

## Møteinnkalling

**Utvalg:** Eldrerådet  
**Møtested:** Rådhuset, Formannskapssalen  
**Dato:** 14.11.2011  
**Tidspunkt:** Kl.10:00

---

Forfall med angivelse av forfallsgrunn bes meddelt sekretær for Eldrerådet, Vibeke Nikolaisen telefon 75 55 5012, e-post: [vibeke.nikolaisen@bodo.kommune.no](mailto:vibeke.nikolaisen@bodo.kommune.no) så tidlig at vararepresentant kan innkalles med rimelig varsel.

Varamedlemmer møter kun etter særskilt innkalling.

## Saksliste

<b>Saksnr</b>	<b>Innhold</b>
PS 11/6	Valg av leder og nestleder i eldrerådet 2011-2015
PS 11/7	Kommunale legekantor - privatisering
PS 11/8	Lengst mulig i eget liv - i eget hjem - pilotprosjekt
PS 11/9	Referatsaker
RS 11/9	Samhandlingsreformen i Bodø kommune - langsiktige grep og tiltak fra 01.01.2012.

Bodø, 14. november 2011

Nils Bøe  
Leder Bodø eldreråd

Vibeke Nikolaisen  
sekretær

Saksnummer	Utvalg	Møtedato
11/6	Eldrerådet	14.11.2011

## Valg av leder og nestleder i eldrerådet 2011-2015

### Saksopplysninger

Det tas sikte på følgende valg i det konstituerende eldrerådsmøtet 14.november 2011:

1. Valg av leder i Eldrerådet
2. Valg av nestleder i Eldrerådet

### Forslag til uttalelse

Forslag til representanter legges fram i møtet

Saksbehandler: Vibeke Nikolaisen

Saksnummer	Utvalg	Møtedato
11/14	Arbeidsmiljøutvalget HS	16.11.2011
11/7	Eldrerådet	14.11.2011
11/5	Råd for funksjonshemmede	15.11.2011
11/4	Ruspolitisk råd	15.11.2011
11/8	Komitè for levekår	17.11.2011
	Bystyret	08.12.2011

## Kommunale legekantor - privatisering

### Sammendrag

Grunnet den økonomiske situasjonen i helse- og sosialavdelingen vurderes alle innsparingstiltak. Avvikling av Rønvik og Havna legesenter som kommunale legekantor har etter økonomiske beregninger ett innsparings potensial ved en privatisering. I saken foreslås det at de kommunale legekantorene effektiviseres og videreført som kommunale legekantor. Utekantoret på Kjerringøy foreslås videreført, mens utekantoret på Helligvær som ikke har vært i drift på 3 år foreslås formelt nedlagt.

### Saksopplysninger

Bystyret fattet følgende vedtak ved behandlingen av tertialrapport 1/ 2011(PS 11/92);  
 ”Administrasjonen legger fram egen sak om privatisering av kommunal fastlegeordning og kommunale fysioterapihjelmere....” Bystyrets vedtak har sin bakgrunn i følgende økonomiberegning der det er påpekt et mulig innsparingspotensiale ved privatisering av de kommunale legekantorene:

<b>Nettobudsjett</b>	<b>Kroner</b>
Budsjett 2011 Havna og Rønvik legesenter	7 938 800
Antatt økning i husleieutgifter, helårseffekt *)	500 000
<b>Sum</b>	<b>8 438 800</b>
<b>Netto utgifter, uansett privatisering eller ikke</b>	<b>Kroner</b>
Basistilskudd for 7 leger	2 702 000
Antatt kostnad for utekantor Kjerringøy og Værran	375 600
Lønn 2 turnusleger	1 034 400
Turnuskandidater, kontorutgifter og veiledning	995 300
Praksiskompensasjon offentlige oppgaver	444 800
Tilskudd fylkesmannen, 2 turnusleger	-480 000
Refusjoner og egenandel pasientbetaling	-750 000
<b>Sum</b>	<b>4 322 100</b>
<b>Potensiell gevinst ved privatisering</b>	<b>Kroner</b>
Nettobudsjett	8 438 800
Fratrukket netto pålagte utgifter	-4 322 100
<b>Sum</b>	<b>4 116 700</b>

\*) Helsekontoret har over tid arbeidet med å få utvidet lokalitetene til Havna legekantor, og få deltjenestene og administrasjonen i Helsekontoret samlet. Beslattes legekantorene videreført i kommunal regi slutføres dette arbeidet.

I overnevnte beregninger er det lagt til grunn at legene frivillig går over til privat virksomhet. Øvrig personale må enten gå over i privat virksomhet, alternativt omplasseres i relevante alternative stillinger i kommunen. Kommunen ville i 2010 spart om lag 4,3 mill kr på ikke ha kommunale legekantor ihht regnskap.

Oppdraget om å utrede privatisering av de kommunale legekantorene er sett i lys av hvilket formål en slik privatisering skulle ha; å oppnå en reell og netto innsparing på kommunale budsjetter. I arbeidet er det derfor vurdert ulike alternativer til privatisering.

Arbeidsgruppen har sett på hvordan en *virksomhetsoverdragelse* kan gjennomføres ved en privatisering. Alternativet krever en eller flere private parter som er villige til å overta det totale driftsansvaret for kontorene. Det er avdekt at ingen av legene eller de øvrige medarbeiderne i kontorene har gitt uttrykk for eller ønsker endringer fra dagens situasjon. Ved beslutning om privatisering kan det derfor i siste konsekvens ende opp med oppsigelser om omplasseringer ikke fører frem.

Det andre alternativet som er vurdert er *avvikling* av de kommunale legekantorene. En kommunal drift av legekantor er ikke lovpålagt, og begge kontorene kan følgelig nedlegges under forutsetning av at den totale legedekningen i Bodø kommune likevel holdes innenfor lovens krav.

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid avdekt at det vil være mulig å foreta en *effektivisering* av driften av kontorene.

<b>Forslag til innsparing Havna legesenter *)</b>	<b>Kroner</b>
Økt listelengde	-169 000
Økt inntekt pga spesialistgodkjennig fra des 2012, helårseffekt	-52 000
Økte konsultasjoner istedenfor telefonservice	-60 000
Bedre utnyttelse av takstsystemet/helsesekretær og skadestue	-80 000
<b>Sum</b>	<b>-361 000</b>
<b>Forslag til innsparing Rønvik legesenter</b>	<b>Kroner</b>
Økt listelengde (**)	-259 800
Økt refusjon etter spesialistgodkjennig fra jan 2012, helårseffekt	-300 000
Nedbemannig 50% helsesekretær	-262 500
Medisinske forbruksvarer, reduksjon	-30 000
<b>Sum</b>	<b>-852 300</b>

Alternativet ved *sammenslåing og samlokalisering* av Havna og Rønvik legesenter er tidligere vurdert av administrasjonen i 2010. Det ble konkludert med at det på sikt er mer hensiktsmessig og fordelaktig å knytte kontorene til et sykehjem eller en hjemmetjenestesone fremfor å lage et stort kommunalt kontor.

Privatisering ved overføring til et *kommunalt eid aksjeselskap* ved etablering av et aksjeselskap med kommunen som majoritetseier og de ansatte som minoritetsaksjonærer ble raskt lagt til side som et realistisk alternativ i arbeidsgruppen, da det fra legeföreningens side ble formidlet at dette ikke vil være en aktuell problemstilling fra medarbeidernes side.

## Vurderinger

I forhold til *økonomi* viser beregningene at det er mulig å spare 4,1 mill kr. pr år på å privatisere/avvikle de kommunale legekantorene. Forutsetningen i beregningene er at legene går over til privat virksomhet, og at øvrig personale enten må gå over i privat virksomhet eller omplasseres i relevante alternative stillinger i kommunen. Ved evt beslutning om å videreføre legesentrene som i dag har Havna legesenter behov for å fornye sin leiekontrakt i Moloveien. Kostnadene er estimert til kr. 500 000,-. Tas det høyde for dette vil innsparingene ihht forslaget til effektivisering bli i størrelsesorden 0,71 mill kr. Evt potensiell gevinst ved privatisering etter effektiviseringstiltak vil være 2,9 mil kr.

Bodø kommune har et ansvar for at byens innbyggere får dekt sitt behov for legehjelp. I hovedsak har kommunen løst sitt *ansvar* ved hjelp av avtaler med fastleger som er privat næringsdrivende. Spørsmålet i denne saken er om fordelene med kommunale legesenter oppveier det økonomiske innsparingspotensialet som er avdekt i saken. Når det gjelder de *personellmessige konsekvenser* vil det med utgangspunkt i at ingen ønsker endringer i dagens driftssituasjon sannsynligvis medføre at regelsettet knyttet til omplasseringer og oppsigelser kommer til anvendelse. Legeforeningen har i en uttalelse fremhevet at man som fast ansatte fastleger i kommunen er i et ansettelsesforhold med vern mot usaklige oppsigelser. I en eventuell konfliktsituasjon/ rettsak kan kommunen imøtegå/ argumentere for saken sett fra arbeidsgivers side.

Når det gjelder *faglige argumenter* ved privatisering av de kommunale legesentrene er det vurdert slik at det ikke er mulig å argumentere for at innbyggerne får bedre kvalitet på tjenestene ved kommunale legesenter enn ved de private. Det er imidlertid vurdert slik at rutiner og praksis i de kommunale kantorene kan effektiviseres slik at driften kommer mer på linje med det som utøves i private kontorer. Av fordelene med kommunale legekantor er det fremhevet at dette letter *rekrutteringen* av leger til Bodø kommune. Flere leger som har startet på kommunale kontor har nå privat praksis. Kommunale kontorer har også vært en fordel i håndteringen av turnuskandidater.

Bodø kommune har fått et stort ansvar i forbindelse med innføring av *Samhandlingsreformen* der legetjenesten har fått en helt sentral rolle. *Ny fastlegeforskrift* vil tre i kraft i løpet av 2012. Innholdet er ikke kjent pt men forslag til ny forskrift vil komme til høring rundt årsskiftet. Det vil bli behov for fastlønnende fastleger og kommuneleger som kommunen kan sette inn på prioriterte områder, og der det trenges mest for å forbedre samhandlingen. Fastlønnende leger og kommuneoverleger kan bygge broer mellom individuell klinisk virksomhet og grupperettet/ samfunnsrettet innsats slik at helse og omsorgsfeltet blir en konsistent helhet.

Driften av *utekontoret på Kjerringøy* fra Rønvik legesenter er bla gjennomgått i samarbeid med virksomhetsleder for hjemmetjenesten. Besluttet de kommunale legesentrene privatisert vurderes det slik at en privatpraktiserende lege nok ikke ville se lønnsomheten i å drifte en ukentlig legedag på Kjerringøy. *Utekontoret på Helligvær* som driftes fra Havna legesenter har i praksis ikke vært i bruk på 3 år, og foreslås derfor formelt avviklet.

Sterkere politisk og faglig styring er nødvendig for å nå målene for fremtidens helse- og omsorgstjeneste i Bodø kommune. Det vurderes derfor slik at kommunen ikke bør gi slipp på kommunale legekantorer på et tidspunkt hvor en ny fastlegeforskrift ikke foreligger, og de praktiske konsekvensene av samhandlingsreformen i Bodø kommune ikke er tilstrekkelig klarlagt. I påvente av evt andre fremtidige vurderinger foreslås det å ta ut påpekte effektiviseringsgevinster i dagens kontorer. Rådmannens innstilling er innarbeidet i forslag til budsjett/ økonomiplan 2012-2015.

## **Forslag til innstilling**

1. Det arbeides ikke videre med å privatisere de kommunale legesentrene på nåværende tidspunkt.
2. Driften av Havna og Rønvik legesenter effektiviseres fra 01.01.2012 med 0,71 mill kr.
3. Rønvik legesenters utekontor på Kjerringøy videreføres.
4. Havna legesenters utekontor på Helligvær avvikles.

Rolf Kåre Jensen  
rådmann

Ingunn Lie Mosti  
kommunaldirektør

Saksbehandlere:  
Stian Wik Rasmussen /Dag-Christer Røberg

## **Trykt vedlegg:**

- 1 Kommunelegekontor – privatisering

## **Kommunale legekantor – privatisering – konsekvensutredning**

### **Arbeidsgruppe:**

Stian Wik Rasmussen, Helseleder

Tore Michaelsen, daglig leder av Rønvik legesenter / Legeforeningen

Vigdis Hansen, daglig leder Havna legesenter

Turid Rødfjell, Delta

Mona Eilertsen, Delta

Tor Erlend Nordhus, NSF

Sveinung Geicke/ Ole Christian Erikstad, Økonomikontoret

Vigleik Aas, Personalkontoret

Dag-Charister Røberg, HS stab

**Bodø, 29.september 2011**



## Sammendrag

Grunnet den økonomiske situasjonen i helse- og sosialavdelingen vurderes alle innsparingstiltak. Avvikling av Rønvik og Havna legesenter som kommunale legekontor har etter økonomiske beregninger fra økonomikontoret ett innsparings potensial ved en privatisering. Formannskapet er varslet om utredningsarbeidet i tertialrapport 1/2011. Det foreslås at den kommunale legetjenesten på Rønvik og Havna legesenter effektiviseres og videreføres som kommunale legesenter. Utekontoret på Kjerringøy foreslås videreført, mens utekontoret på Helligvær som ikke har vært i drift på 3 år foreslås formelt nedlagt.

## Saksopplysninger

### Bakgrunn

Bystyret fattet følgende vedtak i ved behandlingen av tertialrapport 1/ 2011(PS 11/92); "Administrasjonen legger fram egen sak om privatisering av kommunal fastlegeordning og kommunale fysioterapihjemler...." Bystyrets vedtak har sin bakgrunn i økonomiberegning der det er påpekt et mulig innsparingspotensiale ved privatisering av de kommunale legekantorene:

Nettobudsjett	Kroner
Budsjett 2011 Havna og Rønvik legesenter	7 938 800
Antatt økning i husleieutgifter, helårseffekt	500 000
<b>Sum</b>	<b>8 438 800</b>

Netto utgifter, uansett privatisering eller ikke	Kroner
Basistilskudd for 7 leger	2 702 000
Antatt kostnad for utekontor Kjerringøy og Værran	375 600
Lønn 2 turnusleger	1 034 400
Turnuskandidater, kontorutgifter og veiledning	995 300
Praksiskompensasjon offentlige oppgaver	444 800
Tilskudd fylkesmannen, 2 turnusleger	-480 000
Refusjoner og egenandel pasientbetaling	-750 000
<b>Sum</b>	<b>4 322 100</b>

Potensiell gevinst ved privatisering	Kroner
Nettobudsjett	8 438 800
Fratrukket netto pålagte utgifter	-4 322 100
<b>Sum</b>	<b>4 116 700</b>

### Merknader til beregningen:

Budsjettet til Havna og Rønvik legesenter er i 2011 på kr 7 938 800,-. Dette er kommunens budsjetterte kostnader for å drive lege sentrene.

### Kommunale utgifter ved en privatisering av legetjenesten:

**Basistilskudd:** Basistilskudd kr 381 pr pasient for 7 leger med 1 000 stk listepasienter hver utgjør kr 2 702 000,-.

**Utekontor Kjerringøy og Værran:** Dette er en tjeneste som kommunen må kjøpe dersom kommunale legekantorene avvikles. I beregningen er det lagt til grunn en årslønn for lege inkludert praksiskompensasjon samt driftsutgifter tilsvarende årlig kostnad til drift av Saltstraumen utekontor. For to utekontor er kostnaden kr 375 600,-.

**Turnusleger:** Kommunen vil fortsatt dekke lønnen til 2 stk turnusleger. Samlet for 2 leger er dette kr 1 034 400,-.

**Turnusleger driftsutgifter:** Kommunen vil måtte dekke kontorutgifter og veiledning av turnusleger ved et privat legekantor. Kostnader for 2 stk turnuskandidater er kr 995 300,- pr år.

**Kommunale inntekter ved en privatisering av legetjenesten:**

Statstilskudd turnusleger: Tilskudd fra staten for turnusleger kr 240 000,- pr år inntektsføres i dag hos legekantorene. For 2 turnuskandidater utgjør dette kr 480 000,- pr år.

Pasientbetaling og refusjon fra NAV: Pasientbetaling og refusjon for pasienter inntektsføres i dag hos legekantorene. Produksjonen til turnuskandidatene varierer. Normalt er månedlig inntekt kr 10 000- 15 000,- fra pasientbetaling og kr 20 000- 30 000,- pr måned i refusjon fra NAV. I beregningene er det lagt til grunn en inntekt på kr. 750 000,- .

Stillinger	Havna	Rønvik	Totalt	Antall medarbeidere
Lege	2,8	4	6,8	7
Spesialsykepleier		1	1	1
Sykepleier	1	0,6	1,6	2
Legesekretær	3,5	3,9	7,4	9

*Merknad: I overnevnte beregninger er det lagt til grunn at legene går over til privat virksomhet. Øvrig personale må enten gå over i privat virksomhet, alternativt omplasseres i relevante alternative stillinger i kommunen.*

**Kommunen ville i 2010 spart om lag 4,3 mill kr på ikke ha kommunale legekantor ihht regnskap.**

## **Organisering og ansvarsforhold**

**Helsekontoret** i helse- og sosialavdelingen leder og administrerer fastlegeordningen for alle innbyggerne i kommunen. Havna og Rønvik legekantor og Bodø legevakt er administrativt underlagt kontoret.

Private legesenter utgjør hovedtyngden av tjenestetilbudet med 33 leger med fastlegeavtale med kommunen, og 7 leger på fast lønn i de kommunale legesentrene. Dagens samlede listelengde hos fastlegene er 50332 personer (august 2011). I Bodø kommune kan befolkningen for tiden velge seg fastlege i alle bydeler som har fastlegekantor, og Helsekontoret vurderer det slik at legedekningen er god.

Allmennlegetjenesten regulert av **fastlegeordningen** som ble innført i 2001 er grunnsteinen i legetilbudet i Bodø. Den private delen er fastlegens allmennpraksis er en egen næringsvirksomhet. Den offentlige delen er kommunens lovpålagte ansvar for å ha en god allmennlegetjeneste og legedekning til befolkningen, samt dekke de offentlige allmennlegeoppgavene som sykehjemsleger, skolehelseleger m.v. og samfunnsmedisinske oppgavene (inntil 7 timer pr. uke/ 20% stilling). Kommunen har i kraft av sin arbeidsgiverposisjon for de offentlige oppgavene og som kontraktspart med fastlegene, ansvar for å sørge for å etablere rutiner som sikrer samarbeid for eksempel mellom kommunens omsorgstjenester og fastlegene. Fastlegens ansvar reguleres i egen forskrift om fastlegeordningen i kommunen samt i sentrale rammeavtaler (ASA 4310) og individuell fastlegeavtale mellom kommunen og legen. Fastlegene som er private næringsdrivende er utover det som rammeavtaler og fastlegeavtalen regulerer ikke underlagt kommunen. Kommunalt ansatte leger følger det generelle regelverket for kommunalt ansatte. Kommunen har ikke direkte styringsrett av legene utover tildeling av hjemler og offentlige kommunale oppgaver. Når det gjelder arbeidstiden til kommunalt ansatte leger kan Helsekontoret styre arbeidstiden noe mer. Legene er i sitt pasientrettede faglige arbeid ikke underlagt noen kommunal faglig instruksjonsmyndighet. Av helsepersonelloven følger at legen opptrer faglig autonomt i forhold til behandling av den enkelte pasient. I fastlegeforskriften § 11 vedr. ansvar for organisering av fastlegeordningen fremgår det at bla ar ” .. *Fastlegen skal som hovedregel være næringsdrivende*”.

## **Plan for legetjenesten**

Hovedmålene med Plan for legetjenesten (2007-2016) vedtatt av bystyret 24.04.2008 i PS 08/56 er å bidra til forsvarlig dimensjonering av allmennlegetjenesten og angivelse av rekrutteringsbehov i perioden 2008-2016. I planen fremheves de kommunale legesentrene som spesielt viktige i forhold til rekruttering av leger til Bodø kommune.

## **Hjemmel /forhold til lovverk**

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (arbeidsmiljøloven) av 17 juni. Nr 62 fra 2005 er sentral i denne saken. Bla fremgår arbeidstakernes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse av kap. 16. Rutiner for omplussing av ansatte i Bodø kommune ble vedtatt av administrasjonsutvalget i 2009. Forskrift om fastlegeordning i kommunene fra 14. april 2000 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene fremgår det bla i §11 at fastlegen som hovedregel skal være næringsdrivende. På bakgrunn av samhandlingsreformen er det vedtatt ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelselov som gir kommunen nye og store utfordringer.

## **Samhandlingsreformen**

I juni 2009 la regjeringen fram Samhandlingsreformen (Rett behandling – på rett sted – til rett tid) form av en stortingsmelding (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Reformen ble vedtatt 27. april 2010. Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Samhandling skal skje på grunn av - ikke på tross av systemene. Bakgrunnen for reformen er at dagens utfordringer er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares ikke godt nok (fragmenterte tjenester), og at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Den demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Kjernen i samhandlingsreformen er å søke å svare på alle de tre påpekte utfordringene. Det skal legges til rette for en klarere pasientrolle der gode helhetlige pasientforløp i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov. *Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken endres slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser.* De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Det skal tilrettelegges for tydeligere prioriteringer. Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste. Nevnte hovedgrep skal suppleres med tiltak på flere områder som utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

I Helsedirektoratets utredning vedrørende forslag til ny ordning for turnustjeneste fremgår det at samhandlingsreformens målsetting om økt fokus på kommunale helsetjenester og forebygging innebærer vesentlige utfordringer for nyutdannede leger. Turnustjenesten for leger har hovedvekt på sykehus-tjenestene mindre fokus på forebyggende helsearbeid. For å sikre nødvendig rekruttering til legestillinger det er erfaringsmessig vanskelig å få besatt er det viktig å begrense antall legestillinger som opprettes. Rigiditet i arbeidsmarkedet, flere søkere enn ledige hjemler sørger for at det blir attraktivt å søke jobb i for eksempel utsatte kommuner. Det har fra Helsekontorets side vært lettere å få på plass turnuskandidater ved de kommunale kontorene.

## Vurderinger

### Løsningsalternativer

Oppdraget om å utrede privatisering av de kommunale legekantorene må sees i lys av hvilket formål en slik privatisering skulle ha; å oppnå en reell og netto innsparing på kommunale budsjetter. I utredningen er det derfor tatt for seg ulike alternativer til privatisering for å få et helhetlig bilde av hvilke handlingsalternativer som finnes.

#### A. Virksomhetsoverdragelse

I dette alternativet for omlegging av driften kan begge kontorene privatiseres ved en virksomhetsoverdragelse. Dette krever en eller flere private parter som er villige til å overta det totale driftsansvaret for kontorene. *Det er avdekt at ingen av legene eller de øvrige medarbeiderne i kontorene har gitt uttrykk for eller ønsker at ønsker endringer fra dagens situasjon.* Veien videre ved beslutning om privatisering vil være en politisk sak til behandling i RKD, organisasjonsutvalg, formannskap og bystyre. Videre formell nedleggelse og avvikling, parallelt med gjennomføring av omplasseringer og oppsigelser. Det er fra fagforeningene påpekt at omplasseringer av helsesekretærer innenfor avdelingen ikke uten videre lett kan gjennomføres da helsesekretærene ikke har pleie i sin utdanning. Regelsettet kan som siste konsekvens ende opp med oppsigelser om omplasseringer ikke fører frem.

#### B. Avvikling

Kommunal drift av legekantor er ikke lovpålagt. Begge kontorene kan følgelig nedlegges, forutsatt at den totale legedekningen i Bodø kommune likevel holdes innenfor lovens krav. Tilstrekkelig legedekning kan evt opprettholdes ved å lyse ut private legehjemler. Fastlegereformen innebærer at kommunene er forpliktet til å tilby innbyggerne å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. *Kommunen er ansvarlig for å inngå og forvalte fastlegeavtaler med et nødvendig antall allmennleger.* Kommunen må i tillegg sikre tilstrekkelig kapasitet hos fastlegene til blant annet å kunne ivareta behov for legehjelp hos tilreisende, studenter, turister og andre utenfor fastlegeordningen.

Så lenge virksomheten ikke er lovpålagt, står bystyret fritt til å vedta en eventuell nedleggelse. En beslutning om nedlegging av virksomheten utløser en del krav til prosessen, jf både arbeidsmiljølov og avtaleverk. Blant annet skal det innledes drøftinger med de ansatte med sikte på å utrede muligheten for de ansatte til å ta over virksomheten. En nedleggelse vil medføre at de arbeidsoppgaver som tilligger virksomhetene i dag ikke lenger eksisterer, og samtlige ansatte i virksomhetene vil da være å regne som overtallige. Kommunen har da plikt til å gjennomgå organisasjonen for om mulig å finne alternative stillinger for de berørte. Dersom det finnes stillinger som de overtallige er kvalifiserte for, har de krav på å få disse. Dersom det etter gjennomført prosess konkluderes med at det ikke finnes ledige stillinger (til alle), avsluttes arbeidsforholdet med en overtallighetsoppsigelse. Denne gir rett til gjeninntreden i kommunen dersom det innen et år etter oppsigelsen blir ledig nye stillinger den overtallige er kvalifisert og skikket for, og det ikke er andre med bedre fortrinnsrett.

En prosess rundt en evt beslutning om avvikling innebærer en videre utredning av spørsmålet i samarbeid med de tillitsvalgte.

### C. Effektivisering av driften

Driften av kontorene vil være mulig etter en gjennomgang i arbeidsgruppen:

Forslag til innsparing Havna legesenter *)	Kroner
Økt listelengde	-169 000
Økt inntekt pga spesialistgodkjennig fra des 2012, helårseffekt	-52 000
Økte konsultasjoner istedenfor telefonservice	-60 000
Bedre utnyttelse av takstsystemet/helsesekretær og skadestue	-80 000
<b>Sum</b>	<b>-361 000</b>

Forslag til innsparing Rønvik legesenter	Kroner
Økt listelengde (**)	-259 800
Økt refusjon etter spesialistgodkjennig fra jan 2012, helårseffekt	-300 000
Nedbemannig 50% helsesekretær	-262 500
Medisinske forbruksvarer, reduksjon	-30 000
<b>Sum</b>	<b>-852 300</b>

\*) Ved beslutning om å videreføre legesentrene som i dag har Havna legesenter behov for å fornye sin leiekontrakt i Moloveien. Kostnadene er estimert til kr. 500 000,-. Tas det høyde for dette vil innsparingene bli i størrelsesorden 0,71 mill kr. Potensiell gevinst ved privatisering etter effektiviseringstiltak vil være 2,9 mil kr.

\*\*\*) Forutsetter pasienter.

*Kommunale legekontor har en pensjonsordning som er betydelig dyrere enn det de fleste private legekontor. Private aktører er kun forpliktet til å ha en offentlig tjenstepensjon (OT) som er på 2 % av lønnsutgiftene, mens at kommunen har gjennom sine ordninger i og kommunen med Bodø kommunale er på 12,72 % og KLP (sykepleiere) 14,00 %. Dette utgjør en forskjell på ca 1,2 mill.*

Når det gjelder **sammenlåing og samlokalisering** av Havna og Rønvik legesenter ble dette vurdert administrativt i 2010 (ephorte/ løpenr: 55189/2010). Det ble konkludert med at det på sikt er mer hensiktsmessig og fordelaktig å knytte kontorene til et sykehjem eller en hjemmetjenestesone fremfor å lage et stort kommunalt kontor. Dagens kontorer har bygningsmessige utfordringer. Ved beslutning om videreføring av Havna legesenter som kommunalt legekontor må det umiddelbart tas stilling til videreføring og innhold i dagens leiekontrakt som nå skulle vært reforhandlet.

### D. Privatisering ved overføring til et kommunalt eid aksjeselskap

Etablering av et aksjeselskap med kommunen som majoritetseier og de ansatte som minoritetsaksjonærer vil teoretisk muligens kunne gi en kombinasjon av fordelene med privatisering og kommunalt eierskap. I arbeidsgruppen ble det fra legeföreningen formidlet at dette sett fra medarbeidernes side ikke vil være en aktuell problemstilling. Forslaget er derfor ikke utredet videre.

### **Andre vurderinger**

På bakgrunn av overnevnte har arbeidsgruppen i det videre konsentrert seg om vurderingene knyttet til løsningsalternativene A og C. Bodø kommune har et ansvar for at byens innbyggere får dekt sitt behov legehjelp. I hovedsak har kommunen løst sitt ansvar ved hjelp av avtaler med fastleger som er privat næringsdrivende. Spørsmålet i denne saken er om fordelene med kommunale legesenter oppveier det økonomiske innsparingspotensialet som er avdekt i denne saken. At ingen av medarbeidere i kontorene i utgangspunktet ønsker endringer i dagens drift kompliserer bildet noe, men det er regelverk som i prosess kan benyttes både for å ivareta medarbeidernes ansvar og rettigheter. Uansett vil kommunen i det videre ha ansvar for å inngå og forvalte fastlegeavtaler med et nødvendig antall allmennleger.

Når det gjelder **faglige argumenter** ved privatisering av de kommunale legesentrene er det ikke mulig å argumentere for at innbyggerne får bedre kvalitet på tjenestene ved kommunale legesenter enn ved

de private. Det har imidlertid fremkommet opplysninger som tyder på at de kommunale legekantorene går noe lenger i å utøve noe service/ tjenester utover det som strengt tatt er pålagt. Det er derfor vurdert slik at rutiner og praksis i de kommunale kantorene kan endres slik at driften kommer med på linje med det som utøves i private kantorer. I praksis vil dette være en *effektivisering* av kantorene jfr. alt. C.

Av fordelene med kommunale legekantor er det fremhevet at dette letter **rekrutteringen** av leger til Bodø kommune. Flere leger som har startet på kommunale kontor har nå privat praksis. Kommunale kantorer har også vært en fordel i håndteringen av turnuskandidater. Stabilitet har imidlertid preget legetjenesten over flere år, og nyrekrutteringen til allmennlegestillinger har de senere år i hovedsak gått bra. Helsekontoret er av den oppfatning at Bodø kommune har en god allmennlegetjeneste. Samlet har legene god kompetanse og de aller fleste av legene har lang erfaring og er spesialister innen allmennmedisin. Flere har i tillegg andre spesialiseringer.

I forhold til **økonomi** viser beregningene at det er mulig å spare om lag 4,0 mill kr. pr år på å privatisere/avvikle de kommunale legekantor. Forutsetningen i beregningene er at legene går over til privat virksomhet, og at øvrig personale må enten gå over i privat virksomhet, alternativt omplasseres i relevante alternative stillinger i kommunen.

Når det gjelder de **personnellesige konsekvenser** vil det med utgangspunkt i sakens opplysninger der ingen ønsker endringer i dagens driftsituasjon medføre at regelsettet knyttet til omplasseringer og oppsigelser kommer til anvendelse.

Legeforeningen har imidlertid anført i en uttalelse fra advokat fremhevet at som fast ansatte fastleger i en kommune er man i et ansettelsesforhold som er omfattet av arbeidsmiljøloven. *"De ansattes rettigheter følger da av denne loven, herunder et vern mot usaklige oppsigelser. Kommunen vil ikke uten videre kunne si opp de fastlønnte legene, og dernest lyse ut ledige fastlegehjemler (for næringsdrivende fastleger). Det følger av arbeidsmiljøloven § 15-7 (3) at oppsigelse som skyldes at arbeidsgiver setter ut eller tar sikte på å sette ut virksomhetens drift på oppdrag ved bruk av selvstendige oppdragstakere, ikke er saklig begrunnet med mindre det er nødvendig av hensyn til virksomhetens fortsatte drift. Bestemmelsen tar først og fremst sikte på å unngå det såkalte "svingdør-prinsippet", som innebærer at arbeidstaker sies opp med tilbud om å komme tilbake som selvstendig. Slike oppsigelser vil som hovedregel ikke ha saklig grunn i virksomhetens forhold. Virkeområdet for bestemmelsen er tilfeller der oppdraget settes ut til selvstendige oppdragstakere. Dette innebærer at bestemmelsen begrenses til å gjelde tilfeller der det skjer en erstatning av arbeidstakere i form av personer som er selvstendige oppdragstakere. Det er legeforeningens vurdering at en oppsigelse av fast ansatte leger for å lyse ut ledige fastlegehjemler etter omstendigheten vil falle inn under denne bestemmelsen".* I en eventuell konfliktsituasjon/ rettssak kan kommunen imøtegå det som her er fremhevet. Arbeidsgruppen har ikke ønsket å problematisere en slik konfliktsituasjon nærmere.

Driften av **utekontoret** på Kjerringøy fra Rønvik legesenter er gjennomgått i samarbeid med virksomhetsleder for hjemmetjenesten. Beslattes de kommunale legesentrene privatisert er det i arbeidsgruppen vurdert slik at en privatpraktiserende lege nok ikke ville se lønnsomheten i å drifte en ukentlig legedag på Kjerringøy. Skulle tilbudet utgå har hjemmetjenesten Kjerringøy/Værran med utgangspunkt i dagens brukersituasjon påpekt at 8-9 brukere måtte flytte fra boliger med døgntilbud på Kjerringøy til et høyere nivå i helsetjenesten i Bodø kommune. Utekontoret på Helligvær som driftes fra Havna legesenter har i praksis ikke vært i bruk på 3 år, og foreslås derfor formelt avviklet.

Bodø kommune har fått et stort ansvar i forbindelse med innføring av *samhandlingsreformen* der legetjenesten har fått en helt sentral rolle. Samhandlingsreformen oppsummerer de viktigste utfordringene fremover bla behovet for mer forebyggende arbeid, breddekompetanse og helhetlige tjenester. Samhandlingsreformen krever en bedre balanse mellom spesialisthelsetjenesten og den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig som *den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes* og videreutvikles skal spesialisthelsetjenesten omstilles.

Legene er i sitt pasientrettede faglige arbeid ikke underlagt noen kommunal faglig instruksjonsmyndighet. Av helsepersonelloven følger at legen opptrer faglig autonomt i forhold til behandling av den enkelte pasient. *Ny fastlegeforskrift* vil tre i kraft i løpet av 2012. Innholdet er ikke kjent pt men forslag til ny forskrift vil komme til høring rundt årsskiftet. Fastlegene har en nøkkelposisjon for at kommunen skal lykkes i reformarbeidet. I lys av samhandlingsreformen kan man velge å vurdere *fordelen med kommunale stillinger og legekantor versus privatisering* slik: I den privatiserte legerollen utøves virksomheten innenfor en sterkt avgrenset konsept som i høy grad styres av normaltariffen – et avlønningssystem som har mer fokus på detaljer en helhet og samarbeid. Det er lite rom for samhandling med alle aktørene som kan være aktuelle i pasientforløpet. Det vil bli *behov for fastlønnende fastleger* og kommuneleger som kommunen kan sette inn på prioriterte områder, og der det trenges mest for å forbedre samhandlingen. Nye tjenestetilbud i kommunen krever solid medisinsk faglig kompetanse, samhandlingsevne, tid, og fokus på organisering, opplæring, rutiner og avvik. Videre fokus på kvalitetsutvikling, analyse av pasientforløp og oppretting av svakheter. I privat allmennpraksis er mulighetene begrenset. *Fastlønnende leger* og kommuneoverleger kan bygge broer mellom individuell klinisk virksomhet og grupperettet/ samfunnsrettet innsats slik at helse og omsorgsfeltet blir en konsistent helhet.

Endringer i lovverket og reformen er eksempler på endringer i arbeidsoppgaver og kompetansekrav for legene. Dette medfører krav om mer eksternt og internt samarbeid.

Kommunale legekantor i dag er unntaket fra regelen om at fastlegen som hovedregel skal være næringsdrivende. I nettverket til kommuneoverlegene for Bodø, Trondheim og Tromsø kommuner har det bla kommer frem at Trondheim kommune skal utrede behovet for kommunale legestillinger for å ivareta kommunens ansvar i forbindelse med samhandlingsreformen.

## **Konklusjon / anbefaling**

Sterkere politisk og faglig styring er nødvendig for å nå målene for fremtidens helse- og omsorgstjeneste i Bodø kommune. Det vurderes derfor slik at Bodø kommune ikke bør gi slipp på kommunale legekantorer på et tidspunkt hvor en ny fastlegeforskrift ikke foreligger, og de praktiske konsekvensene av samhandlingsreformen i Bodø kommune ikke er tilstrekkelig klarlagt. I påvente av evt andre fremtidige vurderinger foreslås det istedet å ta ut påpekte effektiviseringsgevinster i dagens kontorer.

## **Forslag til innstilling**

1. Det arbeides ikke videre med å privatisere de kommunale legesentrene på nåværende tidspunkt.
2. Driften av Havna og Rønvik legesenter effektiviseres fra 01.01.2012 med 0,71 mill kr.
3. Rønvik legesenters utekantor på Kjerringøy videreføres.
4. Havna legesenters utekantor på Helligvær avvikles.

Saksnummer	Utvalg	Møtedato
11/13	Arbeidsmiljøutvalget HS	16.11.2011
11/8	Eldrerådet	14.11.2011
11/6	Råd for funksjonshemmede	15.11.2011
11/7	Komitè for levekår	17.11.2011
	Bystyret	08.12.2011

## Lengst mulig i eget liv - i eget hjem - pilotprosjekt

### Sammendrag

Denne saken handler om å utvikle en ny velferdsmodell, som ivaretar fokus på forebygging og rehabilitering i hjemmetjenesten.

I dag utøves mestedelen av omsorgstjenesten i kommunene i hjemmene til kommunens innbyggere.

Samhandlingsreformens krav om at kommunene fremover skal være i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter på et tidligere stadium i pasientforløpet, innebærer at kommunen fremover blir tvunget til å tenke nytt både i forhold til kompetanse, rekruttering og hvordan vi utfører tjenestene.

Prosjektet ”Lengst mulig i eget hjem – i eget liv”, er en gjennomførbar modell, som gir oss mulighet til å imøtekomme fremtidens omsorgsutfordringer.

### Saksopplysninger

Den demografiske utviklingen setter det norske velferdssamfunn under press. Samtidig med at de store årskullene fra 1940 og 1950 tallet går over i alderpensjon, inntreer de små årskullene fra 1980 og 1990 på arbeidsmarkedet. Dette vil innen få år gi problemer med å rekruttere arbeidskraft og finansiere den velferd vi er vant til. Forskningen viser at tjenesten fremover i langt større grad må ha fokus på forebygging, rehabilitering, ny teknologi og aktiv omsorg om vi skal kunne møte fremtidens omsorgsutfordringer.

Prosjekt **Lengst mulig i eget liv** – i eget hjem, bygger på en modell med fokus på ”Hverdagsrehabilitering” fra et prosjekt som er gjennomført i Fredericia kommune i Danmark.

Formålet er å styrke eldre i å mestre eget liv, slik at de får større livskvalitet, samtidig med at forbruket av hjemmetjenester går ned.

Siden prosjektet i Fredericia har oppnådd så gode resultater, har Helse og sosialavdelingen i høst startet et forprosjekt hvor det planlegges å komme i gang med hovedprosjektet i en pilot



hjemmetjeneste(Mørkved/Alstad) i løpet av 2012. Tidspunkt for oppstart avhenger av disponible økonomiske ressurser.

Videre planlegges det å innføre modellen i den resterende del av hjemmetjenesten i 2013.

Målgruppe: ny utskrevne pasienter fra sykehuset, samt brukere som søker om mer bistand i hjemmet.

Prosjektet er i tråd med tenkningen som vil bli lagt til grunn ved utarbeidelsen av ”ny helse og omsorgsplan for Bodø kommune”, og Bolig politisk handlingsplan. Videre fremgår det av kommunens perspektivmelding og rådmannens forslag til budsjett at forebygging og rehabilitering må få et større fokus i fremtidens omsorgstjeneste.

Det vises for øvrig til referatsak om Samhandlingsreformen pkt 4.2 hvor prosjektet nevnes som et vesentlig tiltak for styrking av hjemmetjenesten i en positiv retning, både med tanke på verdig omsorg og effektivitet.

**Hverdagsrehabilitering** handler om å kartlegge rehabiliteringspotensialet hos nyutskrevne pasienter fra sykehuset. De som har rehabiliteringspotensial skal videre følges opp med opptrening av dagliglivets funksjoner som innebærer gjenvinning av funksjonstap og å forhindre forverring av brukers funksjonsnivå. I samarbeid med bruker/pasient skal det lages plan for opptrening av funksjoner.

For å oppnå dette må det etableres et **tverrfaglig team**, bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og representant fra Tildelingskontoret, som skal kartlegge rehabiliteringspotensial, planlegge tiltak og veilede fagarbeidere i hjemmetjenesten til å gjennomføre opptrening. Det vil være behov for å informere og veilede personalet i forhold til å ha fokus på forebygging, tidlig intervensjon og opptrening av funksjoner.

Dette innebærer at det i vedtak om bistand må legges inn tid til å gjennomføre opptrening inntil funksjonen er på plass slik at behovet for bistand fra hjemmetjenesten reduseres eller bortfaller.

Erfaringene fra prosjektet i Fredericia viser at svært mange får tilbake funksjoner og klarer seg med mindre bistand(ca 40 %) eller uten bistand (ca 45 %) etter opptrening(se ”Fra pleie og omsorg til rehabilitering”, effekten av hverdagsrehabilitering side 7).

Dette innebærer større selvstendighet og verdighet for den enkelte, samt økonomiske besparelser i forhold til at behovet for bistand av hjemmetjenesten minsker eller bortfaller(se ”Fra pleie og omsorg til rehabilitering”, - økonomiske konsekvenser ut over besparelser side 10).

Personalet i hjemmetjenesten er også mer tilfredse med å arbeide med opptrening og utvikling.

Prosjektets formål er i tråd med:

- Nasjonale prioriteringer og satsingsområder
  - Ny lov om Folkehelse
  - Ny Helse og Omsorgslov
  - Samhandlingsreformen
  - NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg
  
- Bodø kommunes forpliktelser i forhold til endringer i Samhandlingsreformen
  - Prosjektet innarbeides i Bodø kommunes nye helse og omsorgsplan
  - Samarbeidsavtaler med Nordlandssykehuset

- Erfaringene fra det nordiske samarbeidsprosjektet; ”Our life as elderly”

## Vurderinger

Prosjektet innebærer en omfattende endring av:

Kultur/holdninger: Et mer positivt fokus på eldre mennesker. Fra å tenke på eldre som syke og skrøpelige, til å ha større fokus på ressurser og rehabiliteringspotensial. Mer verdig omsorg.

For brukeren/pasienten: større selvstendighet – livskvalitet

For ansatte i hjemmetjenesten: Mer fokus på forebygging og opptreningen. Gi hjelp til selvhjelp istedenfor kompenserende pleie.

Implementering av et slikt omfattende prosjekt krever ressursinnsats (fagkompetanse/personell og økonomiske ressurser). Det betyr at det må være forståelse og taes høyde for å yte ekstra ressurser spesielt i første del av prosjektet, med mål om å tjene dette inn på sikt. Inntjening skjer ved at behovet for hjelp i hjemmetjenesten vil minske i takt med at en oppnår gjenvinning av funksjonstap ved opptrening.

For å komme i gang med prosjektet er tjenesten som nevnt avhengig av å opprette et tverrfaglig team, som i samarbeid med sykehuset skal vurdere rehabiliteringspotensial ved utskivning og når det søkes om mer bistand. Videre lage mål for treningsprogram i samråd med bruker. Teamet vil også ha som en viktig oppgave å veilede personalet i hjemmetjenesten i forhold til opptrening og tidlig intervensjon.

Det er i dag ikke ressurser i virksomhetene i hjemmetjenesten til å opprette et slikt team uten at det vil være behov for tilførsel av økonomiske midler.

Konkret vil det være behov for midler til vikarutgifter, kompetansetilførsel, fagdag for personalet, informasjonsseminar. Så langt er kommunens egeninnsats en omdefinering av stilling i HS stab til prosjektleder.

## Konklusjon og anbefaling

Vi vet at vi ikke er i stand til å møte fremtidens omsorgsutfordringer med den velferdsmodell vi har i dag. Da er det viktig å komme i gang med å skape en ny velferdsmodell som ivaretar mer fokus på forebygging og rehabilitering.

Prosjekt: Lengst mulig i eget liv – i eget hjem gir oss en praktisk mulighet til å komme i gang med å gjennomføre denne nødvendige omstillingen i omsorgstjenesten.

## Forslag til vedtak/innstilling/uttalelse

1. Det arbeides videre med pilotprosjektet ”Lengst mulig i eget liv – i eget hjem” med sikte på gjennomføring.
2. Forslag til finansiering vil bli fremlagt til politisk behandling i 2012.

Rolf Kåre Jensen  
Rådmann

Ingunn Lie Mosti  
Kommunaldirektør

Saksbehandler: Åse Bente Mikkelsen

**Trykte vedlegg:**

Notat Fredericia modellen ”Fra pleje og omsorg til rehabilitering”

**Utrykte vedlegg:**

PS 11/9 Referatsaker

Saksnummer	Utvalg	Møtedato
11/3	Ruspolitisk råd	15.11.2011
11/9	Eldrerådet	14.11.2011
11/5	Råd for funksjonshemmede	15.11.2011
11/15	Arbeidsmiljøutvalget HS	16.11.2011
11/4	Komitè for levekår	17.11.2011
	Bystyret	08.12.2011

## Samhandlingsreformen i Bodø kommune - tiltak fra 01.01.2012.

Denne saken orienterer kort om samhandlingsreformen som trer i kraft 01.01.2012 og de grep som Bodø kommune gjør i 2012 med hensyn til å øke kapasiteten for å motta utskrivningsklare pasienter fra Nordlandssykehuset raskere enn i dag.

Videre vises det til mangfold av tiltak som er i gang i Bodø kommune og som er en del av en langsiktig strategi for å bedre folkehelsen og møte utfordringene i Samhandlingsreformen.

### 1. Kort om samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen beskrives som en "retningsreform" hvor arbeidsfordelingen mellom stat og kommune endres. Reformen har som intensjon å dempe den sterke veksten i bruk av helsetjenester i befolkningen og flytte helsetjenester nærmere der folk bor. Satsing på forebyggende arbeid og tidlig innsats skal redusere behov for spesialisthelsetjenester i befolkningen og gi en mer bærekraftig utvikling. De ulike delene av helsetjenesten skal jobbe bedre sammen og brukerne/pasientene skal ha sterkere medvirkning i det som skjer.

Intensjonene og målene for reformen er beskrevet i flere dokumenter de senere årene. Sentrale er St.meld.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Meld. St. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), ny Folkehelselov og ny lov om Helse- og omsorgstjenestelov.

Også NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg" som nå er på høring, har i sitt mandat blant annet i oppgave å vurdere nye løsninger for utforming av fremtidens boformer og tjenestetilbud slik at de møter fremtidige brukeres behov og ressurser, og legge vekt på at fremtidens tjenestetilbud skal ha en mer aktiv profil (fra utredningens mandat s. 10).

Reformen skal gradvis innføres med startskudd 01.01.2012. da ny Folkehelselov og ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen trer i kraft.

De ulike forskrifter er fortsatt under arbeid. De mest sentrale forskrifter vedrørende medfinansiering og sentrale deler av avtaleområdene som skal inngås forventes vedtatt i løpet av desember. Høringsfrist var 06.10.2011.

Ny forskrift for fastlegeordningen er fortsatt under arbeid i departementet.

I gjennomføring av reformen brukes rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. De største endringene fra årsskiftet er at nye lover og forskrifter trer i kraft, innføring av kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenestene og pålegg om avtaler mellom kommune og helseforetak. Fra 01.01.2016 trer det inn en plikt for kommunene om å ha døgnplasser for øyeblikkelig hjelp.

## 2. De viktigste praktiske endringer som trer i kraft 01.01.2012.

Som nevnt er Samhandlingsreformen en retningsreform og det skjer ingen dramatisk endring i ansvar og oppgavedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten fra årsskiftet. Kommunen skal fortsatt yte primærhelsetjenester, omsorgstjenester og sosiale tjenester til innbyggerne. En del oppgaver som løses i sykehus i dag, som kan ytes like bra eller bedre lokalt, vil fases over til kommunen.

### 2.1 Kommunal medfinansiering av innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten:

Økonomiske intensiver i form av medfinansiering av innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten skal stimulere kommunene til å rette innsats mot forebyggende tiltak og tilrettelegging for behandling og oppfølging i kommunen i stedet for i sykehus.

Midlene til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter fordeles etter en egen kostnadsnøkkel i inntektssystemet. Nøkkelen (presentert i kommuneproposisjonen 2012), består av alderskriterier som er vektet sammen med hvordan de faktiske utgiftene (sykehusforbruk) fordeler seg mellom ulike aldersgrupper.

Den nye ordningen med medfinansieringene er todelt:

- **Kommunal andel (20%) av innsatsstyrt finansiering** med utgangspunkt i diagnoserelaterte grupper (DRG). Medfinansieringen gjelder medisinske diagnoser. Kirurgi og fødsler samt nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler holdt utenfor. Dette er et nytt ansvar for kommunen.
- **Betaling for utskrivningsklare pasienter.** Kommunen blir økonomisk belastet med kr 4000,- pr døgn fra første døgn pasienten er vurdert utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Dette er en innstramning av dagens praksis og pris.

Ut fra Bodøs innbyggers bruk av spesialisthelsetjenesten i 2010 utgjør utskrivningsklare pasienter ca.20%. og DRG 20% medfinansiering ca 80% av framskrevet kostnader for kommunen.

Dersom innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten og liggetid fortsetter på samme nivå i 2012 som tidligere år, forventes det at Bodø kommune vil få regninger fra spesialisthelsetjenesten v/Nordlandssykehuset (NLSH) tilsvarende kompensasjonsbeløpet tildelt over statsbudsjettet.

## 2.2 Avtaler:

Pålegg om avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er hjemlet i ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene §6-1 og i Lov om spesialisthelsetjenestene § 2-1 e annet ledd.

Bodø kommune har fra 1992 på frivillig basis hatt samarbeidsavtaler med Nordlandssykehuset. Det nye er nå at helseforetakene og kommunene er pålagt å ha samarbeidsavtaler, og disse skal være inngått innen 31.01.2012. på de mest sentrale områder – og 01.07.2012 på de øvrige lovpålagte områdene, jfr skriv av 03.10.2011. fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeid med samarbeidsavtale mellom Bodø kommune og NLSH pågår nå både gjennom Regionalt samordningsorgan (RESO) i Salten og dialog mellom Bodø kommune og NLSH.

Det er et mål å behandle slik avtale i Bystyremøte 26 januar 2012.

## 3 Døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, plikt fra og med 01.01.2016.

Kommunene er etter ny lov pålagt å etablere tilbud om akutt døgnplasser, ( §3-5 3.ledd i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester).

*”Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å behandle, utrede eller yte omsorg for”*

Tilbudene skal gradvis innføres og plikten trer i kraft f.o.m. 01.01.2016.

Egen forskrift om innholdet i plikten er under utarbeidelse.

Disse plassene skal etter søknad fullfinansieres gjennom tilskudd fra staten (50%) og direktetilskudd fra helseforetaket (50%).

Kommunens tilbud skal beskrives og være en del av avtalen mellom kommunen og helseforetaket.

I Bodø kommune planlegges dette tilbudet etablert i Sølvsuper helse- og velferdssenter.

## 4 Tiltak for å øke kapasitet i omsorgstjenestene fra 01.01.2012.

Kommunal medfinansiering av befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester vil bli synlig allerede i 2012 for kommunen gjennom fakturering for faktisk bruk av spesialisthelsetjenesten.

Kommunen vil gi behandling og oppfølging lokalt når det er mulig og best for innbyggeren. Det igangsettes tiltak slik at utskrivningsklare pasienter kan tas ut fra sykehuset raskere enn i dag.

Dette forutsetter god samhandling mellom NLSH og kommunen, økt kapasitet og sirkulasjon i korttids plassene, økt innsats innen rehabilitering og kapasitet i hjemmetjenesten.

Bodø kommune er over statsbudsjettet tildelt 51,648 mill kr. som kompensasjon for forventet medfinansiering og kostnad for utskrivningsklare pasienter. I budsjett 2012 foreslås 10 mill. kroner brukt til å øke kapasiteten i kommunen til å ta ut utskrivningsklare pasienter og styrking av

tildelingskontoret for å sikre en mest mulig forsvarlig overføring av pasienter fra Nordlandssykehuset og kontorets kontrollerfunksjon.

De øvrige ca 41 mill kroner foreslås til finansiering av forventet fakturaer for medfinansiering og liggedøgn i spesialisthelsetjenesten

I påvente av ferdigstillelse av Sølvsuper helse- og velferdssenter høst 2012 foreslås kapasiteten i dagens tilbud styrket.

#### **4.1 Kapasitetsøkning for å ta imot utskrivingsklare pasienter i våre tre korttidsavdelinger:**

##### **Korttidsavdelingen:**

Øke kapasiteten med 5 plasser til 24 plasser og tildeles en ressurs tilsvarende ca 5 årsverk. (3 mill kr). Dette betyr økt bruk av dobbeltrom. Legeressursen økes til 60 % stilling.

Målgruppen spisses til å gjelde utskrivingsklare pasienter fra NLSH, for videre utredning og eller behandling.

##### **Vollen sykehjem:**

Avdelingen øker med 5 plasser til 25 og tildeles en ressurs tilsvarende ca 5 årsverk. (3 mill kr). Dette betyr økt bruk av dobbeltrom. Legeressursen økes til en full stilling.

Målgruppen spisses til alvorlig syke, lindrende behandling og andre korttidsopphold som krever avansert sykepleie av somatisk karakter.

##### **Rehabiliteringsavdelingen:**

Øke kapasiteten gjennom å øke sirkulasjon ved at gjennomsnittlig liggetid reduseres.

Avdelingen tildeles ressurs til en stilling for fysioterapeut slik at fysioterapeutene kan jobbe turnus og kunne gi et mer omfattende og intensivt treningsopphold og dermed redusere liggetiden. Legeressursen iverksettes i hht tildelte midler 2x40 %. Vakant stilling utlyses.

#### **4.2 Styrking av hjemmetjenesten:**

Styrking av natt-tjenesten med sykepleiere og hjeplepleiere i Tverlandet, Saltstraumen og Skjerstad for å kunne gi tjenester til sykere hjemmeboende også i distriktet.

Økt rehabiliteringsfokus i hjemmetjenesten. Pilotprosjektet ”Å leve lengst mulig i eget liv – i egen bolig”. Prosjektets mål er å utvikle en velferdsmodell som imøtekommer behovene hos den stigende andel av eldre, med et markant mindre forbruk av personalressurser i hjemmetjenesten. Se egen politisk sak.

## **5 Teknologi.**

Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld.st.16) varsler en stortingsmelding på IKT-feltet i 2012.



NOU 11: 2011 Innovasjon i omsorg foreslår som ett av fem satsingsområder en ”Teknoplan 2015”. Det slås fast at omsorgstjenestene har et stort uutnyttet potensial for å ta i bruk tilgjengelig teknologi og for å utvikle ny.

Bruk av IKT for å understøtte og kvalitetssikre omsorgstjenestene er viktig, og det er i gang 3 prosjekter i Bodø kommune:

**Elektronisk samhandling mellom pleie- og omsorgssektoren og fastleger.**

Pilot igangsatt. Full utrulling starter høst 2011 og vil pågå hele 2012. Knyttet opp mot satsingen til Helsedirektoratet, Nasjonalt meldingsløft/FUNNKe.

**Elektronisk samhandling mellom pleie- og omsorgssektoren og helseforetak.**

Pilot starter høst 2011. Full utrulling i 2012. Knyttet opp mot satsingen til Helsedirektoratet, Nasjonalt meldingsløft/FUNNKe.

**Pilot for anvendelse av velferdsteknologi i Sølvsuper helse- og velferdssenter”.**

Dette er et prosjekt som omfatter både ansatte, brukere og pårørende. Prosjektet skal legge til rette for den enkeltes mulighet til økt selvstendighet, trygghet og evne til å klare seg på egenhånd gjennom bruk av teknologiske løsninger. Løsningene vil også støtte opp om den daglige samhandlingen mellom ansatte, brukere og pårørende og mulighet for bedre bruk av ressursene i fremtiden.

## 6 Frisklivssentral

Frisklivssentralen i Bodø kommune er et tilbud som gir mulighet til å lære om sunne livsstilvalg med fokus på fysisk aktivitet, kostholds- og røykevaner. Sentralen er etablert i tilknytning til Rehabiliteringssenteret.

Etter 1 års drift med kun én henvisende instans er den nå åpnet opp for at alle fastleger i Bodø kan henvise deltakere til Frisklivssentralen.

**Målgruppe** er voksne i yrkesaktiv alder som står i fare for, eller relativt nylig har utviklet livsstilrelatert sykdom.

## 7 Sølvsuper helse- og velferdssenter

Bodø kommune har under bygging Sølvsuper helse- og velferdssenter som skal stå ferdig i løpet av høsten 2012. Drift startes opp fra 2013 og vil være en del av mulighetsrommet for å håndtere de utfordringene som samhandlingsreformen gir.

Driften ved korttidsavdelingene Vollen sykehjem og Korttidsavdelingen vil bli overført til Sølvsuper helse- og velferdssenter når dette tas i bruk.

Plan for driftsoppstarten av Sølvsuper helse og velferdssenter vil bli framlagt som en egen sak for bystyret.

## 8 Langsiktig strategi.

Kort oppsummert er det slik at Samhandlingsreformens essens er å dreie fra reparasjon til forebygging, unngå at folk blir syke og reparere raskt og få folk tilbake i funksjon når de er blitt syke.

De grunnleggende utfordringene vedrørende helsetilstanden i befolkningen og tilrettelegging for å sikre gode valg og sunn livsførsel er langsiktige tiltak. Det må arbeides med infrastruktur, tilrettelegging, holdninger og styrking av friskhetsfaktorer i samfunnet og hos den enkelte. Her er folkehelsearbeid, rehabiliteringstiltak og by/samfunnsutvikling sentrale. Bodø kommune er godt i gang med tiltak som f.eks "STImuli-prosjektet", "Freskt Bodø", Familiesentrene og andre tiltak for å forebygge uhelse.

Like viktig som gode tjenester og forebyggende tiltak er tilrettelegging av bomiljø, ulike botilbud, møteplasser for stimulering til egenaktivitet, nettverksbygging og helsefremmende levesett. Samarbeid med frivillige, involvering av "det sivile samfunn" og samarbeid om gode oppvekstvilkår vil være viktige byggesteiner for den videre utvikling av Bodø-samfunnet.

I perspektivmeldingen (K.sak 11/91) konkluderes det blant annet slik fra Helse- og sosialavdelingen med hensyn til strategiske grep for å møte samhandlingsreformen:

*"Samhandlingsreformens utfordringer møtes for det første med flere korttidsplasser for behandling, observasjon, utredning og avlastning, spesielt gjennom etableringen av Sølvsuper helse og velferdssenter. Videre vil styrkingen av forebyggende tiltak, økning i antall dagplasser og aktivitet/arbeidslignende tiltak være viktige elementer for oppfølgingen av de sentrale strategier for helse og omsorgssektoren. Det økte behovet for heldøgns omsorgstilbud/varige plasser i første del av perioden søkes løst ved å øke andel boliger med tilknyttet bemanning. Nytt sykehjem foreslås skjøvet til mot slutten av perioden. Gjennom å gjøre grep i forhold til endringer i kompetansesammensetningen vil det skje en bedring av kvaliteten på tjenestene. Kompetansehevingen vil også gjøre avdelingen bedre i stand til å løse mer avanserte oppgaver. I hovedsak gjøres dette gjennom å øke andelen stillinger med krav om universitets eller høyskoleutdanning og ikke ansatte ufaglært arbeidskraft. Den økte bruken av omsorgsteknologi skaper et behov for å øke bestiller og gjennomføringskompetansen innenfor teknologiområdet." (s 31 perspektivmelding 2011-2021)*

Utover perspektivmelding og rådmannens forslag til budsjett/økonomiplan vil avdelingens videre arbeid med samhandlingsreformen bli synliggjort og forankret i kommunal planstrategi, ny helse- og omsorgsplan og kommuneplanens samfunnsdel.

Rolf Kåre Jensen  
Rådmann

Ingunn Lie Mosti  
Kommunaldirektør

Saksbehandler: Mona Karlsen

Trykte vedlegg:

Ingen

Utrykte vedlegg:

Ingen