ikke. Kommunen deltar i et pilotprosjekt for å få løsninger innen bla motorferdsel. Lykkes det så blir det bedre og raskere saksbehandling og reduserte behov. Ulempen nå er at nedbemanningen starter før selvbetjeningsløsningene er på plass.

Mange kommuner har innført innskrenket besøkstid på kontorene for å effektivisere saksbehandlingen. I dag er det slik at kontortid for ansatte og åpningstid kunder er det samme. Ved redusert åpningstid vil saksbehandlere raskere kunne besvare skriftlige henvendelser, og være bedre forberedt til kundebesøk.

Renhold bruker noe over gjennomsnittskommunene pr m2. Tiltak her kan være å lage bedre rutiner og tilrettelegge mer for bruk av innesko i alle kommunale bygg og investere i roboter som kan støvsuge/vaske. En strukturendring som medføre større og færre bygg vil gi reduserte kostnader innen renhold.

Innen bygningsdrift har det blitt færre vaktmestre og flere bygg de siste åra. Med unntak av de store byggene er vaktmestrene nå organisert samlet. Etablere en felles vaktmesterbase for samling av folk og utstyr på en plass vil være et tiltak for å effektivisere drifta enda bedre.

### **Budsjettforslag:**

Noen av tiltakene nevnt over vil blir iverksatt i 2020 og vil gi budsjettgevinst raskt. For andre tiltak vil det være behov for å kjøre prosesser som vil gi budsjettmessige utslag fra 2021.

For 2020 legges det opp til et flatt nedtrekk i sektoren. Driftsbudsjettene er så små at kutt må tas reduksjon i stillinger. Disse kan tas ut gjennom vakanser eller naturlig avgang slik at det ikke medfører noen nedbemanningsprosess.



# Medarbeidere og organisasjon

Overordnet målekort for hele organisasjonen

| 10-FAKTOR KS' medarbeiderundersøkelse |                              |     |
|---------------------------------------|------------------------------|-----|
| Faktor                                | Navn                         | Mål |
| Faktor 1                              | Indre motivasjon             | 4,3 |
| Faktor 2                              | Mestringstro                 | 4,3 |
| Faktor 3                              | Autonomi                     | 4,2 |
| Faktor 4                              | Bruk av kompetanse           | 4,3 |
| Faktor 5                              | Mestringsorientert ledelse   | 4,0 |
| Faktor 6                              | Rolleklarhet                 | 4,3 |
| Faktor 7                              | Relevant kompetanseutvikling | 3,7 |
| Faktor 8                              | Fleksibilitetsvilje          | 4,5 |
| Faktor 9                              | Mestringsklima               | 4,1 |
| Faktor 10                             | Prososial motivasjon         | 4,7 |

Øvrige mål:

|  |  |
|--|--|
| Gjennomførte medarbeidersamtaler:      | 100%   |
| Antall lærlinger/vekslingselever pr år | 20   |
| Arbeidsnærvær:                         | 92%  |
| IA-avtalens delmål 1                   | redusere sykefraværet/oppfølging av sykemeldte           |
| IA-avtalens delmål 2                   | økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne |
| IA-avtalens delmål 3                   | å forlenge den yrkesaktive perioden                      |

### Likestillingsarbeid i Nordreisa kommune har følgende målsettinger:

- Økt mangfold i virksomhetene
- Like arbeidsmuligheter for alle ansatte.
- Forhindre diskriminering blant annet på grunnlag av kjønn, nedsatt funksjonsevne, etnisitet, religion m.m.
- Alle nye bygg og ny infrastruktur skal være universell utformet.
- Alle skal ha tilgang til og tilrettelagte tilbud innenfor kultur, idrett og friluftsområder.

### Etisk standard

- Lovverk, interne regler og vedtak skal følges.
- Det er et felles ansvar å bygge tillit.
- Kommunen skal følge god forvaltningsskikk.
- Ansatte og folkevalgte skal ha et våkent øye for habilitet og interessekonflikter.
- De ansatte skal opptre lojalt.
- Folkevalgte skal være bevisst sin rolle som representanter for kommunen.
- Ansatte har rett og plikt til å varsle.
- Kommunen skal ha et godt arbeidsmiljø uten mobbing og diskriminering.
- Det skal vises varsomhet i forhold til gaver og andre fordeler.
- Det skal vernes om kommunen sine ressurser og verdier.
- Varsomhet ved kommunikasjon i sosiale media .

### Internkontroll mål:

- Kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen

Kostnads- og resultateffektivitet  
Tilfredse brukere og innbyggere  
Forbedringsarbeid

- Helhetlig styring og riktig utvikling

Utvikling i tråd med vedtatte mål  
Godt samspill mellom virksomhetsstyring og internkontroll

- Godt omdømme og legitimitet

Legitimitet og engasjement for kommunen og lokaldemokratiet  
Attraktivitet som bosted og arbeidsgiver

- Etterlevelse av lover og regler

Kvalitet og tilgang på tjenester  
Hindre myndighetsmisbruk  
Forebygge uønskede hendelser

# Sektor for administrasjon

Sektoren består av:

- Rådmannen
- Service- og personaltjenester (personal/arkiv/IT)
- Økonomitjenester (regnskap/lønn/skatt)

Mål:

- Nordreisa kommune skal ha en tjenesteutvikling og personalpolitikk som bidrar til godt arbeidsmiljø, effektiv tjenesteyting og rekruttering av riktig fagfolk og kompetanse.
- Nordreisa kommune skal se på de ansatte som sin viktigste ressurs for å nå kommunens målsettinger. Nordreisa kommune vil derfor gjennom aktive personalpolitiske tiltak sørge for å ta vare på og utvikle denne på en god måte.
- Nordreisa kommune skal ha en effektiv, utviklingsorientert og tilpasningsdyktig organisasjon.
- Nordreisa skal være et utviklingsorientert regionsenter basert på godt naboskap og samarbeid.
- Nordreisa skal ha boliger, boformer og bomiljø som bidrar til mangfold og god livskvalitet. Nordreisakommune skal være en attraktiv kommune å bo i, og alle skal kunne etablere seg og ha egen bolig.

Rammen for sektoren:

| <b>I Sektor for administrasjon</b>     | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 29 033 893           | 29 033 893           | 29 033 893           | 29 033 893           |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 2 714 130            | 3 014 130            | 3 314 130            | 3 614 130            |
| Sum tiltak                             | -1 615 000           | -2 600 000           | -2 800 000           | -2 900 000           |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>30 133 023</b>    | <b>29 448 023</b>    | <b>29 548 023</b>    | <b>29 748 023</b>    |

Tabell 8 Ramme for sektor for administrasjon

# Sektor for oppvekst og kultur

Sektoren består av:

- Stab
- Barnehager
- Skoler og SFO
- Voksenopplæring og Flyktingetjenesten
- Forebyggende tjeneste (helsestasjon/åpen barnehage/PPT)
- Barnevernstjenesten
- Kultur (bibliotek/kulturskole/kino/Point)

Mål:

- Nordreisa kommune skal være et attraktivt og helhetlig utdannings- og oppvekstsamfunn forankret i kunnskap om vår kultur, vår natur og vårt miljø.
- Nordreisa kommune skal styrke den helhetlige ledelsen i oppvekstsektoren.

Rammen for sektoren:

| <b>2 Sektor for oppvekst og kultur</b> | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 135 100 023          | 135 100 023          | 135 100 023          | 135 100 023          |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 7 810 657            | 9 855 457            | 11 855 457           | 13 708 857           |
| Sum tiltak                             | -4 250 000           | -10 000 000          | -13 000 000          | -13 000 000          |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>138 660 680</b>   | <b>134 955 480</b>   | <b>133 955 480</b>   | <b>135 808 880</b>   |

Tabell 9 Ramme for sektor for oppvekst og kultur

## Barnehager

Mål:

- Nordreisa kommune har som mål at alle som ønsker barnehageplass skal få det når de trenger det.
- Nordreisa kommunes barnehager skal være en læringsarena med høy kvalitet og starten på et helhetlig opplæringsløp. Det pedagogiske arbeidet etter rammeverket skal basere seg på lokale fortrinn som natur, kultur og miljø.

Utgiftsdrivere for barnehager:

- Volum plasser \* utgift pr plass
- Små barnehager gir høye utgifter pr plass
- Ikke fulle barnehagegrupper hele dagen
- Andel barn med spesielle behov
- Drift av bygninger

| BARNEHAGE  | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|--|-------------|--------------------------|
| BEMANNING: Antall barn per årsverk i grunnbemanningen i kommunale barnehager (15 %)                      | 5           | 5                        |
| BEMANNING: Antall barn per årsverk i grunnbemanningen i private barnehager (5 %)                         | 5,9         | 5,8                      |
| FAGUTDANNING: Andel kommunale barnehager som oppfyller pedagognormen, uten dispensasjon (15 %)           | 100         | 60                       |
| FAGUTDANNING: Andel private barnehager som oppfyller pedagognormen, uten dispensasjoner (5 %)            | 100         | 25                       |
| FAGUTDANNING: Andel ansatte i kommunale barnehager med pedagogisk utdanning, kommunale barnehager (15 %) | 43          | 41                       |
| FAGUTDANNING: Andel ansatte i private barnehager med pedagogiske utdanning, private barnehager (5 %)     | 45          | 45                       |
| KJØNN: Andel ansatte som er menn, alle barnehager (7,5 %)  | 15          | 9,1                      |
| MINORITET: Andel av minoritetsspråklige barn som går i barnehage siste år (7,5 %)                        | 95          | 93                       |
| MINORITET: Andel av minoritetsspråklige barn som går i barnehage, snitt siste fire år (5 %)              | 95          | 92                       |
| STØRRELSE: Barn per barnehage (5 %)  | 54          | 21                       |
| STØRRELSE: Leke- og oppholdsareal per barn i kommunale barnehager (5 %)                                  | 10          | 7,4                      |
| STØRRELSE: Leke- og oppholdsareal per barn i private barnehager (2,5 %)                                  | 10          | 10,6                     |
| DEKNINGSGRAD: Andel barn 1-5 år med barnehageplass (2,5 %)   | 100         | 88                       |

## Skole og SFO

Utgiftsdrivere:

- Gjennomsnittlig skolestørrelse
  - Antall elever
  - Lærertetthet
- Ressursandel til spesialundervisning
- Ressursandel til videreutdanning av lærere, kompetanse for kvalitet
- Lønnsansiennitet pr årsverk

Mål:

- Nordreisa kommune skal ha en grunnskole med et godt læringsmiljø som har fokus på faglige resultater og sosial kompetanse.
- Nordreisa kommune skal ha fokus på tidlig innsats for å redusere behovet for spesialundervisning.
- I Nordreisa er det en målsetning å være på gjennomsnittlig nasjonalt nivå på eksamen, kartlegginger, nasjonale prøver og grunnskolepoeng.
- 1. – 7. trinn: Alle lærere har 30 studiepoeng i minst to basisfag (Norsk, matematikk, engelsk og naturfag), innen 2022
- 8. -10. trinn: Alle lærere har 60 studiepoeng i undervisningsfag, innen 2022
- Alle skoleledere har tilleggsutdannelse i ledelse, innen 2022
- Tilstrekkelig med PC, nettbrett og digitale tavler i undervisningsrom.
- Oppdaterte lærebøker og tilstrekkelig materiell i alle fag.

| SKOLE  | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|--|-------------|--------------------------|
| AVGANGSKSRAKTER: Snitt grunnskolepoeng (10.trinn) siste år                             | 41          | 41                       |
| FRAFALL: Andel elever fra kommunen som har fullført og bestått videregående innen 5 år | 75          | 73                       |
| NP 5. TRINN: Andel elever på laveste mestringsnivå, snitt siste fire år                | 31          | 40                       |
| NP 8. TRINN: Andel elever på laveste mestringsnivå, snitt siste fire år                | 10,3        | 10,2                     |

|  |      |      |
|--|------|------|
| NP 9. TRINN: Andel elever på laveste mestringsnivå, snitt siste fire år                            | 5,9  | 6,2  |
| UTDANNING: Andel lærere med kompetanse til å undervise i norsk, matematikk og engelsk 1.-7. trinn  | 73   | 62   |
| UTDANNING: Andel lærere med kompetanse til å undervise i norsk, matematikk og engelsk 8.-10. trinn | 73   | 54   |
| UTDANNING: Andel lærere som oppfyller kravene til undervisning 1.-7. trinn                         | 95   | 99   |
| UTDANNING: Andel lærere som oppfyller kravene til undervisning 8.-10. trinn                        | 95   | 90   |
| TRIVSEL: 7. trinn, siste fem år  | 91   | 87   |
| TRIVSEL: 10. trinn, siste fem år   | 86   | 83   |
| SPESIALUNDERVISNING: Andel elever med spesialundervisning 1.-4. trinn, siste fire år               | 5,2  | 7,3  |
| SPESIALUNDERVISNING: Andel elever med spesialundervisning 5.-7. trinn, siste fire år               | 9,2  | 15,3 |
| SPESIALUNDERVISNING: Andel elever med spesialundervisning 8.-10. trinn, siste fire år              | 10,1 | 14,2 |
| LEKSEHJELP: Andel elever 1.-4. trinn som har leksehjelp  | 15   | 24   |
| LEKSEHJELP: Andel elever 5.-7. trinn som har leksehjelp  | 30   | 0    |
| LEKSEHJELP: Andel elever 8.-10. trinn som har leksehjelp   | 8    | 0    |

Resultatene nasjonalt er forbedret i fem år på rad. Karakterene på 10. trinn i Nordreisa har vært omtrent på gjennomsnittet de siste fire årene.

Nasjonalt har andelen elever som har fullført videregående med bestått innen fem år, økt de siste årene. Snittet er nå på 75 prosent. Andelen elever fra kommunen som har fullført og bestått videregående i løpet av fem år, er nå på 73 prosent.

Andelen lærere som oppfyller kompetansekravene i norsk, engelsk og matematikk har økt nasjonalt de siste årene. 78 prosent av norsklærerne, 69 prosent av matematikklærerne og 57 prosent av engelsklærerne oppfylte i 2018 kompetansekravene. En betydelig andel av lærerne i barneskolen som underviser i norsk, engelsk og matte i kommunen, oppfyller ikke de nye kompetansekravene, ifølge statistikken.

På ungdomsskolen er bare om lag halvparten av lærerne i matematikk, engelsk og norsk som oppfyller nye krav til fordypning i fagene. I Nordreisa har vi en målsetting om at alle lærere oppfyller kravene til utdanning innen 2022.

Andelen elever med spesialundervisning er nesten tre ganger så høy på 10. trinn som på 1. trinn. I Nordreisa får 7,3 prosent av elevene i småskolen spesialundervisning. Andelen er omtrent som for ett år siden. På 5.-7. trinn får 15,3 prosent av elevene i Nordreisa spesialundervisning. Det er høyt målt mot de fleste andre kommuner. På ungdomsskolen får 14,2 prosent av elevene i Nordreisa spesialundervisning. Snittet for landet ligger på 10,1 prosent. Det å arbeide systematisk for å få ned andelen spesialundervisning er ett av Nordreisaskolens viktigste forbedringsområder sammen med grunnleggende ferdigheter i lesing. Høsten 2019 ble det innledet et 2-årig samarbeid med et av landets fremste kompetansesentre, Lesesenteret i Stavanger. Svake leseferdigheter er en av årsakene til at mange elever henvises og ender opp med spesialundervisning. I samarbeidet vil det være et særlig fokus på tidlig innsats og begynneropplæringen, i tillegg vil det satses betydelig på generell kompetanseheving for alle lærere innen grunnleggende ferdigheter i lesing.

## **Voksenopplæring og Flyktingetjenesten**

Mål:

- Nordreisa kommunes voksenopplæring skal tjene innbyggerne og næringslivet i forhold til norskopplæring/integrering av fremmedspråklige.
- Nordreisa kommunes voksenopplæring skal bidra til kvalifisering av arbeidskraft som gjenspeiler behovet i samfunnet.
- 80% på gjennomført og bestått introduksjonsprogram
- Oppfylle kommunestyrets vedtak om antall bosatte

| År                         | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|----------------------------|------|------|------|------|
| Folkemengden i alt         | 4895 | 4919 | 4944 | 4909 |
| Andel innvandrerbefolkning | 5,8  | 6,7  | 7,1  | 7,1  |

Andel innvandrerbefolkning i prosen av folkemengden i alt

## **Forebyggende tjeneste**

Helsestasjon



**Mål:**

- Nordreisa kommunes tjenestetilbud og helsetjenester skal dreies mot mer forebyggende og helsefremmende fremfor behandlende.
- Nordreisa kommune skal styrke skole-helsetjenesten og lavterskeltilbudet til barn og unge for å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sykdom og skade.

|  |        |
|--|--------|
| Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst: | 100 %, |
| Andel barn fullført helseundersøkelse 6 uker:                | 100%   |
| Andel barn fullført helseundersøkelse 2 år:                  | 95 %   |
| Andel barn fullført helseundersøkelse 4 år:                  | 95 %.  |
| Andel barn fullført helseundersøkelse 1. klasse:             | 100 %. |

Det skal gjennomføres Ungdata undersøkelse hvert 3. år (sist utført i 2017). Undersøkelsen danner grunnlag for å gjøre endringer og legge til rette for barn og unges oppvekstmiljø i Nordreisa kommune.

### Åpen barnehage

**Mål:**

- Nordreisa kommune skal ha en åpen barnehage som et lav-terskel tilbud og en tiltaksarena for familier som trenger støtte og stimulering. Den skal også være en arena for lek og samvær for foresatte og barn uten ordinær barnehageplass.

### PPT

Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), skal hjelpe barn og elever med behov for særskilt tilrettelegging og eller klasser/ skoler med læringsmiljø. Hensikten er at de får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud.

**Mål:**

- PPT skal være ei faglig kompetent tjeneste.
- PPT skal være tilgjengelig og medvirke til helhet og sammenheng
- PPT skal arbeide forebyggende ved å hjelpe skoler og barnehager med kompetanse- og organisasjonsutvikling knyttet til barn med særskilte behov og opplæring av elever med særskilte behov.
- PPT-tjenesten skal bidra med tidlig innsats i barnehage og skole

## Barnevernstjenesten

| Mål   |      |
|---|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nordreisa kommune skal ha fokus på forebyggende barnevern rettet mot barnehager og skoler.</li> <li>• Nordreisa kommune skal utvikle tverrfaglige arenaer hvor familier kan få individuell hjelp og støtte på et tidlig tidspunkt</li> </ul> |      |
| Andel undersøkelser med behandlingstid under 3 mnd:   | 100% |
| Andel barn under omsorg som har omsorgsplan:  | 100% |
| Andel barn med utarbeidet plan:   | 100% |

Utgiftsdrivere barnevern:

- Volum, dvs. andel/antall i tiltak
- Utgift pr barn med tiltak i og utenfor hjemmet
- Utgifter til saksbehandling, utgift pr barn

| BARNEVERN   | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|---|-------------|--------------------------|
| OMFANG: Andel barn i barnevernet, korrigert for behovet                                     | 4,3         | 6,5                      |
| SAKSBEHANDLINGSTID: Andel undersøkelser m behandlingstid under 3 mnd                        | 87          | 48                       |
| SAKSBEHANDLINGSTID: Andel undersøkelser med behandlingstid under 3 mnd, snitt siste fire år | 81          | 63                       |
| INSTITUSJON: Andel barn i institusjon og fosterhjem   | 32          | 30                       |
| INSTITUSJON: Andel barn i institusjon og fosterhjem, snitt siste fire år                    | 34          | 0                        |
| ÅRSVERK: Stillinger med fagutdanning, per 1.000 mindreårige                                 | 8           | 6,1                      |
| ÅRSVERK: Barn med undersøkelse eller tiltak per årsverk, f244                               | 13          | 21                       |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| PLAN: Andel barn under omsorg som har omsorgsplan  | 100    | 83    |
| PLAN: Andel barn under omsorg som har omsorgsplan, siste fire år                                     | 100    | 100   |
| PLAN: Andel barn med utarbeidet plan   | 100    | 80    |
| PLAN: Andel barn med utarbeidet plan, snitt siste fire år  | 100    | 83    |
| TIDLIG INNSATS: Netto utgifter til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste, per innb. 0-5 år | 15 000 | 7 658 |
| BRUKERPERSPEKTIV: Brukerundersøkelser siste fire år  | 2      | 0     |

Nasjonalt har andelen saker i barnevernet som tar mer enn 3 måneder å behandle, gått litt ned også i fjor. I snitt overholder kommunene nå den normale saksbehandlingsfristen i lovverket i 88 prosent av sakene. Andelen fristbrudd er halvert på noen få år, og har aldri vært lavere. Kommunen er blant de svakeste hva gjelder å holde den ordinære tremånedersfristen for saksbehandlingen. Bare 48 prosent av sakene ble behandlet innen 3 måneder.

Målt mot antall mindreårige har bemanningen i barnevernet økt med 80 prosent i Kommune-Norge over de siste ti årene, og har aldri vært høyere. Bemanningen av fagpersonell i barnevernet i Nordreisa er middels.

## **Kultur**

### Mål:

- Nordreisa kommune vil at lag og foreninger skal være en viktig ressurs i samfunnsutviklingen, og kommunen ønsker å støtte opp om dette.
- Nordreisa kommune skal i Halti-bygget tilrette-legge for produksjon og kultur-opplevelser for regionens befolkning.
- I Nordreisa skal kulturarbeidet være preget av åpenhet og inkludering og være forankret i vår egen flerkulturelle historie og identitet.

## Kulturskolen

### Mål:

- Kommunens kulturskole skal samordnes som en del av oppvekststrukturen i Nordreisa.
- Kommune skal ha en godt utbygd kulturskole der det er plass til de som ønsker det.
- Nordreisa kommunes kulturskole skal være en meningsfylt og stimulerende fritidsaktivitet som skal tilrettelegge for og utvikle elevenes kunstneriske og skapende evner samt fremme forståelse, opplevelse og interesse for kunst og kultur.

## Bibliotek

### Mål:

- Nordreisa kommune skal utvikle biblioteket til å bli et kunnskaps-senter og en læringsarena for barnehager og grunnskoler i kommunen.
- Nordreisa kommune skal videreutvikle studie-biblioteket og bibliotek-tjenestene til voksne som tar utdanning.

|   |    |
|---|----|
| Antall bokutlån pr innbygger barnelitteratur: | 20 |
|---|----|

|  |     |
|--|-----|
| Antall bokutlån pr innbygger voksenlitteratur: | 2,2 |
|--|-----|

| KULTUR   | Mål 2020 | Kommunebarometer 2019 |
|--|----------|-----------------------|
| BIBLIOTEK: Besøk i folkebibliotek per innbygger (7,5 %)  | 4,6      | 3,7                   |
| BIBLIOTEK: Andel av voksne som er aktive lånerne på biblioteket (fra Norsk kulturindeks, Telemarksforskning) (5 %) | 14       | 13,3                  |
| BIBLIOTEK: Utlån alle medier fra folkebibliotek per innbygger (5 %)  | 4        | 4,2                   |
| BARN OG UNGE: Netto driftsutgifter til aktivitetstilbud for barn og unge (15 %)                                    | 1200     | 876                   |
| IDRETT: Netto driftsutgifter til idrett og idrettsanlegg per innbygger (15 %)                                      | 500      | 641                   |
| KINO: Kinobesøk per innbygger (2,5 %)  | 2,2      | 1,4                   |

|  |    |     |
|--|----|-----|
| SYSSELSATTE: Ansatte kulturarbeidere i kommunen (fra Norsk Kulturindeks, Telemarksforsking), per 1.000 innbyggere (15 %) | 8  | 7,3 |
| MUSIKKSKOLE: Andel av elevene som går på kommunens musikk- og kulturskole (10 %)   | 25 | 8,3 |
| MUSIKKSKOLE: Antall timer per elev (fra Norsk Kulturindeks, Telemarksforsking) (5 %)                                     | 37 | 51  |
| FRITIDSSENTER: Antall besøk i året, per innb. under 20 år (10 %)   | 2  | 0,0 |
| FRIVILLIGE: Andel av kulturutgiftene som er overført til frivillige (10 %)   | 7  | 24  |

15 prosent av den voksne befolkningen i Norge er aktive lånerne på biblioteket, ifølge Norsk kulturindeks fra Telemarksforsking. I Nordreisa er 13,3 prosent av de voksne registrert som aktive lånerne.

Nasjonalt går 23,6 prosent av de mellom 6 og 15 år nå på kultur- og musikkskole. Andelen ble litt lavere det siste året. I kommunene hvor tilbudet er mest populært, er det over sju ganger så mange som går på kulturskolen, som i de kommunene med færrest elever. Andelen av barn fra kommunen som faktisk går på musikk- og kulturskole er ganske lav målt mot de fleste andre kommuner.

# Sektor for helse og omsorg

Sektoren består av:

- Stab
- Helsetjenester (legetjenesten/fysioterapitjenesten)
- Sykehjem (Sonjatun sykehjem/Sonjatun Omsorgssenter/Sonjatun Bo- og kultursenter)
- Boliger (Guleng boliger/Høgegga boliger)
- Hjemmetjeneste (hjemmesykepleie/hjemmehjelp)
- Rus og psykisk helse

Rammen for sektoren, inklusiv DMS og NAV Sosial:

| <b>3 Sektor for helse og omsorg</b>    | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 132 352 259          | 132 352 259          | 132 352 259          | 132 352 259          |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 23 029 749           | 26 029 748           | 29 029 749           | 32 029 749           |
| Sum tiltak                             | -2 600 000           | -9 600 000           | -11 500 000          | -12 500 000          |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>152 782 008</b>   | <b>148 782 007</b>   | <b>149 882 008</b>   | <b>151 882 008</b>   |

Tabell 13 Ramme for sektor for helse og omsorg

## Helsetjenester

Mål:

- Nordreisa kommune skal være pådriver og jobbe aktivt med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for hele befolkningen.
- Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

| HELSE   | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|---|-------------|--------------------------|
| LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (10 %)     | 13          | 14,1                     |
| FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som har ledige plasser (5 %) | 75          | 50                       |

|   |      |      |
|---|------|------|
| FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som mangler lege (5 %)                             | 0    | 0    |
| FASTLEGE: Andel ledige listeplasser (5 %)   | 35   | 3    |
| HELSESØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)                   | 100  | 0    |
| PSYKISK HELSEARBEID: Årsverk av psykiatriske sykepleiere, per 10.000 innbyggere (5 %) | 5    | 3,6  |
| JORDMOR: Antall årsverk per 10.000 fødte (5 %)  |      | 0    |
| INNLEGGELSER: Antall opphold på sykehus per 1.000 innbyggere (5 %)                    | 120  | 110  |
| SKOLEHELSE: Andel barn m fullført undersøkelse innen utgangen av 1. trinn (10 %)      | 100  | 80   |
| HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk, nyfødte innen to uker etter hjemkomst (10 %)          | 100  | 82   |
| VAKSINE: Andel 2-åringer som er med i vaksinasjonsprogrammet (10 %)                   | 100  | 94   |
| VAKSINE: Andel 9-åringer som er vaksinert mot meslinger (10 %)                        | 100  | 95   |
| MEDISINBRUK: Total medisinbruk, per 10.000 innbyggere (5 %)                           | 6000 | 6618 |
| FOREBYGGING: Netto driftsutgifter forebygging, kr per innb - snitt fire år (5 %)      | 80   | 60   |

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

Mål:

- Nordreisa kommune skal møte den enkeltes individuelle behov gjennom god samhandling med tjenestemottaker og pårørende.
- Nordreisa kommune skal sikre at brukernes individuelle planer følger brukeren og bestemmer hvilket tilbud brukeren skal få.

| År                 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2033 | 2040 | Endring<br>2019 - 2033 | Endring<br>2019 - 2040 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------------------------|------------------------|
| 70 - 79 år         | 475  | 507  | 526  | 553  | 558  | 558  | 635  | 83                     | 160                    |
| 80 - 89 år         | 187  | 196  | 194  | 202  | 211  | 389  | 401  | 202                    | 214                    |
| 90 -99 år          | 40   | 42   | 45   | 43   | 50   | 59   | 113  | 19                     | 73                     |
| 100 år eller eldre | 0    | 0    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1                      | 2                      |
| Sum                | 702  | 745  | 766  | 799  | 820  | 1007 | 1151 | 305                    | 449                    |

Befolkningsframskrivningen viser at utviklingen i aldersgruppen 70-79 år forventes å stige utover i planperioden. Noe av forklaringen ligger i at mange ble født i etterkrigstiden. Disse vil passere 70 år frem mot 2022.

Aldersgruppen 80 år + ser vi vil få en stor økning i økonomiplanperioden. Mot slutten av 30-tallet ble kullene økte barnekullene, som igjen gir utslag på gruppen 80 år +. I 2040 vil imidlertid andelen 80 år + øke betraktelig.

Utgiftsdrivere i pleie og omsorg:

- Andel over 80 år med institusjonsplass
- Antall kostnadskrevenne hjemmetjenestebrukere under 67 år
- Hjemmetjenestens prioritering – litt til mange.

| PLEIE OG OMSORG  | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|--|-------------|--------------------------|
| Andel ansatte med fagutdanning   | 95          | 75                       |
| Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov                                 | 95          | 91                       |
| Andel plasser til demente i skjermet enhet, målt mot beboere på sykehjem over 80 år                | 75          | 64                       |
| Andel av opphold på sykehjem som er korttidsopphold  | 10          | 6,7                      |
| Tid med lege på sykehjem   | 40          | 33                       |
| Tid med fysioterapeut på sykehjem  | 50          | 12                       |
| Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc  | 100         | 92                       |
| Antall vedtak om dagaktivitet, til hjemmeboende med demens målt mot antall hjemmeboende med demens | 20          | 0                        |



|  |     |      |
|--|-----|------|
| Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år          | 10  | 6,   |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie                            | 6   | 7,6  |
| Andel vedtak om hjemmetjenester som iversettes innen 15 dager                            | 100 | 97   |
| Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb.                 | 80  | 343  |
| Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år                 | 50  | 45   |
| Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år                                       | 6   | 4,3  |
| Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb over 80 år                               | 15  | 12,2 |
| Mottakere av matombringing, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon                | 50  | 22   |
| Andel som fullt ut får dekket opplevd behov for bistand til å delta i arbeid og studier  | 85  | 58   |
| Andel som fullt ut får dekket opplevd behov for bistand til å delta i fritidsaktiviteter | 80  | 76   |
| Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere                      | 20  | 10,5 |

## Institusjonsplasser

|  | Nordreisa | Snitt komm.gr.3 | Snitt Troms | Snitt landet |
|--|-----------|-----------------|-------------|--------------|
| Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede | 31,8      | 33,1            | 34,2        | 31,9         |
| Hjemmetjenester - andel brukere 80 år og over                            | 30,9      | 38,2            | 33,7        | 31,6         |
| Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon             | 15,3      | 13,8            | 15          | 12,1         |

### Andel institusjonsplasser og beboere over 80 år

Nordreisa kommune ligger høyere enn alle i sammenligningen når det gjelder andel innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon. Nordreisa kommune ligger høyere enn snittet i både kommunegruppe 3, Troms og landet.

Nordreisa kommune har færre brukere som får hjemmetjenester enn kommunegruppa, snitt Troms og snitt landet.

| Mål:  |    |
|---|----|
| Andel plasser i institusjon i prosent av innbyggere over 80 år: | 20 |
| Andelen beboere på institusjon i aldersgruppen 80+:             | 73 |
| Andelen innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon:    | 15 |

# Distriktsmedisinsk senter

## Nord-Troms

Senteret inneholder:

- Sykestue
- Områdegeriatrik tjeneste (OGT)
- Fødestue
- Dialyseavdeling
- Hudavdeling
- I-bedrift

Sonjatun sykestue yter tjenester som medisinsk behandling, observasjon og er kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp. Tjenesten ytes 24/7 alle dager i året. Det er 4 senger i tilbudet.

OGT er en spesialisthelsetjeneste innen medisinskbehandling, geriatri og rehabilitering. Tilbudet går ut på opptrening etter funksjonstap og hjelp til økt livskvalitet i hverdagslivet. Prioriterte pasienter til tilbudet: Rehabilitering innen geriatri, pasienter med slag, ortogeriatrici og videre pasienter med reumatiske lidelser og rehabilitering på grunn av svekkelse. Det drives tverrfaglig rehabilitering av lege, ergoterapeut, logoped, fysioterapeut, geriatrik sykepleier, sykepleiere og hjelpepleiere. Det er 6 senger i tilbudet.

Sonjatun fødestue driftes i etter Sonjatun-modellen, der kjernetanken er en totalfunksjon for jordmortjenesten både i og utenfor institusjon. Dette er i tråd med Stortingsmelding nr.12 (2008-2009). Fødestua er en jordmorstyrt base for jordmortjenesten i Nord-Troms, og ivaretar døgnkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap innen desentralisert fødselsomsorg, samt kommunal jordmortjeneste i de fire Nord Troms kommunene Skjervøy, Kåfjord, Nordreisa og Kvænangen.

I-bedrift er et tilbud til IA-bedrifter for å styrke jobbnærværet. Med fokus på muskel og skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Dette skjer gjennom individtiltak, informasjon til ansatte i mindre grupper, større samlinger, kursing av ledere.

### Mål:

- Nordreisa kommune i samarbeid med nabokommunene skal sikre og videreutvikle dagens tilbud ved Distriktsmedisinsk senter (DMS) i samarbeid med UNN.
- Nordreisa skal ha et faglig og likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester rettet mot innbyggernes behov.
- 100% utnyttelse av liggedøgn på sykestue; 1460 liggedøgn
- 100% utnyttelse av liggedøgn på områdegeriatrik tjeneste; 1686 liggedøgn
- Følge opp alle gravide i opptaksområdet
- Øke antall gravide som ønsker Sonjatun som fødested

# N av sosial

## Mål:

- Nordreisa kommune skal fremme økonomisk og sosial trygghet,
- bedre levekårene for vanskeligstilte,
- bidra til økt likeverd og likestilling
- forebygge sosiale og helsemessige problemer.
- fremme overgang til arbeid og aktivitet

## Utgiftsdrivere for sosialutgifter:

- Antall stønadsmottakere
- Stønadstørrelse
- Stønadslengde
- Antall stillinger/bemanning

| SOSIALTJENESTE   | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|--|-------------|--------------------------|
| SOSIALHJELP: Snitt stønadslengde for mottakere mellom 18 og 24 år                                  | 3           | 4,3                      |
| SOSIALHJELP: Snitt stønadslengde for mottakere mellom 25 og 66 år                                  | 3           | 4,3                      |
| SOSIALHJELP: Andel mottakere 18-24 år som har mottatt økonomisk sosialhjelp, korrigert for behovet | 7           | 12,6                     |
| SOSIALHJELP: Andel mottakere 25-66 år som har mottatt økonomisk sosialhjelp, korrigert for behovet | 5           | 6,9                      |

# Sektor for drift og utvikling

Sektoren består av:

- Stab
- Byggdrift
- Anleggsdrift
- Renhold
- Utvikling

Rammen for sektoren:

| <b>6 Sektor for drift og utvikling</b> | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 41 482 776           | 41 482 776           | 41 482 776           | 41 482 776           |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 2 075 927            | 3 805 927            | 4 905 927            | 6 005 927            |
| Sum tiltak                             | -2 235 000           | -2 500 000           | -3 000 000           | -3 500 000           |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>41 323 703</b>    | <b>42 788 703</b>    | <b>43 388 703</b>    | <b>43 988 703</b>    |

Tabell 18 Ramme for sektor for drift og utvikling

## Byggdrift

Mål:

- Nordreisa skal ha en forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdspolitikk som ivaretar kommunens verdier tilpasset kommunens organisasjon og tjenestenivå.
- Nordreisa kommunes forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader for kommunale bygg og infrastruktur skal være så lave som mulig, men uten at dette går på bekostningen av et godt, forbyggende vedlikehold.

Kommunen forvalter i 2019 ca 38.000 m<sup>2</sup>, en reduksjon på 200 m<sup>2</sup> fra 2018. Antall årsverk til drift og vedlikehold har i samme periode blitt redusert med 1,4 årsverk.

Bygningsmassen har varierende alder fra Ungdommens hus fra tidlig 1900 tall til Halti ferdig i 2015 og Guleng III i 2017. Vedlikeholdsetterlepet er stort. Spesielt utvendig vedlikehold har et stort etterslep. Kommunen har gjennomført et EPC-prosjekt (energispareprosjekt) med mål om reduksjon av strømkostnader på 20 %.

## Anleggsdrift

### Mål:

- Nordreisa skal ha en forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdspolitikk som ivaretar kommunens verdier tilpasset kommunens organisasjon og tjenestenivå.
- Nordreisa kommunes forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader for kommunale veier og infrastruktur skal være så lave som mulig, men uten at dette går på bekostningen av et godt, forebyggende vedlikehold.
- Ingen avvik fra drikkevannsforskriften

### Selvkost

Det har de senere år blitt investert mange millioner i nye vann- og avløpssystemer. Dette har bidratt til å øke kvaliteten og forsynings sikkerheten, men også medført høye avgifter for befolkningen. Det vil hele tiden være utbedringer og oppgraderinger av vann og avløpssystemet, men bør holdes innenfor et rimelig nivå slik at avgiftene for befolkningen ikke blir for høy.

Årsgebyr, vann, avløp, renovasjon og feiing:

Gebyrene skal i utgangspunktet være så lave som praktisk mulig. Gjennomsnittet nasjonalt er på 11.206 kroner i 2018.

| VANN, AVLØP OG RENOVASJON  | Mål<br>2020 | Kommunebarometeret<br>2019 |
|--|-------------|----------------------------|
| VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet E-coli (7,5 %) | 100         | 100                        |
| VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet IE (7,5 %)     | 100         | 100                        |
| VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet farge (2,5 %)  | 100         | 90                         |
| VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet pH (2,5 %)     | 100         | 100                        |
| LEVERANSE: Brudd i vannleveransen, snitt timer per år per innbygger (5 %)          | 3           | 2,3                        |
| VANNLEKKASJE: Andel av vannet som går tapt på grunn av lekkasjer (5 %)             | 30          | 30                         |

|  |     |    |
|--|-----|----|
| RENSEKRAV: Andel innbyggere som er tilknyttet anlegg som overholder alle renskrav (20 %)                 | 100 | 98 |
| ANLEGG: Antall stopp i kloakken per 100 km spillvannsnett (5 %)  | 6   | 23 |
| OVERSVØMMELSER: Antall oversvømte kjellere hvor kommunen har erkjent ansvar, per 10.000 innbyggere (5 %) | 0   | 2  |

## **Renhold**

### Mål:

- Nordreisa kommunes renhold av kommunale bygg skal være så lave som mulig, men uten at dette går på bekostningen av et godt og forebyggende renhold.

## **Utvikling**

### Mål:

- Nordreisa skal ha et næringsliv som er preget av nyskapning, bærekraft og vekst. I dette legger kommunen opp til å være en ja-kommune som i sin forvaltning av arealer gir forutsigbarhet og gode rammevilkår for utvikling. Kommunen skal aktivt være en døråpner opp mot investorer og øvrig virkemiddelapparat.
- Viktige næringer og satsningsområder er handel og service, industri, anlegg og transport, petroleum- og maritim sektor, nasjonalparksatsning, nyetablering og innovasjon, jordbruk, skogbruk, fiskeri og havbruk, og reindrift.
- Nordreisa skal ha en naturressurs- og miljøpolitikk som er bærekraftig og sikrer natur og miljø for fremtidige generasjoner.

| SAKSBEHANDLING  | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|---|-------------|--------------------------|
| FRISTBRUDD: Andel byggesaker med overskredet frist (20 %) | 10          | 15,8                     |
| BYGGESAK: Behandlingstid saker med 3 ukers frist (15 %)   | 10          | 8                        |
| BYGGESAK: Behandlingstid saker med 12 ukers frist (15 %)  | 0           | 0                        |

| MILJØ OG RESSURSER   | Mål<br>2020 | Kommunebarometer<br>2019 |
|--|-------------|--------------------------|
| RESSURSER: Energikostnader per kvadratmeter bygg (15 %)                        | 110         | 122                      |
| RESSURSER: Samlet antall kvadratmeter per innbygger (formålsbygg) (15 %)       | 7,5         | 7,4                      |
| RESSURSER: Vannforbruk per tilknyttet innbygger (m3) (15 %)                    | 40          | 99                       |
| REKREASJON: Netto driftsutgifter til rekreasjon i tettsteder, per innb. (10 %) | 120         | 107                      |
| LANDBRUK: Jordbruksareal omdisponert siste fire år, per 1.000 dekar (10 %)     | 3           | 3,8                      |



# Økonomiske rammer/skjemaer

Oversikt over økonomiske ramme i planperioden 2020 – 2023.

## Drift

| <b>1 Sektor for administrasjon</b>     | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 29 033 893           | 29 033 893           | 29 033 893           | 29 033 893           |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 2 714 130            | 3 014 130            | 3 314 130            | 3 614 130            |
| Sum tiltak                             | -1 615 000           | -2 600 000           | -2 800 000           | -2 900 000           |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>30 133 023</b>    | <b>29 448 023</b>    | <b>29 548 023</b>    | <b>29 748 023</b>    |

| <b>2 Sektor for oppvekst og kultur</b> | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 135 100 023          | 135 100 023          | 135 100 023          | 135 100 023          |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 7 810 657            | 9 855 457            | 11 855 457           | 13 708 857           |
| Sum tiltak                             | -4 250 000           | -10 000 000          | -13 000 000          | -13 000 000          |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>138 660 680</b>   | <b>134 955 480</b>   | <b>133 955 480</b>   | <b>135 808 880</b>   |

| <b>3 Sektor for helse og omsorg</b>    | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 132 352 259          | 132 352 259          | 132 352 259          | 132 352 259          |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 23 029 749           | 26 029 748           | 29 029 749           | 32 029 749           |
| Sum tiltak                             | -2 600 000           | -9 600 000           | -11 500 000          | -12 500 000          |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>152 782 008</b>   | <b>148 782 007</b>   | <b>149 882 008</b>   | <b>151 882 008</b>   |

| <b>5 Selvkost</b>                      | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 311 120              | 311 120              | 311 120              | 311 120              |
| Sum tiltak                             | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>311 120</b>       | <b>311 120</b>       | <b>311 120</b>       | <b>311 120</b>       |

| <b>6 Sektor for drift og utvikling</b> | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 41 482 776           | 41 482 776           | 41 482 776           | 41 482 776           |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | 2 075 927            | 3 805 927            | 4 905 927            | 6 005 927            |
| Sum tiltak                             | -2 235 000           | -2 500 000           | -3 000 000           | -3 500 000           |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>41 323 703</b>    | <b>42 788 703</b>    | <b>43 388 703</b>    | <b>43 988 703</b>    |

| <b>7 Skatter og rammetilskudd</b>      | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | -348 680 100         | -348 680 100         | -348 680 100         | -348 680 100         |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | -5 668 900           | -11 330 400          | -14 084 900          | -20 157 900          |
| Sum tiltak                             | -500 000             | -4 000 000           | -4 100 000           | -4 200 000           |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>-354 849 000</b>  | <b>-364 010 500</b>  | <b>-366 865 000</b>  | <b>-373 038 000</b>  |

| <b>8 Renter, avdrag og avsetninger</b> | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                         | 10 381 149           | 10 381 149           | 10 381 149           | 10 381 149           |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b> |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett             | -340 472             | -600 424             | -858 849             | -858 849             |
| Sum tiltak                             | -20 993 394          | -7 928 780           | -8 486 722           | -8 093 630           |
| Fra investering                        | 2 261 183            | 5 543 222            | 8 414 088            | 9 540 596            |
| <b>Ramme 2020</b>                      | <b>-8 691 534</b>    | <b>7 395 167</b>     | <b>9 449 666</b>     | <b>10 969 266</b>    |

| <b>0 Prosjekter og interkommunale selskap</b> | <b>Budsjett 2020</b> | <b>Budsjett 2021</b> | <b>Budsjett 2022</b> | <b>Budsjett 2023</b> |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ramme for 2019                                | 330 000              | 330 000              | 330 000              | 330 000              |
| <b>Endringer i budsjettet for 2020</b>        |                      |                      |                      |                      |
| Konsekvensjustert budsjett                    | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    |
| Sum tiltak                                    | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    |
| <b>Ramme 2020</b>                             | <b>330 000</b>       | <b>330 000</b>       | <b>330 000</b>       | <b>330 000</b>       |

## Investering

| Tall i hele kroner                  | Budsjett<br>2020  | Budsjett<br>2021  | Budsjett<br>2022  | Budsjett<br>2023  | Samlet             |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Egenkapitalinnskudd KLP             | 2 000 000         | 2 200 000         | 2 400 000         | 2 600 000         | 9 200 000          |
| Avdrag viderefremidlingslån         | 5 700 000         | 5 700 000         | 5 700 000         | 5 700 000         | 22 800 000         |
| Startlån                            | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000         | 20 000 000         |
| Høgegga barnehage - utbygging       | 20 000 000        | 2 500 000         |                   |                   | 22 500 000         |
| Digital innbygger                   | 500 000           | 500 000           |                   |                   | 1 000 000          |
| Nordreisa idrettshall - tak         |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Liftbil + Garasje liftbil           | 3 250 000         |                   |                   |                   | 3 250 000          |
| Utbedring Oksfjord havn             |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Prosjektledelse                     | 1 340 000         | 1 370 000         | 1 400 000         | 1 430 000         | 5 540 000          |
| Ombygging gamle kinosal             |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Utbygging skole                     |                   | 20 000 000        | 26 000 000        |                   | 46 000 000         |
| Prosjektering svømmehall            | 1 200 000         |                   |                   |                   | 1 200 000          |
| Asfaltering av veier                | 200 000           |                   |                   |                   | 200 000            |
| IKT utstyr                          | 200 000           | 200 000           | 200 000           |                   | 600 000            |
| Ny gravlund                         | 10 000 000        | 10 000 000        |                   |                   | 20 000 000         |
| Forprosjekt Moan og Storslett skole | 1 400 000         |                   |                   |                   | 1 400 000          |
| Stedsutvikling Storslett sentrum    |                   | 5 000 000         | 5 000 000         |                   | 10 000 000         |
| Velferdsteknologi                   | 2 500 000         | 2 500 000         | 2 500 000         |                   | 7 500 000          |
| Mannskapsbil                        |                   |                   |                   |                   | 0                  |
| Brannsikring kirke                  |                   | 500 000           |                   |                   | 500 000            |
| Hovedplan vann                      | 5 600 000         | 1 200 000         | 2 000 000         |                   | 8 800 000          |
| Hovedplan avløp                     | 500 000           | 1 200 000         | 500 000           |                   | 2 200 000          |
| VAR investeringer                   | 5 000 000         |                   |                   |                   | 5 000 000          |
|                                     | <b>64 390 000</b> | <b>57 870 000</b> | <b>50 700 000</b> | <b>14 730 000</b> | <b>187 690 000</b> |

| Tall i hele kroner           | Budsjett<br>2019   | Budsjett<br>2020   | Budsjett<br>2021   | Budsjett<br>2022   | Samlet              |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Opptak av lån                | -51 190 000        | -49 470 000        | -42 600 000        | -6 430 000         | -149 690 000        |
| Ubrukte lånemidler           | -5 000 000         |                    |                    |                    | -5 000 000          |
| Salg av tomter               | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         | -4 000 000          |
| Tilskudd/refusjon fra staten |                    |                    |                    |                    | 0                   |
| Overført fra drift           | -1 000 000         | -1 200 000         | -1 400 000         | -1 600 000         | -5 200 000          |
| Avdragsinntekter Startlån    | -5 700 000         | -5 700 000         | -5 700 000         | -5 700 000         | -22 800 000         |
| Bruk av ubundne fond         | -500 000           | -500 000           |                    |                    | -1 000 000          |
|                              | <b>-64 390 000</b> | <b>-57 870 000</b> | <b>-50 700 000</b> | <b>-14 730 000</b> | <b>-187 690 000</b> |

## Budsjettskjemaer og oversikter

### Bevilgningsoversikt - drift

| Tall i hele kroner   | Regnskap            | Budsjett            | Budsjett            | Budsjett            | Budsjett            | Budsjett            |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|  | 2018                | 2019                | 2020                | 2021                | 2022                | 2023                |
| Rammetilskudd  | -192 921 097        | -197 256 000        | -204 323 000        | -208 223 000        | -212 123 000        | -216 023 000        |
| Inntekts- og formuesskatt                                      | -111 918 765        | -112 491 000        | -118 868 000        | -123 368 000        | -126 368 000        | -129 368 000        |
| Eiendomsskatt  | -17 522 770         | -17 100 000         | -11 376 000         | -14 111 000         | -14 211 000         | -14 311 000         |
| Andre generelle driftsinntekter                                | -18 527 480         | -1 052 000          | -20 680 000         | -18 706 500         | -14 561 000         | -13 734 000         |
| <b>Frie disponible inntekter</b>                               | <b>-340 890 112</b> | <b>-327 899 000</b> | <b>-355 247 000</b> | <b>-364 408 500</b> | <b>-367 263 000</b> | <b>-373 436 000</b> |
| Sum bevilgninger drift, netto                                  | 303 863 202         | 294 563 446         | 336 461 857         | 328 676 705         | 328 518 280         | 333 171 680         |
| Avskrivninger  | 19 291 258          | 20 000 000          | 24 000 000          | 24 000 000          | 24 000 000          | 24 000 000          |
| <b>Sum netto driftsutgifter</b>                                | <b>323 154 460</b>  | <b>314 563 446</b>  | <b>360 461 857</b>  | <b>352 676 705</b>  | <b>352 518 280</b>  | <b>357 171 680</b>  |
| <b>Brutto driftsresultat</b>                                   | <b>-17 735 652</b>  | <b>-13 335 554</b>  | <b>5 214 857</b>    | <b>-11 731 795</b>  | <b>-14 744 720</b>  | <b>-16 264 320</b>  |
| Renteinntekter   | -4 432 108          | -2 050 000          | -2 050 000          | -2 050 000          | -2 050 000          | -2 050 000          |
| Utbytte  | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| Renteutgifter  | 8 690 598           | 10 422 418          | 12 830 519          | 14 621 060          | 16 317 260          | 16 496 768          |
| Avdrag på lån  | 19 733 762          | 18 663 136          | 19 166 218          | 21 057 716          | 22 732 382          | 23 679 382          |
| <b>Netto finansutgifter</b>                                    | <b>23 992 252</b>   | <b>27 035 554</b>   | <b>29 946 737</b>   | <b>33 628 776</b>   | <b>36 999 642</b>   | <b>38 126 150</b>   |
| Motpost avskrivninger  | -19 291 258         | -20 000 000         | -24 000 000         | -24 000 000         | -24 000 000         | -24 000 000         |
| <b>Netto driftsresultat</b>                                    | <b>-13 034 658</b>  | <b>-6 300 000</b>   | <b>11 161 594</b>   | <b>-2 103 019</b>   | <b>-1 745 078</b>   | <b>-2 138 170</b>   |
| Overført til investering                                       | 800 000             | 800 000             | 1 200 000           | 1 600 000           | 2 000 000           | 2 200 000           |
| Netto avsetninger til eller bruk av bundne fond                | 569 649             | -800 000            | -668 200            | -668 200            | -668 200            | -668 200            |
| Netto avsetninger til eller bruk av disposisjonsfond           | 10 116 077          | 6 300 000           | -11 693 394         | 1 171 219           | 413 278             | 606 370             |
| Dekning av tidligere års merforbruk                            | -3 661 696          | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| <b>Sum disponeringer eller dekning av netto driftsresultat</b> | <b>7 824 030</b>    | <b>6 300 000</b>    | <b>-11 161 594</b>  | <b>2 103 019</b>    | <b>1 745 078</b>    | <b>2 138 170</b>    |
| <b>Fremført til inndekning i senere år (merforbruk)</b>        | <b>-5 210 628</b>   | <b>0</b>            | <b>0</b>            | <b>0</b>            | <b>0</b>            | <b>0</b>            |

### Bevilgningsoversikt per rammeområde - drift

| Ansvar                                 | Regnskap           | Budsjett           | Budsjett           | Budsjett           | Budsjett           | Budsjett           |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|  | 2018               | 2019               | 2020               | 2021               | 2022               | 2023               |
| 1 Sektor for administrasjon            | 23 079 551         | 29 033 893         | 30 133 023         | 29 448 023         | 29 548 023         | 29 748 023         |
| 2 Sektor for oppvekst og kultur        | 140 026 090        | 135 100 023        | 138 963 680        | 135 258 480        | 134 258 480        | 136 111 880        |
| 3 Sektor for helse og omsorg           | 134 417 462        | 132 352 259        | 149 324 359        | 145 324 359        | 146 424 359        | 148 424 359        |
| 5 Selvkost                             | 1 481 545          | 0                  | -8 551 482         | -9 411 434         | -10 369 859        | -10 369 859        |
| 6 Sektor for drift og utvikling        | 43 419 960         | 41 482 776         | 41 308 703         | 42 773 703         | 43 373 703         | 43 973 703         |
| 7 Skatter og rammetilskudd             | -20 116 584        | -20 781 100        | 300 000            | 300 000            | 300 000            | 300 000            |
| 8 Renter, avdrag og avsetninger        | -17 965 924        | -22 954 405        | -15 346 426        | -15 346 426        | -15 346 426        | -15 346 426        |
| 0 Prosjekter og interkommunale selskap | -478 898           | 330 000            | 330 000            | 330 000            | 330 000            | 330 000            |
|  | <b>303 863 202</b> | <b>294 563 446</b> | <b>336 461 857</b> | <b>328 676 705</b> | <b>328 518 280</b> | <b>333 171 680</b> |

**Økonomisk oversikt drift**

| Tall i hele kroner   | Regnskap<br>2018    | Budsjett<br>2019    | Budsjett<br>2020    | Budsjett<br>2021    | Budsjett<br>2022    | Budsjett<br>2023    |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>DRIFTSINNEKTER</b>  |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Rammetilskudd  | -190 562 166        | -195 541 000        | -204 323 000        | -208 223 000        | -212 123 000        | -216 023 000        |
| Innteks- og formuesskatt                                       | -111 918 765        | -112 491 000        | -118 868 000        | -123 368 000        | -126 368 000        | -129 368 000        |
| Eiendomsskatt  | -17 522 770         | -17 100 000         | -11 376 000         | -14 111 000         | -14 211 000         | -14 311 000         |
| Andre skatteinntekter  | -39 487 165         | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| Andre overføringer og tilskudd fra staten                      | -4 149 931          | -23 946 100         | -20 680 000         | -18 706 500         | -14 561 000         | -13 734 000         |
| Overføringer og tilskudd fra andre                             | -86 706 812         | -52 335 172         | -57 112 298         | -57 067 498         | -57 067 498         | -57 214 098         |
| Brukerbetalinger   | -17 833 201         | -18 116 486         | -17 743 786         | -17 743 786         | -17 743 786         | -17 743 786         |
| Salgs- og leieinntekter  | -30 688 469         | -29 624 336         | -30 916 137         | -31 146 089         | -32 104 514         | -32 104 514         |
| <b>Sum driftsinntekter</b>                                     | <b>-498 869 279</b> | <b>-449 154 094</b> | <b>-461 019 221</b> | <b>-470 365 873</b> | <b>-474 178 798</b> | <b>-480 498 398</b> |
| <b>DRIFTSUTGIFTER</b>  |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Lønnsutgifter  | 281 014 853         | 259 740 194         | 273 012 849         | 265 412 849         | 266 212 849         | 271 012 849         |
| Sosiale utgifter   | 35 569 836          | 37 472 741          | 39 876 043          | 39 876 043          | 39 876 043          | 39 876 043          |
| Kjøp av varer og tjenester                                     | 114 697 790         | 103 625 728         | 109 272 088         | 109 272 088         | 109 272 088         | 109 272 088         |
| Overføringer og tilskudd til andre                             | 31 019 082          | 15 648 077          | 20 073 098          | 20 073 098          | 20 073 098          | 20 073 098          |
| Avskrivninger  | 19 291 258          | 20 000 000          | 24 000 000          | 24 000 000          | 24 000 000          | 24 000 000          |
| Fordelte utgifter  | -459 192            |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>Sum driftsutgifter</b>                                      | <b>481 133 627</b>  | <b>436 486 740</b>  | <b>466 234 078</b>  | <b>458 634 078</b>  | <b>459 434 078</b>  | <b>464 234 078</b>  |
| <b>Brutto driftsresultat</b>                                   | <b>-17 735 652</b>  | <b>-12 667 354</b>  | <b>5 214 857</b>    | <b>-11 731 795</b>  | <b>-14 744 720</b>  | <b>-16 264 320</b>  |
| <b>EKSTERNE FINANSINNEKTER</b>                                 |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Renteinntekter   | -4 432 108          | -2 050 000          | -2 050 000          | -2 050 000          | -2 050 000          | -2 050 000          |
| Utbytter   |                     | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| Gvinster og tap på finansielle omløpsmidler                    |                     | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| Renteutgifter  | 8 690 598           | 10 422 418          | 12 830 519          | 14 621 060          | 16 317 260          | 16 496 768          |
| Avdrag på lån  | 19 733 762          | 18 663 136          | 19 166 218          | 21 057 716          | 22 732 382          | 23 679 382          |
| <b>Netto finansutgifter</b>                                    | <b>23 992 252</b>   | <b>27 035 554</b>   | <b>29 946 737</b>   | <b>33 628 776</b>   | <b>36 999 642</b>   | <b>38 126 150</b>   |
| Motpost avskrivninger  | -19 291 258         | -20 000 000         | -24 000 000         | -24 000 000         | -24 000 000         | -24 000 000         |
| <b>Netto driftsresultat</b>                                    | <b>-13 034 658</b>  | <b>-5 631 800</b>   | <b>11 161 594</b>   | <b>-2 103 019</b>   | <b>-1 745 078</b>   | <b>-2 138 170</b>   |
| <b>DISPONERING</b>   |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Disponering eller dekning av netto driftsresultat              |                     | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| Overføring til investering                                     | 800 000             | 800 000             | 1 200 000           | 1 600 000           | 2 000 000           | 2 200 000           |
| Netto avsetninger til eller bruk av bundne driftsfond          | 569 649             | -668 200            | -668 200            | -668 200            | -668 200            | -668 200            |
| Netto avsetninger til eller bruk av disposisjonsfond           | 10 116 077          | 5 500 000           | -11 693 394         | 1 171 219           | 413 278             | 606 370             |
| Dekning av tidligere års merforbruk                            | -3 661 696          | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   | 0                   |
| <b>Sum disponeringer eller dekning av netto driftsresultat</b> | <b>7 824 030</b>    | <b>5 631 800</b>    | <b>-11 161 594</b>  | <b>2 103 019</b>    | <b>1 745 078</b>    | <b>2 138 170</b>    |
| <b>Fremført til inndekning tidligere år</b>                    | <b>-5 210 628</b>   | <b>0</b>            | <b>0</b>            | <b>0</b>            | <b>0</b>            | <b>0</b>            |

**Bevilgningsoversikt - investering**

|  | Regnskap           | Budsjett           | Budsjett           | Budsjett           | Budsjett           | Budsjett           |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Tall i hele kroner   | 2018               | 2019               | 2020               | 2021               | 2022               | 2023               |
| Investering i varige driftsmidler                            | 34 291 213         | 53 845 500         | 51 690 000         | 44 970 000         | 37 600 000         | 1 430 000          |
| Tilskudd til andres investeringer                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Investeringer i aksjer og andeler i selskaper                | 1 965 465          | 1 800 000          | 2 000 000          | 2 200 000          | 2 400 000          | 2 600 000          |
| Utlån av egne midler   | 8 539 051          | 5 000 000          | 5 000 000          | 5 000 000          | 5 000 000          | 5 000 000          |
| Avdrag på lån  | 13 356 364         | 5 700 000          | 10 900 000         | 5 700 000          | 5 700 000          | 5 700 000          |
| <b>Sum investeringsutgifter</b>                              | <b>58 152 093</b>  | <b>66 345 500</b>  | <b>69 590 000</b>  | <b>57 870 000</b>  | <b>50 700 000</b>  | <b>14 730 000</b>  |
| <b>FINANSIERING</b>  |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Tilskudd fra andre   |                    | -1 900 000         |                    |                    |                    |                    |
| Salg av varige driftsmidler                                  | -753 332           | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         | -1 000 000         |
| Salg av finansielle anleggsmidler                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Motatte avdrag på utlån av egne midler                       | -14 285 932        | -5 700 000         | -10 900 000        | -5 700 000         | -5 700 000         | -5 700 000         |
| Bruk av lån  | -27 472 927        | -54 220 500        | -56 190 000        | -49 470 000        | -42 600 000        | -6 430 000         |
| Andre inntekter  |                    | -344               |                    |                    |                    |                    |
| Kompensasjon merverdiavgift                                  | -5 231 599         |                    |                    |                    |                    |                    |
| <b>Sum investeringsinntekter</b>                             | <b>-47 744 134</b> | <b>-62 820 500</b> | <b>-68 090 000</b> | <b>-56 170 000</b> | <b>-49 300 000</b> | <b>-13 130 000</b> |
| Overført fra drift   | -800 000           | -800 000           | -1 000 000         | -1 200 000         | -1 400 000         | -1 600 000         |
| Netto avsetninger til eller bruk av bundne investeringsfond  | -9 173 025         |                    |                    |                    |                    |                    |
| Netto avsetninger til eller bruk av ubundne investeringsfond |                    | -2 725 000         | -500 000           | -500 000           |                    |                    |
| Dekning av tidligere års udekket beløp                       |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| <b>Sum finansiering</b>                                      | <b>-9 973 025</b>  | <b>-3 525 000</b>  | <b>-1 500 000</b>  | <b>-1 700 000</b>  | <b>-1 400 000</b>  | <b>-1 600 000</b>  |
| <b>Fremført til inndekning i senere års udekket beløp</b>    | <b>434 934</b>     | <b>0</b>           | <b>0</b>           | <b>0</b>           | <b>0</b>           | <b>0</b>           |

**Bevilgningsoversikt per rammeområde - investering**

| Tall i hele kroner                  | Regnskap<br>2018  | Budsjett<br>2019  | Budsjett<br>2020  | Budsjett<br>2021  | Budsjett<br>2022  | Budsjett<br>2023 |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Videreformidlingslån                |                   | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000         | 5 000 000        |
| Egenkapitalinnskudd KLP             |                   | 1 800 000         | 2 000 000         | 2 200 000         | 2 400 000         | 2 600 000        |
| Høgegga barnehage - utbygging       | 908 380           | 23 100 000        | 20 000 000        | 2 500 000         |                   |                  |
| Digital innbygger                   | 24 844            | 500 000           | 500 000           | 500 000           |                   |                  |
| Nordreisa idrettshall - tak         |                   | 200 000           |                   |                   |                   |                  |
| Liftbil + Garasje liftbil           |                   |                   | 3 250 000         |                   |                   |                  |
| Utbedring Oksfjord havn             |                   | 3 875 000         |                   |                   |                   |                  |
| Prosjektledelse                     |                   | 1 360 500         | 1 340 000         | 1 370 000         | 1 400 000         | 1 430 000        |
| Ombygging gamle kinosal             | 87 944            | 300 000           |                   |                   |                   |                  |
| Utbygging skole                     |                   |                   |                   | 20 000 000        | 26 000 000        |                  |
| Prosjektering svømmehall            | 823 715           |                   | 1 200 000         |                   |                   |                  |
| Asfaltering av veier                | 2 321 988         | 2 750 000         | 200 000           |                   |                   |                  |
| IKT utstyr                          | 3 277 812         | 1 000 000         | 200 000           | 200 000           | 200 000           |                  |
| Ny gravlund                         | 348 813           | 5 000 000         | 10 000 000        | 10 000 000        |                   |                  |
| Forprosjekt Moan og Storslett skole |                   | 250 000           | 1 400 000         |                   |                   |                  |
| Stedsutvikling Storslett sentrum    |                   |                   |                   | 5 000 000         | 5 000 000         |                  |
| Velferdsteknologi                   | 289 925           |                   | 2 500 000         | 2 500 000         | 2 500 000         |                  |
| Kjøp av kjøretøy                    |                   | 600 000           |                   |                   |                   |                  |
| Mannskapsbil                        |                   | 2 500 000         |                   |                   |                   |                  |
| Brannsikring kirke                  |                   |                   |                   | 500 000           |                   |                  |
| Hovedplan vann                      | 3 254 583         | 5 800 000         | 5 600 000         | 1 200 000         | 2 000 000         |                  |
| Hovedplan avløp                     | 966 390           | 1 300 000         | 500 000           | 1 200 000         | 500 000           |                  |
| VAR investeringer                   | 651 500           | 5 150 000         | 5 000 000         |                   |                   |                  |
| Brannutstyr                         |                   | 160 000           |                   |                   |                   |                  |
| Halti II                            | -14 060           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Kjøp av utstyr drift og utvikling   | 242 188           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Kjøp av grunn                       | 3 311 830         |                   |                   |                   |                   |                  |
| EPC kontrakter                      | 172 999           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Låsesystem kommunale bygg           | 481 955           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Kjøp av utstyr helse og sosial      | 140 018           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Ombygging Sonjatun                  | 648 270           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Samfunnshuset                       | 1 005 428         |                   |                   |                   |                   |                  |
| Utstyr                              | 26 635            |                   |                   |                   |                   |                  |
| Takrenovasjon                       | 310 900           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Gatelys                             | 8 566 836         |                   |                   |                   |                   |                  |
| Ombygging Leonard Isaksensveg       | 5 556 554         |                   |                   |                   |                   |                  |
| Ombygging kommunehuset              | 883 908           |                   |                   |                   |                   |                  |
| Ombygging Oksfjord skole            | 1 761             |                   |                   |                   |                   |                  |
| Omsorgsbolig for eldre              | 99                |                   |                   |                   |                   |                  |
| <b>Investering i anleggsmidler</b>  | <b>34 291 215</b> | <b>60 645 500</b> | <b>58 690 000</b> | <b>52 170 000</b> | <b>45 000 000</b> | <b>9 030 000</b> |



Kommunene i Troms og Finnmark

Saksbehandler, innvalgstelefon

Marianne Winther Riise, 776 42042

Gøril Toresen, 776 42088

## Orientering om statsbudsjettet 2020 og det økonomiske opplegget for kommunene

Regjeringen la i dag, 7. oktober 2019, frem statsbudsjettet for 2020 (Prop. 1S 2019-2020).

Dette notatet gir en oppsummering av de viktigste elementene i statsbudsjettet for 2020 vedrørende kommuneøkonomi, det generelle økonomiske opplegget for kommunene og anslag på frie inntekter i 2020 for kommunene i Troms og Finnmark.

### 1 Kommuneøkonomien i 2019

Inntektsveksten i kommunesektoren blir i 2019 vesentlig høyere enn lagt opp til i statsbudsjettet i fjor høst. Dette skyldes i hovedsak skatteinntekter.

Kommunesektorens økonomiske handlingsrom ble styrket med ca. 0,5 mrd. kr. i Revidert nasjonalbudsjett (RNB) 2019. (nettovirkning av økt skatteanslag på 1,5 mrd. kr. og økt kostnadsvekst på -1 mrd. kr.)

Etter RNB 2019 er anslaget for kommunesektorens skatteinntekter i 2019 oppjustert ytterligere med 4,9 mrd. kr., hvorav 4,2 mrd. kr. gjelder kommunene og 700 mill. kr. gjelder fylkeskommunene. Oppjusteringen skyldes blant annet at sysselsettingen vokser mer enn tidligere anslått. I tillegg er utbytte til personlige skatteyttere for skatteåret 2018 fortsatt på et høyt nivå, noe som bidrar til økte skatteinntekter for kommunene i 2019.

Etter dette anslås de frie inntekten å øke reelt med 3,2 mrd. kr. i 2019, tilsvarende 0,8 %.

Det anslås ingen endring i den samlede pris- og kostnadsveksten i 2019. Kommunal deflator holdes på 3,0 %, samme nivå som i RNB 2019.





## 2 Generelt om kommuneoppølet i 2020

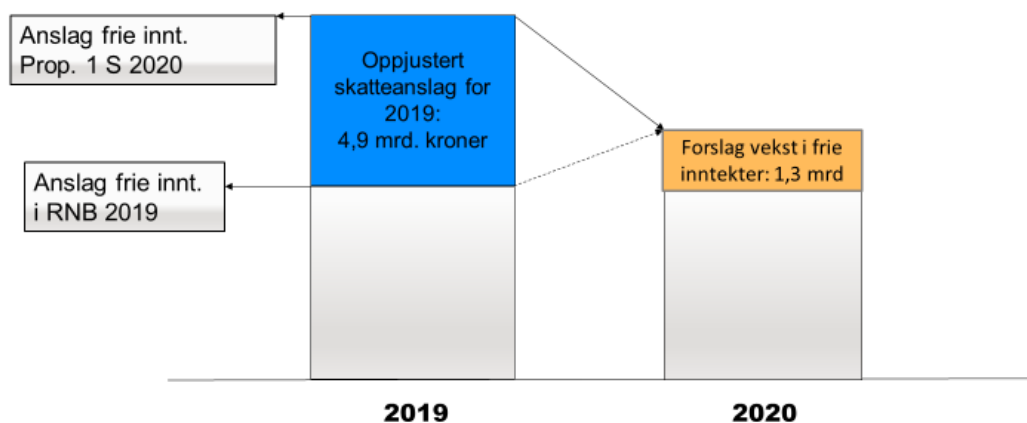
Regjeringen legger opp til en realvekst i kommunesektorens frie inntekter på ca. 1,3 mrd. kr., dette tilsvarer en realvekst på 0,3 %. Inntekstveksten er regnet fra anslått inntektsnivå i 2019 slik det ble anslått i RNB 2019.

Hele veksten i frie inntekter i 2020 gis til kommunene. Dette skyldes at kommunene vil få økte demografiutgifter i 2020 mens fylkeskommunene ventes å få nedgang i sine demografiutgifter som følge av at det blir færre i aldergruppen 16-18 år.

Særskilte satsinger innenfor veksten i de frie inntektene utgjør 550 mill. kr. for kommunene.

I kommuneproposisjonen 2020 som kom i mai 2019, ble det lagt opp til en vekst i de frie inntektene for kommunene på mellom 1,0 og 2,0 mrd. kr. Veksten som det legges opp til i statsbudsjettet for 2020 er i nedre intervall av dette.

### Vekst i frie inntekter fra 2019 til 2020



Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Figuren viser veksten i frie inntekter for 2020 regnet fra inntektsnivået slik det ble anslått i RNB 2019 og fra oppdatert anslag på regnskap for 2019 i statsbudsjettet for 2020.

Den foreslåtte veksten i frie inntekter i 2020 på ca. 1,3 mrd. kr. er regnet fra anslått inntektsnivå for 2019 i RNB 2019. Det er altså ikke tatt hensyn til oppjusteringen av kommunesektorens skatteinntekter i 2019 med 4,9 mrd. kr. Dette betyr at merskatteveksten på 4,9 mrd. kr. i 2019 ikke påvirker nivået på kommunesektorens inntekter i 2020.

Når veksten regnes fra anslag på regnskap for 2019 blir inntektsveksten fra 2019 til 2020 lavere, siden nivået som veksten regnes fra er betydelig oppjustert sammenlignet med nivået i RNB 2019.

Realveksten regnet fra RNB 2019 er 0,3 % mens realvekst fra anslag på regnskap 2019 er -0,9 %.



Tabellen under viser kostnader som må dekkes *innenfor* veksten i de frie inntektene:

|  | Kommuner<br>(i mrd. kr.) | Fylkeskommuner<br>(i mrd. kr.) | Kommunesektoren<br>samlet (i mrd. kr.) |
|--|--------------------------|--------------------------------|--|
| Vekst i frie inntekter                   | 1,30                     | 0,00                           | 1,30                                   |
| Merkostnader demografi                   | -1,30                    | 0,40                           | -0,90                                  |
| Reduserte kostnader pensjon              | 0,40                     | 0,05                           | 0,45                                   |
| Satsinger innenfor frie inntekter        | -0,55                    | 0,00                           | -0,55                                  |
| <b>Handlingsrom uten effektivisering</b> | <b>-0,15</b>             | <b>0,45</b>                    | <b>0,30</b>                            |
| Effektivisering 0,5 %                    | 1,05                     | 0,25                           | 1,30                                   |
| <b>Handlingsrom med effektivisering</b>  | <b>0,90</b>              | <b>0,70</b>                    | <b>1,60</b>                            |

Endringer i befolkningssammensetning gir kommunene merutgifter på 1,3 mrd. kr. som må finansieres innenfor veksten i frie inntekter.

Kommunenes samlede pensjonskostnader anslås imidlertid å gå ned med om lag 400 mill. kr. i 2020.

Dette betyr at de samlede demografi- og pensjonskostnader er betydelig lavere enn det som er lagt til grunn i statsbudsjettene de siste årene.

Bindingene på de frie inntektene i form av økte demografikostnader og reduserte pensjonskostnader utgjør for kommunene 0,9 mrd. kr.

I tillegg kommer regjeringens satsinger på tiltak finansiert *innenfor* veksten i de frie inntektene til kommunen på i alt 550 mill. kr:

- 150 mill. kr. til opptrappingsplanen på rusfeltet.
- 400 mill. kr. til tidlig innsats i skolen.

For kommunene betyr dette at handlingsrommet innenfor veksten i frie inntekter er negativt (-150 mill. kr.) når demografi, pensjon og regjeringens satsinger er hensyntatt.

Regjeringen viser imidlertid til at handlingsrommet kan økes gjennom omstilling og effektivisering som frigjør ressurser. Dersom kommunesektoren setter et effektiviseringskrav til egen virksomhet på 0,5 %, tilsvarer det 1,3 mrd. kr. for sektoren samlet i 2020, hvorav ca. 1,05 mrd. kr. for kommunene. Handlingsrommet til kommunene vil slik kunne økes til ca. 0,9 mrd. kr. i 2020.

## 2.1 Kommunal deflator (årlig pris- og lønnsvekst i kommunesektoren i prosent)

For 2020 anslås deflator til 3,1 %. Det er anslått en lønnsvekst i kommunene på 3,6 %, dette utgjør 2/3 av deflator.

Følgende kostnadselementer er ikke dekket av deflatoren:

- Rentekostnader
- Pensjonskostnader er dekket i budsjettdeflatoren i den grad de øker i takt med lønnsveksten. Dersom pensjonskostnadene øker mer enn lønnsveksten fanges ikke dette opp av deflatoren
- Demografikostnader



Kommunesektoren er dermed kompensert for anslått pris- og lønnsvekst på 3,1 % innenfor de foreslåtte inntektsrammer for 2020.

## 2.2 Kommunal skattøre og anslag på skatteinntekter i 2020

Skatt på alminnelig inntekt fra personlige skattytere deles mellom staten, kommuner og fylkeskommuner. Den kommunale skattøren angir hvilken andel av skatt på alminnelig inntekt for personlige skatteyttere som tilfaller kommunesektoren.

I Kommuneproposisjonen 2020 ble det varslet at den kommunale skattøren skal fastsettes ut fra mål om at skatteinntektene for kommunesektoren skal utgjøre 40 % av de samlede inntektene. For å nå dette målet foreslås den kommunale skattøren for 2020 redusert med 0,45 prosentpoeng til 11,1 %.

Kommunesektorens inntekter fra skatt på inntekt og formue anslås å utgjøre ca. 207,2 mrd. kr i 2020, en nominell vekst på 2 % fra 2019. Økningen er moderat på grunn av betydelige merskatteinntekter i 2019.

Anslaget på kommunesektorens skatteinntekter i 2020 bygger bl.a. på 1,0 % sysselsettingsvekst og 3,6 % lønnsvekst fra 2019 til 2020.

Kommunesektorens frie inntekter består av skatteinntekter og rammetilskudd. Tabell 3.3 i Prop.1S (2019-2020) viser de frie inntektene i 2019 og 2020, fordelt på skatteinntekter og rammetilskudd.

Fylkesmannen oppfordrer kommunene til å gjennomføre regelmessige beregninger på egne frie inntekter gitt utviklingen i skatteinngangen for kommunen og ikke minst for landet. Gitt omfordelingseffektene som ligger i inntektsutjevningen, og ettersom de fleste kommunene i Troms og Finnmark har skatteinntekter på under 90 % av landsgjennomsnittet, er det utviklingen nasjonalt som har størst betydning.

Det er også viktig å være klar over at det i anslaget for skatteinntekter som legges til grunn i beregningen av frie inntekter i 2020 i statsbudsjettet, er forutsatt lik vekst for alle kommunene. Anslagene vil derfor være overvurdert for kommuner med lavere vekst i innbyggertallet enn landsgjennomsnittet siste år, og tilsvarende undervurdert for kommuner hvor veksten i innbyggertallet har vært større enn landsgjennomsnittet. Kommunene bør selv vurdere hva som er et realistisk skatteanslag for sin kommune i 2020.

## 2.3 Aktuelle saker med betydning for kommunesektoren

### Finansiering av lærernormen (tidlig innsats)

Høsten 2018 og i 2019 var kompensasjonen til kommuner for innføringen av lærernormen øremerket. I 2020 legger regjeringen opp til at midler til tidlig innsats i skolen gjennom økt lærerinnsats på 1.-10. trinn, innlemmes i rammetilskuddet til kommunene slik det ble varslet i kommuneproposisjonen for 2020.

Dette innebærer at 1 316,8 mill. kr. overføres fra Kunnskapsdepartementets budsjett og innlemmes i rammetilskuddet. Midlene blir i 2020 fordelt særskilt (tabell C), med om lag samme fordeling som i 2019. Fra 2021 vil de bli fordelt etter delkostnadsnøkkel for grunnskole.



I tillegg er 400 mill. kr. av veksten i de frie inntektene til kommunene begrunnet med tidlig innsats i skolen og fordelt etter delkostnadsnøkkel for grunnskole. Disse midlene må sees i sammenheng med de 1 316,8 mill. kr. fordelt i tabell C.

Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2019-2020) for Kunnskapsdepartementet.

#### Opptappingsplan for rusfeltet

Regjeringen har satt som mål å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kr. i tråd med langsiktige mål og tiltak i Prop. 15 S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet. For 2020 er 150 mill. kr. av veksten i de frie inntektene begrunnet med behov for å fullføre den flerårige satsingen på å styrke tjenestene på rusfeltet. Planen vil med dette være oppfylt med 2,45 mrd. kr.

Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2019-2020) for Helse- og omsorgsdepartementet.

#### Inntektsgradert foreldrebetaling i SFO 1.-2. trinn

Det innføres en inntektsgradert foreldrebetaling i SFO 1.-2. trinn fra skoleåret 2020/2021. Dette innebærer at foreldrebetaling for et heltidstilbud i SFO 1.-2. trinn maksimalt skal utgjøre 6 % av den samlede person- og kapitalinntekten i husholdningen. Kommunene kompenseres i 2020 gjennom økning i rammetilskuddet på 58,2 mill. kr. (helårseffekt er 139,7 mill. kr.). Midlene fordeles etter delkostnadsnøkkelen for grunnskole.

Se nærmere omtale under Prop. 1 S (2019-2020) for Kunnskapsdepartementet.

#### Gratis SFO til barn med spesielle behov 5.-7. trinn

Det innføres gratis SFO for elever med særskilt behov på 5.-7. trinn fra skoleåret 2020/2021. Kommunene kompenseres gjennom en økning i rammetilskuddet på 21 mill. kr i 2020. (helårseffekt er 50,4 mill. kr). Midlene fordeles etter delkostnadsnøkkelen for grunnskole.

Se nærmere omtale under Prop. 1 S (2019-2020) for Kunnskapsdepartementet.

#### Investeringsstilskudd til 2000 heldøgns omsorgsplasser

Stortinget vedtok ved behandling av statsbudsjettet for 2019 at investeringsstilskuddet skal fordeles på to poster, og at 50 % av den samlede tilsagnsrammen nyttes til ren netto tilvekst av heldøgns plasser. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskiftning av eksisterende plasser og tiltak som ikke innebærer netto tilvekst.

I budsjettforslaget for 2020 foreslås en samlet tilsagnsramme på 3 595 mill. kr. Rammen gir rom for tilsagn om tilskudd til om lag 2000 heldøgns omsorgsplasser.

Se nærmere omtale i Prop. 1 S (2019-2020) for Helse- og omsorgsdepartementet.

#### Kompensasjon for endringer i regelverket for arbeidsavklaringspenger

Med virkning fra 1. januar 2018 ble det gjennomført endringer i regelverket for arbeidsavklaringspenger. I RNB for 2019 ble kommunene kompensert gjennom en økning i rammetilskuddet på 90 mill. kr. for anslåtte merutgifter som følge av disse endringene. Kompensasjonen videreføres i 2020.

Se nærmere omtale i Prop. 1 S for Arbeids- og sosialdepartementet.



### Frivillighetssentraler

De øremerkede midlene til frivillighetssentraler ble overført fra Kulturdepartementets budsjett til rammetilskuddet i 2017. Det ble varslet at midlene skulle gis særskilt fordeling i fire år. Bevilgningen økte i forbindelse med innlemmingen i 2017, og den ble ytterligere økt i 2018 og 2019.

Det foreslås en økning på 12,8 mill. kr i 2020 til nyetablerte sentraler. Totalt fordeles 200,2 mill. kr. i 2020. Den kommunevise fordelingen går fram av tabell C-k i Grønt hefte for 2020. Fra 2021 vil midlene bli fordelt etter ordinære kriterier i inntektssystemet.

Se omtale i Prop. 1 S (2019- 2020) for Kultur departementet.

### Overføring av skatteoppkrevingen

Skatteoppkrevingen foreslås overført fra kommunene til Skatteetaten fra 1. juni 2020. Formålet med overføringen er å styrke arbeidsgiverkontrollen og skjerpe kampen mot arbeidslivskriminalitet og svart økonomi. Selve skatteoppkrevingen vil bli utført på 40 steder der det allerede er skattekontorer. De resterende skattekontorene vil få veiledningsoppgaver.

Som følge av dette foreslås rammetilskuddet redusert med 644,4 mill. kr. i 2020, noe som tilsvarer 7/12-effekt av 1279 årsverk. Helårseffekten er 1 105 mill. kr.

Se nærmere omtale i Prop. 1 LS (2019-2020) Skatter, avgifter og toll 2020.

### Eiendomsskatt

Som tidligere vedtatt reduseres maksimalsats for bolig- og fritidsboligeiendom fra 7 til 5 promille. Regjeringen foreslår at maksimalsatsen fra 2021 ytterligere reduseres fra 5 til 4 promille.

Obligatorisk reduksjonsfaktor i eiendomsskattetaksten økes fra 20 til 30 pst. for bolig- og fritidseiendom.

Se nærmere omtale i Prop. 1 LS (2019-2020) Skatter, avgifter og toll 2020.

## **2.4 Korreksjonssaker**

Innlemming av øremerkede tilskudd i rammetilskuddet til kommuner og fylkeskommuner styrker det kommunale selvstyret og fører til mindre byråkrati i både staten og kommunesektoren.

I 2020 innlemmes totalt 14 tilskudd, og over tid skal flere tilskudd avvikles og flere øremerkinger reduseres ytterligere. Det vises til nærmere omtale av de ulike tilskuddene som skal innlemmes i tabell 6.21, side 201, i KMDs budsjettproposisjon for 2020. Den foreslått realvekst for kommunesektoren på 1,3 mrd. i 2020 er korrigert for disse endringene.

Regjeringen har i statsbudsjettet for 2020 foreslått å avvikle og innlemme følgende tilskudd i rammetilskuddet til kommunene:

- Statlig og private skoler, endringer i elevtall, -171,1 mill.kr
- Ny gjennomføringsløsning for prøver og eksamener, besparelser, -1,3 mill. kr
- Innlemming av tilskudd til gang- og sykkelveier 48,6 mill. kr
- Overføring av skatteoppkrevingen fra kommunene til Skatteetaten, -644,4 mill. kr



- Innlemming av tilskudd til rekruttering av psykologer i de kommunale helse og omsorgstjenestene, 211,6 mill.kr.
- Innlemming av tilskudd til dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, 369,1 mill.kr
- Innlemming av tilskudd til habilitering og rehabilitering, 87 mill. kr.
- Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten, -33,2 mill. kr
- Innlemming av tilskudd til samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak, 6,3 mill. kr.
- Overføring av myndighet etter naturmangfoldloven (kommunereform), 2,5 mill. kr
- Overføring av myndighet etter forurensingsloven (kommunereform), 1,7 mill. kr
- Innlemming av tilskudd til tilpasning av egen bolig (kommunereform), 496,5 mill. kr
- Innlemming av tilskudd til tidlig innsats i skolen gjennom økt lærerinnsats på 1.-10. trinn, 1 316,8 mill. kr
- Innlemming av tilskudd til leirskole opplæring, 56,1 mill. kr.
- Inntektsgradert foreldrebetaling SFO 1.-2- trinn, 58,2 mill. kr
- Gratis SFO til barn med særskilte behov 5.-7- trinn, 21,0 mill. kr.
- Gratis kjernetid i barnehage for 2-åringer med familier med lav inntekt, helårseffekt av endring i 2019, 57,8 mill. kr.
- Økt foreldrebetaling barnehage, helårseffekt av endring 2019, -82,9 mill. kr.
- Overføring av oppgaver fra landbruksområdet (kommunereform), 10,4 mill. kr.

Forslag om Tilskudd til klinisk veterinærvakt utenom ordinær arbeidstid ble varslet innlemmet i kommuneproposisjonen for 2019. Dette har regjeringen etter en helhetsvurdering snudd på, og tilskuddet videreføres på Landbruks- og matdepartementets budsjett.

## 4 Skjønnsmidler i 2020

Skjønnsrammen til Fylkesmannen i Troms og Finnmark ble samlet redusert i 2020 med 7,5 mill. kr. (5,7 %), til 124 mill. kr. Reduksjonen er begrunnet med at det fortsatt er store forskjeller i skjønnsstilskuddet mellom fylkesmannsembetene, og basisrammene justeres slik at forskjellene blir mindre. Reduksjon i basisrammen, som på landsbasis er 50 mill. kr., tilbakeføres til kommunene gjennom innbyggertilskuddet, som sikrer en fordeling etter faste kriterier og gir større forutsigbarhet.

Innenfor basisrammen i 2020 skal fylkesmannsembetene prioritere kommuner som slår seg sammen og som på grunn av sammenslåingen får utilsiktede virkninger i inntektssystemet, i sin fordeling av skjønnsstilskuddet. I tillegg legges det i 2020 opp til en kompensasjonsordning for kommuner som får en reduksjon i veksttilskuddet som følge av en sammenslåing. Det legges opp til at kommunene blir kompensert for 80 % av reduksjon fra 2020, 40 pst. i 2021 og at kompensasjon avvikles fra 2022. Denne ordningen finansieres innenfor departementets tilbakeholdte skjønnsstilskudd.

Det vises her til Fylkesmannen i Troms og Finnmark sitt brev til Kommunal- og moderniseringsdepartementet av 16. september 2019, som er frigjort i forbindelse med offentliggjøring av statsbudsjettet. I brevet framgår fordelingskriterier og fordeling pr. kommune. Brevet er lagt ut på vår hjemmeside sammen med KMDs retningslinjer for skjønnsfordelingen i 2020.



## 5 Inntektssystemet

Regionalpolitiske tilskudd prisjusteres, med unntak av Regionsentertilskuddet.

### Distriktstilskudd Nord- Norge

Nord-Norge og Namdalstilskudd prisjusteres, nye satser er som følger:

|                              | Sats pr. innbygger 2020<br>(kroner) | Sats pr. innbygger 2019<br>(kroner) |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Troms (utenfor tiltakssonen) | 3 476                               | 3 371                               |
| Tiltakssonen i Troms         | 4 095                               | 3 972                               |
| Finnmark                     | 8 487                               | 8 232                               |

Småkommunetillegg til kommuner under 3 200 innbyggere:

24 kommuner i Troms og Finnmark har et innbyggertall mindre enn 3200 og kvalifiserer til småkommunetillegg. Av disse har alle unntatt Båtsfjord en Distriktsindeks på 35 eller lavere, og får dermed småkommunetillegg etter høyeste sats. Oversikt over verdi på Distriktsindeksen finnes i grønt hefte tabell D-k.

Satser småkommunetillegg 2019 er prisjustert, nye satser for 2020 er som følger:

|                              | Småkommunetillegg pr.<br>kommune utenfor<br>tiltakssonen (1000 kr.) | Småkommunetillegg pr.<br>kommune, kommuner i<br>tiltakssonen (1000 kr.) |
|------------------------------|---|---|
| <b>Distriktsindeks 0-35</b>  | 5 875   | 12 724  |
| <b>Distriktsindeks 36-38</b> | 5 289   | 11 451  |
| <b>Distriktsindeks 39-41</b> | 4 700   | 10 180  |
| <b>Distriktsindeks 42-44</b> | 4 114   | 8 907   |

### Inntektsgarantiordningen (INGAR)

Inntektsgarantiordningen i inntektssystemet skal sikre at alle kommuner har en vekst i rammetilskuddet fra ett år til det neste, som er mer enn 400 kroner per innbygger under beregnet vekst på landsbasis. Det gjøres ingen endringer i denne ordningen i 2020.

### Regionsentertilskudd

Tilskuddet går til kommunene der det er fattet et nasjonalt vedtak om sammenslåing i perioden for kommunereformen, og som etter sammenslåingen får over om lag 8 000 innbyggere. Tilskuddet tildeles med en sats pr. innbygger på kr. 68 og en sats pr. sammenslåing på 3,256 mill. kr. Satsene er satt slik at 40 % av tilskuddet fordeles med en sats pr. innbygger og 60 % med en sats pr. sammenslåing. Kommuner som mottar storbytilskudd kan ikke motta regionsentertilskudd. Tilskuddet er redusert med 3,1 mill. kr. fra 2019-2020 og bevilgningen for 2020 er på 196,9 mill. kr.

Midlene er fordelt pr. kommune i grønt hefte, tabell 1-k. I Troms og Finnmark gjelder dette Hammerfest og Senja. Midlene bør brukes til fellestiltak for den nye sammenslåtte kommunen.

### Veksttilskudd

Veksttilskuddet gis til kommuner med særlig høy befolkningsvekst. For 2020 foreslås at



veksttilskuddet gis til kommuner som gjennom den siste treårsperioden har hatt en gjennomsnittlig årlig befolkningsvekst som er høyere enn 1,4 % (samme grense som 2019) og skatteinntekter under 140 % av landsgjennomsnittet. Satsen pr. innbygger utover vekstgrensen prisjusteres og settes til kr. 60.615.

I Troms og Finnmark er det bare Tromsø som mottar veksttilskudd i 2020, ref. tabell 1-k i grønt hefte.

### **Kompensasjon for økte utgifter til barnevernet**

Barne- og likestillingsdepartementet satte i 2016 i verk et forsøk med økt kommunalt ansvar for barnevern. Rammetilskuddet ble økt for å kompensere for økte utgifter til barnevern. Forsøket videreføres i 2020 med en prisjustering.

For kommunene i Troms og Finnmark gjelder dette for Alta kommune, ref. tabell C-k i grønt hefte.

### **Kompensasjon for endringer i regelverk for eiendomsskatt**

Tilskuddet skal kompensere kommuner som får reduserte inntekter som følge av at de ikke lenger kan kreve inn eiendomsskatt på produksjonsutstyr og -installasjoner. Kommunene som er berørt vil over en 7-årsperiode kompenseres for inntil 500 mill. kr. Det samlede tilskuddet i 2019 var på 71 mill. kr, som tilsvarer 1/7 av 500 mill. kr, og denne økes i 2020 til 143 mill. kr. som tilsvarer 2/7 av 500 mill. kr. Kommunene er kompensert fullt ut utover en gitt egenandel på 32 kr. per innbygger og egenandelen er likt for alle berørte kommuner. Denne kompensasjon var i 2019 en del av skjønntilskuddet, men er i 2020 flyttet over til innbyggertilskuddet. I Troms og Finnmark er det 12 kommuner som får denne kompensasjonen. For mer informasjon, se grønt hefte, tabell C-k.

## **6 Toppfinansieringsordning for ressurskrevende tjenester**

Det har vært en svært sterk vekst i ordningen for ressurskrevende tjenester siden den ble innført i 2004. Da var utbetalingen 1,5 mrd. kr. og i budsjettet for 2020 foreslås det en bevilgning på 10,8 mrd. kr. På grunn av den sterke veksten i ordningen de siste årene, foreslås en innstramning ved å øke innslagspunktet med kr. 50 000 utover lønnsveksten.

Det nye innslagspunktet blir da kr. 1 361 000. Kompensasjonsgraden foreslås uendret på 80 %.

## **7 Kommunereformen**

Ifølge regjeringen er det særlig to forhold som gjør det nødvendig å jobbe videre med kommunesammenslåinger:

- Små kommuner har for liten kapasitet og kompetanse
- Det er behov for en mer helhetlig og bærekraftig samfunns- og næringsutvikling

Kommunereformen vil derfor fortsette. Det blir gode og langsiktige økonomiske virkemidler for kommuner som ønsker å slå seg sammen. Fordi småkommuner vil oppleve størst utfordringer, er det også de som får de sterkeste insentivene til å slå seg sammen.

Inntektssystemet for kommunene er ikke fullt ut nøytralt med tanke på kommunestruktur. Fra og med 1. januar 2020 slår 119 kommuner seg sammen til 47 nye kommuner. Dette fører til at gradert basiskriterium i utgiftsutjevningen øker. Som varslet i kommuneproposisjonen for 2020 blir





vektingen av dette kriteriet justert ned fra 2020, slik at beløpet som blir utløst av dette kriteriet isolert sett blir holdt på samme nivå som før sammenslåingen. De andre kriteriene blir vektet opp tilsvarende nedvektig av gradert basiskriterium. Kriteriene er omtalt i tabell F-k i grønt hefte.

Regjeringen slår sammen tilskuddene til dekning av engangskostnader og reformstøtte. Det nye tilskuddet vil bli utbetalt allerede ved nasjonalt vedtak om sammenslåing. (tidligere ble reformstøtten først utbetalt når nye kommuner faktisk tredde i kraft).

I standardmodellen for engangstilskudd er minstesatsen for to kommuner under 15 000 innbyggere som slår seg sammen om lag 25 mill. kr. Deretter økes tilskuddsbeløpet med om lag 10 mill. kr. per ny kommune i sammenslåingen.

Tabell 6.23 Engangstilskudd ved kommunesammenslåing (1 000 kr)

| Antall kommuner og innbyggere i sammenslåingen | Færre enn 15 000 innbyggere | 15 000 - 29 999 innbyggere | 30 000 - 49 999 innbyggere | 50 000 innbyggere eller mer |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 2 kommuner                                     | 25 800                      | 36 120                     | 41 280                     | 51 600                      |
| 3 kommuner                                     | 36 120                      | 46 440                     | 51 600                     | 61 920                      |
| 4 kommuner                                     | 46 440                      | 56 760                     | 61 920                     | 72 240                      |
| 5 kommuner                                     | 56 760                      | 67 080                     | 72 240                     | 82 560                      |

Inndelingstilskuddet, som gir kompensasjon for tap av basistilskudd og nedgang i distriktstilskudd, videreføres. Full kompensasjon gis i 15 år, deretter trappes det ned over 5 år.

Kommuner som vurderer kommunesammenslåing, skal også få støtte til å informere og spørre innbyggerne om retningsvalget. Hver kommune vil kunne få kr. 100 000 til dette arbeidet. I tillegg gjeninnfører regjeringen støtten til kommunene som ønsker å ta opp igjen nabopraten. Det gis kr. 200 000 i støtte hvis to kommuner ønsker å utrede sammenslåing. Dersom flere enn to kommuner ønsker sammenslåing, gis det i tillegg kr. 50 000 per kommune.

#### Tillegg for sammenslåinger i 2020

- Kompensasjon for reduksjon i veksttilskuddet (finansieres innenfor departementets tilbakeholdte skjønntilskudd.
- Kompensasjon for reduksjon i utgiftsutjevningen eller andre særskilte forhold vurderes av Fylkesmannen i det enkelte tilfellet.

Regjeringen foreslår en ny overgangsordning i eiendomsskatteloven for eiendomsskatt ved kommunesammenslåing. Forslaget legger til rette for at sammenslåtte kommuner harmoniserer eiendomsskatten i den nye kommunen slik at kommunene ikke taper inntekt fra eiendomsskatten. Kommunene kan i en overgangsperiode på 3 år øke satsene med inntil 1 promilleenhet for bolig- og fritidseiendom, og 2 promilleenhet på næringseiendom.

Det er valgfritt om kommunen begynner samordningen første eller andre året etter sammenslåingen. Kommuner som slår seg sammen 1. januar 2020 kan dermed velge mellom oppstart i 2020 eller 2021. Dette gir kommunene mer tid til for eksempel å gjennomføre en taksering, samt harmonisering av eiendomsskatten.

Det settes ikke tidsfrister for vedtak om sammenslåinger nå. Departementet vil fortløpende følge opp vedtak fra kommuner om sammenslåing, og sørge for at disse vedtas av Kongen i statsråd.



### 3. Vekst i frie inntekter for kommunene i Troms og Finnmark

Tabellen på neste side viser anslag på frie inntekter i 2020 for kommunene i Troms og Finnmark, anslått nominell vekst og realvekst, målt fra anslag på oppgavekorrigert regnskap 2019. Realveksten tar hensyn til anslått lønns- og prisvekst i 2020 på 3,1 % (kommunal deflator).

| Kommune  | Anslag på frie inntekter 2020 (1000 kr.) | Anslag på oppgavekorrigert vekst 2019-2020 (1000 kr.) | Nominell vekst 2019-2020 (prosent) | Realvekst 2019-2020 (prosent) (kommunal deflator er 3,1 %) |
|--|--|---|------------------------------------|--|
| Hasvik   | 100 770                                  | 5 319   | 5,6                                | 2,5  |
| Loppa  | 99 220                                   | 4 333   | 4,6                                | 1,5  |
| Balsfjord                                      | 382 737                                  | 12 529  | 3,4                                | 0,3  |
| Skjervøy                                       | 212 091                                  | 6 969   | 3,4                                | 0,3  |
| Nordreisa                                      | 323 410                                  | 9 571   | 3,0                                | -0,1   |
| Måsøy  | 114 172                                  | 3 336   | 3,0                                | -0,1   |
| Kvænangen                                      | 118 484                                  | 3 392   | 2,9                                | -0,2   |
| Harstad  | 1 482 989                                | 39 530  | 2,7                                | -0,4   |
| Deatnu - Tana                                  | 229 103                                  | 5 925   | 2,7                                | -0,4   |
| Karlsøy  | 177 802                                  | 4 011   | 2,3                                | -0,8   |
| Bardu  | 260 173                                  | 5 499   | 2,2                                | -0,9   |
| Salangen                                       | 152 579                                  | 3 244   | 2,2                                | -0,9   |
| Tromsø   | 4 281 291                                | 88 882  | 2,1                                | -1,0   |
| Vadsø  | 388 826                                  | 8 117   | 2,1                                | -1,0   |
| Måselv   | 425 358                                  | 8 751   | 2,1                                | -1,0   |
| Lyngen   | 228 876                                  | 4 684   | 2,1                                | -1,0   |
| Loabák - Lavangen                              | 96 205                                   | 1 886   | 2,0                                | -1,1   |
| Kárášjohka - Karasjok                          | 205 324                                  | 4 008   | 2,0                                | -1,1   |
| Alta   | 1 370 470                                | 24 558  | 1,8                                | -1,3   |
| Lebesby  | 128 494                                  | 2 246   | 1,8                                | -1,3   |
| Senja  | 1 060 154                                | 17 168  | 1,6                                | -1,5   |
| Guovdageaidnu - Kautokeino                     | 237 312                                  | 3 820   | 1,6                                | -1,5   |
| Sør-Varanger                                   | 646 994                                  | 10 416  | 1,6                                | -1,5   |
| Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono             | 151 675                                  | 2 289   | 1,5                                | -1,6   |
| Vardø  | 161 595                                  | 2 208   | 1,4                                | -1,7   |
| Tjeldsund (nye)                                | 312 327                                  | 4 203   | 1,4                                | -1,7   |
| Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono                 | 163 047                                  | 2 233   | 1,4                                | -1,7   |
| Kvæfjord                                       | 209 792                                  | 2 692   | 1,3                                | -1,8   |
| Berlevåg                                       | 91 718                                   | 1 196   | 1,3                                | -1,8   |
| Gratangen                                      | 92 368                                   | 1 105   | 1,2                                | -1,9   |
| Porsanger - Porsángu - Porsanki                | 268 258                                  | 3 075   | 1,2                                | -1,9   |
| Unjárga - Nesseby                              | 96 896                                   | 1 163   | 1,2                                | -1,9   |
| Sørreisa                                       | 217 684                                  | 2 338   | 1,1                                | -2,0   |
| Nye Hammerfest                                 | 792 548                                  | 8 085   | 1,0                                | -2,1   |
| Båtsfjord                                      | 166 036                                  | 1 722   | 1,0                                | -2,1   |
| Nordkapp                                       | 222 505                                  | 1 894   | 0,9                                | -2,2   |
| Gamvik   | 103 265                                  | 878   | 0,9                                | -2,2   |
| Ibestad  | 112 533                                  | 793   | 0,7                                | -2,4   |
| Dyrøy  | 99 791                                   | 484   | 0,5                                | -2,6   |
| <i>Skjønnsmidler som fordeles gjennom året</i> | 47 301                                   |   |                                    |  |
| <b>Troms og Finnmark</b>                       | <b>16 032 173</b>                        | <b>330 320</b>  | <b>2,1</b>                         | <b>-1,0</b>  |
| <b>Hele landet</b>                             | <b>329 687 033</b>                       | <b>6 987 654</b>                                      | <b>2,2</b>                         | <b>-0,9</b>  |



Fra 2019 til 2020 er det på landsbasis anslått en nominell vekst på 2,2 % og en realnedgang på 0,9 % i kommunenes frie inntekter (fra anslag på oppgavekorrigert regnskap for 2019). Kommunene i Troms og Finnmark anslås samlet sett å få en nominell vekst i de frie inntektene på 2,1 % og en realnedgang på 1,0 %.

Vi gjør oppmerksom på at dette vekstanslaget inkluderer en oppjustering av skatteinntektene i kommunesektoren i 2019 på 4,9 mrd. kr. i Prop. 1 S for 2020.

I all hovedsak kan variasjonen i veksten mellom kommunene forklares med utvikling og endring i befolkningen, endringer i skjønnskuddet og andre endringer i inntektssystemet.

35 kommuner i Troms og Finnmark har realnedgang i frie inntekter, og kun Hasvik, Loppa, Balsfjord og Skjervøy har realvekst.

23 av 39 kommuner i fylket har større realnedgang enn landsgjennomsnittet på -1,0 %.

-----

Vi minner om at kommunene i KMDs nettløsning [Frie inntekter](#) kan se fordelingen av rammetilskuddet og anslaget på skatteinntektene for 2020.

Fylkesmannen står til rådighet dersom det skulle være behov for ytterligere informasjon om det økonomiske opplegget for kommunene i 2020.

Marianne Winther Riise, 776 42042, [fmtrmwr@fylkesmannen.no](mailto:fmtrmwr@fylkesmannen.no)  
Gøril Toresen, 776 42088, [gotor@fylkesmannen.no](mailto:gotor@fylkesmannen.no)

Med hilsen

Per Elvestad (e.f.)  
assisterende justis- og kommunaldirektør

Marianne Winther Riise  
seniorrådgiver kommuneøkonomi

*Dokumentet er elektronisk godkjent*



## Saksfremlegg

|            |                                   |            |
|------------|-----------------------------------|------------|
| Utvalgssak | Utvalgsnavn                       | Møtedato   |
| 40/19      | Nordreisa helse- og omsorgsutvalg | 25.11.2019 |

### Budsjett 2020 nr 3 - helse og omsorg

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Presentasjon Nordreisa kommune 241019
- 2 Tiltak som ikke er valgt helse og omsorg

### Rådmannens innstilling

|   | 2020               | 2021        | 2022        | 2023        |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Mer-/mindreforbruk konsekvensj. budsjett for ramme</b> | <b>155 382 008</b> | 158 382 008 | 161 382 008 | 164 382 008 |
| <b>Ramme</b>  | <b>152 782 008</b> | 148 782 008 | 149 882 008 | 151 882 008 |
| <b>Avvik fra ramme før tiltak</b>                         | <b>2 600 000</b>   | 9 600 000   | 11 500 000  | 12 500 000  |
| <b>Mer-/mindreforbruk budsjettversjon for ramme</b>       | <b>152 782 008</b> | 148 782 008 | 149 882 008 | 151 882 008 |
| <b>Avvik fra ramme etter tiltak</b>                       | <b>0</b>           | 0           | 0           | 0           |

### Valgte tiltak

|   |                   |                   |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>3 Sektor for helse og omsorg</b>                             | <b>-2 600 000</b> | -9 600 000        | -11 500 000       | -12 500 000       |
| <i>Legge ned en sykehjemsavdeling</i>                           | <i>0</i>          | <i>0</i>          | <i>-5 500 000</i> | <i>-6 500 000</i> |
| <i>Sonjatun sykehjem (310)</i>                                  | <i>0</i>          | <i>0</i>          | <i>-5 500 000</i> | <i>-6 500 000</i> |
| <i>Omstilling av helse og omsorgssektoren</i>                   | <i>0</i>          | <i>-6 123 000</i> | <i>-6 123 000</i> | <i>-6 123 000</i> |
| <i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>                      | <i>0</i>          | <i>-6 123 000</i> | <i>-6 123 000</i> | <i>-6 123 000</i> |
| <b>305 Effektiviseringskrav 0,5%</b>                            | <b>-674 000</b>   | -674 000          | -674 000          | -674 000          |
| <i>Fellesutgifter h/s (305)</i>                                 | <i>-674 000</i>   | <i>-674 000</i>   | <i>-674 000</i>   | <i>-674 000</i>   |
| <b>310 Sonjatun sykehjem: reduksjon engasjement kr 72 000</b>   | <b>-72 000</b>    | -72 000           | -72 000           | -72 000           |
| <i>Sonjatun sykehjem (310)</i>                                  | <i>-72 000</i>    | <i>-72 000</i>    | <i>-72 000</i>    | <i>-72 000</i>    |
| <b>311 Sonjatun omsorgssenter: reduksjon engasment kr 72000</b> | <b>-72 000</b>    | -72 000           | -72 000           | -72 000           |

|  |                 |                   |                   |                   |
|--|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Sonjatun omsorgssenter (311)</b>                                | <b>-72 000</b>  | <b>-72 000</b>    | <b>-72 000</b>    | <b>-72 000</b>    |
| <b>311 Sonjatun omsorgssenter: Økte egenandeler kr 660 000</b>     | <b>-660 000</b> | <b>-660 000</b>   | <b>-660 000</b>   | <b>-660 000</b>   |
| <b>Sonjatun omsorgssenter (311)</b>                                | <b>-660 000</b> | <b>-660 000</b>   | <b>-660 000</b>   | <b>-660 000</b>   |
| <b>312 Sonjatun bo og kultur: reduksjon engasjement kr 71000</b>   | <b>-71 000</b>  | <b>-71 000</b>    | <b>-71 000</b>    | <b>-71 000</b>    |
| <b>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</b>                          | <b>-71 000</b>  | <b>-71 000</b>    | <b>-71 000</b>    | <b>-71 000</b>    |
| <b>312 Sonjatun bo og kultur: økt egenandel kr. 25 000</b>         | <b>-25 000</b>  | <b>-25 000</b>    | <b>-25 000</b>    | <b>-25 000</b>    |
| <b>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</b>                          | <b>-25 000</b>  | <b>-25 000</b>    | <b>-25 000</b>    | <b>-25 000</b>    |
| <b>314 Omorganisering private omsorgstiltak kr 1,4 mill</b>        | <b>0</b>        | <b>-1 400 000</b> | <b>-1 400 000</b> | <b>-1 400 000</b> |
| <b>Private omsorgstiltak (314)</b>                                 | <b>0</b>        | <b>-1 400 000</b> | <b>-1 400 000</b> | <b>-1 400 000</b> |
| <b>320 Økt satsning på hjemmetjenester</b>                         | <b>0</b>        | <b>0</b>          | <b>3 600 000</b>  | <b>3 600 000</b>  |
| <b>Hjemmesykepleie (320)</b>                                       | <b>0</b>        | <b>0</b>          | <b>3 600 000</b>  | <b>3 600 000</b>  |
| <b>321 Rus og psykiatri: vakant 80% stilling kr 523 000 i 2020</b> | <b>-523 000</b> | <b>0</b>          | <b>0</b>          | <b>0</b>          |
| <b>Møteplassen Psykiatri (321)</b>                                 | <b>-523 000</b> | <b>0</b>          | <b>0</b>          | <b>0</b>          |
| <b>322 Hjemmehjelp: økte egenandeler kr. 33 000</b>                | <b>-33 000</b>  | <b>-33 000</b>    | <b>-33 000</b>    | <b>-33 000</b>    |
| <b>Hjemmehjelpstjenesten (322)</b>                                 | <b>-33 000</b>  | <b>-33 000</b>    | <b>-33 000</b>    | <b>-33 000</b>    |
| <b>324 Høgegga boliger: økt salgsinntekt kr 20 000</b>             | <b>-20 000</b>  | <b>-20 000</b>    | <b>-20 000</b>    | <b>-20 000</b>    |
| <b>Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)</b>                    | <b>-20 000</b>  | <b>-20 000</b>    | <b>-20 000</b>    | <b>-20 000</b>    |
| <b>326 Dagtilbud funksjonshemmede: økt egenandel kr. 10 000</b>    | <b>-10 000</b>  | <b>-10 000</b>    | <b>-10 000</b>    | <b>-10 000</b>    |
| <b>Dagtilbud funksjonshemmede (326)</b>                            | <b>-10 000</b>  | <b>-10 000</b>    | <b>-10 000</b>    | <b>-10 000</b>    |
| <b>340 Legetjenesten: økte inntekter kr 380 000</b>                | <b>-380 000</b> | <b>-380 000</b>   | <b>-380 000</b>   | <b>-380 000</b>   |
| <b>Legetjenester (340)</b>   | <b>-380 000</b> | <b>-380 000</b>   | <b>-380 000</b>   | <b>-380 000</b>   |
| <b>352 Sykestue: Økt egenandel kr 60 000</b>                       | <b>-60 000</b>  | <b>-60 000</b>    | <b>-60 000</b>    | <b>-60 000</b>    |
| <b>Sykestue (352)</b>  | <b>-60 000</b>  | <b>-60 000</b>    | <b>-60 000</b>    | <b>-60 000</b>    |

## Saksopplysninger

Det vises til kommunestyrets sak 29/19 (24.06.19) om foreløpig budsjettramme for 2020.

Kommunestyret gjorde vedtak om at budsjettrammen for 2020 tar utgangspunkt i vedtatt ramme for 2020 i økonomiplan for 2019-2022, justert for lønnsøkning, bindende politiske vedtak med økonomisk virkning og endring i revidert nasjonalbudsjett.

Den foreløpige budsjettrammen for helse og omsorg for 2020 ble 24.06.19 satt til kr 128 379 226.

Rådmannen har etter dette fått utarbeidet to analyser (gjennom Telemarksforskning) for å kunne gjøre vurderinger av behov for rammeendringer på ulike tjenestoområder i den kommende økonomiplanperioden. Analysene ble presentert for kommunestyret 24.10.19.

De to analysene er:

Effektivitetsanalyse (basert på KOSTRA-tall for 2018) som illustrerer hvordan kommunens ressursbruk på ulike tjenestoområder harmonerer med kommunens økonomiske rammebetingelser

(dvs. hensyntatt både beregnet utgiftsbehov og reelt inntektsnivå). I denne analysen vises hva som kan sies å være et normert, «riktig» nivå på **budsjettrammene** for de samme tjenesteområdene.

Demografianalysen illustrerer hvordan forventet utvikling i kommunens innbyggertall påvirker utgiftsbehovet på ulike tjenesteområder. Telemarksforskning har beregnet demografikostnadene for hvert av årene i økonomiplanperioden 2020-2023.

Analysene er vedlagt saken.

Med bakgrunn i ny informasjon fra analysene vedtok formannskapet 31.10.19 (sak 41/19) innstilling til nye rammer for økonomiplanperioden.

Budsjettrammen for helse og omsorg for 2020 er innstilt til kr 152 782 008. Det er en økning på kr 24 402 782 i forhold til den foreløpige rammen som ble vedtatt 24.06.19.

Konsekvensjustert budsjett 2020 viser hva det koster å drive sektoren på samme nivå som i 2019, justert for vedtak gjennom året og sentrale føringer fra blant annet statsbudsjettet. Hensikten er å vise det handlingsrommet, eller mangelen på handlingsrom, som kommunestyret har neste år og videre framover.

Konsekvensjustert budsjett for sektoren kr 155 382 008.

De største endringer i konsekvensjustert budsjett i 2020 er:

| <b>Endring konsekvensjustert</b> | <b>Beløp</b>      | <b>Kommentar</b>                               |
|----------------------------------|-------------------|--|
| Lønns- og pensjonsendring        | 13 429 000        | Økning i lønnsutgifter (pensjon utgjør 5 mill) |
| - Botiltak                       | 8 523 403         | Lønnstiltak 2,620 mill                         |
| Lønn                             |                   | Lønnstiltak 9,072 mill                         |
| Økte utgifter Høgegga og Guleng  | 461 000           | Ferielønn, økt refusjon UNN                    |
| Kjøp av tjenester Asvo           | 190 000           |  |
| Økonomisk sosialhjelp            | 500 000           |  |
| Sykehjem                         | -66 000           |  |
| Legetjenesten                    | 201 000           |  |
| Hjemmesykepleien                 | 105 000           | Bilhold og medisinske forbruksvarer            |
| Utskrivningsklare pasienter      | 100 000           |  |
| Økte inntekter UNN               | -680 000          |  |
| <b>Endring</b>                   | <b>22 763 403</b> |  |

Konsekvensjustert budsjett, sammenlignet med vedtatt forslag til ramme gir kr 2 600 000 i avvik for 2020.

Det er dette avviket som det må finnes budsjettdekning til i 2020.

For hele planperioden må sektoren ta utgangspunkt i en ramme på ca 150 mill kr.

## **Vurdering**

Med bakgrunn i rammene i gjeldende økonomiplan, sammenholdt med konsekvensjustert budsjett, fremkommer det behov for en omfattende endring av budsjettrammene for de ulike sektorer.

Rapporten fra Telemarksforskning viser at Nordreisa kommune bruker langt mindre til helse og omsorg enn det normerte utgiftsbehovet skulle tilsi.

Helse og omsorgssektoren i kommune Norge er under press. Nasjonalt sett så har sektoren en utfordring i å klare å utføre det lovpålagte samfunnsoppdraget med å yte faglig forsvarlige tjenester i framtiden.

Sektoren har hovedsakelig mot tre grunnutfordringer:

- en stor del av befolkningen nærmer seg alderdommen
- statistikken/forskning viser at vi ikke kommer å lykkes utdanne nok med fagpersoner for å drifte på samme måte som i dag (kompetanse- og rekrutteringsutfordringen)
- økonomi

Helse og omsorg har gjort store økonomiske besparelser de senere år. Dette gjenspeiler seg i den daglige driften og gjør det vanskelig å holde sektoren innenfor vedtatt ramme.

I forslaget ligger to store innsparinger; en omstillingsprosess som skal få økonomisk uttelling i 2021 og en nedleggelse av en sykehjemsavdeling med økonomisk virkning fra 2022.

I omstillingen må sektoren jobbe med strukturen i organisasjonen. Det innebærer ikke å minke personalstyrken, men bruke ressursene på en mer effektiv måte. Nordreisa har samme utfordring som resten av landet- det at man ikke får antallet fagpersonell å strekke til. Sektoren må derfor se på hvordan sykepleier- og helsefagarbeiderressursen brukes og hvordan få maksimal bruk av deres kompetanse. I dag hjelper sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter hverandre med det meste på avdelingen. Dette er vel og bra, men sett framover i tid så kan ikke ressursene brukes på samme måte. Sykepleierne og helsefagarbeiderne må brukes til det de har utdanning til. I dag har noen virksomheter høye kostnader til vikarbyråer, mens andre ikke har brukt en krone. Målet er å unngå kostbare vikarbyråer.

Tidlig innsats til innbyggerne er god kommune økonomi. Prosjektet hverdagsrehabilitering er godt i gang med hjemmebesøk og tett samarbeid med hjemmesykepleien. Gjennom å styrke innbyggernes helse, så de kan oppleve å ha så god helse og oppleve trygghet nok til å bli boende i sitt eget hjem. Det kan redusere behovet for sykehjems plass. HVIS kommunen lykkes med dette, så kan vi naturlig utvikle en sykehjemsavdeling (50% av et av sykehjemmene).

Med dagens driftsform så tenkes en innsparing på 5.5 millioner kroner med virkning i 2022. Sett til konsekvensjustert budsjett, så er dette ikke en total halvering av sykehjemmetbudsjett, da cirka en million kroner kan brukes til å styrke og videreutvikle hjemmesykepleien.

Sektorleder ser en sektor som har vært styrt altfor mye ut ifra økonomi. Gode faglige hensyn og løsninger er ikke kommet fram tilstrekkelig og dette må det bli en endring på. Nå skal fagmiljøet møte framtidens utfordringer og den økonomiske virkeligheten med åpne øyne og gå igjennom organisasjonen på de premissene. Tjenester skal ytes på rett nivå, aldri for lite - men heller ikke for mye tjenester - ressursene skal rekke til alle. Tiltak sektoren gjør det nærmeste året får uttelling fram i tid i form av bedre helse og følgende bedre økonomi. Men dette tar tid, ressurser og målrettet arbeid for å få til.

# Økonomianalyse Nordreisa kommune

Nordreisa, 24.oktober 2019  
Audun Thorstensen, Telemarksforsking





---

# Telemarksforsking

---

- Telemarksforsking er et forskingsinstitutt med kunder og prosjekter over hele Norge.
- Kommunalforsking og kommuneøkonomi som et særskilt kompetanse og satsingsområde.
  - Rammeavtaler på kommuneøkonomi med ca. 50 kommuner
  - Organisasjons- og driftsgjennomganger for mange kommuner

---

# Innledning

---

- Vi har utarbeidet en økonomianalyse for Nordreisa kommune.
- KOSTRA- og effektivitetsanalyse (2018) som illustrerer hvordan kommunens ressursbruk på ulike tjenesteområder harmonerer med kommunens økonomiske rammebetingelser.
- Demografianalyse (2020-2040) som illustrerer hvordan forventet utvikling i kommunens innbyggertall vil påvirke kommunens utgiftsbehov på ulike tjenesteområder.

# Hovedfunn KOSTRA- og effektivitetsanalyse

## – Nordreisa kommune 2018

- Våre beregninger viser at Nordreisa kommune, på de sentrale tjenesteområdene som inngår i inntektssystemet, hadde merutgifter i forhold til landsgjennomsnittet på 38,4 mill. kr i 2018.
- Da er det ikke hensyntatt verken for at kommunen hadde et *høyere beregnet utgiftsbehov enn «gjennomsnittskommunen» (ca. 13 prosent i 2018), eller at kommunen har relativt mange elever i privat skole (trekk i rammetilskuddet på 12,1 mill. kr i 2018). I tillegg er det tatt høyde for at kommunen hadde et inntektsnivå som lå ca. 12 prosent over landsgjennomsnittet (tilsvarende om lag 33,2 mill. kr i 2018).*
- **Beregningene viser at Nordreisa kommune samlet sett hadde mindreutgifter på 18,6 mill. kr i forhold til kommunens «normerte og inntektsjusterte utgiftsnivå» i 2018.**

Hovedfunn KOSTRA- og effektivitetsanalyse. Nordreisa kommune 2018. Kilde: KOSTRA, beregninger ved TF

| Tjenesteområde  | Mer-/mindreutgift 2018 (mill. kr)<br>sammenlignet med |                             |   |
|-----------------|---|-----------------------------|---|
|                 | Lands-<br>gjennom-<br>snittet                         | «Normert og<br>utgiftsnivå» | «Normert og<br>inntektsjustert<br>nivå» |
| Barnehage       | -7,6  | -2,8                        | -8,3                                    |
| Administrasjon  | 13,9  | 10,2                        | 7,5                                     |
| Landbruk        | 1,5   | 0,8                         | 0,7                                     |
| Grunnskole*     | 1,8   | 7,1                         | -1,4                                    |
| Pleie og omsorg | 15,5  | -12,9                       | -24,3                                   |
| Kommunehelse    | 3,0   | 0,1                         | -1,5                                    |
| Barnevern       | 3,2   | 2,6                         | 1,3                                     |
| Sosialtjeneste  | 7,0   | 9,4                         | 7,4                                     |
| <b>Sum</b>      | <b>38,4</b>   | <b>14,6</b>                 | <b>-18,6</b>                            |

# Korreksjonsordningen for elever i statlige og private skoler

- Kommunene får et trekk i rammetilskuddet (utgiftsutjevningen) knyttet til antall elever i statlige og private skoler (korreksjonsordningen).
- Trekket for Nordreisa kommune utgjorde 12,1 mill. kr, eller 2 459 kr per innb. i 2018.

| Trek i rammetilskuddet 2018<br>(rangert etter kr per innb.) |                       |                |               |
|---|-----------------------|----------------|---------------|
|   |                       | 1000 kr        | kr per innb.  |
| 1   | 1919 Gratangen        | -4 891         | -4 363        |
| 2   | 1811 Bindal           | -5 320         | -3 611        |
| 3   | 5023 Meldal           | -10 897        | -2 752        |
| 4   | 1241 Fusa             | -10 296        | -2 643        |
| 5   | <b>1942 Nordreisa</b> | <b>-12 098</b> | <b>-2 459</b> |
| 6   | 5049 Flatanger        | -2 574         | -2 361        |
| 7   | 5041 Snåsa            | -5 062         | -2 345        |
| 8   | 1253 Osterøy          | -18 141        | -2 260        |
| 9   | 1929 Berg             | -1 973         | -2 159        |
| 10  | 1917 Ibestad          | -2 746         | -1 970        |

*Trekk per elev på 85 800 kr i 2018. Trekksatsen ligger under gjennomsnittskostnaden per elev på landsbasis, fordi en regner med at den marginale innsparingen knyttet til å ha en elev mindre ofte er lavere enn gjennomsnittskostnaden.*

# Hovedfunn demografianalyse 2020-2040

- I perioden 2020-2023 er det beregnet økte demografikostnader på 15,2 mill. kr (tilsvarende 5,0 prosent økt beregnet utgiftsbehov).
- I perioden 2020-2040 er det beregnet økte demografikostnader på **108,1 mill. kr** (tilsvarende 35,5 prosent økt beregnet utgiftsbehov).

*Demografikostnader 2020-2023. Nordreisa kommune. Faste mill. 2019-kr og i %. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF*

|                        | 2020-2023   |             |
|------------------------|-------------|-------------|
|                        | Mill. kr    | %           |
| Barnehager             | 2,9         | 6,7         |
| Grunnskole             | -2,2        | -2,5        |
| <b>Pleie og omsorg</b> | <b>12,9</b> | <b>10,8</b> |
| Kommunehelse           | 1,1         | 5,8         |
| Barnevern              | 0,2         | 1,3         |
| Sosialtjeneste         | 0,4         | 1,7         |
| <b>Sum</b>             | <b>15,2</b> | <b>5,0</b>  |

*Demografikostnader 2020-2040. Nordreisa kommune. Faste mill. 2019-kr og i %. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF*

|                        | 2020-2040    |             |
|------------------------|--------------|-------------|
|                        | Mill. kr     | %           |
| Barnehager             | 12,8         | 29,6        |
| Grunnskole             | 7,1          | 8,0         |
| <b>Pleie og omsorg</b> | <b>79,6</b>  | <b>66,6</b> |
| Kommunehelse           | 5,0          | 27,4        |
| Barnevern              | 1,7          | 13,1        |
| Sosialtjeneste         | 1,8          | 8,5         |
| <b>Sum</b>             | <b>108,1</b> | <b>35,5</b> |

# Økonomiske rammebetingelser

---

# Økonomiske rammebetingelser

---

- *Nordreisa er en høyinntektskommune*
  - I KOSTRA er Nordreisa plassert i kommunegruppe 3, dvs. små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter.
  - Korrigerede frie inntekter (inkl. e-skatt, konsesjonskraftinnt. og DA) på 112 prosent av landsgjennomsnittet i 2018.
  - Samlet beregnet utgiftsbehov i inntektssystemet på ca. 13 prosent over landsgjennomsnittet i 2018.



*De økonomiske rammebetingelsene vil være styrende for det tjenestetilbudet som kommunen kan tilby innbyggerne.*

# Korrigerede frie inntekter 2018

– en indikator som viser kommunens reelle inntektsnivå

- Nordreisa hadde korrigerede frie inntekter (inkl. e-skatt, konsesjonskraftinnt. og fordel DA) tilsvarende 12 prosent over landsgjennomsnittlig nivå i 2018.

*Frie inntekter i 2018 korrigeret for variasjoner i utgiftsbehov. Tabellen viser pst. av landsgjennomsnittet av inntekt per innbygger. Landsgjennomsnittet = 100. Kilde: KMD*

|                  | Korrigerede frie inntekter | Korrigerede frie inntekter inkl. E-skatt og konsesjonskraftinntekter | Korrigerede frie inntekter inkl. E-skatt, konsesjonskraftinntekter og fordel DA |
|------------------|----------------------------|--|---|
| <b>Nordreisa</b> | <b>103</b>                 | <b>103</b>   | <b>112</b>  |
| Bardu            | 104                        | 119  | 124   |
| Skjervøy         | 111                        | 110  | 119   |
| <b>Troms</b>     | <b>105</b>                 | <b>105</b>   | <b>109</b>  |
| <b>Landet</b>    | <b>100</b>                 | <b>100</b>   | <b>100</b>  |



# Utgiftsutjevningen, Nordreisa kommune 2018

|                                       | Vekt          | Antall | Utgiftsbehovs-<br>indeks | Tillegg/fradrag i<br>utgiftsutjevningen<br>(1000 kr) |
|---------------------------------------|---------------|--------|--------------------------|--|
| 0-1 år                                | 0,0054        | 83     | 0,7516                   | -332   |
| 2-5 år                                | 0,1414        | 217    | 0,9424                   | -2 012   |
| 6-15 år                               | 0,2646        | 615    | 1,0376                   | 2 459  |
| 16-22 år                              | 0,0225        | 458    | 1,0537                   | 299  |
| 23-66 år                              | 0,1033        | 2 691  | 0,9496                   | -1 288   |
| 67-79 år                              | 0,0551        | 625    | 1,2043                   | 2 782  |
| 80-89 år                              | 0,0758        | 196    | 1,1846                   | 3 459  |
| Over 90 år                            | 0,0382        | 43     | 1,0335                   | 316  |
| Basistillegg                          | 0,0189        | 0,8596 | 2,8321                   | 8 560  |
| Sone                                  | 0,0101        | 42 556 | 2,2261                   | 3 062  |
| Nabo                                  | 0,0101        | 18 958 | 2,1633                   | 2 905  |
| Landbrukskriterium                    | 0,0021        | 0,0021 | 2,2249                   | 636  |
| Innvandrere 6-15 år ekskl Skandinavia | 0,0071        | 37     | 0,8011                   | -349   |
| Flyktninger uten integreringstilskudd | 0,0084        | 35     | 0,2534                   | -1 550   |
| Dødlighet                             | 0,0451        | 47     | 1,2229                   | 2 486  |
| Barn 0-15 med enslige forsørgere      | 0,0164        | 155    | 1,3532                   | 1 432  |
| Lavinntekt                            | 0,0103        | 151    | 0,6198                   | -968   |
| Uføre 18-49 år                        | 0,0065        | 107    | 1,2111                   | 339  |
| Opphopningsindeks                     | 0,0096        | 0      | 0,4672                   | -1 265   |
| Aleneboende 30 - 66 år                | 0,0194        | 425    | 1,0135                   | 65   |
| PU over 16 år                         | 0,0483        | 33     | 1,8136                   | 9 716  |
| Ikke-gifte 67 år og over              | 0,0451        | 462    | 1,4441                   | 4 952  |
| Barn 1 år uten kontantstøtte          | 0,0173        | 26     | 0,6805                   | -1 366   |
| Innbyggere med høyere utdanning       | 0,0190        | 878    | 0,7118                   | -1 354   |
| <b>Kostnadsindeks</b>                 | <b>1,0000</b> |        | <b>1,1334</b>            | <b>32 983</b>  |

70 %

Forskjellene mellom landets kommuner er til dels store når det gjelder kostnadsstruktur, demografisk sammensetning mv. Både etterspørselen etter kommunale tjenester og kostnadene ved å tjenesteytingen vil derfor variere mellom kommunene. Målet med utgiftsutjevningen er å fange opp slike variasjoner. En tar fra de relativt sett lettdrevne kommunene og gir til de relativt sett tungdrevne.

Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet skal kommunene i prinsippet få full kompensasjon for de kostnadsforskjellene som de selv ikke kan påvirke.

# Utgiftsutjevningen fordelt på sektornøkler, Nordreisa kommune 2018

Utslag på delkostnadsnøkler i inntektssystemet (utgiftsutjevningen) 2018. Nordreisa kommune. Kilde: KMD, beregninger ved TF

| Utslag delkostnadsnøkler 2018 |               |               |                               |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------------------------------|
|                               | Vekt          | Indeks        | Bidrag til «hoved-<br>indeks» |
| Barnehage                     | 0,1664        | 0,8888        | -1,9 %                        |
| Administrasjon                | 0,0828        | 1,1639        | 1,4 %                         |
| Landbruk                      | 0,0021        | 2,2249        | 0,3 %                         |
| Grunnskole                    | 0,2578        | 1,1018        | 2,6 %                         |
| Pleie og omsorg               | 0,3443        | 1,3127        | 10,8 %                        |
| Kommunehelse                  | 0,0491        | 1,2085        | 1,0 %                         |
| Barnevern                     | 0,0398        | 1,0484        | 0,2 %                         |
| Sosialtjeneste                | 0,0576        | 0,8224        | -1,0 %                        |
| <b>Kostnadsindeks</b>         | <b>1,0000</b> | <b>1,1334</b> | <b>13,3 %</b>                 |

# Dokumentasjon av utviklingen i utgiftsutjevn. tilskudd/trekk 2017-2019 – fordelt på delkostnadsområder

Utgiftsutjevning 2017-2019 – fordelt på delkostnadsområder. Nordreisa kommune. Kilde: KMD/beregninger ved TF

| Delkostnadsområder            | Utslag fra delkostnadsnøkler |               |               | Tillegg/trekk (omfordeling) for kommunen i 1000 kr |               |               |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|
|                               | 2017                         | 2018          | 2019          | 2017   | 2018          | 2019          |
| Barnehage                     | 0,8999                       | 0,8888        | 0,8676        | -4 069   | -4 574        | -5 600        |
| Administrasjon                | 1,1664                       | 1,1639        | 1,1644        | 3 347  | 3 354         | 3 434         |
| Landbruk                      | 2,1858                       | 2,2249        | 2,2390        | 607  | 643           | 650           |
| Grunnskole                    | 1,0960                       | 1,1018        | 1,1230        | 6 086  | 6 489         | 8 073         |
| Pleie og omsorg               | 1,3008                       | 1,3127        | 1,2954        | 24 969   | 26 614        | 26 194        |
| Kommunehelse                  | 1,2090                       | 1,2085        | 1,2138        | 2 538  | 2 533         | 2 776         |
| Barnevern                     | 1,1281                       | 1,0484        | 1,0423        | 1 213  | 477           | 478           |
| Sosialtjeneste                | 0,8558                       | 0,8224        | 0,8597        | -1 961   | -2 530        | -2 077        |
| <b>Kostnadsindeks</b>         | <b>1,1349</b>                | <b>1,1334</b> | <b>1,1319</b> | <b>32 752</b>                                      | <b>32 983</b> | <b>33 913</b> |
| Nto.virkn. statl/priv. skoler |                              |               |               | -10 402  | -10 138       | -11 317       |
| <b>Sum utgiftsutjevn m.m.</b> |                              |               |               | <b>22 349</b>                                      | <b>22 845</b> | <b>22 596</b> |

# Finans og prioritering

## Finansielle nøkkeltall (2)

- Tabellen sentrale finansielle nøkkeltall for Nordreisa kommune hentet fra KOSTRA (konsern).

*Sentrale finansielle nøkkeltall. I prosent av brutto driftsinntekter 2016-2018. Kilde: KOSTRA (Konsern)*

|                      | Nordreisa |      |      | K-gr. 3 | Landet |
|----------------------|-----------|------|------|---------|--------|
|                      | 2016      | 2017 | 2018 | 2018    | 2018   |
| Netto driftsresultat | 7,6       | 3,0  | 1,8  | 3,5     | 2,6    |
| Disposisjonsfond     | -0,1      | 5,8  | 6,1  | 9,8     | 10,8   |
| Netto lånegjeld      | 90,6      | 84,2 | 82,6 | 81,6    | 82,0   |
| Finansutgifter       | 5,4       | 5,1  | 4,9  | 4,5     | 4,1    |

Det er klare sammenhenger mellom de ulike nøkkeltallene. Dersom kommunen klarer å forholde seg til et gitt mål på netto driftsresultat, vil dette gi muligheter for å nå målet om en økonomisk buffer i form av et gitt nivå på disposisjonsfondet. Nivået på finansutgifter og lånebelastning (netto lånegjeld) er også tett knyttet sammen. Dersom kommunen klarer å holde nede nivået på lånegjelden, vil også rente og avdragsbelastningen (finansutgifter) bli lavere.

# Prioritering for kommunen samlet (3)

Andel av totale netto driftsutgifter på ulike tjenesteområder. Kilde: KOSTRA (Konsern), beregninger ved TF

|  | Nordreisa    |             |             | K-gr. 3      | Hele landet |
|--|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
|  | 2016         | 2017        | 2018        | 2018         | 2018        |
| Barnehage (F201, 211, 221)   | 11,6         | 10,7        | 10,3        | 11,2         | 14,4        |
| Administrasjon og styring (F100, 110, 120, 121, 130)                 | 11,1         | 10,8        | 10,6        | 11,3         | 7,7         |
| Landbruk (F329)  | 0,6          | 0,6         | 0,6         | 0,5          | 0,2         |
| Grunnskole (F202, 215, 222, 223)                                     | 23,3         | 20,1        | 20,0        | 22,6         | 22,4        |
| Pleie og omsorg (F234, 253, 254, 261)                                | 34,1         | 33,0        | 31,0        | 32,8         | 30,5        |
| Kommunehelse (F232, 233, 241)  | 5,8          | 5,6         | 5,0         | 6,4          | 4,7         |
| Barnevern (F244, 251, 252)   | 4,0          | 3,8         | 4,3         | 3,4          | 3,8         |
| Sosialtjeneste (F242, 243, 281)                                      | 3,4          | 3,6         | 5,8         | 3,1          | 4,4         |
| <b>Sum sentrale tjenesteområder</b>                                  | <b>93,9</b>  | <b>88,2</b> | <b>87,6</b> | <b>91,3</b>  | <b>88,1</b> |
| Fys.planl./kult.minne/natur/nærmiljø (F301, 302, 303, 335, 360, 365) | 0,8          | 1,0         | 1,0         | 1,5          | 1,4         |
| Kultur (F231, 370, 373, 375, 377, 380, 381, 383, 385, 386)           | 2,5          | 2,7         | 2,9         | 4,3          | 4,0         |
| Kirke (F390, 393)  | 1,1          | 1,3         | 1,2         | 1,4          | 0,9         |
| Samferdsel (F330, 332)   | 3,5          | 3,4         | 3,4         | 2,7          | 1,7         |
| Brann og ulykkesvern (F338, 339)                                     | 1,4          | 1,5         | 1,5         | 1,8          | 1,4         |
| <b>Sum utvalgte områder utenfor IS</b>                               | <b>9,3</b>   | <b>9,9</b>  | <b>10,0</b> | <b>11,7</b>  | <b>9,4</b>  |
| <b>Totalt</b>  | <b>103,2</b> | <b>98,1</b> | <b>97,6</b> | <b>103,0</b> | <b>97,5</b> |

# KOSTRA- og effektivitetsanalyse 2018

---

# Metode KOSTRA- og effektivitetsanalyse

---

- Til bruk i KOSTRA- og effektivitetsanalyser har vi utviklet en metode som skal illustrere hvordan kommunens ressursbruk på sentrale tjenesteområder harmonerer med kommunens økonomiske rammebetingelser (dvs. hensyntatt både beregnet utgiftsbehov og reelt inntektsnivå)
  - Vi vil imidlertid presisere at et slikt beregnet utgiftsnivå generelt ikke må oppfattes som en slags fasit på et "riktig" nivå. Beregningene er mer en illustrasjon på hvordan kommunen faktisk har tilpasset seg et forbruksnivå på de aktuelle tjenesteområdene i sum - sammenlignet med hva utgiftsbehovet (ifølge kriteriene i inntektssystemet) og de reelle, frie inntektene ideelt sett skulle tilsi. Dessuten skal det nevnes at frie inntekter ikke omfatter for eksempel utbytteinntekter og annen finansavkastning, og at kriteriene i inntektssystemet ikke inkluderer alle tjenesteområder.
- Vi har i analysene basert oss på endelige/reviderte KOSTRA-data for 2018 og tall for tidligere årganger. For øvrig forutsettes det at kommunen fører regnskapet i henhold til KOSTRA-veilederen. For å få et mest mulig fullstendig bilde av kommunens økonomiske nøkkeltall er det tatt utgangspunkt i KOSTRA-tall for kommunen som konsern.



# KOSTRA- og effektivitetsanalyse, Nordreisa kommune 2018

KOSTRA- og effektivitetsanalyse. Nordreisa kommune 2018. Kilde: KOSTRA/KMD, beregninger ved TF

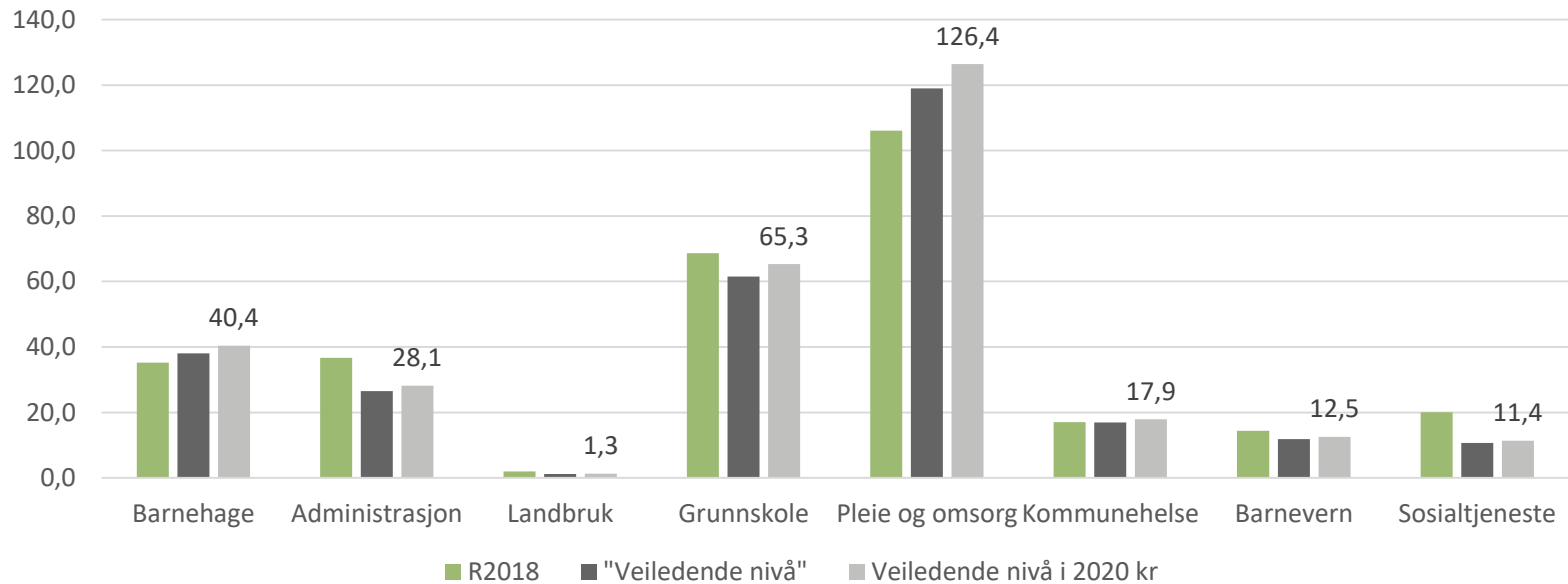
|                 | Beregnet<br>utgifts-<br>behov<br>2018 | Netto driftsutgifter 2018 |                             |                                | Mer-/mindreutgift sammenlignet med |                          |  |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
|                 |                                       | Nordreisa<br>kommune      | Lands-<br>gjennom-<br>snitt | Nordreisa<br>"normert<br>nivå" | Lands-<br>gjennom-<br>snittet      | "Normert<br>utgiftsnivå" | «Normert<br>og<br>inntektsjust.<br>nivå» |
|                 |                                       | kr pr innb                | kr pr innb                  | kr pr innb                     | Mill. kr                           | Mill. kr                 | Mill. kr                                 |
| Barnehage       | 0,8888                                | 7 170                     | 8 710                       | 7 742                          | -7,6                               | -2,8                     | -8,3                                     |
| Administrasjon  | 1,1639                                | 7 469                     | 4 629                       | 5 387                          | 13,9                               | 10,2                     | 7,5                                      |
| Landbruk        | 2,2249                                | 407                       | 112                         | 249                            | 1,5                                | 0,8                      | 0,7                                      |
| Grunnskole*     | 1,1018                                | 13 981                    | 13 605                      | 12 526                         | 1,8                                | 7,1                      | -1,4                                     |
| Pleie og omsorg | 1,3127                                | 21 623                    | 18 470                      | 24 246                         | 15,5                               | -12,9                    | -24,3                                    |
| Kommunehelse    | 1,2085                                | 3 467                     | 2 846                       | 3 439                          | 3,0                                | 0,1                      | -1,5                                     |
| Barnevern       | 1,0484                                | 2 940                     | 2 294                       | 2 406                          | 3,2                                | 2,6                      | 1,3                                      |
| Sosialtjeneste  | 0,8224                                | 4 097                     | 2 665                       | 2 191                          | 7,0                                | 9,4                      | 7,4                                      |
| <b>Sum</b>      | <b>1,1334</b>                         |                           |                             |                                | <b>38,4</b>                        | <b>14,6</b>              | <b>-18,6</b>                             |

\*): Nordreisa har mange elever i privat skole. På tjenesteområdet for grunnskole har vi derfor justert for beløpet som kommunen er trukket i rammetilskuddet for elever i privat skole (tilsvarende 12,1 mill. kr i 2018). Etter justering for trekket på 12,1 mill. kr, er det beregnet et merforbruk sammenlignet med «normert nivå» på 7,1 mill. kr i 2018.

# Mer-/mindreutgifter fordelt på aktuelle KOSTRA-funksjoner. Mill kr. Nordreisa kommune 2018

|  | Mer-/mindreutgifter (mill. kr) sammenlignet med |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
|  | Landsgjennomsnitt                               | "Normert utgiftsnivå" | "Normert og inntektsjustert utgiftsnivå" |
| <b>Barnehage (F201, 211, 221)</b>                            | <b>-7,6</b>                                     | <b>-2,8</b>           | <b>-8,3</b>                              |
| 201 Førskole   | -4,1  | 0,0                   | -5,1                                     |
| 211 Styrket tilbud til førskolebarn                          | -2,3  | -1,9                  | -2,1                                     |
| 221 Førskolelokaler og skyss                                 | -1,2  | -0,9                  | -1,1                                     |
| <b>Administrasjon og styring (F100, 110, 120, 121, 130)</b>  | <b>13,9</b>                                     | <b>10,2</b>           | <b>7,5</b>                               |
| 100 Politisk styring   | 1,2   | 0,9                   | 0,7                                      |
| 110 Kontroll og revisjon                                     | -0,4  | -0,5                  | -0,5                                     |
| 120 Administrasjon   | 11,3  | 8,5                   | 6,4                                      |
| 121 Forvaltningsutgifter i eiendomsforvaltningen             | 1,5   | 1,2                   | 1,0                                      |
| 130 Administrasjonslokaler                                   | 0,4   | 0,1                   | -0,1                                     |
| <b>Landbruk (F329)</b>                                       | <b>1,5</b>                                      | <b>0,8</b>            | <b>0,7</b>                               |
| 329 Landbruksforvaltning og landbruksbasert næringsutvikling | 1,5   | 0,8                   | 0,7                                      |
| <b>Grunnskole (F202, 215, 222, 223)</b>                      | <b>1,8</b>                                      | <b>7,1</b>            | <b>-1,4</b>                              |
| 202 Grunnskole   | 3,9   | 8,5                   | 1,5                                      |
| 215 Skolefritidstilbud                                       | 0,2   | 0,4                   | 0,2                                      |
| 222 Skolelokaler   | -1,0  | -0,3                  | -1,7                                     |
| 223 Skoleskyss   | -1,3  | -1,4                  | -1,4                                     |
| <b>Pleie og omsorg (F234, 253, 254, 261)</b>                 | <b>15,5</b>                                     | <b>-12,9</b>          | <b>-24,3</b>                             |
| 234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede                   | -0,9  | -2,4                  | -2,9                                     |
| 253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon                       | 4,4   | -6,3                  | -10,5                                    |
| 254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet                           | 7,6   | -7,0                  | -12,8                                    |
| 261 Botilbud i institusjon                                   | 4,4   | 2,9                   | 1,9                                      |
| <b>Kommunehelse (F232, 233, 241)</b>                         | <b>3,0</b>                                      | <b>0,1</b>            | <b>-1,5</b>                              |
| 232 Forebygging - skole- og helsestasjonstjeneste            | -1,1  | -1,9                  | -2,1                                     |
| 233 Forebyggende arbeid, helse og sosial                     | -1,1  | -1,4                  | -1,4                                     |
| 241 Diagnose, behandling, rehabilitering                     | 5,3   | 3,3                   | 1,9                                      |
| <b>Barnevern (F244, 251, 252)</b>                            | <b>3,2</b>                                      | <b>2,6</b>            | <b>1,3</b>                               |
| 244 Barneverntjeneste  | 0,8   | 0,7                   | 0,3                                      |
| 251 Barneverntiltak i familien                               | 1,0   | 1,0                   | 0,8                                      |
| 252 Barneverntiltak utenfor familien                         | 1,3   | 1,0                   | 0,3                                      |
| <b>Sosialtjeneste (F242, 243, 281)</b>                       | <b>7,0</b>                                      | <b>9,4</b>            | <b>7,4</b>                               |
| 242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid           | 8,5   | 9,4                   | 8,1                                      |
| 243 Tilbud til personer med rusproblemer                     | -1,9  | -1,5                  | -1,5                                     |
| 281 Økonomisk sosialhjelp                                    | 0,4   | 1,5                   | 0,9                                      |

# «Veiledende nivå» budsjett 2020



|                 | R2018        | Avvik «normert nivå» | "Veiledende nivå" | Veiledende nivå i 2020 kr |
|-----------------|--------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| Barnehage       | 35,2         | -2,8                 | 38,0              | 40,4                      |
| Administrasjon  | 36,7         | 10,2                 | 26,5              | 28,1                      |
| Landbruk        | 2,0          | 0,8                  | 1,2               | 1,3                       |
| Grunnskole      | 68,6         | 7,1                  | 61,5              | 65,3                      |
| Pleie og omsorg | 106,1        | -12,9                | 119,0             | 126,4                     |
| Kommunehelse    | 17,0         | 0,1                  | 16,9              | 17,9                      |
| Barnevern       | 14,4         | 2,6                  | 11,8              | 12,5                      |
| Sosialtjeneste  | 20,1         | 9,4                  | 10,7              | 11,4                      |
| <b>Sum</b>      | <b>300,2</b> | <b>14,6</b>          | <b>285,6</b>      | <b>303,3</b>              |

# Analyse av ressursbruk på utvalgte områder utenfor inntektssystemet 2018

Ressursbruk sammenholdt mot landsgjennomsnittet og «normert nivå» på utvalgte områder utenfor inntektssystemet. Nordreisa kommune 2018.  
Kilde: KOSTRA, beregninger ved TF

|                                      | Netto driftsutgifter (i kr per innb.) |                   |                          | Mer-/mindreutgift (mill. kr) sammenlignet med |                |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|---|----------------|
|                                      | Nordreisa kommune                     | Landsgjennomsnitt | Nordreisa «normert nivå» | Landsgjennomsnittet                           | «Normert nivå» |
| Fys.planl./kult.minne/natur/nærmiljø | 664                                   | 792               | 898                      | -0,6  | -1,1           |
| Kultur                               | 1 991                                 | 2 428             | 2 752                    | -2,1  | -3,7           |
| Kirke                                | 858                                   | 599               | 679                      | 1,3   | 0,9            |
| Samferdsel*                          | 2 387                                 | 980               | 1 111                    | 6,9   | 6,3            |
| Brann og ulykkesvern                 | 1 003                                 | 849               | 962                      | 0,8   | 0,2            |
| <b>Sum</b>                           |                                       |                   |                          | <b>6,2</b>                                    | <b>2,5</b>     |

- Vi har også utarbeidet en analyse som illustrerer kommunens ressursbruk på utvalgte områder som ikke inngår i inntektssystemet. I vurderingen av utgiftsnivået for de aktuelle områdene har vi tatt høyde for kommunens samlede utgiftsbehov.
- Tallene viser at Nordreisa kommune på de utvalgte områdene, hadde merutgifter i forhold til landsgjennomsnittet på 6,2 mill. kr i 2018. Dersom vi justerer for kommunens samlede utgiftsbehov (ca. 13 prosent over landsgjennomsnittet), viser beregningen et samlet *merforbruk* på 2,5 mill. kr.

\*) Nordreisa hadde lavere ressursbruk per km kommunal vei enn sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet i 2018. Nordreisa hadde netto driftsutgifter på 94 798 kr, mens gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 3 og landet var hhv. 98 623 kr og 151 684 kr.

# Mer-/mindreutgifter fordelt på aktuelle KOSTRA-funksjoner. Nordreisa kommune 2018

Illustrasjon av mer-/mindreutgift på utvalgte områder utenfor IS. Nordreisa kommune. Mill. kr. Kilde: KMD/beregninger ved TF

|   | Netto driftsutgifter (i kr per innb.) 2018 |              | Mer-/mindreutgifter (mill. kr) sammenlignet med |                |
|---|--|--------------|---|----------------|
|   | Nordreisa                                  | Landet       | Landet  | "Normert nivå» |
| <b>Fys.planl./kult.minne/natur/nærmiljø</b>                               | <b>664</b>                                 | <b>792</b>   | <b>-0,6</b>                                     | <b>-1,1</b>    |
| 301 Plansaksbehandling  | 325  | 275          | 0,2   | 0,1            |
| 302 Bygge- delings- og seksjoneringsarbeid                                | 2  | 36           | -0,2  | -0,2           |
| 303 Kart og oppmåling   | 16   | 94           | -0,4  | -0,4           |
| 335 Rekreasjon i tettsted   | 107  | 247          | -0,7  | -0,8           |
| 360 Naturforvaltning og friluftsliv                                       | 214  | 121          | 0,5   | 0,4            |
| 365 Kulturminnevern   | 0  | 20           | -0,1  | -0,1           |
| <b>Kultur</b>   | <b>1 991</b>                               | <b>2 428</b> | <b>-2,1</b>                                     | <b>-3,7</b>    |
| 231 Aktivitetstilbud barn og unge   | 112  | 222          | -0,5  | -0,7           |
| 370 Bibliotek   | 308  | 296          | 0,1   | -0,1           |
| 373 Kino  | 52   | 7            | 0,2   | 0,2            |
| 375 Muséer  | 75   | 96           | -0,1  | -0,2           |
| 377 Kunstformidling   | -34  | 138          | -0,8  | -0,9           |
| 380 Idrett og tilskudd til andres idrettsanlegg                           | 487  | 211          | 1,4   | 1,2            |
| 381 Kommunale idrettsbygg og idrettsanlegg                                | 158  | 594          | -2,1  | -2,5           |
| 383 Musikk- og kulturskoler   | 271  | 290          | -0,1  | -0,3           |
| 385 Andre kulturaktiviteter og tilskudd til andres kultur- og idrettsbygg | 271  | 309          | -0,2  | -0,4           |
| 386 Kommunale kulturbygg  | 291  | 265          | 0,1   | 0,0            |
| <b>Kirke</b>  | <b>858</b>                                 | <b>599</b>   | <b>1,3</b>                                      | <b>0,9</b>     |
| 390 Den norske kirke  | 858  | 510          | 1,7   | 1,4            |
| 393 Gravplasser og krematorier  | 0  | 89           | -0,4  | -0,5           |
| <b>Samferdsel</b>   | <b>2 387</b>                               | <b>980</b>   | <b>6,9</b>                                      | <b>6,3</b>     |
| 330 Samferdselsbedrifter/transporttiltak                                  | -8   | -145         | 0,7   | 0,8            |
| 332 Kommunale veier   | 2 395                                      | 1 126        | 6,2   | 5,5            |
| <b>Brann og ulykkesvern</b>   | <b>1 003</b>                               | <b>849</b>   | <b>0,8</b>                                      | <b>0,2</b>     |
| 338 Forebygging av branner og andre ulykker                               | -11  | 69           | -0,4  | -0,4           |
| 339 Beredskap mot branner og andre ulykker                                | 1 014                                      | 780          | 1,2   | 0,6            |

# Demografianalyse 2020-2040

---

# Om demografianalysen

---

- Kommunene har ansvar for bl.a. barnehager, grunnskole og pleie- og omsorgstjenester. Dette er tjenester som i hovedsak er rettet mot bestemte aldersgrupper av befolkningen, og hvor utgiftene påvirkes bl.a. av den demografiske utviklingen.
  - Flere barn og unge i aldersgruppene 0-5 år og 6-15 år gir isolert sett økte utgifter til barnehage og grunnskole. Flere eldre i aldersgruppene over 67 år bidrar isolert sett til økte utgifter til pleie- og omsorgstjenestene.
- Teknisk beregningsutvalg for kommunal økonomi (TBU) estimerer at den demografiske utviklingen i 2019 vil medføre merutgifter (demografikostnader) for kommunene på om lag 1,3 mrd. 2019-kr i 2020. Utgiftsberegningene er basert på hovedalternativet (MMMM) fra de sist oppdaterte befolkningsframskrivingene fra SSB (juni 2018).
  - Anslagene er basert på uendret standard, dekningsgrad og effektivitet i tjenesteytingen, og er et uttrykk for hva det vil koste kommunene å bygge ut tjenestetilbudet for å holde tritt med befolkningsutviklingen.

---

# Demografikostnadsberegninger

## Nordreisa kommune 2019-2040

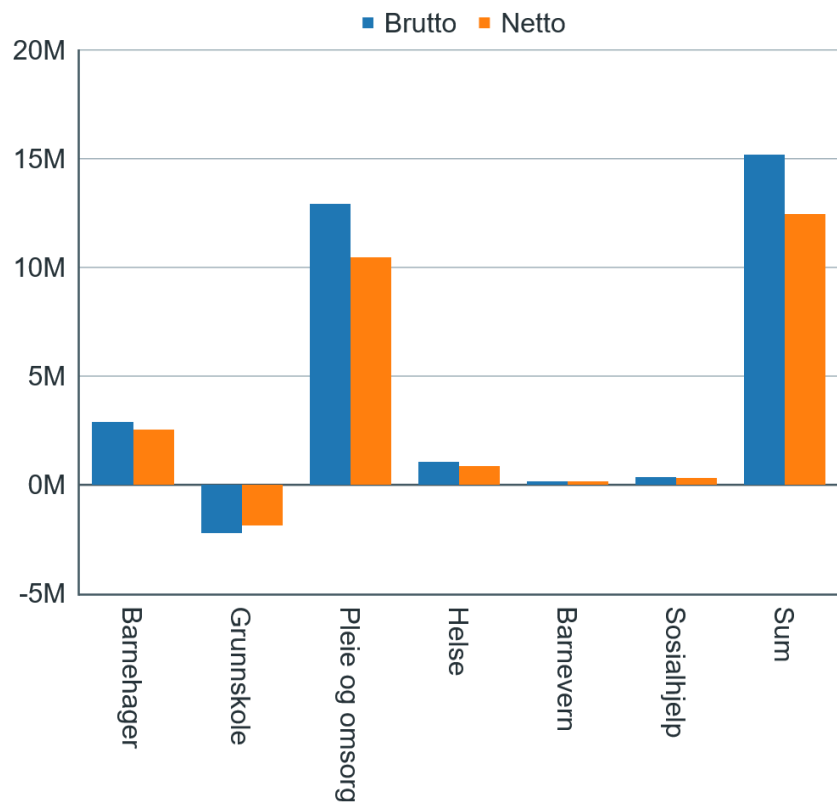
---

- I 2019 er det for Nordreisa kommune beregnet *reduuerte demografikostnader* på 1,1 mill. kr, som følge av den faktiske befolkningsutviklingen i 2018.
- I perioden 2020-2023 er det beregnet *økte demografikostnader* på 15,2 mill. kr (tilsvarende 5,0 prosent økt beregnet utgiftsbehov).
- I perioden 2020-2040 er det beregnet *økte demografikostnader* på 108,1 mill. kr (tilsvarende 35,3 prosent økt beregnet utgiftsbehov).
  - I aldersgruppene 0-66 år og **67 år og eldre** er det beregnet økte demografikostnader på hhv. 27,5 mill. kr (13 prosent) og **80,6 mill. kr (90 prosent)**.
  - På **pleie og omsorg** er det beregnet økte demografikostnader på 79,6 mill. kr (67 prosent).

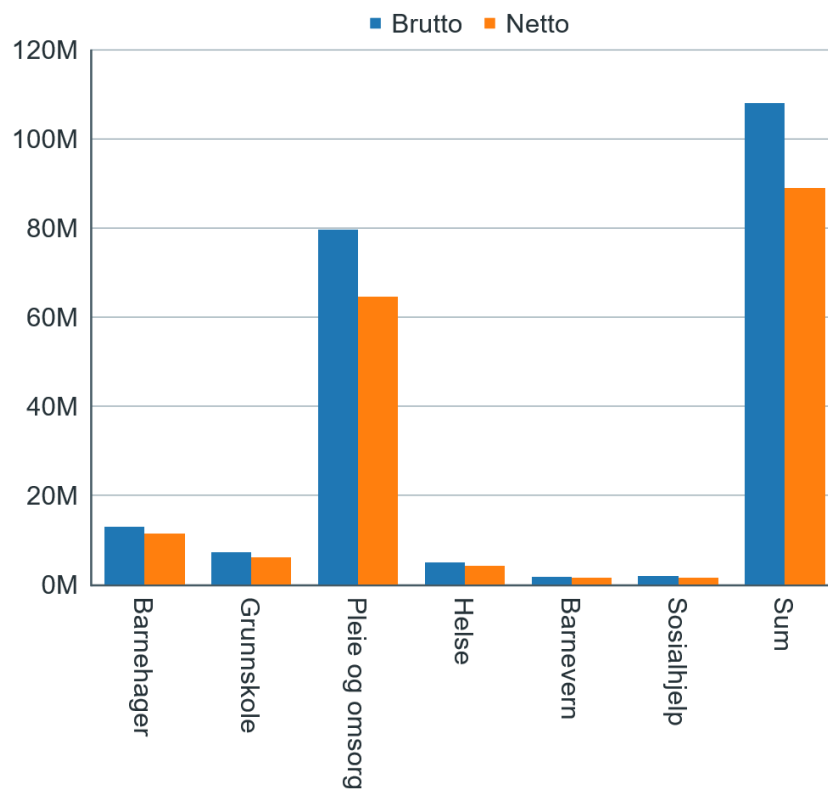


# Demografikostnader brutto og netto

## 2020-2023 og 2020-2040



Beregnete demografikostnader 2020-2023. Nordreisa kommune. Mill. 2019-kr Kilde: TBU/SSB/TF

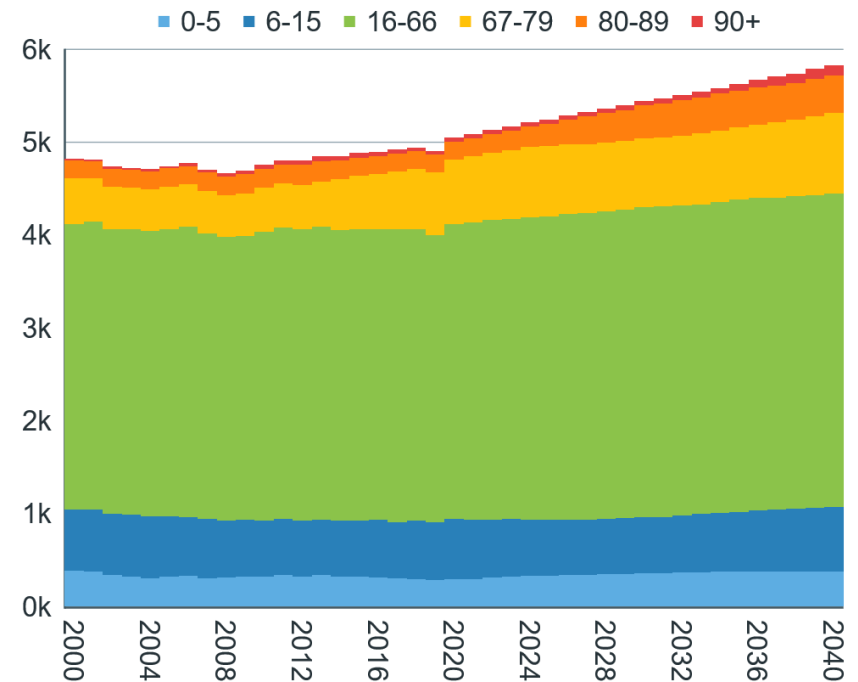


Beregnete demografikostnader 2020-2040. Nordreisa kommune. Mill. 2019-kr Kilde: TBU/SSB/TF

# Befolkningsframskrivninger 2019-2040

# Befolkningsframskrivinger for Nordreisa kommune

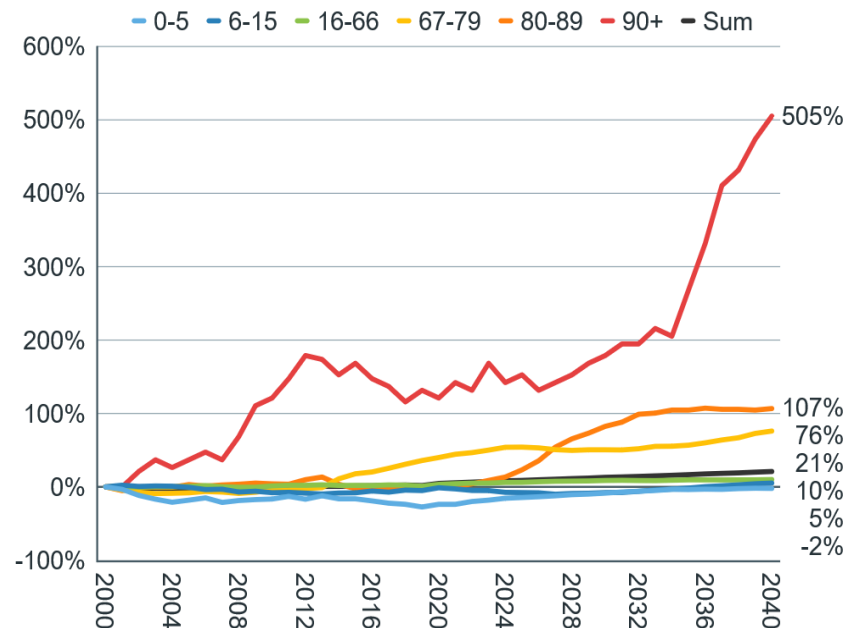
- Fra 2000 til 2019 har Nordreisa hatt en befolkningsvekst på 88 personer eller 1,8 prosent.
- Fra 2019 til 2040 anslår SSBs hovedalternativ (MMMM) en vekst på 844 personer eller **16,9 prosent**.
- SSBs alternativer for Lav og høy nasjonal vekst anslår en utvikling på hhv. 10,3 prosent og 25,6 prosent.



Historisk og framskrevet folke­mengde gitt hovedalternativet for ulike alders­grupper i Nordreisa. Kilde: SSB

# Befolkningsframskrivinger for Nordreisa kommune (forts.)

- Fra 2019 til 2040 viser framskrivingene en moderat vekst for aldersgruppene under 66 år og en relativt kraftig vekst for aldersgruppene over 67 år.
- SSBs hovedalternativ (MMMM) anslår fra 2019 til 2040 en utvikling for aldersgruppene 0-66 år og 67 år og eldre på hhv. 8,6 prosent og 55,2 prosent.



Historisk og framskrevet folke­mengde gitt hovedalternativet for ulike aldersgrupper i Nordreisa, relativt til nivå i 2000. Kilde: SSB

# Befolkningsframskrivinger 2019-2023

## Nordreisa kommune

Befolkningsframskrivinger, Nordreisa kommune 2019-2023. Kilde: SSB alternativ MMMM

|                       | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         | 2023         |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0-5 år                | 294          | 295          | 295          | 310          | 317          |
| 6-15 år               | 639          | 648          | 638          | 624          | 623          |
| 16-66 år              | 3 162        | 3 177        | 3 206        | 3 228        | 3 230        |
| 67-79 år              | 665          | 690          | 712          | 723          | 740          |
| 80-89 år              | 187          | 196          | 194          | 202          | 211          |
| 90 år og eldre        | 40           | 42           | 46           | 44           | 51           |
| <b>Totalt</b>         | <b>4 987</b> | <b>5 048</b> | <b>5 091</b> | <b>5 131</b> | <b>5 172</b> |
| <b>0-66 år</b>        | <b>4 095</b> | <b>4 120</b> | <b>4 139</b> | <b>4 162</b> | <b>4 170</b> |
| <b>67 år og eldre</b> | <b>892</b>   | <b>928</b>   | <b>952</b>   | <b>969</b>   | <b>1 002</b> |

Befolkningsframskrivinger, Nordreisa kommune 2019-2023.  
Indeksert utvikling 2019=100. Kilde: SSB alternativ MMMM

|                       | 2019       | 2020       | 2021       | 2022       | 2023       |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 0-5 år                | 100        | 100        | 100        | 105        | 108        |
| 6-15 år               | 100        | 101        | 100        | 98         | 97         |
| 16-66 år              | 100        | 100        | 101        | 102        | 102        |
| 67-79 år              | 100        | 104        | 107        | 109        | 111        |
| 80-89 år              | 100        | 105        | 104        | 108        | 113        |
| 90 år og eldre        | 100        | 105        | 115        | 110        | 128        |
| <b>Totalt</b>         | <b>100</b> | <b>101</b> | <b>102</b> | <b>103</b> | <b>104</b> |
| <b>0-66 år</b>        | <b>100</b> | <b>101</b> | <b>101</b> | <b>102</b> | <b>102</b> |
| <b>67 år og eldre</b> | <b>100</b> | <b>104</b> | <b>107</b> | <b>109</b> | <b>112</b> |

- Fra 2019 til 2023 anslår SSB («4M») en befolkningsvekst for Nordreisa kommune på rundt 4 prosent. Det er betydelig variasjon i anslått endring innen de ulike aldersgruppene.
  - I aldersgruppene 0-66 år er det anslått en vekst på ca. 2 prosent, mens det i aldersgruppene over 67 år er anslått en vekst på ca. 12 prosent.

# Befolkningsframskrivinger 2019-2040

## Nordreisa kommune

Befolkningsframskrivinger, Nordreisa kommune 2019-2040. Kilde: SSB alternativ MMMM

|                       | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         | 2023         | 2024         | 2025         | 2026         | 2027         | 2028         | 2029         | 2030         | 2031         | 2032         | 2033         | 2034         | 2035         | 2036         | 2037         | 2038         | 2039         | 2040         |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0-5 år                | 294          | 295          | 295          | 310          | 317          | 327          | 331          | 335          | 340          | 346          | 349          | 354          | 360          | 364          | 368          | 374          | 373          | 375          | 374          | 378          | 380          | 379          |
| 6-15 år               | 639          | 648          | 638          | 624          | 623          | 607          | 605          | 603          | 590          | 597          | 599          | 605          | 606          | 616          | 629          | 636          | 645          | 658          | 666          | 674          | 684          | 690          |
| 16-66 år              | 3 162        | 3 177        | 3 206        | 3 228        | 3 230        | 3 258        | 3 261        | 3 286        | 3 306        | 3 314        | 3 321        | 3 340        | 3 347        | 3 337        | 3 333        | 3 350        | 3 366        | 3 365        | 3 363        | 3 365        | 3 366        | 3 378        |
| 67-79 år              | 665          | 690          | 712          | 723          | 740          | 759          | 760          | 755          | 743          | 738          | 742          | 742          | 741          | 749          | 765          | 766          | 773          | 789          | 808          | 823          | 852          | 868          |
| 80-89 år              | 187          | 196          | 194          | 202          | 211          | 220          | 239          | 263          | 299          | 321          | 336          | 354          | 365          | 386          | 389          | 397          | 397          | 402          | 399          | 399          | 397          | 401          |
| 90 år og eldre        | 40           | 42           | 46           | 44           | 51           | 46           | 48           | 44           | 46           | 48           | 51           | 53           | 56           | 56           | 60           | 58           | 70           | 82           | 97           | 101          | 109          | 115          |
| <b>Sum</b>            | <b>4 987</b> | <b>5 048</b> | <b>5 091</b> | <b>5 131</b> | <b>5 172</b> | <b>5 217</b> | <b>5 244</b> | <b>5 286</b> | <b>5 324</b> | <b>5 364</b> | <b>5 398</b> | <b>5 448</b> | <b>5 475</b> | <b>5 508</b> | <b>5 544</b> | <b>5 581</b> | <b>5 624</b> | <b>5 671</b> | <b>5 707</b> | <b>5 740</b> | <b>5 788</b> | <b>5 831</b> |
| <b>0-66 år</b>        | <b>4 095</b> | <b>4 120</b> | <b>4 139</b> | <b>4 162</b> | <b>4 170</b> | <b>4 192</b> | <b>4 197</b> | <b>4 224</b> | <b>4 236</b> | <b>4 257</b> | <b>4 269</b> | <b>4 299</b> | <b>4 313</b> | <b>4 317</b> | <b>4 330</b> | <b>4 360</b> | <b>4 384</b> | <b>4 398</b> | <b>4 403</b> | <b>4 417</b> | <b>4 430</b> | <b>4 447</b> |
| <b>67 år og eldre</b> | <b>892</b>   | <b>928</b>   | <b>952</b>   | <b>969</b>   | <b>1 002</b> | <b>1 025</b> | <b>1 047</b> | <b>1 062</b> | <b>1 088</b> | <b>1 107</b> | <b>1 129</b> | <b>1 149</b> | <b>1 162</b> | <b>1 191</b> | <b>1 214</b> | <b>1 221</b> | <b>1 240</b> | <b>1 273</b> | <b>1 304</b> | <b>1 323</b> | <b>1 358</b> | <b>1 384</b> |

Befolkningsframskrivinger, Nordreisa kommune 2019-2040. Indeksert utvikling 2019=100. Kilde: SSB alternativ MMMM

|                       | 2019       | 2020       | 2021       | 2022       | 2023       | 2024       | 2025       | 2026       | 2027       | 2028       | 2029       | 2030       | 2031       | 2032       | 2033       | 2034       | 2035       | 2036       | 2037       | 2038       | 2039       | 2040       |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 0-5 år                | 100        | 100        | 100        | 105        | 108        | 111        | 113        | 114        | 116        | 118        | 119        | 120        | 122        | 124        | 125        | 127        | 127        | 128        | 127        | 129        | 129        | 129        |
| 6-15 år               | 100        | 101        | 100        | 98         | 97         | 95         | 95         | 94         | 92         | 93         | 94         | 95         | 95         | 96         | 98         | 100        | 101        | 103        | 104        | 105        | 107        | 108        |
| 16-66 år              | 100        | 100        | 101        | 102        | 102        | 103        | 103        | 104        | 105        | 105        | 105        | 106        | 106        | 106        | 105        | 106        | 106        | 106        | 106        | 106        | 106        | 107        |
| 67-79 år              | 100        | 104        | 107        | 109        | 111        | 114        | 114        | 114        | 112        | 111        | 112        | 112        | 111        | 113        | 115        | 115        | 116        | 119        | 122        | 124        | 128        | 131        |
| 80-89 år              | 100        | 105        | 104        | 108        | 113        | 118        | 128        | 141        | 160        | 172        | 180        | 189        | 195        | 206        | 208        | 212        | 212        | 215        | 213        | 213        | 212        | 214        |
| 90 år og eldre        | 100        | 105        | 115        | 110        | 128        | 115        | 120        | 110        | 115        | 120        | 128        | 133        | 140        | 140        | 150        | 145        | 175        | 205        | 243        | 253        | 273        | 288        |
| <b>Sum</b>            | <b>100</b> | <b>101</b> | <b>102</b> | <b>103</b> | <b>104</b> | <b>105</b> | <b>105</b> | <b>106</b> | <b>107</b> | <b>108</b> | <b>108</b> | <b>109</b> | <b>110</b> | <b>110</b> | <b>111</b> | <b>112</b> | <b>113</b> | <b>114</b> | <b>114</b> | <b>115</b> | <b>116</b> | <b>117</b> |
| <b>0-66 år</b>        | <b>100</b> | <b>101</b> | <b>101</b> | <b>102</b> | <b>102</b> | <b>102</b> | <b>102</b> | <b>103</b> | <b>103</b> | <b>104</b> | <b>104</b> | <b>105</b> | <b>105</b> | <b>105</b> | <b>106</b> | <b>106</b> | <b>107</b> | <b>107</b> | <b>108</b> | <b>108</b> | <b>108</b> | <b>109</b> |
| <b>67 år og eldre</b> | <b>100</b> | <b>104</b> | <b>107</b> | <b>109</b> | <b>112</b> | <b>115</b> | <b>117</b> | <b>119</b> | <b>122</b> | <b>124</b> | <b>127</b> | <b>129</b> | <b>130</b> | <b>134</b> | <b>136</b> | <b>137</b> | <b>139</b> | <b>143</b> | <b>146</b> | <b>148</b> | <b>152</b> | <b>155</b> |

# Demografikostnader 2019

# Mer-/mindreutgifter i 2019 knyttet til den demografiske utviklingen – oppdaterte beregninger

Mer- og mindreutgifter i 2019 knyttet til den demografiske utviklingen – oppdaterte beregninger. Nordreisa kommune.  
Kilde: SSB/TBU/beregninger TF

|                | Endring i folketall 2018 |             | Mer-/mindreutgifter 2019<br>(mill. kr) |
|----------------|--------------------------|-------------|--|
|                | Personer                 | %           |  |
| 0-5 år         | -14                      | -4,7        | -2,0                                   |
| 6-15 år        | -4                       | -0,6        | -0,6                                   |
| 16-66 år       | -45                      | -1,4        | -0,9                                   |
| 67-79 år       | 25                       | 3,9         | 1,4                                    |
| 80-89 år       | 0                        | 0,0         | 0,0                                    |
| 90 år og eldre | 3                        | 7,3         | 1,1                                    |
| <b>Sum</b>     | <b>-35</b>               | <b>-0,7</b> | <b>-1,1</b>                            |

- Basert på den faktiske befolkningsutviklingen i 2018 får Nordreisa kommune beregnet *mindreutgifter på 1,1 mill. kr i 2019*. Nedgang i aldersgruppene under 66 år trekker i retning av reduserte demografikostnader for Nordreisa i 2019.



# Demografikostnader 2020- 2023

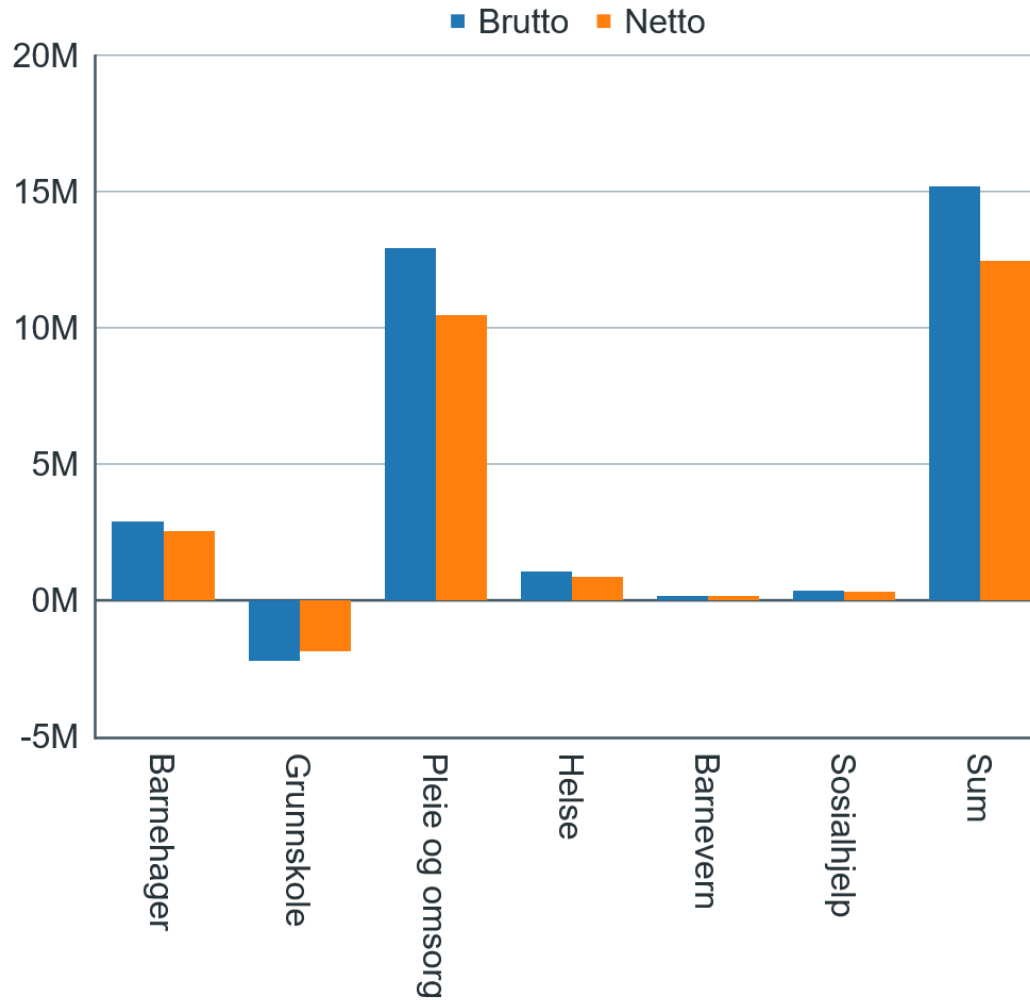
# Demografikostnader 2020-2023

Beregnete mer-/mindreutgifter 2020-2023 knyttet til den demografiske utviklingen. Nordreisa kommune. Faste mill. 2019-kr.  
Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

|                | 2020       | 2021        | 2022       | 2023       | 2020-2023   |
|----------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| 0-5 år         | -0,3       | -0,4        | 3,1        | 1,1        | 3,4         |
| 6-15 år        | 1,4        | -1,6        | -2,2       | -0,2       | -2,6        |
| 16-66 år       | 0,3        | 0,5         | 0,5        | 0,0        | 1,3         |
| 67-79 år       | 1,4        | 1,3         | 0,6        | 1,0        | 4,3         |
| 80-89 år       | 1,7        | -0,4        | 1,5        | 1,7        | 4,6         |
| 90 år og eldre | 0,7        | 1,5         | -0,7       | 2,6        | 4,1         |
| <b>Sum</b>     | <b>5,3</b> | <b>0,9</b>  | <b>2,8</b> | <b>6,2</b> | <b>15,2</b> |
| <b>0-66 år</b> | <b>1,4</b> | <b>-1,5</b> | <b>1,3</b> | <b>0,9</b> | <b>2,2</b>  |
| <b>67 år +</b> | <b>3,9</b> | <b>2,4</b>  | <b>1,4</b> | <b>5,3</b> | <b>13,0</b> |

- I perioden 2020-2023 anslås Nordreisa kommune å få økte demografikostnader på 15,2 mill. kr (hvorav 12,5 mill. kr gjelder de frie inntektene).

# Demografikostnader 2020-2023



# Demografikostnader 2020- 2040

# Demografikostnader 2020-2040

- For perioden 2020-2040 er det beregnet økte demografikostnader på 108,1 mill. kr (36 prosent). I aldersgruppene 0-66 år og 67 år og eldre er det beregnet demografikostnader på hhv. 27,5 mill. kr (13 prosent) og 80,6 mill. kr (90 prosent).
- På pleie og omsorg er det beregnet økte demografikostnader på 79,6 mill. kr (67 prosent).

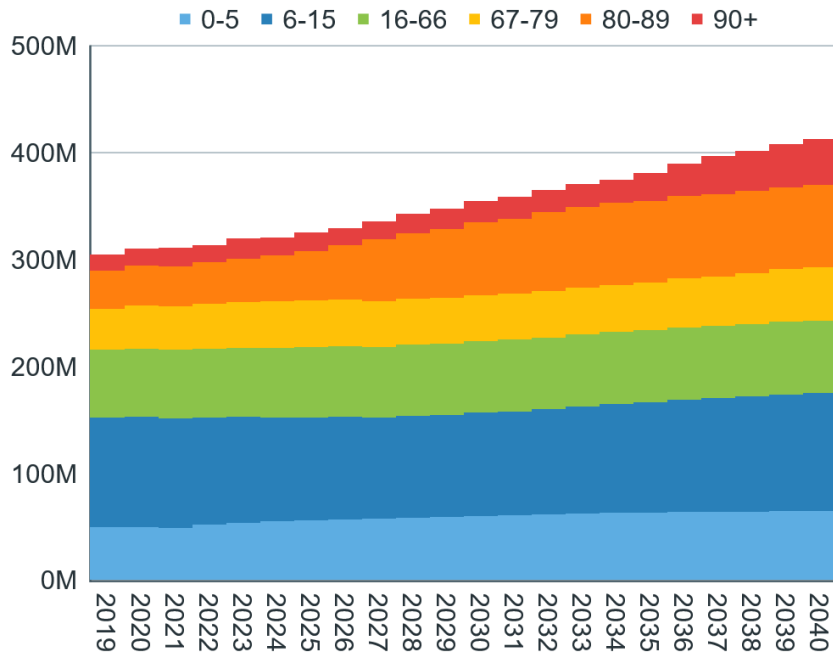
Demografikostnader 2020-2040. Nordreisa kommune. Faste mill. 2019-kr. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

|                | 2020-2040    |             |
|----------------|--------------|-------------|
|                | Mill. kr     | %           |
| 0-5 år         | 14,7         | 29,5        |
| 6-15 år        | 8,2          | 8,0         |
| 16-66 år       | 4,6          | 7,3         |
| 67-79 år       | 11,7         | 30,5        |
| 80-89 år       | 41,2         | 114,4       |
| 90 år og eldre | 27,7         | 187,5       |
| <b>Sum</b>     | <b>108,1</b> | <b>35,5</b> |
| <b>0-66 år</b> | <b>27,5</b>  | <b>12,7</b> |
| <b>67 år +</b> | <b>80,6</b>  | <b>90,4</b> |

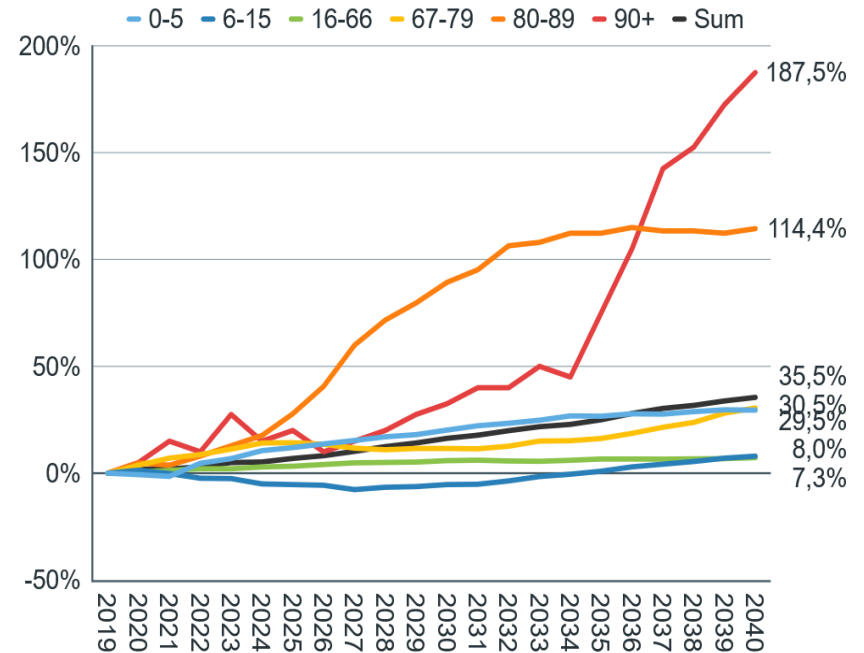
Demografikostnader 2020-2040. Nordreisa kommune. Faste mill. 2019-kr. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

|                 | 2020-2040    |             |
|-----------------|--------------|-------------|
|                 | Mill. kr     | %           |
| Barnehager      | 12,8         | 29,6        |
| Grunnskole      | 7,1          | 8,0         |
| Pleie og omsorg | 79,6         | 66,6        |
| Kommunehelse    | 5,0          | 27,4        |
| Barnevern       | 1,7          | 13,1        |
| Sosialtjeneste  | 1,8          | 8,5         |
| <b>Sum</b>      | <b>108,1</b> | <b>35,5</b> |

# Demografikostnader 2020-2040

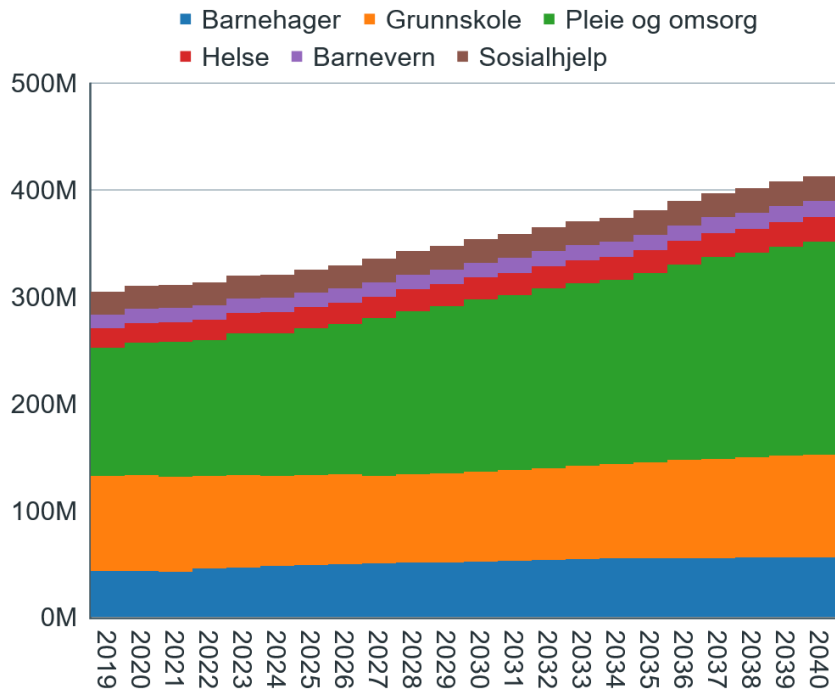


Beregnet utgiftsbehov 2019-2040. Faste mill. 2019-kr. Nordreisa kommune. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

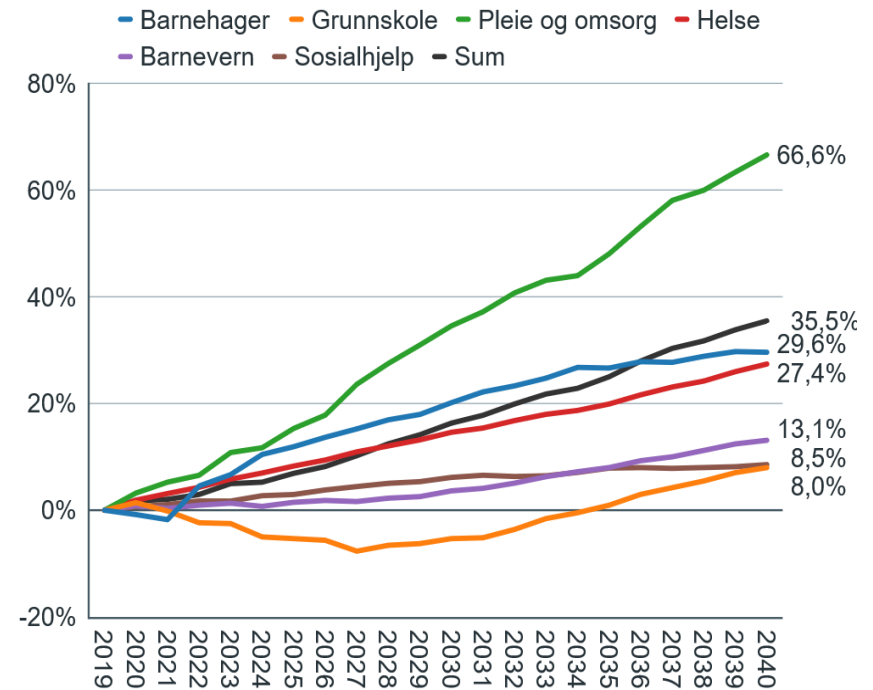


Prosent endring i utgiftsbehov 2019-2040. Nordreisa kommune. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

# Demografikostnader 2020-2040



Beregnet utgiftsbehov 2019-2040. Faste mill. 2019-kr. Nordreisa kommune. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF



Prosent endring i utgiftsbehov 2019-2040. Nordreisa kommune. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

# Dokumentasjon av frie inntekter 2019-2020



# Dokumentasjon av frie inntekter 2019-2020, Nordreisa kommune

| NORDREISA  | 2019           | 2020           |
|--|----------------|----------------|
| Innbyggertilskudd  | 121 497        | 123 060        |
| Utgiftsutjevnerende tilskudd/trekk                                       | 33 913         | 39 582         |
| Korreksjonsordningen for elever i statlige/private skoler                | -11 317        | -11 775        |
| Inntektsgarantertilskudd, netto  | -262           | -264           |
| Tilskudd til saker med særskilt fordeling                                | 1 215          | 2 104          |
| Nord-Norge tilskudd/Namdalstilskudd                                      | 19 638         | 20 102         |
| Skjønnstilskudd*   | 1 715          | 1 290          |
| <b>= Sum rammetilskudd (fast del) ved framleggelsen av statsbudsjett</b> | <b>166 400</b> | <b>174 098</b> |
| Anslag inntektsutjevnerende tilskudd/trekk fra KMD i statsbudsjettet     | 28 975         | 32 274         |
| Skatteinntektsanslag fra KMD i statsbudsjettet                           | 114 135        | 117 038        |
| Endring rammetilskudd i salderingsproposisjonen                          | -222           |                |
| Endring rammetilskudd i RNB  | 72             |                |
| Endring i anslag skatt/inntektsutjevning fra KMD målt mot oppr. anslag   | 3 134          |                |
| <b>= Sum frie inntekter (skatt og rammetilskudd)</b>                     | <b>312 493</b> | <b>323 410</b> |
| Oppgavekorrigering   | 1 346          |                |
| <b>= Anslag på oppgavekorrigerte frie inntekter</b>                      | <b>313 838</b> | <b>3,0 %</b>   |

\*) : Eventuelle tildelte skjønnsmidler fra fylkesmannen gjennom året inngår ikke i denne summen

# Kostnadsnøkkelen 2019-2020, Nordreisa kommune

|   | 2020          |                          |                                       | Endring 2019-2020        |                                       |
|---|---------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|   | Vekt          | Utgiftsbehovs-<br>indeks | Tillegg/trekk i<br>utgiftsutjevningen | Utgiftsbehovs-<br>indeks | Tillegg/trekk i<br>utgiftsutjevningen |
| 0-1 år                                      | 0,0056        | 0,8387                   | -243                                  | 9,3 %                    | 116                                   |
| 2-5 år                                      | 0,1374        | 0,8611                   | -5 136                                | -3,4 %                   | -1 345                                |
| 6-15 år                                     | 0,2615        | 1,0710                   | 4 992                                 | 1,7 %                    | 1 362                                 |
| 16-22 år                                    | 0,0233        | 1,0070                   | 44                                    | -1,0 %                   | -53                                   |
| 23-66 år                                    | 0,1053        | 0,9408                   | -1 678                                | -0,8 %                   | -307                                  |
| 67-79 år                                    | 0,0565        | 1,2460                   | 3 739                                 | -0,3 %                   | 203                                   |
| 80-89 år                                    | 0,0772        | 1,1924                   | 3 997                                 | 4,4 %                    | 1 091                                 |
| over 90 år                                  | 0,0389        | 1,1098                   | 1 149                                 | 7,3 %                    | 785                                   |
| Basistillegg                                | 0,0161        | 3,3910                   | 10 357                                | 53,7 %                   | 1 397                                 |
| Sone  | 0,0102        | 2,2528                   | 3 438                                 | -1,1 %                   | 157                                   |
| Nabo  | 0,0102        | 2,2101                   | 3 321                                 | 1,7 %                    | 222                                   |
| Landbrukskriterium                          | 0,0021        | 2,2794                   | 723                                   | 4,0 %                    | 86                                    |
| Innvandrere 6-15 år ekskl Skandinavia       | 0,0070        | 0,9960                   | -8                                    | 2,2 %                    | 40                                    |
| Flyktninger uten integreringstilskudd       | 0,0084        | 0,3714                   | -1 421                                | -3,1 %                   | -130                                  |
| Dødlighet                                   | 0,0458        | 1,1647                   | 2 030                                 | -5,4 %                   | -517                                  |
| Barn 0-15 med enslige forsørgere            | 0,0177        | 1,3169                   | 1 509                                 | -0,2 %                   | 25                                    |
| Lavinntekt                                  | 0,0111        | 0,9497                   | -150                                  | 28,1 %                   | 813                                   |
| Uføre 18-49 år                              | 0,0065        | 0,9699                   | -53                                   | -17,9 %                  | -301                                  |
| Opphopningsindeks                           | 0,0096        | 0,9487                   | -133                                  | 30,7 %                   | 742                                   |
| Aleneboende 30 - 66 år                      | 0,0195        | 1,0121                   | 63                                    | 1,3 %                    | 69                                    |
| PU over 16 år                               | 0,0491        | 1,6823                   | 9 013                                 | -0,4 %                   | 469                                   |
| Ikke-gifte 67 år og over                    | 0,0458        | 1,4814                   | 5 932                                 | 1,7 %                    | 531                                   |
| Barn 1 år uten kontantstøtte                | 0,0168        | 0,8703                   | -586                                  | 4,3 %                    | 174                                   |
| Innbyggere med høyere utdanning             | 0,0184        | 0,7340                   | -1 317                                | 1,5 %                    | 42                                    |
| <b>Kostnadsindeks</b>                       | <b>1,0000</b> | <b>1,1471</b>            | <b>39 582</b>                         | <b>1,5 %</b>             | <b>5 669</b>                          |
| <i>Netto virkn. Statlige/private skoler</i> |               |                          | -11 775                               |                          | -458                                  |
| <b>Sum utgiftsutjevn. mm.</b>               |               |                          | <b>27 806</b>                         |                          | <b>5 211</b>                          |

# Kostnadsnøkkelen 2019-2020, Nordreisa kommune (2)

|                       | 2020          |                          |                                   | Endr. 2019-2020          |                                   |
|-----------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
|                       | Vekt          | Utgifts-<br>behovsindeks | Tillegg/trekk i<br>utgiftsutjevn. | Utgifts-<br>behovsindeks | Tillegg/trekk i<br>utgiftsutjevn. |
| Barnehage             | 0,1608        | 0,8475                   | -6 595                            | -2,0 %                   | -995                              |
| Administrasjon        | 0,0819        | 1,1787                   | 3 935                             | 1,4 %                    | 501                               |
| Landbruk              | 0,0021        | 2,2794                   | 737                               | 4,0 %                    | 87                                |
| Grunnskole            | 0,2527        | 1,1422                   | 9 669                             | 1,9 %                    | 1 595                             |
| Pleie og omsorg       | 0,3490        | 1,3086                   | 28 984                            | 1,3 %                    | 2 790                             |
| Kommunehelse          | 0,0526        | 1,2272                   | 3 217                             | 1,3 %                    | 441                               |
| Barnevern             | 0,0430        | 1,1159                   | 1 342                             | 7,4 %                    | 864                               |
| Sosialtjeneste        | 0,0578        | 0,8885                   | -1 736                            | 2,9 %                    | 342                               |
| <b>Kostnadsindeks</b> | <b>1,0000</b> | <b>1,1471</b>            | <b>39 582</b>                     | <b>1,5 %</b>             | <b>5 669</b>                      |

| Korreksjonsordningen 2019-2020 |         |               |         |
|--------------------------------|---------|---------------|---------|
|                                | Trekk   | Tilbakeføring | Netto   |
| 2019                           | -13 575 | 2 258         | -11 317 |
| 2020                           | -14 356 | 2 581         | -11 775 |
| Endr.                          | -781    |               |         |

Trekk per elev i 2019 og 2020 hhv. 95 600 kr og 101 100 kr

# Økonomianalyse Nordreisa kommune

Nordreisa, 24.oktober 2019  
Audun Thorstensen, Telemarksforsking



# Vedlegg

# Analyse av ressursbruk i forhold til KOSTRA-gruppe 3, Nordreisa kommune 2018

Netto driftsutgifter på sentrale tjenesteområder (kr per innb.) og mer-/mindreutgift 2018. Kilde: KOSTRA/beregninger ved TF\*

|  | Nordreisa    | K-gr. 3      | Mer-/mindreutgift Nordreisa |              |
|--|--------------|--------------|-----------------------------|--------------|
|  | Kr per innb. | Kr per innb. | Kr per innb.                | Mill. kr     |
| Barnehage (F201, 211, 221)                           | 7 170        | 8 255        | -1 086                      | -5,3         |
| Administrasjon og styring (F100, 110, 120, 121, 130) | 7 469        | 8 295        | -826                        | -4,1         |
| Landbruk (F329)                                      | 407          | 338          | 69                          | 0,3          |
| Grunnskole (F202, 215, 222, 223)                     | 13 981       | 16 622       | -2 641                      | -13,0        |
| Pleie og omsorg (F234, 253, 254, 261)                | 21 623       | 24 255       | -2 632                      | -12,9        |
| Kommunehelse (F232, 233, 241)                        | 3 467        | 4 737        | -1 270                      | -6,2         |
| Barnevern (F244, 251, 252)                           | 2 940        | 2 519        | 421                         | 2,1          |
| Sosialtjeneste (F242, 243, 281)                      | 4 097        | 2 261        | 1 837                       | 9,0          |
| <b>Sum</b>   |              |              |                             | <b>-30,1</b> |

Netto driftsutgifter på utvalgte områder utenfor inntektssystemet (kr per innb.) og mer-/mindreutgift 2018. Kilde: KOSTRA/beregninger ved TF

|  | Nordreisa    | K-gr. 3      | Mer-/mindreutgift Nordreisa |             |
|--|--------------|--------------|-----------------------------|-------------|
|  | Kr per innb. | Kr per innb. | Kr per innb.                | Mill. kr    |
| Fys.planl./kult.minne/natur/nærmiljø (F301, 302, 303, 335, 360, 365) | 664          | 1 096        | -432                        | -2,1        |
| Kultur (F231, 370, 373, 375, 377, 380, 381, 383, 385, 386)           | 1 991        | 3 116        | -1 125                      | -5,5        |
| Kirke (F390, 393)  | 858          | 1 046        | -188                        | -0,9        |
| Samferdsel (F330, 332)   | 2 387        | 2 010        | 377                         | 1,8         |
| Brann og ulykkesvern (F338, 339)                                     | 1 003        | 1 315        | -312                        | -1,5        |
| <b>Sum</b>   |              |              |                             | <b>-8,2</b> |

\*): I KOSTRA-gruppe 3 var gj.snitt korrigerede frie inntekter (inkl. e-skatt, konsesjonskraftsinntekt. og DA) 119 prosent av landsgjennomsnittet i 2018. Nordreisa hadde et nivå på 112 prosent av landsgjennomsnittet.

# Kostnadsnøkkel 2020

|  | Adm og miljø  | Landbruk      | Grunnskole    | Pleie og omsorg | Sosial        | Barnevern     | Kommune helse | Barnehage     |
|--|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Sektorandel</b>                             | <b>0,0819</b> | <b>0,0021</b> | <b>0,2527</b> | <b>0,349</b>    | <b>0,0578</b> | <b>0,043</b>  | <b>0,0526</b> | <b>0,1608</b> |
| Innbyggjarar 0-1 år                            | 0,02170       |               |               | 0,0039          |               | 0,0273        | 0,0239        |               |
| Innbyggjarar 2-5 år                            | 0,04580       |               |               | 0,0082          |               | 0,0576        | 0,0504        | 0,7816        |
| Innbyggjarar 6-15 år                           | 0,11130       |               | 0,9219        | 0,0200          |               | 0,1402        | 0,1227        |               |
| Innbyggjarar 16-22år                           | 0,08330       |               |               | 0,0150          | 0,0322        | 0,1050        | 0,0918        |               |
| Innbyggjarar 23-66 år                          | 0,53330       |               |               | 0,0960          | 0,2064        |               | 0,3090        |               |
| Innbyggjarar 67-79 år                          | 0,08840       |               |               | 0,1101          |               |               | 0,2061        |               |
| Innbyggjarar 80-89 år                          | 0,03200       |               |               | 0,2025          |               |               | 0,0745        |               |
| Innbyggjarar 90 år og over                     | 0,00770       |               |               | 0,1068          |               |               | 0,0181        |               |
| Gradert basiskriterium                         | 0,07650       |               | 0,0128        | 0,0119          |               |               | 0,0453        |               |
| Reiseavstand innan sone                        |               |               | 0,0188        | 0,0112          |               |               | 0,0291        |               |
| Reiseavstand innan nabokrets                   |               |               | 0,0188        | 0,0112          |               |               | 0,0291        |               |
| Landbrukskriteriet                             |               | 1,0000        |               |                 |               |               |               |               |
| Innvandrarar 6-15 år, ekskl. Skandinavia       |               |               | 0,0277        |                 |               |               |               |               |
| Pers. med psykisk utviklingshemming over 16 år |               |               |               | 0,1406          |               |               |               |               |
| Ikkje-gifte 67 år og over                      |               |               |               | 0,1313          |               |               |               |               |
| Dødeligheitskriterium                          |               |               |               | 0,1313          |               |               |               |               |
| Uføre 18-49 år                                 |               |               |               |                 | 0,1126        |               |               |               |
| Flyktingar utan integreringstilskot            |               |               |               |                 | 0,1459        |               |               |               |
| Opphopingsindeks                               |               |               |               |                 | 0,1658        |               |               |               |
| Aleinebuande 30-66 år                          |               |               |               |                 | 0,3371        |               |               |               |
| Barn 0-15 år med einslig forsørgjar            |               |               |               |                 |               | 0,4122        |               |               |
| Låginntektskriteriet                           |               |               |               |                 |               | 0,2577        |               |               |
| Barn 1 år utan kontantstøtte                   |               |               |               |                 |               |               |               | 0,1042        |
| Innbyggjarar med høgare utdanning              |               |               |               |                 |               |               |               | 0,1142        |
| <b>Sum</b>                                     | <b>1,0000</b> | <b>1,0000</b> | <b>1,0000</b> | <b>1,0000</b>   | <b>1,0000</b> | <b>1,0000</b> | <b>1,0000</b> | <b>1,0000</b> |

**Tiltak som ikke er valgt i denne budsjettversjonen**

|  |           |           |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>3 Sektor for helse og omsorg</b>                  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  |
| Gjennomgang av turnus for PU-tjenester               | 0         | 0         | 0         | 0         |
| Guleng 3 (319)                                       | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 319 Ferievikar, kr 1.312.801                         | 1 312 801 | 1 312 801 | 1 312 801 | 1 312 801 |
| Guleng 3 (319)                                       | 1 312 801 | 1 312 801 | 1 312 801 | 1 312 801 |
| 319 Inventar og utstyr, kr 5000                      | 5 000     | 5 000     | 5 000     | 5 000     |
| Guleng 3 (319)                                       | 5 000     | 5 000     | 5 000     | 5 000     |
| 319 Velferdstiltak ansatte, kr 11.400                | 11 400    | 11 400    | 11 400    | 11 400    |
| Guleng 3 (319)                                       | 11 400    | 11 400    | 11 400    | 11 400    |
| 319 Økte faste stillinger,r 888.000                  | 888 000   | 888 000   | 888 000   | 888 000   |
| Guleng 3 (319)                                       | 888 000   | 888 000   | 888 000   | 888 000   |
| 319 10.100 Økt stilling: avdelingsleder              | 607 000   | 607 000   | 607 000   | 607 000   |
| Guleng 3 (319)                                       | 607 000   | 607 000   | 607 000   | 607 000   |
| 320 arbeidstøy økning til 30000                      | 15 000    | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 15 000    | 0         | 0         | 0         |
| 320 hjelpemidler                                     | 50 000    | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 50 000    | 0         | 0         | 0         |
| 320 kurs/opplæring totalt 30000                      | 30 000    | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 30 000    | 0         | 0         | 0         |
| 320 utstyr/medisinskeforbruksvarer økning til 120000 | 60 000    | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 60 000    | 0         | 0         | 0         |
| 320 velferdstiltak Personal                          | 5 000     | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 5 000     | 0         | 0         | 0         |
| 320 10100 Kreftsykepleier 100%                       | 754 000   | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 754 000   | 0         | 0         | 0         |
| 320 10100 Nattstilling hjemmesykepleie 85%           | 626 480   | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 626 480   | 0         | 0         | 0         |
| 320 10100 sykepleier 1 resurs                        | 485 500   | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 485 500   | 0         | 0         | 0         |
| 320 10100 økning aften vakt med                      | 505 816   | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 505 816   | 0         | 0         | 0         |
| 320 10100 økning dag lør/søn med 43%                 | 375 229   | 0         | 0         | 0         |
| Hjemmesykepleie (320)                                | 375 229   | 0         | 0         | 0         |
| 324 Kontorstoler, kr 3.000,-                         | 3 000     | 0         | 0         | 0         |
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)             | 3 000     | 0         | 0         | 0         |
| 324: Nytt tv fellesareal, kr 5.000                   | 5 000     | 0         | 0         | 0         |
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)             | 5 000     | 0         | 0         | 0         |
| 324 Prosjektor / utstyr, kr 10.000,-                 | 10 000    | 0         | 0         | 0         |



Nordreisa Budsjettversjonsrapport: Rammebudsjett for: Sektor: 3 Sektor for helse og omsorg: Sektor for helse og omsorg

|  |         |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)                       | 10 000  | 0       | 0       | 0       |
| 324 Renholdsavdelingen,kr 120.000                              | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 |
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)                       | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 |
| 324 Utstyr til avl.leil., kr 20.000,-                          | 20 000  | 0       | 0       | 0       |
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)                       | 20 000  | 0       | 0       | 0       |
| 324 Velferdstiltak ansatte, kr 10.600                          | 10 600  | 10 600  | 19 600  | 10 600  |
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)                       | 10 600  | 10 600  | 19 600  | 10 600  |
| 324 Økt lederressurs avdelingsleder, kr 231.000                | 231 000 | 231 000 | 231 000 | 231 000 |
| Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)                       | 231 000 | 231 000 | 231 000 | 231 000 |
| 327 Hev og senkbar dusjvogn / stellebenk, kr 30.000,-          | 30 000  | 0       | 0       | 0       |
| Guleng bofellesskap og Lillebo (327)                           | 30 000  | 0       | 0       | 0       |
| 327 Konferansestoler, 20.000,-                                 | 20 000  | 0       | 0       | 0       |
| Guleng bofellesskap og Lillebo (327)                           | 20 000  | 0       | 0       | 0       |
| 327 Velferdstiltak ansatte, kr 10.000                          | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 10 000  |
| Guleng bofellesskap og Lillebo (327)                           | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 10 000  |
| 327 Økte stillinger renhold, kr 240.000                        | 240 000 | 240 000 | 240 000 | 240 000 |
| Guleng bofellesskap og Lillebo (327)                           | 240 000 | 240 000 | 240 000 | 240 000 |
| 341 Fysioterapitj. 50 % økt ergotereapet stilling, kr. 275 000 | 275 000 | 275 000 | 275 000 | 275 000 |
| Fysioterapitjeneste (341)                                      | 275 000 | 275 000 | 275 000 | 275 000 |
| 360 innkjøp av 2 ipad  | 10 000  | 0       | 0       | 0       |
| NAV sosial (360)   | 10 000  | 0       | 0       | 0       |
| 360 Tetter oppfølging brukere av sosial stønad. 2020           | 651 000 | 651 000 | 651 000 | 651 000 |
| NAV sosial (360)   | 651 000 | 651 000 | 651 000 | 651 000 |



## Saksfremlegg

|            |                                   |            |
|------------|-----------------------------------|------------|
| Utvalgssak | Utvalgsnavn                       | Møtedato   |
| 41/19      | Nordreisa helse- og omsorgsutvalg | 25.11.2019 |

### Kvartalsrapport pr 30.09.19 - helse og omsorg

Henvising til lovverk:

#### Rådmannens innstilling

Kvartalsrapporten pr 30.09.19 tas til orientering.

#### Saksopplysninger

Resultatrapporteringa skal gjøres av alle virksomheter etter utgangen av hver måned. Virksomhetslederne skal innen den 10. i hver måned rapportere til sektorleder. Sektorleder rapporterer innen 15. hver måned til rådmannen. Rådmannen rapporterer kvartalsvis til formannskap og kommunestyret, mens sektorleder rapporterer kvartalsvis til sektorutvalget.

#### Status måloppnåelse

Rapportering på måloppnåelse er mangelfull, men det jobbes med virksomhetsplaner som skal synliggjøre konkrete mål for sektoren. Det vil da bli lettere å rapportere på måloppnåelse. På grunn av utskifting av ledere i sektoren, har månedsrapporteringa vært mangelfull.

#### Status økonomi

| 3 Sektor for helse og omsorg      | Regnskap           | Budsjett           | Forbruk i %  | Avvik             | Reelt avvik      |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|-------------------|------------------|
| Lønn inkl sos utg og ref sykelønn | 95 193 756         | 125 825 194        | 75,66        | 3 718 840         | 3 718 840        |
| Pensjon                           | 17 145 542         | 24 171 618         | 70,93        | -983 172          | -905 922         |
| Øvrige utgifter                   | 33 189 401         | 39 337 797         | 84,37        | 3 686 053         | 6 707 463        |
| Inntekter                         | -25 554 420        | -48 272 615        | 52,94        | 10 650 041        | -1 711 759       |
| <b>Totalt avvik for sektor 3</b>  | <b>119 974 278</b> | <b>141 061 994</b> | <b>85,05</b> | <b>17 071 762</b> | <b>7 808 622</b> |

Fortegn på avvikskolonnen: - merinntekt/mindreforbruk, + mindreinntekt/merforbruk

De viktigste forklaringene til avvikene er:

- *Lønn inkl. sosiale utgifter, pensjon og refusjon sykelønn – merutgift på kr 2,81 mill:*

- Fast lønn har merforbruk på kr 0,10 mill
  - Faste tillegg har merforbruk på kr 1,202 mill
  - Lønn svangerskapsvikariat og sykelønn har merforbruk på kr 3,84 mill, og refusjon fødselspenger og sykepenger har merinntekt på kr 5,61 mill.
  - Ferievikarer har merforbruk på kr 0,92 mill.
  - Ekstrahjelp har merforbruk på kr 0,185 mill
  - Overtid har merforbruk på kr 2,008 mill.
  - Godtgjøringer har merforbruk på kr 1,1 mill
  - Kvalifiseringsstønad er i balanse
  - Pensjon har et mindreforbruk på kr 0,905 mill
- **Øvrige utgifter – merutgift på kr 6,7 mill:**
    - Mat og drikke har merforbruk på kr 0,205 mill
    - Andre driftsutgifter har merforbruk på kr 0,430 mill
    - Faste avgifter har merforbruk på kr 0,234 mill
    - EDB utstyr har merforbruk på kr 0,506 mill
    - Bruk av konsulenter har merforbruk på kr 2,685 mill
      - Helseadministrasjon kr 0,084
      - Sonjatun sykehjem kr 1,262 mill
      - Hjemmesykepleien kr 0,075 mill
      - Guleng bofellesskap kr 0,371 mill
      - Guleng 3 kr 0,544 mill
      - Sonjatun sykestue kr 0,298 mill
    - Kjøp av private tjenester har merforbruk på kr 1,641 mill
    - Overføring legehonorar har merforbruk på kr 0,194 mill
    - Sosiale bidrag har merforbruk på kr 0,4 mill
    - Utskrivningsklare pasienter har merforbruk på kr 0,095 mill
    - Drift og vedlikehold har merforbruk på kr 0,122 mill
  - **Inntekter – merinntekt på kr 1,7 mill:**
    - Merinntekt på fastlønnstilskudd på kr 0,40 mill
    - Merinntekt på refusjon fra staten på kr 1,16 mill fordelt på legetj. og NAV
    - Refusjonen på ressurskrevende tjenester er ikke beregnet, og analysen er foretatt basert på en samlet inntekt på kr 13 mill per årsskiftet.

Per september viser økonomirapporten at sektoren har et merforbruk på lønn. Stipulert lønnsforbruk for 2019 er 132,1 mill kr (12,3 mill pr mnd). Det gir et totalt stipulert merforbruk lønn på 6,3 mill kr. Totale pensjonsutgifter stipuleres til å gi besparelse på 1,1 mill kr totalt.

Det stipuleres en månedlig utgift på øvrige utgifter på 3,6 mill kr., som gir en total årskostnad på 44 mill kr., dvs et stipulert merforbruk for året på 4,7 mill kr. Inntektene stipuleres til å bli 2,3 mill høyere enn budsjettet.

Sektoren forventes derfor til å gå med et totalt overforbruk i 2019 på ca 8 mill kr.

#### Status medarbeidere

Sykefravær pr 30.09.19: 7,83%  
Kvartalsvis fravær er som følger:  
1. kvartal 2019: 11,35%

2. kvartal 2019: 6,96%  
3. kvartal 2019: 5,27%

Sykefraværet viser en nedgang og har aldri vært så lavt som i 3. kvartal.  
Det har vært et økt fokus på nærværarbeidet de senere år og mange tiltak er igangsatt.

Det er gjennomført medarbeiderundersøkelse i juni og resultatene for sektoren ser slik ut:

| Faktor    | Navn                         | Helse- og omsorg | Landsnitt for alle enheter som er registrert som: Organisasjonse nhet | Beskrivelse   |
|-----------|------------------------------|------------------|---|---|
| Faktor 1  | Indre motivasjon             | 4,3              | 4,3   | Motivasjonen for oppgavene i seg selv, det vil si om oppgavene oppleves som en drivkraft og som spennende og stimulerende. (Også kalt indre jobbmotivasjon)   |
| Faktor 2  | Mestringstro                 | 4,4              | 4,4   | Mestringstroen gjenspeiler hver enkelt medarbeiders tiltro til egen kompetanse og mulighet til å mestre utfordringer i jobbsammenheng.  |
| Faktor 3  | Autonomi                     | 4,2              | 4,3   | Medarbeidernes opplevelse av å ha mulighet til å jobbe selvstendig og gjøre egne vurderinger i jobben sin, basert på egen kompetanse, og innen en definert jobbrolle.   |
| Faktor 4  | Bruk av kompetanse           | 4,2              | 4,3   | Medarbeidernes opplevelse av å få brukt egen jobbrelevante kompetanse på en god måte i sin nåværende jobb.  |
| Faktor 5  | Mestringsorientert ledelse   | 3,9              | 4,0   | Ledelse som vektlegger at den enkelte medarbeider skal få utvikle seg og bli best mulig ut fra sine egne forutsetninger, slik at medarbeideren opplever mestring og yter sitt beste.  |
| Faktor 6  | Rolleklarhet                 | 4,1              | 4,3   | Høy rolleklarhet innebærer at forventningene til den jobben medarbeideren skal gjøre er tydelig definert og kommunisert.  |
| Faktor 7  | Relevant kompetanseutvikling | 3,3              | 3,8   | Relevant kompetanseutvikling er avgjørende for at medarbeiderne til enhver tid er best mulig rustet til å utføre sine oppgaver med høy kvalitet, og er avgjørende for kvaliteten på de tjeneste som leveres, uansett hvilken type tjeneste vi snakker om. |
| Faktor 8  | Fleksibilitetsvilje          | 4,5              | 4,5   | Medarbeiderens villighet til å være fleksibel på jobb og tilpasse sin måte å jobbe på til nye behov og krav.  |
| Faktor 9  | Mestringsklima               | 3,9              | 4,1   | I et mestringsklima motiveres medarbeiderne av å lære, utvikle seg og gjøre hverandre gode, fremfor å rivalisere om å bli best.   |
| Faktor 10 | Prososial motivasjon         | 4,7              | 4,7   | Motivasjon for å gjøre noe nyttig og verdifullt for andre, også kalt prososial motivasjon, er en viktig drivkraft for mange og har en rekke godt dokumenterte, positive effekter.   |

Av 10 faktorer ligger sektoren omtrent på Norges-snittet på 4 av faktorene. Det må jobbes med tiltak på de øvrige faktorene.

Alle virksomheter skal gjennomføre medarbeidersamtaler med ansatte innen utgangen av året.  
Status vil fremkomme i årsmeldinga for 2019.

### Status internkontroll

Sektoren har to avvikssystem; ett i fagsystemet og fellessystemet som brukes av alle kommunens ansatte. Sektoren har en god kultur på å melde avvik og avvikssystemet følges opp av lederne.

Branntilsyn er godt ivaretatt. Hvert bygg har egne brannvernledere.

Virksomhetene har jobbet med ROS-analyser på enkelthendelser (som feks reduksjon av nattevakter). Det må utarbeides ROS-analyser for alle virksomheter og det er noe som det må fokuseres mer på i 2020.

## Status politiske vedtak i 2019:

| Møtedato   | Saknr    | Tittel  | Snr i Ephorte | Status                            | Merknader   |
|------------|----------|---|---------------|-----------------------------------|---|
| 12.03.2019 | PS 1/19  | Referatsaker  |               | Intet til oppfølging              |   |
| 12.03.2019 | PS 2/19  | Budsjett 2019 framdrift   | 2018/306      | Utført                            |   |
| 12.03.2019 | PS 3/19  | Resultatrapport helse og omsorg 2018  | 2018/834      | Intet til oppfølging              |   |
| 12.03.2019 | PS 4/19  | Frivillighetsentralens bidrag til sosialt arbeid og aktiviserende virksomhet      |               | Utført                            |   |
| 12.03.2019 | PS 5/19  | Omdisponering av investeringsmidler fra medisinkabinett til velferdsteknologi     |               | Vedtatt av kommunestyret mars 19  |   |
| 12.03.2019 | PS 6/19  | Sonjatun kjøkken framdriftsplan framtidig kjøkkendrift                            | 2017/1346     | Ikke utført                       |   |
| 12.03.2019 | PS 7/19  | Risiko og sårbarhetsanalyse natt tjenester helse- og omsorg                       | 2019/83       | Intet til oppfølging              |   |
| 12.03.2019 | PS 8/19  | Bemanningsplaner helse- og omsorg 2019  | 18/1463       | Saken utsatt                      |   |
| 12.03.2019 | PS 9/19  | Forskrift – tildeling av bolig i omsorg+ i Nordreisa kommune                      | 18/1153       | Intet til oppfølging              |   |
| 12.06.2019 | PS 10/19 | Referatsaker  |               | Intet til oppfølging              |   |
| 12.06.2019 | PS 11/19 | Årsmelding 2018 - Nordreisa kommune   | 2019/148      | Vedtatt av kommunestyret juni 19  |   |
| 12.06.2019 | PS 12/19 | Økonomistatus pr 31.mai 2019 for helse- og omsorg                                 |               | Utført                            |   |
| 12.06.2019 | PS 13/19 | Overføring av korttidsplasser fra Lillebo avlastning til Sonjatun sykehjem        |               | Utført                            |   |
| 12.06.2019 | PS 14/19 | Etablering av tjenesten Omsorg+   |               | Følges opp i budsjettprosess 2020 |   |
| 12.06.2019 | PS 15/19 | Utredning økonomisk balanse NAV sosial  |               | Utført                            |   |
| 03.09.2019 | PS 16/19 | Referatsaker  |               | Intet til oppfølging              |   |
| 03.09.2019 | PS 17/19 | Budsjett 2020 nr 1 - Helse og omsorg  | 2019/948      | Utført                            |   |
| 03.09.2019 | PS 18/19 | Kommunebarometeret 2019   | 2018/1164     | Intet til oppfølging              |   |
| 03.09.2019 | PS 19/19 | Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms - formalisering av samarbeidet               |               | Saken utsatt                      |   |
| 03.09.2019 | PS 20/19 | Ambulansesituasjon i Nordreisa  |               | Delvis utført?                    |   |
| 03.09.2019 | PS 21/19 | Sonjatun kjøkken - bestilling av tilstandsrapport                                 |               | Under arbeid                      | se sak 35/19  |
| 03.09.2019 | PS 22/19 | Dialog med ulike brukergrupper – søknad om midler fra formannskapet til dialogmed |               | Intet til oppfølging              | se sak 36/19  |
| 03.09.2019 | PS 23/19 | Evalueringsav helse- og omsorgsutvalgets arbeid                                   |               | Utført                            |   |
| 08.10.2019 |          | Utvalget ikke beslutningsdyktig   |               |                                   |   |
| 13.11.2019 | PS 31/19 | Referatsaker  |               | Ikke utført                       | Statlig finansiering av omsorgstjenester, sak til 25.11 |
| 13.11.2019 | PS 32/19 | Evalueringsav drift på Guleng 3 - jfr sak 37/18                                   | 2019/1138     | Under arbeid                      | En større evaluering skjer i desember måned             |
| 13.11.2019 | PS 33/19 | Fremdriftsplan - helse og omsorgsplan   | 2016/399      | Under arbeid                      |   |
| 13.11.2019 | PS 34/19 | Status avvik tom 30.09.19 - sektor for helse og omsorg                            | 2019/1123     | Intet til oppfølging              |   |
| 13.11.2019 | PS 35/19 | Status sak om framtidig kjøkkendrift Sonjatun                                     | 2017/1346     | Under arbeid                      |   |
| 13.11.2019 | PS 36/19 | Vedtatt fra formannskapets møte 10.9.19 i PS 32/19 Dialog med                     | 2019/1007     | Intet til oppfølging              |   |



## Saksfremlegg

| Utvalgssak | Utvalgsnavn                       | Møtedato   |
|------------|-----------------------------------|------------|
| 42/19      | Nordreisa helse- og omsorgsutvalg | 25.11.2019 |

### Budsjettregulering helse og omsorg

Henvising til lovverk:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner §14-5 [Lov om kommuner og fylkeskommuner \(kommuneloven\) - Lovdata](#)
- Forskrift om årsbudsjett <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-07-714>
- Økonomireglement for Nordreisa kommune, kap 3

Det vises også til:

- Økonomiplan 2019 – 2022/årsbudsjettet 2019

Vedlegg

- 1 Budsjettregulering helse og omsorg nov 19

### Rådmannens innstilling

Budsjettet for helse og omsorgssektoren reguleres i henhold til vedlagte regneark.

### Saksopplysninger

#### Om delegasjon i budsjettsaker

Driftsbudsjettet:

Formannskapet/hovedutvalgene kan foreta budsjettregulering mellom ansvar innenfor sitt rammeområde når det er behov for det. Det kan ikke overføres midler mellom rammeområdene. Det er en forutsetning at netto budsjetttramme ikke overskrides.

Videre kan formannskapet og hovedutvalgene disponere merinntekter på inntil kr 200 000,- innenfor sitt rammeområde. Prosjektinntekter og refusjoner fra NAV kan i sin helhet disponeres av formannskapet og hovedutvalgene.

Sak om tilleggsbevilgning skal først fremmes når det ikke er mulighet for omdisponering innen eget rammeområde.

Det er kun formannskapet som har fullmakt til å foreta avsetning til og bruk av disposisjonsfond. Dette gjelder for alle rammeområder.

Formannskapet og hovedutvalgene har fullmakt til å disponere bundet driftsfond innenfor forutsetningene for bruk av midlene innenfor eget rammeområde.

Rådmannen er gitt fullmakt til å budsjettregulere poster innen samme sektor. Denne myndighet er videre delegert til sektorlederne.

Investeringsbudsjettet:

Formannskapet er gitt fullmakt til å foreta endringer i investeringsbudsjettet når slik endring gjelder økning i bevilgning til et prosjekt og dekning skjer ved at bevilgning til et annet prosjekt reduseres tilsvarende. Beløpsgrense for slik omprioritering er kr. 200 000.

#### Behovet for budsjettregulering

Gjennomgang av regnskapet viser behov for å regulere merinntekter mot merutgifter.

Det er særlig refusjon syke- og fødselspenger som trenger å justeres mot økte lønnsutgifter.

For å unngå store avvik mellom regnskap og budsjett er det behov for å regulere budsjettet tilsvarende.

#### **Vurdering**

Merinntekter knyttes til merutgifter, noe som medfører at både inntekts- og utgiftspostene må reguleres opp.

Besparelse på enkelte utgiftsposter i forhold til merforbruk på andre, medfører behov for å regulere mellom utgiftspostene. Dette for å unngå store avvik mellom budsjettposter.

|                              |                                     |        |
|------------------------------|-------------------------------------|--------|
| client                       | D1                                  |        |
| user_id                      | 42AG3003                            |        |
| language                     | NO                                  |        |
| menu_id                      | REP557                              |        |
| template_id                  | 2795                                |        |
| systemplate                  | false                               |        |
| owner                        | report                              |        |
| Ansvar lik                   | 3*                                  |        |
| Konto lik                    | 1*                                  |        |
| Konto ikke liste             | '10899','14290','17290'             |        |
| Ansvar ikke liste            | '350','351','352','353','360','361' |        |
| Funksjon lik                 | *                                   |        |
| Periode større enn eller lik |                                     | 201901 |
| Periode mindre eller lik     |                                     | 201912 |
| Firma lik                    | D1                                  |        |



| Konto | Konto (T)    | Funksjon                             | Regnskap | Totalt budsjett     | Budsjettregulering | Reg budsjett        |
|-------|--------------|--------------------------------------|----------|---------------------|--------------------|---------------------|
|       | 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER              | 120      | 2 772 768,84        | 2889048,529        | 2 889 048,53        |
|       | 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER              | 241      | 0,00                | 262697,069         | 262 697,07          |
|       | 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE             | 120      | 107,00              | 0                  | 0,00                |
|       | 17100        | REFUSJON SYKEPENSER                  | 120      | (180 426,00)        | 0                  | (180 000,00)        |
|       | <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>            |          | <b>2 592 449,84</b> |                    | <b>3151745,598</b>  |
|       | 10900        | PENSJON KLP                          | 120      | 557 889,54          | 538444             | 538 444,00          |
|       | 10900        | PENSJON KLP                          | 241      | 0,00                | 50784              | 50 784,00           |
|       | 11223        | HOTELL/OVERNATNING                   | 120      | 4 145,24            | 0                  | 0,00                |
|       | 11232        | VELFERDSTILTAK ANDRE                 | 120      | 305,00              | 0                  | 0,00                |
|       | 11290        | FOREBYGGENDE TILTAK                  | 120      | 1 599,20            | 0                  | 2 000,00            |
|       | 11500        | KURS/OPPLÆRING                       | 120      | 6 343,41            | 20000              | 60000               |
|       | 11505        | FLYREISER                            | 120      | 1 470,54            | 0                  | 0,00                |
|       | 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE           | 120      | 1 666,00            | 1000               | 1 000,00            |
|       | 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE           | 120      | 119,78              | 0                  | 0,00                |
|       | 11653        | UTGIFTSDEKNING                       | 120      | 3 894,40            | 0                  | 10 000,00           |
|       | 11703        | TRANSPORT                            | 120      | 713,39              | 0                  | 0,00                |
|       | 12000        | INVENTAR OG UTSTYR                   | 120      | 16 861,30           | 0                  | 20 000,00           |
|       | 12705        | KONSULENTTJENESTER                   | 120      | 83 367,72           | 0                  | 100 000,00          |
|       | 15009        | FORSINKELSESENTER/GEBYRE             | 120      | 106,00              | 0                  | 0,00                |
|       | <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>               |          | <b>678 481,52</b>   |                    | <b>610228</b>       |
|       | 17500        | REFUSJON FRA KOMMUNER                | 120      | (11 905,39)         | 0                  | (12 000,00)         |
|       | <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>                     |          | <b>(11 905,39)</b>  |                    | <b>0</b>            |
|       | <b>300</b>   | <b>Helse og sosialadministrasjon</b> |          | <b>3 259 025,97</b> |                    | <b>3 761 973,60</b> |
|       | 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER              | 254      | 1 596,27            | 0                  | 0,00                |
|       | 10190        | FASTE TILLEGG                        | 120      | 0,00                | 53000              | 53 000,00           |
|       | 10190        | FASTE TILLEGG                        | 254      | 72 795,43           | 0                  | 0,00                |
|       | 10201        | LØNN SYKEVIKARER                     | 254      | 928,48              | 0                  | 0,00                |
|       | 10400        | OVERTID                              | 254      | 3 109,72            | 0                  | 0,00                |
|       | 10501        | LØNN LÆRLINGER                       | 120      | 0,00                | 84791              | 84 791,00           |
|       | 10501        | LØNN LÆRLINGER                       | 253      | 29 467,20           | 0                  | 0,00                |
|       | 10501        | LØNN LÆRLINGER                       | 254      | 1 203 622,22        | 950000             | 193 000,00          |
|       | 10506        | GODTGJØRING VEILEDER LÆRLII          | 120      | 0,00                | 46000              | 46 000,00           |
|       | 10506        | GODTGJØRING VEILEDER LÆRLII          | 253      | 13 500,00           | 0                  | 0,00                |
|       | 10506        | GODTGJØRING VEILEDER LÆRLII          | 254      | 35 414,00           | 0                  | 0,00                |
|       | 10506        | GODTGJØRING VEILEDER LÆRLII          | 285      | 3 000,00            | 0                  | 0,00                |
|       | 17100        | REFUSJON SYKEPENSER                  | 254      | (98 273,00)         | 0                  | (99 000,00)         |
|       | 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ            | 254      | (94 332,00)         | 0                  | (94 000,00)         |
|       | <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>            |          | <b>1 170 828,32</b> |                    | <b>1133791</b>      |
|       | 11000        | KONTORUTGIFTER                       | 120      | 19 674,50           | 30000              | 30 000,00           |
|       | 11010        | ABONNEMENT, FAGLITTERATUR            | 120      | 1 564,00            | 0                  | 0,00                |
|       | 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER                 | 120      | 89,12               | 0                  | 0,00                |
|       | 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER                 | 253      | 395,20              | 0                  | 0,00                |
|       | 11202        | ARBEIDSTØY                           | 120      | 18 332,00           | 0                  | 0,00                |
|       | 11203        | FORBRUKSVARER                        | 253      | 662,40              | 0                  | 0,00                |
|       | 11203        | FORBRUKSVARER                        | 254      | 79,68               | 0                  | 0,00                |
|       | 11205        | TEKSTILER/MADRASSER                  | 253      | 18 219,20           | 0                  | 0,00                |
|       | 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE               | 120      | 6 226,87            | 0                  | 0,00                |
|       | 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE               | 254      | 180,00              | 0                  | 0,00                |
|       | 11231        | VELFERDSTILTAK BRUKERE               | 120      | 1 275,20            | 0                  | 0,00                |
|       | 11300        | TELEFON,LINJE,SAMBAND                | 253      | 9 868,30            | 0                  | 0,00                |
|       | 11301        | PORTO                                | 120      | 43 126,64           | 85000              | 85 000,00           |
|       | 11301        | PORTO                                | 253      | 3 067,95            | 0                  | 0,00                |
|       | 11301        | PORTO                                | 254      | 556,00              | 0                  | 0,00                |
|       | 11303        | GEBYRER BANK/POST                    | 120      | 4 040,00            | 0                  | 0,00                |
|       | 11401        | TRYKKING, KOPIERING                  | 120      | 389,24              | 0                  | 0,00                |
|       | 11402        | ANNONSERING                          | 120      | 999,00              | 20000              | 20 000,00           |
|       | 11403        | ABONNEMENT, FAGLITTERATUR            | 120      | 7 679,00            | 5000               | 5 000,00            |
|       | 11500        | KURS/OPPLÆRING                       | 120      | 0,00                | 100000             | -100000             |
|       | 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE           | 120      | 1 127,00            | 0                  | 0,00                |
|       | 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE           | 120      | 170,66              | 0                  | 0,00                |
|       | 11650        | TELEFONGODTGJØRELSE                  | 120      | 948,00              | 1200               | 1 200,00            |
|       | 11700        | DRIVSTOFF BILER M/GRØNNE SK          | 253      | 312,00              | 10000              | 10 000,00           |

|                                     |     |                     |                        |             |                        |
|-------------------------------------|-----|---------------------|------------------------|-------------|------------------------|
| 11800 STRØM                         | 120 | 770,44              | 0                      |             | 0,00                   |
| 11800 STRØM                         | 265 | 8 120,88            | 0                      |             | 0,00                   |
| 11850 FORSIKRING                    | 121 | 8 516,00            | 0                      | 8000        | 8 000,00               |
| 11855 ANSVARSFORSIKRING             | 254 | 0,00                | 170000                 |             | 170 000,00             |
| 11900 HUSLEIE                       | 265 | 59 851,00           | 21000                  |             | 21 000,00              |
| 11951 PROGRAMVARE                   | 120 | 296,80              | 0                      |             | 0,00                   |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L   | 120 | 221 482,30          | 83000                  |             | 83 000,00              |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L   | 241 | 0,00                | 15000                  |             | 15 000,00              |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L   | 253 | 20 240,91           | 7000                   |             | 7 000,00               |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L   | 254 | 3 329,78            | 0                      |             | 0,00                   |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L   | 256 | 2 865,07            | 0                      |             | 0,00                   |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR            | 120 | 20 332,00           | 100004                 | -80000      | 20 004,00              |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR            | 241 | 36 112,60           | 0                      |             | 0,00                   |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR            | 253 | 96 706,41           | 0                      | 83 000,00   | 83 000,00              |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR            | 254 | 2 293,59            | 0                      |             | 0,00                   |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR            | 256 | 3 398,40            | 0                      |             | 0,00                   |
| 12002 EDB-UTSTYR                    | 253 | 237,60              | 0                      |             | 0,00                   |
| 12200 LEASING KONTORMASKINER        | 120 | 24 158,05           | 28000                  |             | 28 000,00              |
| 12200 LEASING KONTORMASKINER        | 253 | 2 225,06            | 0                      |             | 0,00                   |
| 12200 LEASING KONTORMASKINER        | 254 | 938,02              | 0                      |             | 0,00                   |
| 12312 VEDLIKEHOLD INVENTAR/UTSTYR   | 120 | 998,00              | 0                      |             | 0,00                   |
| 12401 DRIFT/SERVICE IT SOFTWARE     | 253 | 32 500,58           | 0                      |             | 0,00                   |
| 12401 DRIFT/SERVICE IT SOFTWARE     | 254 | 52 499,24           | 0                      | 80000       | 80 000,00              |
| 12403 SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR    | 120 | 0,00                | 200000                 |             | 200 000,00             |
| 12403 SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR    | 253 | 3 897,60            | 0                      |             | 0,00                   |
| 12501 MATERIELL INVENTAR/UTSTYR     | 253 | 106,40              | 0                      |             | 0,00                   |
| 12502 MATR. VAKTMESTERS VEDLIKEHOLD | 253 | 771,20              | 0                      |             | 0,00                   |
| 12601 KJØP VASKERITJENESTER         | 120 | 2 090,40            | 0                      |             | 0,00                   |
| 12705 KONSULENTTJENESTER            | 120 | 49 550,40           | 0                      |             | 0,00                   |
| 12705 KONSULENTTJENESTER            | 253 | 0,00                | 20000                  |             | 20 000,00              |
| 13707 FRAKT                         | 120 | 918,00              | 0                      |             | 0,00                   |
| 13709 DIV. KJØP FRA ANDRE           | 120 | 336,00              | 0                      |             | 0,00                   |
| 13721 BETALING UTSKRIVNINGSKL. PA&S | 241 | 122 125,00          | 61000                  | 100000      | 161 000,00             |
| 13721 BETALING UTSKRIVNINGSKL. PA&S | 253 | 29 310,00           | 0                      |             | 0,00                   |
| 13721 BETALING UTSKRIVNINGSKL. PA&S | 254 | 4 885,00            | 0                      |             | 0,00                   |
| 15009 FORSINKELSESDRENT/GEBYRE      | 120 | 82 080,91           | 0                      |             | 0,00                   |
| 15009 FORSINKELSESDRENT/GEBYRE      | 254 | 2 555,47            | 0                      |             | 0,00                   |
| <b>11-59 Øvrige utgifter</b>        |     | <b>1 035 481,07</b> | <b>956204</b>          |             |                        |
| 16000 EGENANDELER                   | 256 | (7 755,00)          | 0                      | -8000       | -8 000,00              |
| 16300 LEIEINNTEKTER HUS/LOKALER/M   | 120 | (1 050,00)          | 0                      |             | 0,00                   |
| 16300 LEIEINNTEKTER HUS/LOKALER/M   | 261 | 0,00                | -40700                 |             | -40 700,00             |
| 16300 LEIEINNTEKTER HUS/LOKALER/M   | 265 | (20 428,58)         | 0                      |             | 0,00                   |
| 16901 FORDELTE UTGIFTER/INTERNASJ   | 265 | (2 000,00)          | 0                      |             | 0,00                   |
| 17010 RESSURSKREVENDE TJENESTEF     | 254 | (25 000,00)         | -13000000              |             | -13 000 000,00         |
| 17310 TILSKUDD LÆRLINGER            | 254 | 0,00                | -60000                 |             | -60 000,00             |
| 17500 REFUSJON FRA KOMMUNER         | 120 | (68 000,00)         | 0                      | (68 000,00) | -68 000,00             |
| 17500 REFUSJON FRA KOMMUNER         | 285 | 0,00                | 0                      |             | 0,00                   |
| 17701 REFUSJONER FRA PRIVATE        | 265 | (36 326,74)         | -21000                 | (15 000,00) | -36 000,00             |
| 19003 RENTEINTEKT FORDRINGER        | 120 | 0,00                | 0                      |             | 0,00                   |
| <b>60-99 Inntekter</b>              |     | <b>(160 560,32)</b> | <b>-13121700</b>       |             |                        |
| <b>305 Fellesutgifter H/S</b>       |     | <b>2 045 749,07</b> | <b>(11 031 705,00)</b> |             | <b>(11 031 705,00)</b> |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER       | 253 | 8 766 220,27        | 9074142,76             |             | 9 074 142,76           |
| 10190 FASTE TILLEGG                 | 253 | 1 742 180,74        | 1824192                |             | 1 824 192,00           |
| 10200 LØNN SVANGERSK.VIK.80/100     | 253 | 59 630,70           | 0                      | 60 000,00   | 60 000,00              |
| 10201 LØNN SYKEVIKARER              | 253 | 666 566,33          | 0                      | 670 000,00  | 670 000,00             |
| 10202 LØNN FERIEVIKARER             | 253 | 458 290,14          | 410000                 | 50 000,00   | 460 000,00             |
| 10203 VIKAR ANNET FRAVÆR            | 253 | 283 282,32          | 150000                 | 134 000,00  | 284 000,00             |
| 10290 FASTE TILLEGG VIKARER         | 253 | 350 982,03          | 442461                 |             | 442 461,00             |
| 10290 FASTE TILLEGG VIKARER         | 254 | 32,93               | 0                      |             | 0,00                   |
| 10301 EKSTRAHJELP                   | 253 | 408 094,90          | 350000                 | 60 000,00   | 410 000,00             |
| 10305 ENGASJEMENT                   | 254 | 0,00                | 310000                 |             | 310 000,00             |
| 10390 FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP     | 253 | 111 374,03          | 0                      | 111 000,00  | 111 000,00             |
| 10390 FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP     | 254 | 32,93               | 0                      |             | 0,00                   |

|              |                             |     |                       |             |              |                      |
|--------------|-----------------------------|-----|-----------------------|-------------|--------------|----------------------|
| 10400        | OVERTID                     | 253 | 263 083,47            | 60000       | 204 000,00   | 264 000,00           |
| 10505        | LEDSAGER                    | 253 | 12 344,12             | 0           | 13 000,00    | 13 000,00            |
| 10506        | GODTGJØRING VEILEDER LÆRLII | 253 | 5 000,00              | 0           |              | 0,00                 |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE    | 253 | 505,00                | 0           |              | 0,00                 |
| 10512        | LEGEVAKTSTILLEGG            | 253 | 50 065,40             | 50000       |              | 50 000,00            |
| 10590        | FORSKJ.ARB.TID              | 253 | 35 169,82             | 8000        | 30 000,00    | 38 000,00            |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER         | 241 | (12 108,00)           | 0           | (12 000,00)  | -12 000,00           |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER         | 253 | (1 287 704,00)        | -310000     | (978 000,00) | -1 288 000,00        |
| 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ   | 253 | (672 123,00)          | 0           | (672 000,00) | -672 000,00          |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>   |     | <b>11 240 920,13</b>  |             |              | <b>12368795,76</b>   |
| 10900        | PENSJON KLP                 | 253 | 2 204 630,28          | 2500163     |              | 2 500 163,00         |
| 10900        | PENSJON KLP                 | 254 | 0,00                  | 58900       |              | 58 900,00            |
| 10901        | PENSJON SPK                 | 253 | 3 596,46              | 0           |              | 0,00                 |
| 11100        | MEDISINSKE FORBRUKSVARER    | 253 | 66 583,39             | 80000       |              | 80 000,00            |
| 11140        | MEDISINER                   | 253 | 133 455,36            | 128000      |              | 128 000,00           |
| 11150        | MAT OG DRIKKEVARER, VAREKJE | 253 | 8 280,81              | 0           |              | 0,00                 |
| 11205        | TEKSTILER/MADRASSER         | 253 | 8 901,60              | 0           |              | 0,00                 |
| 11206        | PAPIR/PLAST                 | 253 | 123 916,83            | 120000      |              | 120 000,00           |
| 11213        | GAVER TIL ANSATTE           | 253 | 389,00                | 0           |              | 0,00                 |
| 11219        | HOTELL/OVERNATTING          | 253 | 6 996,65              | 0           |              | 0,00                 |
| 11223        | HOTELL/OVERNATTING          | 253 | 2 975,29              | 0           |              | 0,00                 |
| 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE      | 253 | 1 833,75              | 0           |              | 0,00                 |
| 11231        | VELFERDSTILTAK BRUKERE      | 253 | 4 990,93              | 0           |              | 0,00                 |
| 11290        | FOREBYGGENDE TILTAK         | 253 | 3 150,00              | 0           |              | 0,00                 |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING              | 253 | 5 365,60              | 5000        |              | 5 000,00             |
| 11505        | FLYREISER                   | 253 | 4 258,04              | 0           |              | 0,00                 |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 253 | 7 624,00              | 1000        |              | 1 000,00             |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 253 | 509,90                | 0           |              | 0,00                 |
| 11653        | UTGIFTSDEKNING              | 253 | 80,72                 | 0           |              | 0,00                 |
| 11703        | TRANSPORT                   | 253 | 904,47                | 0           |              | 0,00                 |
| 11705        | TRANSPORT                   | 253 | 266,07                | 0           |              | 0,00                 |
| 11900        | HUSLEIE                     | 253 | 31 704,42             | 0           |              | 0,00                 |
| 11900        | HUSLEIE                     | 265 | 16 128,58             | 0           |              | 0,00                 |
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L | 253 | 2 713,00              | 2600        |              | 2 600,00             |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR          | 253 | 0,00                  | 0           |              | 0,00                 |
| 12090        | MEDISINSK UTSTYR            | 253 | 1 215,00              | 0           |              | 0,00                 |
| 12403        | SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR  | 253 | 35 189,80             | 0           |              | 0,00                 |
| 12601        | KJØP VASKERITJENESTER       | 253 | 496,00                | 0           |              | 0,00                 |
| 12703        | LEGEKONSULTASJON            | 253 | 19 992,42             | 0           |              | 0,00                 |
| 12704        | VIKARTJENESTER              | 253 | 1 265 186,46          | 0           | 349000       | 349 000,00           |
| 12705        | KONSULENTTJENESTER          | 253 | 42 162,60             | 20000       |              | 20 000,00            |
| 13707        | FRAKT                       | 253 | 2 744,00              | 0           |              | 0,00                 |
| 15009        | FORSINKELSESRENTER/GEBYRE   | 253 | 1 102,58              | 0           |              | 0,00                 |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>      |     | <b>4 007 344,01</b>   |             |              | <b>2915663</b>       |
| 16000        | EGENANDELER                 | 253 | (3 132 040,00)        | -3857000    |              | -3 857 000,00        |
| 17000        | REFUSJON FRA STATEN         | 233 | (2 600,00)            | 0           | -3000        | -3 000,00            |
| 17910        | FEIL UTBETALING LØNN        | 253 | (15 837,09)           | 0           | -16000       | -16 000,00           |
| 19500        | BRUK AV BUNDET DRIFTSFOND   | 253 | (4 750,00)            | 0           |              | 0,00                 |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>            |     | <b>(3 155 227,09)</b> |             |              | <b>-3857000</b>      |
| <b>310</b>   | <b>Sonjatun sykehjem</b>    |     | <b>12 093 037,05</b>  |             |              | <b>11 427 458,76</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER     | 253 | 6 763 287,88          | 6896529,459 |              | 6 896 529,46         |
| 10190        | FASTE TILLEGG               | 253 | 1 399 070,08          | 1559562     |              | 1 559 562,00         |
| 10190        | FASTE TILLEGG               | 385 | 109,26                | 0           |              | 0,00                 |
| 10200        | LØNN SVANGERSK.VIK.80/100   | 253 | 48 670,84             | 0           |              | 0,00                 |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER            | 253 | 366 725,70            | 0           | 104 000,00   | 104 000,00           |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER           | 253 | 505 068,49            | 457000      |              | 457 000,00           |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR          | 253 | 51 194,77             | 60000       |              | 60 000,00            |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER       | 253 | 235 332,86            | 272732      |              | 272 732,00           |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER       | 385 | 109,26                | 0           |              | 0,00                 |
| 10301        | EKSTRAHJELP                 | 253 | 57 359,43             | 65000       |              | 65 000,00            |
| 10305        | ENGASJEMENT                 | 253 | 0,00                  | 225000      |              | 225 000,00           |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 253 | 12 098,37             | 0           |              | 0,00                 |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 385 | 109,26                | 0           |              | 0,00                 |

|                                   |     |                       |                     |              |                     |
|-----------------------------------|-----|-----------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| 10400 OVERTID                     | 253 | 82 592,30             | 20000               | 66 000,00    | 86 000,00           |
| 10505 LEDSAGER                    | 253 | 2 987,10              | 0                   |              | 0,00                |
| 10510 DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE    | 253 | 521,80                | 0                   |              | 0,00                |
| 10590 FORSKJ.ARB.TID              | 253 | 0,00                  | 7000                |              | 7 000,00            |
| 17100 REFUSJON SYKEPENGER         | 253 | (236 720,00)          | -225000             | (12 000,00)  | -237 000,00         |
| 17101 REFUSJON FØDSELSPENGER LØ   | 253 | (53 692,00)           | 0                   | (54 000,00)  | -54 000,00          |
| <b>01-09 Lønn inkl sos. utg</b>   |     | <b>9 234 825,40</b>   | <b>9337823,459</b>  |              |                     |
| 10900 PENSJON KLP                 | 253 | 1 509 733,51          | 1956154             |              | 1 956 154,00        |
| 11100 MEDISINSKE FORBRUKSVARER    | 253 | 18 122,84             | 15000               |              | 15 000,00           |
| 11140 MEDISINER                   | 253 | 43 569,93             | 38000               |              | 38 000,00           |
| 11150 MAT OG DRIKKEVARER, VAREKJØ | 253 | 31,24                 | 0                   |              | 0,00                |
| 11201 ANDRE DRIFTSUTGIFTER        | 253 | 702,08                | 0                   |              | 0,00                |
| 11206 PAPIR/PLAST                 | 253 | 94 582,35             | 55000               |              | 55 000,00           |
| 11230 VELFERDSTILTAK ANSATTE      | 253 | 3 590,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11231 VELFERDSTILTAK BRUKERE      | 253 | 6 255,24              | 0                   | 6000         | 6 000,00            |
| 11290 FOREBYGGENDE TILTAK         | 253 | 2 250,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11303 GEBYRER BANK/POST           | 253 | 56,00                 | 0                   |              | 0,00                |
| 11403 ABONNEMENT, FAGLITTERATUR   | 253 | 2 856,29              | 8100                | -5000        | 3 100,00            |
| 11500 KURS/OPPLÆRING              | 253 | 796,80                | 5000                |              | 5 000,00            |
| 11600 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 253 | 8 630,50              | 1000                |              | 1 000,00            |
| 11605 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 253 | 531,81                | 0                   |              | 0,00                |
| 11653 UTGIFTSDEKNING              | 253 | 6 429,60              | 0                   | 6000         | 6 000,00            |
| 11703 TRANSPORT                   | 253 | 839,28                | 0                   |              | 0,00                |
| 11705 TRANSPORT                   | 253 | 13 120,46             | 0                   | 5000         | 5 000,00            |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L | 253 | 2 713,00              | 2600                |              | 2 600,00            |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR          | 253 | 1 760,56              | 0                   |              | 0,00                |
| 12200 LEASING KONTORMASKINER      | 253 | 603,21                | 0                   |              | 0,00                |
| 12403 SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR  | 253 | 4 398,40              | 6500                |              | 6 500,00            |
| 12703 LEGEKONSULTASJON            | 253 | 7 073,30              | 0                   |              | 0,00                |
| 12705 KONSULETTJENESTER           | 253 | 3 812,60              | 10000               | -6000        | 4 000,00            |
| 14722 ERSTATNING PRIVATE          | 253 | 1 990,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 15009 FORSINKELSESPENGER/GEBYRE   | 253 | 14,62                 | 0                   |              | 0,00                |
| <b>11-59 Øvrige utgifter</b>      |     | <b>1 734 463,62</b>   | <b>2097354</b>      |              |                     |
| 16000 EGENANDELER                 | 253 | (2 790 212,00)        | -2686000            | (104 000,00) | -2 790 000,00       |
| 17910 FEIL UTBETALING LØNN        | 253 | (5 530,68)            | 0                   | -6000        | -6 000,00           |
| <b>60-99 Inntekter</b>            |     | <b>(2 795 742,68)</b> | <b>-2686000</b>     |              |                     |
| <b>311 Sonjatun omsorgssenter</b> |     | <b>8 173 546,34</b>   | <b>8 749 177,46</b> |              | <b>8 749 177,46</b> |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER     | 253 | 7 912 904,85          | 8620191,47          |              | 8 620 191,47        |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER     | 254 | 51 125,38             | 0                   |              | 0,00                |
| 10190 FASTE TILLEGG               | 253 | 1 792 420,84          | 1766175             |              | 1 766 175,00        |
| 10190 FASTE TILLEGG               | 254 | 12 422,20             | 0                   |              | 0,00                |
| 10200 LØNN SVANGERSK.VIK.80/100   | 253 | 227 013,72            | 0                   | 230 000,00   | 230 000,00          |
| 10200 LØNN SVANGERSK.VIK.80/100   | 254 | 43 304,31             | 0                   |              | 0,00                |
| 10201 LØNN SYKEVIKARER            | 253 | 827 927,08            | 0                   | 830 000,00   | 830 000,00          |
| 10201 LØNN SYKEVIKARER            | 254 | 13 157,27             | 0                   |              | 0,00                |
| 10202 LØNN FERIEVIKARER           | 253 | 527 367,63            | 382000              | 32 000,00    | 414 000,00          |
| 10202 LØNN FERIEVIKARER           | 254 | 24 293,95             | 0                   |              | 0,00                |
| 10203 VIKAR ANNET FRAVÆR          | 253 | 36 381,70             | 70000               |              | 70 000,00           |
| 10203 VIKAR ANNET FRAVÆR          | 254 | 2 490,49              | 0                   |              | 0,00                |
| 10290 FASTE TILLEGG VIKARER       | 253 | 313 991,87            | 192339              |              | 192 339,00          |
| 10290 FASTE TILLEGG VIKARER       | 254 | 7 330,68              | 0                   |              | 0,00                |
| 10301 EKSTRAHJELP                 | 253 | 213 047,00            | 300000              |              | 300 000,00          |
| 10301 EKSTRAHJELP                 | 254 | 8 834,17              | 0                   |              | 0,00                |
| 10305 ENGASJEMENT                 | 253 | 3 196,41              | 240000              |              | 240 000,00          |
| 10390 FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 253 | 62 774,46             | 130000              |              | 130 000,00          |
| 10390 FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 254 | 611,52                | 0                   |              | 0,00                |
| 10400 OVERTID                     | 253 | 330 736,64            | 30000               |              | 30 000,00           |
| 10400 OVERTID                     | 254 | 4 876,41              | 0                   |              | 0,00                |
| 10505 LEDSAGER                    | 253 | 7 222,22              | 0                   |              | 0,00                |
| 10510 DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE    | 253 | 450,40                | 0                   |              | 0,00                |
| 10510 DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE    | 254 | 107,00                | 0                   |              | 0,00                |
| 10590 FORSKJ.ARB.TID              | 253 | 34 044,43             | 7000                |              | 7 000,00            |
| 10590 FORSKJ.ARB.TID              | 254 | 610,87                | 0                   |              | 0,00                |

|              |                                     |     |                       |                      |              |                      |
|--------------|-------------------------------------|-----|-----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER                 | 253 | (878 187,00)          | -240000              | (638 000,00) | -878 000,00          |
| 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ           | 253 | (453 610,00)          | 0                    | (454 000,00) | -454 000,00          |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>           |     | <b>11 126 846,50</b>  | <b>11497705,47</b>   |              |                      |
| 10900        | PENSJON KLP                         | 253 | 2 032 817,00          | 2377741              |              | 2 377 741,00         |
| 10900        | PENSJON KLP                         | 254 | 25 572,41             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11100        | MEDISINSKE FORBRUKSVARER            | 253 | 57 342,00             | 70000                |              | 70 000,00            |
| 11100        | MEDISINSKE FORBRUKSVARER            | 254 | 424,60                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11140        | MEDISINER                           | 253 | 101 666,27            | 51000                |              | 51 000,00            |
| 11150        | MAT OG DRIKKEVARER, VAREKJØ         | 253 | 6 257,90              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER                | 253 | 2 158,02              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11202        | ARBEIDSTØY                          | 253 | 13 686,40             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11206        | PAPIR/PLAST                         | 253 | 136 651,03            | 60000                |              | 60 000,00            |
| 11209        | ANNEN FORBRUKSMATR./FORBR           | 253 | 640,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11223        | HOTELL/OVERNATTING                  | 253 | 2 780,93              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE              | 253 | 1 505,00              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11231        | VELFERDSTILTAK BRUKERE              | 253 | 1 079,68              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11401        | TRYKKING, KOPIERING                 | 253 | 3 599,87              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING                      | 253 | 1 931,20              | 5000                 |              | 5 000,00             |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE          | 253 | 3 816,60              | 1000                 |              | 1 000,00             |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE          | 254 | 200,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE          | 253 | 254,40                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11703        | TRANSPORT                           | 253 | 1 119,22              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11705        | TRANSPORT                           | 253 | 916,96                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11959        | FASTE AVGIFTER, GEBYRER OG L        | 253 | 2 713,00              | 2600                 |              | 2 600,00             |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR                  | 253 | 6 607,20              | 0                    | 6000         | 6 000,00             |
| 12200        | LEASING KONTORMASKINER              | 253 | 385,45                | 0                    |              | 0,00                 |
| 12403        | SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR          | 253 | 13 191,60             | 6500                 |              | 6 500,00             |
| 12703        | LEGEKONSULTASJON                    | 253 | 20 963,00             | 0                    |              | 0,00                 |
| 12705        | KONSULENTJENESTER                   | 253 | 3 811,40              | 10000                | -6000        | 4 000,00             |
| 15009        | FORSINKELSESRENTER/GEBYRE           | 253 | 1 132,20              | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>              |     | <b>2 443 223,34</b>   | <b>2583841</b>       |              |                      |
| 16000        | EGENANDELER                         | 253 | (2 687 806,00)        | -3191000             |              | -3 191 000,00        |
| 19500        | BRUK AV BUNDET DRIFTSFOND           | 253 | (2 177,00)            | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>                    |     | <b>(2 689 983,00)</b> | <b>-3191000</b>      |              |                      |
| <b>312</b>   | <b>Sonjatun bo- og kultursenter</b> |     | <b>10 880 086,84</b>  | <b>10 890 546,47</b> |              | <b>10 890 546,47</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER             | 253 | 13 719,39             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER             | 254 | 9 936 468,88          | 10223883,78          |              | 10 223 883,78        |
| 10190        | FASTE TILLEGG                       | 253 | 4 007,36              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10190        | FASTE TILLEGG                       | 254 | 2 617 943,48          | 2002346              |              | 2 002 346,00         |
| 10200        | LØNN SVANGERSK.VIK.80/100           | 253 | 5 335,93              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10200        | LØNN SVANGERSK.VIK.80/100           | 254 | 130 835,86            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER                    | 253 | 11 615,76             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER                    | 254 | 225 537,90            | 0                    | 233 000,00   | 233 000,00           |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER                   | 253 | 7 499,94              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER                   | 254 | 275 489,63            | 0                    | 275 000,00   | 275 000,00           |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR                  | 253 | 1 112,18              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR                  | 254 | 86 225,18             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER               | 253 | 8 585,42              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER               | 254 | 257 857,53            | 285000               |              | 285 000,00           |
| 10301        | EKSTRAHJELP                         | 253 | 6 676,78              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10301        | EKSTRAHJELP                         | 254 | 288 044,96            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP           | 253 | 1 406,91              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP           | 254 | 112 733,05            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10400        | OVERTID                             | 254 | 298 379,09            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10505        | LEDSAGER                            | 254 | 26 142,48             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSER           | 254 | 34 127,96             | 35000                |              | 35 000,00            |
| 10590        | FORSKJ.ARB.TID                      | 254 | 2 602,34              | 0                    |              | 0,00                 |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER                 | 254 | (222 772,00)          | 0                    | (223 000,00) | -223 000,00          |
| 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ           | 254 | (284 823,00)          | 0                    | (285 000,00) | -285 000,00          |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>           |     | <b>13 844 753,01</b>  | <b>12546229,78</b>   |              |                      |
| 10900        | PENSJON KLP                         | 253 | 8 207,14              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10900        | PENSJON KLP                         | 254 | 2 510 068,42          | 2426212              |              | 2 426 212,00         |
| 11202        | ARBEIDSTØY                          | 254 | 0,00                  | 12000                | -12000       | 0,00                 |

|                                   |     |                      |                      |              |                      |
|-----------------------------------|-----|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| 11203 FORBRUKSVARER               | 254 | 2 925,20             | 0                    | 3000         | 3 000,00             |
| 11206 PAPIR/PLAST                 | 254 | 3 771,00             | 0                    | 4000         | 4 000,00             |
| 11230 VELFERDSTILTAK ANSATTE      | 254 | 765,00               | 0                    | 1000         | 1 000,00             |
| 11303 GEBYRER BANK/POST           | 254 | 76,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11500 KURS/OPPLÆRING              | 254 | 0,00                 | 5000                 |              | 5 000,00             |
| 11600 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 254 | 2 080,00             | 1000                 |              | 1 000,00             |
| 11605 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 254 | 254,40               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11653 UTGIFTSDEKNING              | 254 | 4 667,60             | 0                    | 5 000,00     | 5 000,00             |
| 11655 OPPGAVEPLIKTIGE HONORAR     | 254 | 0,00                 | 0                    |              | 0,00                 |
| 11703 TRANSPORT                   | 254 | 603,57               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11959 FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L | 254 | 5 426,00             | 9000                 |              | 9 000,00             |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR          | 254 | 5 408,98             | 0                    | 6 000,00     | 6 000,00             |
| 12200 LEASING KONTORMASKINER      | 254 | 807,09               | 4000                 | 1000         | 5 000,00             |
| 12504 MATERIELL SKADEREPERASJON   | 254 | 4 281,60             | 0                    | 4 000,00     | 4 000,00             |
| 12704 VIKARTJENESTER              | 254 | 544 289,00           | 0                    |              | 0,00                 |
| 14740 EGENANDEL SKADE             | 254 | 7 000,00             | 0                    | 7 000,00     | 7 000,00             |
| <b>11-59 Øvrige utgifter</b>      |     | <b>3 100 631,00</b>  | <b>2457212</b>       |              |                      |
| 17701 REFUSJONER FRA PRIVATE      | 254 | (18 936,41)          | 0                    | (19 000,00)  | -19 000,00           |
| 17910 FEIL UTBETALING LØNN        | 254 | (28 578,95)          | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>60-99 Inntekter</b>            |     | <b>(47 515,36)</b>   | <b>0</b>             |              |                      |
| <b>319 Guleng 3</b>               |     | <b>16 897 868,65</b> | <b>15 003 441,78</b> |              | <b>15 003 441,78</b> |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER     | 253 | 45 251,38            | 19657,87             |              | 19 657,87            |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER     | 254 | 8 924 412,05         | 9622685,95           |              | 9 622 685,95         |
| 10190 FASTE TILLEGG               | 253 | 19 847,10            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10190 FASTE TILLEGG               | 254 | 1 172 106,37         | 1200000              |              | 1 200 000,00         |
| 10200 LØNN SVANGERSK.VIK.80/100   | 253 | 3 192,55             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10200 LØNN SVANGERSK.VIK.80/100   | 254 | 195 909,75           | 0                    |              | 0,00                 |
| 10201 LØNN SYKEVIKARER            | 254 | 353 892,18           | 0                    | 374 000,00   | 374 000,00           |
| 10202 LØNN FERIEVIKARER           | 253 | 27 095,99            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10202 LØNN FERIEVIKARER           | 254 | 505 078,54           | 425000               |              | 425 000,00           |
| 10203 VIKAR ANNET FRAVÆR          | 254 | 43 781,48            | 80000                |              | 80 000,00            |
| 10290 FASTE TILLEGG VIKARER       | 253 | 4 295,76             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10290 FASTE TILLEGG VIKARER       | 254 | 135 658,61           | 227077               |              | 227 077,00           |
| 10301 EKSTRAHJELP                 | 253 | 18 892,81            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10301 EKSTRAHJELP                 | 254 | 457 971,29           | 100000               |              | 100 000,00           |
| 10305 ENGASJEMENT                 | 254 | (515,01)             | 275000               |              | 275 000,00           |
| 10390 FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 253 | 4 140,57             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10390 FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 254 | 60 479,06            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10400 OVERTID                     | 253 | 17 329,17            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10400 OVERTID                     | 254 | 682 458,36           | 87000                |              | 87 000,00            |
| 10503 OMSORGLØNN                  | 254 | (37,05)              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10505 LEDSAGER                    | 254 | 5 407,90             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10510 DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE    | 254 | 542,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 10590 FORSKJ.ARB.TID              | 254 | 38 639,70            | 25000                |              | 25 000,00            |
| 17100 REFUSJON SYKEPENGER         | 254 | (383 328,00)         | -275000              | (108 000,00) | -383 000,00          |
| 17101 REFUSJON FØDSELSPENGER LØ   | 254 | (265 918,00)         | 0                    | (266 000,00) | -266 000,00          |
| <b>01-09 Lønn inkl sos. utg</b>   |     | <b>12 066 584,56</b> | <b>11786420,82</b>   |              |                      |
| 10900 PENSJON KLP                 | 253 | 17 038,27            | 3800                 |              | 3 800,00             |
| 10900 PENSJON KLP                 | 254 | 2 015 929,43         | 2334945              |              | 2 334 945,00         |
| 11000 KONTORUTGIFTER              | 254 | 3 251,48             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11100 MEDISINSKE FORBRUKSVARER    | 254 | 70 534,48            | 50000                | 20000        | 70 000,00            |
| 11140 MEDISINER                   | 254 | 74 788,08            | 50000                | 25000        | 75 000,00            |
| 11150 MAT OG DRIKKEVARER, VAREKJØ | 254 | 236,74               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11153 BEVERTNING MØTER, KURS OL   | 254 | 314,72               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11202 ARBEIDSTØY                  | 254 | 12 952,80            | 15000                |              | 15 000,00            |
| 11206 PAPIR/PLAST                 | 254 | 25 156,63            | 14000                | 15000        | 29 000,00            |
| 11230 VELFERDSTILTAK ANSATTE      | 254 | 1 809,08             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11231 VELFERDSTILTAK BRUKERE      | 254 | 515,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11300 TELEFON,LINJE,SAMBAND       | 254 | 5 163,00             | 0                    | 5000         | 5 000,00             |
| 11303 GEBYRER BANK/POST           | 254 | 6 965,38             | 0                    | 7000         | 7 000,00             |
| 11304 INTERNETT                   | 254 | 1 534,20             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11500 KURS/OPPLÆRING              | 254 | 0,00                 | 5000                 | -5000        | 0,00                 |
| 11510 ANDRE REISEKOSTNADER        | 254 | 4 864,34             | 0                    | 5000         | 5 000,00             |

|  |                      |                      |             |                      |
|--|----------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| 11600 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE 254     | 32 475,50            | 80000                | -40000      | 40 000,00            |
| 11605 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE 254     | 2 665,57             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11653 UTGIFTSDEKNING 254                 | 9 990,60             | 0                    | 10000       | 10 000,00            |
| 11655 OPPGAVEPLIKTIGE HONORAR 254        | 25 000,00            | 0                    | 22 000,00   | 22 000,00            |
| 11700 DRIVSTOFF BILER M/GRØNNE SK 254    | 119 436,41           | 120000               |             | 120 000,00           |
| 11701 VEDLIKEHOLD BILER M/GRØNNE 254     | 30 720,00            | 50000                | -20000      | 30 000,00            |
| 11703 TRANSPORT 120                      | 112,50               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11703 TRANSPORT 254                      | 335,71               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11706 DRIVSTOFF BILER M/HVITE SKILT 254  | 19 355,24            | 0                    | 20000       | 20 000,00            |
| 11707 VEDLIKEHOLD BILER M/HVITE SK 254   | 17 068,44            | 0                    | 17000       | 17 000,00            |
| 11800 STRØM 254                          | 178,74               | 8000                 |             | 8 000,00             |
| 11800 STRØM 265                          | 20 976,71            | 0                    | 12000       | 12 000,00            |
| 11850 FORSIKRING 254                     | 0,00                 | 15000                | -15000      | 0,00                 |
| 11855 ANSVARFORSIKRING 254               | 18 255,16            | 0                    | 15000       | 15 000,00            |
| 11900 HUSLEIE 254                        | 14 000,00            | 0                    |             | 0,00                 |
| 11900 HUSLEIE 265                        | 71 344,00            | 32500                | 40000       | 72 500,00            |
| 12000 INVENTAR OG UTSTYR 254             | 28 080,20            | 0                    | 30000       | 30 000,00            |
| 12100 LEIE/LEASING BILER M/GRØNNE SK 254 | 280 082,35           | 560000               | -200000     | 360 000,00           |
| 12504 MATERIELL SKADEREPERASJON 254      | 1 099,00             | 0                    |             | 0,00                 |
| 12703 LEGEKONSULTASJON 254               | 702,00               | 0                    |             | 0,00                 |
| 12704 VIKARTJENESTER 254                 | 70 844,00            | 0                    | 71000       | 71 000,00            |
| 12705 KONSULENTTJENESTER 254             | 5 006,60             | 17600                | -12000      | 5 600,00             |
| 14713 ERSTATNINGER 254                   | 204,00               | 0                    |             | 0,00                 |
| 14740 EGENANDEL SKADE 254                | 1 437,00             | 0                    |             | 0,00                 |
| 15009 FORSINKELSESENTER/GEBYRE 254       | 250,06               | 0                    |             | 0,00                 |
| <b>11-59 Øvrige utgifter</b>             | <b>3 010 673,42</b>  | <b>3355845</b>       |             |                      |
| 16000 EGENANDELER 254                    | 0,00                 | -110000              |             | -110 000,00          |
| 17000 REFUSJON FRA STATEN 254            | (22 000,00)          | 0                    | (22 000,00) | -22 000,00           |
| <b>60-99 Inntekter</b>                   | <b>(22 000,00)</b>   | <b>-110000</b>       |             |                      |
| <b>320 Hjemmesykepleie</b>               | <b>15 055 257,98</b> | <b>15 032 265,82</b> |             | <b>15 032 265,82</b> |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER 243        | 0,00                 | 312335,89            |             | 312 335,89           |
| 10100 LØNN I FASTE STILLINGER 254        | 1 799 377,69         | 2039802,75           |             | 2 039 802,75         |
| 10190 FASTE TILLEGG 254                  | 0,00                 | 10124                |             | 10 124,00            |
| 10201 LØNN SYKEVIKARER 254               | 3 647,14             | 0                    | 8 000,00    | 8 000,00             |
| 10202 LØNN FERIEVIKARER 254              | 7 807,39             | 0                    | 8 000,00    | 8 000,00             |
| 10400 OVERTID 254                        | 0,00                 | 10000                |             | 10 000,00            |
| 10504 LØNN FOREBYGGENDE TILTAK 254       | 0,00                 | 30000                |             | 30 000,00            |
| 10510 DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE 254       | 2 483,98             | 2075                 |             | 2 075,00             |
| 17100 REFUSJON SYKEPENSER 254            | (15 931,00)          | 0                    | (16 000,00) | -16 000,00           |
| <b>01-09 Lønn inkl sos. utg</b>          | <b>1 797 385,20</b>  | <b>2404337,64</b>    |             |                      |
| 10900 PENSJON KLP 243                    | 0,00                 | 60380                |             | 60 380,00            |
| 10900 PENSJON KLP 254                    | 359 586,68           | 384442               |             | 384 442,00           |
| 11100 MEDISINSKE FORBRUKSVARER 254       | 3 619,25             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11140 MEDISINER 254                      | 12 494,20            | 0                    |             | 0,00                 |
| 11201 ANDRE DRIFTSUTGIFTER 254           | 152,00               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11206 PAPIR/PLAST 254                    | 1 183,08             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11230 VELFERDSTILTAK ANSATTE 254         | 515,00               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11231 VELFERDSTILTAK BRUKERE 254         | 584,90               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11303 GEBYRER BANK/POST 254              | 1 303,88             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11304 INTERNETT 254                      | 399,20               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11500 KURS/OPPLÆRING 254                 | 800,00               | 5000                 |             | 5 000,00             |
| 11510 ANDRE REISEKOSTNADER 254           | 384,00               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11600 KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE 254     | 679,40               | 1000                 |             | 1 000,00             |
| 11700 DRIVSTOFF BILER M/GRØNNE SK 254    | 12 566,20            | 0                    |             | 0,00                 |
| 11701 VEDLIKEHOLD BILER M/GRØNNE 254     | 2 022,40             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11703 TRANSPORT 254                      | 335,71               | 0                    |             | 0,00                 |
| 11706 DRIVSTOFF BILER M/HVITE SKILT 254  | 5 609,25             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11707 VEDLIKEHOLD BILER M/HVITE SK 254   | 4 202,00             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11800 STRØM 265                          | 0,00                 | 0                    |             | 0,00                 |
| 11850 FORSIKRING 254                     | 16 860,00            | 0                    |             | 0,00                 |
| 11855 ANSVARFORSIKRING 254               | 5 304,74             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11900 HUSLEIE 254                        | 4 537,00             | 0                    |             | 0,00                 |
| 11900 HUSLEIE 265                        | 18 148,00            | 0                    |             | 0,00                 |

|              |                                |     |                     |                     |              |                     |
|--------------|--------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L    | 254 | 0,00                | 8000                | -8000        | 0,00                |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR             | 254 | 9 708,63            | 0                   | 8000         | 8 000,00            |
| 12100        | LEIE/LEASING BILER M/GRØNNE    | 254 | 36 388,69           | 70000               | -35000       | 35 000,00           |
| 12103        | LEIE/LEASING BILER M/HVITE SKI | 254 | 55 759,35           | 0                   | 35000        | 35 000,00           |
| 12200        | LEASING KONTORMASKINER         | 254 | 19 634,39           | 13000               |              | 13 000,00           |
| 12504        | MATERIELL SKADEREPERASJON      | 254 | 19 658,00           | 0                   |              | 0,00                |
| 12701        | SKJENKEKONTROLL                | 254 | 64 973,00           | 0                   |              | 0,00                |
| 12704        | VIKARTJENESTER                 | 254 | 13 445,28           | 0                   |              | 0,00                |
| 12705        | KONSULENTTJENESTER             | 254 | 11 888,52           | 0                   |              | 0,00                |
| 12906        | INTERNKJØP RENTER VA           | 254 | 292,96              | 0                   |              | 0,00                |
| 14731        | TIL GRENDELAGE, LAG, FORENINGE | 254 | 40 000,00           | 20000               |              | 20 000,00           |
| 14740        | EGENANDEL SKADE                | 254 | 500,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 15009        | FORSINKELSESENTER/GEBYRE       | 254 | 29,30               | 0                   |              | 0,00                |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>         |     | <b>723 565,01</b>   | <b>561822</b>       |              |                     |
| <b>321</b>   | <b>Rus- og psykisk helse</b>   |     | <b>2 520 950,21</b> | <b>2 966 159,64</b> |              | <b>2 966 159,64</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER        | 253 | 2 565,63            | 0                   |              | 0,00                |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER        | 254 | 2 533 891,02        | 3125643,489         |              | 3 125 643,49        |
| 10190        | FASTE TILLEGG                  | 253 | 3 655,89            | 0                   |              | 0,00                |
| 10190        | FASTE TILLEGG                  | 254 | 523 825,47          | 688593              |              | 688 593,00          |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER               | 253 | 7 151,35            | 0                   |              | 0,00                |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER               | 254 | 137 947,44          | 0                   | 93 000,00    | 93 000,00           |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER              | 254 | 119 272,36          | 224000              |              | 224 000,00          |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR             | 254 | 76 976,39           | 20000               | 57 000,00    | 77 000,00           |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER          | 253 | 916,51              | 0                   |              | 0,00                |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER          | 254 | 54 510,37           | 90000               |              | 90 000,00           |
| 10301        | EKSTRAHJELP                    | 253 | 5 408,58            | 0                   |              | 0,00                |
| 10301        | EKSTRAHJELP                    | 254 | 26 653,27           | 30000               |              | 30 000,00           |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP      | 253 | 658,56              | 0                   |              | 0,00                |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP      | 254 | 1 362,32            | 0                   |              | 0,00                |
| 10400        | OVERTID                        | 254 | 29 176,94           | 21000               |              | 21 000,00           |
| 10505        | LEDSAGER                       | 254 | 64 914,87           | 0                   | 65 000,00    | 65 000,00           |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE       | 254 | 8 959,24            | 5186                | 4 000,00     | 9 186,00            |
| 10590        | FORSKJ.ARB.TID                 | 254 | 8 434,23            | 3000                | 6 000,00     | 9 000,00            |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENSER            | 254 | (225 325,00)        | 0                   | (225 000,00) | -225 000,00         |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>      |     | <b>3 380 955,44</b> | <b>4207422,489</b>  |              |                     |
| 10900        | PENSJON KLP                    | 253 | 2 700,99            | 0                   |              | 0,00                |
| 10900        | PENSJON KLP                    | 254 | 606 244,19          | 811871              |              | 811 871,00          |
| 11203        | FORBRUKSVARER                  | 254 | 1 552,00            | 0                   |              | 0,00                |
| 11206        | PAPIR/PLAST                    | 254 | 3 437,92            | 0                   |              | 0,00                |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST              | 254 | 927,40              | 0                   |              | 0,00                |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING                 | 254 | 0,00                | 5000                | -5000        | 0,00                |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE     | 254 | 3 334,00            | 1000                | 5000         | 6 000,00            |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE     | 254 | 259,70              | 0                   |              | 0,00                |
| 11701        | VEDLIKEHOLD BILER M/GRØNNE     | 254 | 0,00                | 0                   |              | 0,00                |
| 11706        | DRIVSTOFF BILER M/HVITE SKILT  | 254 | 5 654,03            | 0                   |              | 0,00                |
| 11707        | VEDLIKEHOLD BILER M/HVITE SK   | 254 | 4 850,00            | 0                   |              | 0,00                |
| 11800        | STRØM                          | 265 | 13 037,02           | 15000               |              | 15 000,00           |
| 11855        | ANSVARSFORSIKRING              | 254 | 1 391,10            | 0                   |              | 0,00                |
| 11900        | HUSLEIE                        | 254 | 0,00                | 0                   |              | 0,00                |
| 11900        | HUSLEIE                        | 265 | 78 545,00           | 100000              |              | 100 000,00          |
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L    | 254 | 2 713,00            | 2500                |              | 2 500,00            |
| 12100        | LEIE/LEASING BILER M/GRØNNE    | 254 | 0,00                | 45000               | -45000       | 0,00                |
| 12103        | LEIE/LEASING BILER M/HVITE SKI | 254 | 56 327,74           | 0                   | 45000        | 45 000,00           |
| 15009        | FORSINKELSESENTER/GEBYRE       | 254 | 14,65               | 0                   |              | 0,00                |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>         |     | <b>780 988,74</b>   | <b>980371</b>       |              |                     |
| <b>323</b>   | <b>Fosseng Psykiatri</b>       |     | <b>4 161 944,18</b> | <b>5 187 793,49</b> |              | <b>5 187 793,49</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER        | 254 | 5 822 063,07        | 6184045,91          |              | 6 184 045,91        |
| 10190        | FASTE TILLEGG                  | 254 | 1 104 925,54        | 1218399             |              | 1 218 399,00        |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER               | 254 | 449 561,04          | 0                   | 269 000,00   | 269 000,00          |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER              | 254 | 401 194,01          | 408000              |              | 408 000,00          |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR             | 254 | 104 975,54          | 44000               |              | 44 000,00           |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER          | 254 | 210 426,96          | 141477              |              | 141 477,00          |
| 10301        | EKSTRAHJELP                    | 254 | 255 606,87          | 162773              |              | 162 773,00          |



|              |  |     |                      |                      |              |                      |
|--------------|--|-----|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP                        | 254 | 55 844,79            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10400        | OVERTID  | 254 | 56 329,66            | 59000                |              | 59 000,00            |
| 10505        | LEDSAGER   | 254 | 7 165,06             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE                         | 254 | 19 491,39            | 28400                |              | 28 400,00            |
| 10590        | FORSKJ.ARB.TID                                   | 254 | 5 167,38             | 11000                |              | 11 000,00            |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER                              | 254 | (268 975,00)         | 0                    | (269 000,00) | -269 000,00          |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>                        |     | <b>8 223 776,31</b>  | <b>8257094,91</b>    |              |                      |
| 10900        | PENSJON KLP                                      | 254 | 1 509 453,38         | 1591156              |              | 1 591 156,00         |
| 11202        | ARBEIDSTØY                                       | 254 | 0,00                 | 12000                |              | 12 000,00            |
| 11203        | FORBRUKSVARER                                    | 254 | 162,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11206        | PAPIR/PLAST                                      | 254 | 5 705,48             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE                           | 254 | 945,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST                                | 254 | 1 854,80             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING                                   | 254 | 0,00                 | 5000                 |              | 5 000,00             |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                       | 254 | 7 052,50             | 1000                 |              | 1 000,00             |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                       | 254 | 721,88               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11706        | DRIVSTOFF BILER M/HVITE SKILT                    | 254 | 30 231,81            | 0                    | 30 000,00    | 30 000,00            |
| 11707        | VEDLIKEHOLD BILER M/HVITE SK                     | 254 | 10 984,00            | 0                    |              | 0,00                 |
| 11800        | STRØM  | 254 | 2 324,53             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11800        | STRØM  | 265 | 25 332,97            | 18000                |              | 18 000,00            |
| 11855        | ANSVARSFORSIKRING                                | 254 | 4 637,00             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11900        | HUSLEIE  | 265 | 192 225,00           | 200000               |              | 200 000,00           |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR                               | 254 | 9 567,73             | 0                    | 9 000,00     | 9 000,00             |
| 12100        | LEIE/LEASING BILER M/GRØNNE                      | 254 | 0,00                 | 122000               | -122000      | 0,00                 |
| 12103        | LEIE/LEASING BILER M/HVITE SKI                   | 254 | 98 757,67            | 0                    | 122000       | 122 000,00           |
| 14740        | EGENANDEL SKADE                                  | 254 | 15 000,00            | 0                    |              | 0,00                 |
| 15009        | FORSINKELSESENTER/GEBYRE                         | 254 | 29,30                | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>                           |     | <b>1 914 985,05</b>  | <b>1949156</b>       |              |                      |
| 16200        | SALGSINTEKTER                                    | 254 | (16 398,00)          | 0                    | (16 000,00)  | -16 000,00           |
| 17000        | REFUSJON FRA STATEN                              | 234 | (10 000,00)          | 0                    | (10 000,00)  | -10 000,00           |
| 17300        | REFUSJON FRA FYLKET                              | 254 | (4 420,54)           | 0                    | (5 000,00)   | -5 000,00            |
| 17701        | REFUSJONER FRA PRIVATE                           | 254 | (7 540,52)           | -20000               | (8 000,00)   | -28 000,00           |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>                                 |     | <b>(38 359,06)</b>   | <b>-20000</b>        |              |                      |
| <b>324</b>   | <b>Høgegga hjemmetjeneste psykisk utviklings</b> |     | <b>10 100 402,30</b> | <b>10 186 250,91</b> |              | <b>10 186 250,91</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER                          | 234 | 482 565,37           | 507051,57            |              | 507 051,57           |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER                          | 254 | 8 434,62             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10190        | FASTE TILLEGG                                    | 234 | 18 536,74            | 24386                |              | 24 386,00            |
| 10301        | EKSTRAHJELP                                      | 234 | 421,82               | 0                    |              | 0,00                 |
| 10503        | OMSORGLØNN                                       | 234 | 1 048 889,33         | 780000               | 130000       | 910 000,00           |
| 10504        | LØNN FOREBYGGENDE TILTAK                         | 234 | 0,00                 | 30000                | -30000       | 0,00                 |
| 10507        | TELEFONORDNING                                   | 234 | 275,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE                         | 234 | 1 300,16             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE                         | 254 | 484,80               | 0                    |              | 0,00                 |
| 10577        | AVLASTNING                                       | 234 | 148 649,32           | 300000               | -100000      | 200 000,00           |
| 10577        | AVLASTNING                                       | 243 | 46 056,04            | 0                    |              | 0,00                 |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER                              | 234 | 0,00                 | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>                        |     | <b>1 755 613,20</b>  | <b>1641437,57</b>    |              |                      |
| 10900        | PENSJON KLP                                      | 234 | 77 687,24            | 104815               |              | 104 815,00           |
| 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE                           | 254 | 220,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11231        | VELFERDSTILTAK BRUKERE                           | 254 | 686,53               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST                                | 254 | 1 045,57             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11505        | FLYREISER  | 234 | 9 667,86             | 0                    | 8 000,00     | 8 000,00             |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                       | 234 | 45 919,05            | 22800                | 20000        | 42 800,00            |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                       | 254 | 4 631,70             | 0                    | 20000        | 20 000,00            |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                       | 234 | 5 817,45             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                       | 254 | 408,11               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11656        | UTGIFTSDEKNING STØTTEKONTA                       | 234 | 0,00                 | 20000                | -20000       | 0,00                 |
| 11659        | UTGIFTSDEKNING AVLASTNING                        | 234 | 20 375,38            | 70000                | -35000       | 35 000,00            |
| 11659        | UTGIFTSDEKNING AVLASTNING                        | 243 | 4 972,00             | 0                    |              | 0,00                 |
| 11700        | DRIVSTOFF BILER M/GRØNNE SK                      | 254 | 0,00                 | 0                    |              | 0,00                 |
| 11706        | DRIVSTOFF BILER M/HVITE SKILT                    | 254 | 5 213,71             | 0                    | 5000         | 5 000,00             |
| 11707        | VEDLIKEHOLD BILER M/HVITE SK                     | 254 | 3 556,00             | 0                    | 5000         | 5 000,00             |
| 11855        | ANSVARSFORSIKRING                                | 254 | 2 318,50             | 0                    | 5000         | 5 000,00             |

|              |  |     |                     |                     |              |                     |
|--------------|--|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR                                 | 254 | 26 000,00           | 0                   | 26 000,00    | 26 000,00           |
| 12100        | LEIE/LEASING BILER M/GRØNNE                        | 234 | 0,00                | 68000               | -68000       | 0,00                |
| 12103        | LEIE/LEASING BILER M/HVITE SKI                     | 254 | 49 384,82           | 0                   | 68000        | 68 000,00           |
| 15009        | FORSINKELSESDRENT/GEBYRE                           | 254 | 14,65               | 0                   |              | 0,00                |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>                             |     | <b>257 918,57</b>   | <b>285615</b>       |              |                     |
| 17910        | FEIL UTBETALING LØNN                               | 234 | (34 037,91)         | 0                   | (34 000,00)  | -34 000,00          |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>                                   |     | <b>(34 037,91)</b>  | <b>0</b>            |              |                     |
| <b>325</b>   | <b>Miljøarbeidertjenesten omsorgstilbud funk.h</b> |     | <b>1 979 493,86</b> | <b>1 927 052,57</b> |              | <b>1 927 052,57</b> |
| 11705        | TRANSPORT  | 234 | 0,00                | 250000              |              | 250 000,00          |
| 11800        | STRØM  | 234 | 0,00                | 0                   |              | 0,00                |
| 13301        | TIL FYLKESKOMMUNEN                                 | 234 | 37 620,00           | 130000              |              | 130 000,00          |
| 13700        | DRIFTSAVTALE PRIVATE                               | 234 | 1 556 045,00        | 2340000             | 39 000,00    | 2 379 000,00        |
| 13700        | DRIFTSAVTALE PRIVATE                               | 254 | 193 945,00          | 0                   |              | 0,00                |
| 14721        | OVERFØRINGER TIL PRIVATE                           | 254 | 0,00                | 30000               |              | 30 000,00           |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>                             |     | <b>1 787 610,00</b> | <b>2750000</b>      |              |                     |
| 16000        | EGENANDELER  | 234 | 0,00                | -10000              | 10 000,00    | 0,00                |
| 16000        | EGENANDELER  | 254 | (49 230,00)         | 0                   | (49 000,00)  | -49 000,00          |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>                                   |     | <b>(49 230,00)</b>  | <b>-10000</b>       |              |                     |
| <b>326</b>   | <b>Dagtilbud funksjonshemmede</b>                  |     | <b>1 738 380,00</b> | <b>2 740 000,00</b> |              | <b>2 740 000,00</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER                            | 254 | 5 843 282,47        | 6196424,01          |              | 6 196 424,01        |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER                            | 285 | 3 705,46            | 0                   |              | 0,00                |
| 10190        | FASTE TILLEGG                                      | 254 | 1 315 191,49        | 1332274             |              | 1 332 274,00        |
| 10190        | FASTE TILLEGG                                      | 285 | 3 070,75            | 0                   |              | 0,00                |
| 10200        | LØNN SVANGERSK.VIK.80/100                          | 254 | 16 749,80           | 0                   |              | 0,00                |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER                                   | 254 | 287 110,52          | 0                   | 245 000,00   | 245 000,00          |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER                                   | 285 | 1 826,21            | 0                   |              | 0,00                |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER                                  | 254 | 313 128,05          | 400000              |              | 400 000,00          |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR                                 | 254 | 72 583,25           | 103000              |              | 103 000,00          |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER                              | 254 | 160 509,34          | 388676              |              | 388 676,00          |
| 10301        | EKSTRAHJELP  | 254 | 216 818,55          | 290000              |              | 290 000,00          |
| 10301        | EKSTRAHJELP  | 285 | 3 705,46            | 0                   |              | 0,00                |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP                          | 254 | 57 730,96           | 0                   |              | 0,00                |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP                          | 285 | 4 246,75            | 0                   |              | 0,00                |
| 10400        | OVERTID  | 254 | 417 776,06          | 40000               |              | 40 000,00           |
| 10505        | LEDSAGER   | 254 | 21 100,24           | 0                   |              | 0,00                |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE                           | 254 | 22 024,22           | 23000               |              | 23 000,00           |
| 10590        | FORSKJ.ARB.TID                                     | 254 | 85 189,46           | 20000               |              | 20 000,00           |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENSER                                | 254 | (245 075,00)        | 0                   | (245 000,00) | -245 000,00         |
| 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ                          | 254 | 244,00              | 0                   |              | 0,00                |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>                          |     | <b>8 600 918,04</b> | <b>8793374,01</b>   |              |                     |
| 10900        | PENSJON KLP  | 254 | 1 479 543,86        | 1696222             |              | 1 696 222,00        |
| 10900        | PENSJON KLP  | 285 | 1 649,50            | 0                   |              | 0,00                |
| 11010        | ABONNEMENT, FAGLITTERATUR                          | 254 | 4 922,00            | 4500                |              | 4 500,00            |
| 11140        | MEDISINER  | 254 | 224,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11202        | ARBEIDSTØY   | 254 | 10 316,80           | 12000               |              | 12 000,00           |
| 11203        | FORBRUKSVARER                                      | 254 | 2 925,20            | 0                   |              | 0,00                |
| 11206        | PAPIR/PLAST  | 254 | 3 465,40            | 0                   |              | 0,00                |
| 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE                             | 254 | 525,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST                                  | 254 | 126,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING                                     | 254 | 531,40              | 5000                |              | 5 000,00            |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                         | 254 | 12 244,70           | 1000                |              | 1 000,00            |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE                         | 254 | 391,67              | 0                   |              | 0,00                |
| 11650        | TELEFONGODTGJØRELSE                                | 254 | 216,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11653        | UTGIFTSDEKNING                                     | 254 | 150,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11655        | OPPGAVEPLIKTIGE HONORAR                            | 254 | 50 000,00           | 0                   |              | 0,00                |
| 11703        | TRANSPORT  | 254 | 2 548,21            | 0                   |              | 0,00                |
| 11705        | TRANSPORT  | 254 | 34 366,07           | 0                   |              | 0,00                |
| 11800        | STRØM  | 265 | 66 276,18           | 60000               |              | 60 000,00           |
| 11900        | HUSLEIE  | 265 | 402 344,00          | 497000              |              | 497 000,00          |
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L                        | 254 | 6 782,50            | 5200                |              | 5 200,00            |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR                                 | 254 | 46 469,09           | 0                   |              | 0,00                |
| 12002        | EDB-UTSTYR   | 254 | 7 798,43            | 0                   |              | 0,00                |
| 12200        | LEASING KONTORMASKINER                             | 254 | 5 657,14            | 5600                |              | 5 600,00            |

|              |                             |     |                      |                      |              |                      |
|--------------|-----------------------------|-----|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| 12312        | VEDLIKEHOLD INVENTAR/UTSTYF | 254 | 29 076,60            | 0                    |              | 0,00                 |
| 12703        | LEGEKONSULTASJON            | 254 | 723,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 12704        | VIKARTJENESTER              | 254 | 463 672,00           | 0                    | 311 000,00   | 311 000,00           |
| 12705        | KONSULENTTJENESTER          | 254 | 0,00                 | 6200                 |              | 6 200,00             |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>      |     | <b>2 632 944,75</b>  | <b>2292722</b>       |              |                      |
| 17007        | REFUSJON FRA UNN            | 254 | (311 069,14)         | 0                    | (311 000,00) | -311 000,00          |
| 17300        | REFUSJON FRA FYLKET         | 254 | (2 413,33)           | 0                    |              | 0,00                 |
| 17701        | REFUSJONER FRA PRIVATE      | 254 | (13 999,20)          | -40000               |              | -40 000,00           |
| 17910        | FEIL UT BETALING LØNN       | 254 | (5 436,88)           | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>            |     | <b>(332 918,55)</b>  | <b>-40000</b>        |              |                      |
| <b>327</b>   | <b>Guleng bofellesskap</b>  |     | <b>10 900 944,24</b> | <b>11 046 096,01</b> |              | <b>11 046 096,01</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER     | 253 | 1 583 837,02         | 1738973,379          |              | 1 738 973,38         |
| 10190        | FASTE TILLEGG               | 253 | 42 015,54            | 81997                |              | 81 997,00            |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER            | 253 | 21 059,02            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER           | 253 | 76 517,12            | 100000               |              | 100 000,00           |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR          | 253 | 1 322,46             | 62000                |              | 62 000,00            |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER       | 253 | 3 743,60             | 3400                 |              | 3 400,00             |
| 10301        | EKSTRAHJELP                 | 253 | 27 457,24            | 20000                | 8 000,00     | 28 000,00            |
| 10400        | OVERTID                     | 253 | 8 453,92             | 0                    |              | 0,00                 |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER         | 253 | (7 723,00)           | 0                    | (8 000,00)   | -8 000,00            |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>   |     | <b>1 756 682,92</b>  | <b>2006370,379</b>   |              |                      |
| 10900        | PENSJON KLP                 | 253 | 346 363,57           | 387746               |              | 387 746,00           |
| 11100        | MEDISINSKE FORBRUKSVARER    | 253 | 548,10               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11140        | MEDISINER                   | 253 | 778,80               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11150        | MAT OG DRIKKEVARER, VAREKJØ | 253 | 1 870 397,27         | 2590000              | -400000      | 2 190 000,00         |
| 11200        | RENGJØRINGSMATERIELL        | 253 | 377,51               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER        | 253 | 9 712,40             | 15000                | -5000        | 10 000,00            |
| 11202        | ARBEIDSTØY                  | 253 | 891,20               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11206        | PAPIR/PLAST                 | 253 | 543,52               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11230        | VELFERDSTILTAK ANSATTE      | 253 | 5 822,00             | 0                    | 4000         | 4 000,00             |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST           | 253 | 218,52               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING              | 253 | 0,00                 | 2000                 | -2000        | 0,00                 |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 253 | 1 845,00             | 0                    | 2000         | 2 000,00             |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE  | 253 | 137,60               | 0                    |              | 0,00                 |
| 11653        | UTGIFTSDEKNING              | 253 | 124,11               | 0                    |              | 0,00                 |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR          | 253 | 319,20               | 0                    |              | 0,00                 |
| 12312        | VEDLIKEHOLD INVENTAR/UTSTYF | 253 | 8 178,40             | 0                    | 5000         | 5 000,00             |
| 12403        | SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR  | 253 | 255,20               | 0                    |              | 0,00                 |
| 13707        | FRAKT                       | 253 | 576,00               | 0                    |              | 0,00                 |
| 15009        | FORSINKELSESENTER/GEBYRE    | 253 | 2 300,01             | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>      |     | <b>2 249 388,41</b>  | <b>2994746</b>       |              |                      |
| 16001        | MATPENGER                   | 253 | (144 193,95)         | -158330              |              | -158 330,00          |
| 16200        | SALGSINNTEKTER              | 253 | (340,00)             | 0                    |              | 0,00                 |
| 16200        | SALGSINNTEKTER              | 254 | (264 825,00)         | -740160              | 400000       | -340 160,00          |
| 16511        | DIV SALGSINNTÉKT M/MVA      | 253 | (3 672,00)           | -4000                |              | -4 000,00            |
| 17701        | REFUSJONER FRA PRIVATE      | 253 | (3 302,44)           | 0                    | -4000        | -4 000,00            |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>            |     | <b>(416 333,39)</b>  | <b>-902490</b>       |              |                      |
| <b>330</b>   | <b>Kjøkken Sonjatun</b>     |     | <b>3 589 737,94</b>  | <b>4 098 626,38</b>  |              | <b>4 098 626,38</b>  |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER     | 253 | 2 476 658,26         | 0                    |              | 0,00                 |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER     | 254 | 0,00                 | 1900000              |              | 1 900 000,00         |
| 10190        | FASTE TILLEGG               | 253 | 122 949,78           | 0                    |              | 0,00                 |
| 10190        | FASTE TILLEGG               | 254 | 0,00                 | 300000               |              | 300 000,00           |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER            | 253 | 23 100,24            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER            | 254 | 0,00                 | 10000                |              | 10 000,00            |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER           | 254 | 0,00                 | 200000               |              | 200 000,00           |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR          | 254 | 0,00                 | 100000               |              | 100 000,00           |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER       | 252 | 14,64                | 0                    |              | 0,00                 |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER       | 253 | 7 501,00             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10301        | EKSTRAHJELP                 | 253 | 32 248,51            | 0                    |              | 0,00                 |
| 10301        | EKSTRAHJELP                 | 254 | 0,00                 | 100000               |              | 100 000,00           |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 253 | 6 124,28             | 0                    |              | 0,00                 |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP   | 254 | 0,00                 | 100000               |              | 100 000,00           |
| 10400        | OVERTID                     | 253 | 165 286,32           | 0                    | 129 000,00   | 129 000,00           |

|              |                               |     |                     |                     |              |                     |
|--------------|-------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER           | 253 | (47 738,00)         | 0                   | (48 000,00)  | -48 000,00          |
| 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ     | 253 | (80 944,00)         | 0                   | (81 000,00)  | -81 000,00          |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>     |     | <b>2 705 201,03</b> | <b>2710000</b>      |              |                     |
| 10900        | PENSJON KLP                   | 253 | 465 290,11          | 0                   |              | 0,00                |
| 10900        | PENSJON KLP                   | 254 | 0,00                | 470000              |              | 470 000,00          |
| 11056        | AKTIVITETSMATERIELL           | 254 | 3 011,83            | 0                   |              | 0,00                |
| 11150        | MAT OG DRIKKEVARER, VAREKJØ   | 254 | 25 044,55           | 0                   |              | 0,00                |
| 11153        | BEVERTNING MØTER, KURS OL     | 254 | 980,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER          | 254 | 8 231,74            | 0                   |              | 0,00                |
| 11203        | FORBRUKSVARER                 | 254 | 4 501,76            | 10000               |              | 10 000,00           |
| 11219        | HOTELL/OVERNATTING            | 254 | 1 360,79            | 0                   |              | 0,00                |
| 11223        | HOTELL/OVERNATTING            | 254 | 5 712,85            | 0                   |              | 0,00                |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST             | 254 | 202,00              | 0                   |              | 0,00                |
| 11304        | INTERNETT                     | 254 | 3 232,00            | 0                   |              | 0,00                |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING                | 254 | 11 541,66           | 0                   |              | 0,00                |
| 11505        | FLYREISER                     | 254 | 21 425,00           | 0                   |              | 0,00                |
| 11510        | ANDRE REISEKOSTNADER          | 254 | 2 795,00            | 0                   |              | 0,00                |
| 11511        | OPPLÆRING ANDRE               | 254 | 23 300,89           | 0                   | 10000        | 10 000,00           |
| 11653        | UTGIFTSDEKNING                | 253 | 684,70              | 0                   |              | 0,00                |
| 11703        | TRANSPORT                     | 253 | 169,64              | 0                   |              | 0,00                |
| 11703        | TRANSPORT                     | 254 | 450,00              | 10000               | -10000       | 0,00                |
| 11706        | DRIVSTOFF BILER M/HVITE SKILT | 254 | 796,18              | 0                   |              | 0,00                |
| 11900        | HUSLEIE                       | 254 | 99 187,00           | 150000              |              | 150 000,00          |
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L   | 254 | 0,00                | 50000               | -50000       | 0,00                |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR            | 254 | 238 606,56          | 100000              | 50000        | 150 000,00          |
| 12312        | VEDLIKEHOLD INVENTAR/UTSTYR   | 254 | 537,17              | 0                   |              | 0,00                |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>        |     | <b>917 061,43</b>   | <b>790000</b>       |              |                     |
| <b>335</b>   | <b>Solbakken botiltak</b>     |     | <b>3 622 262,46</b> | <b>3 500 000,00</b> |              | <b>3 500 000,00</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER       | 241 | 6 620 267,88        | 6952653,85          |              | 6 952 653,85        |
| 10190        | FASTE TILLEGG                 | 241 | 330 917,82          | 354307              |              | 354 307,00          |
| 10200        | LØNN SVANGERSK.VIK.80/100     | 241 | 68 951,84           | 0                   | 130 000,00   | 130 000,00          |
| 10201        | LØNN SYKEVIKARER              | 241 | 58 556,22           | 0                   | 111 000,00   | 111 000,00          |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER             | 241 | 270 195,86          | 300000              |              | 300 000,00          |
| 10203        | VIKAR ANNET FRAVÆR            | 241 | 34 943,12           | 55000               |              | 55 000,00           |
| 10290        | FASTE TILLEGG VIKARER         | 241 | 17 174,03           | 17000               |              | 17 000,00           |
| 10301        | EKSTRAHJELP                   | 241 | 90 660,56           | 21846               | 69 000,00    | 90 846,00           |
| 10390        | FASTE TILLEGG EKSTRAHJELP     | 241 | 8 294,22            | 0                   | 10 000,00    | 10 000,00           |
| 10400        | OVERTID                       | 241 | 146 791,01          | 50000               | 100 000,00   | 150 000,00          |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE      | 241 | 192,80              | 0                   |              | 0,00                |
| 10515        | GODTGJØRING LEGEVAKT          | 241 | 1 897 381,97        | 1822154             | 75 000,00    | 1 897 154,00        |
| 10515        | GODTGJØRING LEGEVAKT          | 285 | 37 544,64           | 0                   | 38 000,00    | 38 000,00           |
| 10590        | FORSKJ.ARB.TID                | 241 | 37 433,45           | 0                   | 38 000,00    | 38 000,00           |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER           | 241 | (114 749,00)        | 0                   | (115 000,00) | -115 000,00         |
| 17101        | REFUSJON FØDSELSPENGER LØ     | 241 | (456 535,00)        | 0                   | (456 000,00) | -456 000,00         |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>     |     | <b>9 048 021,42</b> | <b>9572960,85</b>   |              |                     |
| 10900        | PENSJON KLP                   | 241 | 1 695 665,79        | 1858408             |              | 1 858 408,00        |
| 10900        | PENSJON KLP                   | 285 | 6 704,40            | 0                   |              | 0,00                |
| 11000        | KONTORUTGIFTER                | 241 | 35 027,33           | 40000               |              | 40 000,00           |
| 11100        | MEDISINSKE FORBRUKSVARER      | 241 | 488 430,87          | 480000              | 10000        | 490 000,00          |
| 11140        | MEDISINER                     | 241 | 68 361,72           | 110000              | -40000       | 70 000,00           |
| 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER          | 241 | 274 466,51          | 50000               | 72000        | 122 000,00          |
| 11301        | PORTO                         | 241 | 202,20              | 0                   |              | 0,00                |
| 11303        | GEBYRER BANK/POST             | 241 | 1 757,61            | 0                   |              | 0,00                |
| 11403        | ABONNEMENT, FAGLITTERATUR     | 241 | 9 307,00            | 6600                | 3000         | 9 600,00            |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING                | 241 | 0,00                | 5000                | -5000        | 0,00                |
| 11505        | FLYREISER                     | 241 | 8 524,11            | 0                   | 10000        | 10 000,00           |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE    | 241 | 4 713,20            | 1000                | 2000         | 3 000,00            |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE    | 241 | 312,70              | 0                   |              | 0,00                |
| 11655        | OPPGAVEPLIKTIGE HONORAR       | 241 | 50 749,32           | 0                   | 50000        | 50 000,00           |
| 11703        | TRANSPORT                     | 241 | 656,25              | 0                   |              | 0,00                |
| 11800        | STRØM                         | 241 | 0,00                | 0                   |              | 0,00                |
| 11800        | STRØM                         | 265 | 11 819,34           | 7000                | 15000        | 22 000,00           |
| 11900        | HUSLEIE                       | 265 | 97 446,83           | 97000               |              | 97 000,00           |

|              |                              |     |                       |                      |              |                      |
|--------------|------------------------------|-----|-----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L  | 241 | 384 559,50            | 278000               | 165000       | 443 000,00           |
| 12002        | EDB-UTSTYR                   | 241 | 907,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 12090        | MEDISINSK UTSTYR             | 241 | 2 979,00              | 50000                | -45000       | 5 000,00             |
| 12403        | SERVICE/VEDLIKEHOLD UTSTYR   | 241 | 62 817,29             | 85000                |              | 85 000,00            |
| 12601        | KJØP VASKERITJENESTER        | 241 | 148,80                | 0                    |              | 0,00                 |
| 13000        | TJENESTE KJØP FRA STATEN     | 241 | 2 820,00              | 0                    |              | 0,00                 |
| 13500        | TJEN.KJØP FRA ANDRE KOMM     | 241 | 0,00                  | 120000               | -120000      | 0,00                 |
| 13700        | DRIFTSAVTALE PRIVATE         | 241 | 3 292 681,67          | 3444000              |              | 3 444 000,00         |
| 13704        | TOLKETJENESTE                | 241 | 1 750,00              | 0                    |              | 0,00                 |
| 13711        | OVERFØRING LEGEHONORAR       | 241 | 1 470 029,00          | 1600000              |              | 1 600 000,00         |
| 15009        | FORSINKELSESRENTER/GEBYRE    | 241 | 54,01                 | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>       |     | <b>7 972 891,45</b>   | <b>8232008</b>       |              |                      |
| 16000        | EGENANDELER                  | 241 | (1 323 063,79)        | -2000000             | 600 000,00   | -1 400 000,00        |
| 16200        | SALGSINNTEKTER               | 241 | (521 336,00)          | -520700              |              | -520 700,00          |
| 16206        | EGENANDELER TURNUS LEGE      | 241 | (147 005,00)          | 0                    | (147 000,00) | -147 000,00          |
| 16300        | LEIEINNTEKTER HUS/LOKALER/M  | 265 | (81 000,00)           | 0                    | (81 000,00)  | -81 000,00           |
| 17000        | REFUSJON FRA STATEN          | 241 | (901 222,00)          | -220000              | (681 000,00) | -901 000,00          |
| 17004        | FASTLØNNSTILSKUDD FRA STATI  | 241 | 36 742,00             | -258000              | 295 000,00   | 37 000,00            |
| 17500        | REFUSJON FRA KOMMUNER        | 241 | (71 355,29)           | -200000              |              | -200 000,00          |
| 17701        | REFUSJONER FRA PRIVATE       | 241 | (24 960,00)           | -50000               | 14 000,00    | -36 000,00           |
| 17703        | REF.DRIFT/LEIE PRIVATE LEGER | 241 | (1 865 678,00)        | -1973100             |              | -1 973 100,00        |
| 17910        | FEIL UT BETALING LØNN        | 241 | (116 832,84)          | 0                    | (117 000,00) | -117 000,00          |
| <b>60-99</b> | <b>Inntekter</b>             |     | <b>(5 015 710,92)</b> | <b>-5221800</b>      |              |                      |
| <b>340</b>   | <b>Legetjenesten</b>         |     | <b>12 005 201,95</b>  | <b>12 583 168,85</b> |              | <b>12 583 168,85</b> |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER      | 241 | 1 640 917,16          | 2800147,099          | 558 000,00   | 3 358 147,10         |
| 10100        | LØNN I FASTE STILLINGER      | 285 | 836 931,65            | 0                    | 900 000,00   | 900 000,00           |
| 10190        | FASTE TILLEGG                | 241 | 18 379,53             | 0                    | 20 000,00    | 20 000,00            |
| 10202        | LØNN FERIEVIKARER            | 241 | 0,00                  | 5000                 |              | 5 000,00             |
| 10302        | LØNN ANNEN EKSTRAHJELP       | 241 | 1 605,91              | 0                    |              | 0,00                 |
| 10510        | DIV TREKKPLIKTIGE YTELSE     | 241 | 726,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 17100        | REFUSJON SYKEPENGER          | 241 | (33,00)               | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>01-09</b> | <b>Lønn inkl sos. utg</b>    |     | <b>2 498 527,25</b>   | <b>2805147,099</b>   |              |                      |
| 10900        | PENSJON KLP                  | 241 | 324 230,74            | 542270               |              | 542 270,00           |
| 10900        | PENSJON KLP                  | 285 | 166 786,67            | 0                    |              | 0,00                 |
| 11000        | KONTORUTGIFTER               | 241 | 1 256,80              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11010        | ABONNEMENT, FAGLITTERATUR    | 241 | 129,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11056        | AKTIVITETSMATERIELL          | 241 | 2 558,95              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11100        | MEDISINSKE FORBRUKSVARER     | 241 | 0,00                  | 1000                 |              | 1 000,00             |
| 11201        | ANDRE DRIFTSUTGIFTER         | 241 | 2 656,40              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11209        | ANNEN FORBRUKSMATR./FORBR    | 241 | 1 795,86              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11231        | VELFERDSTILTAK BRUKERE       | 241 | 71,00                 | 0                    |              | 0,00                 |
| 11401        | TRYKKING, KOPIERING          | 241 | 1 049,60              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11500        | KURS/OPPLÆRING               | 241 | 1 200,00              | 5000                 |              | 5 000,00             |
| 11600        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE   | 241 | 16 764,15             | 6000                 | 11 000,00    | 17 000,00            |
| 11605        | KOST OG KM GODTGJ. ANSATTE   | 241 | 1 583,40              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11653        | UTGIFTSDEKNING               | 241 | 1 000,00              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11655        | OPPGAVEPLIKTIGE HONORAR      | 241 | 8 000,00              | 0                    | 10 000,00    | 10 000,00            |
| 11703        | TRANSPORT                    | 241 | 2 708,13              | 0                    |              | 0,00                 |
| 11900        | HUSLEIE                      | 241 | 5 034,00              | 0                    | 5 000,00     | 5 000,00             |
| 11900        | HUSLEIE                      | 265 | 49 768,17             | 0                    | 50 000,00    | 50 000,00            |
| 11951        | PROGRAMVARE                  | 241 | 129,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 11959        | FASTE AVGIFTER,GEBYRER OG L  | 241 | 27 422,34             | 25600                |              | 25 600,00            |
| 12000        | INVENTAR OG UTSTYR           | 241 | 6 127,20              | 0                    | 6 000,00     | 6 000,00             |
| 13701        | DRIFTSTILSKUDD PRIVATE       | 241 | 817 570,00            | 842000               |              | 842 000,00           |
| 13702        | KJØP FRA PRIVATE             | 241 | 14 878,00             | 0                    | 15 000,00    | 15 000,00            |
| 13704        | TOLKETJENESTE                | 241 | 350,00                | 0                    |              | 0,00                 |
| 13709        | DIV. KJØP FRA ANDRE          | 241 | 3 155,00              | 0                    |              | 0,00                 |
| <b>11-59</b> | <b>Øvrige utgifter</b>       |     | <b>1 456 224,41</b>   | <b>1421870</b>       |              |                      |
| 16000        | EGENANDELER                  | 241 | (237 022,00)          | -194000              | (43 000,00)  | -237 000,00          |
| 16201        | KOPISALG                     | 120 | (765,00)              | 0                    |              | 0,00                 |
| 16300        | LEIEINNTEKTER HUS/LOKALER/M  | 265 | (16 470,97)           | 0                    | (17 000,00)  | -17 000,00           |
| 17000        | REFUSJON FRA STATEN          | 241 | (28 283,00)           | 0                    | (28 000,00)  | -28 000,00           |
| 17004        | FASTLØNNSTILSKUDD FRA STATI  | 241 | (851 594,00)          | -295000              | (557 000,00) | -852 000,00          |

|                                 |     |                       |                     |              |                     |
|---------------------------------|-----|-----------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| 17300 REFUSJON FRA FYLKET       | 241 | (900 000,00)          | 0                   | (900 000,00) | -900 000,00         |
| 18901 GAVER                     | 285 | (29 029,00)           | 0                   | (30 000,00)  | -30 000,00          |
| <b>60-99 Inntekter</b>          |     | <b>(2 063 163,97)</b> | <b>-489000</b>      |              |                     |
| <b>341 Fysioterapitjenesten</b> |     | <b>1 891 587,69</b>   | <b>3 738 017,10</b> |              | <b>3 738 017,10</b> |
|                                 |     |                       |                     | 0,00         |                     |