

Oversikt og administrativ vurdering av innspel til framlegg plan for legetenesta

- Under følgjer ei kort oppsummering av alle h yringsinnspela.
- Det er beskrive korleis ein tilrår at innspela vert tatt til følgje, og innstilling er fargemarkert i merknadsfeltet for lettare overblikk:

Ikkje tatt til følgje Innspel er vurdert, men ikkje aktuelt med endring i plantekst	Tatt til orientering Innspel inneheld relevant informasjon/argumentasjon, men medfører ikkje endring i plantekst	Tatt til følgje Informasjon/argumentasjon av betydning, medfører endring i plantekst jfr h�yringsdokument.
---	--	--

Dei administrative vurderingane er utført av prosjektgruppa 16.02.23.

Offentlege instansar/eksterne samarbeidspartar

	Tema	Innspel	Merknad/Oppf�lgging
1.	Helse Bergen jfr skriv 14.02.23		
	Kvalitet og omfang	Helse Bergen takkar for mogelegheit til å gje uttale til dokumentet. Dokumentet er omfattande og beskriv godt status og tiltak. For Helse Bergen er det viktig med gode legetenester i kommunen både knytt til kvalitet og omfang.	Til orientering
	Legedekning institusjon	Det er bra at det vert satsa på å auke legedekninga i institusjonane til norm. Som det står i dokumentet er det ikkje grunn til å tru at pasientar vil ha behov for mindre avansert bistand og behandling verken i kommune eller i spesialisthelsetenesta framover.	Til orientering
	Rekruttere og behalde	Helse Bergen støttar og viktige og gode tiltak for å rekruttere og behalde fastlegar. Fastlegane har ei viktig rolle som påverkar drifta i spesialisthelsetenesta og er såleis viktig både for pasient, pårørande og føretak.	Til orientering
	Haraldsplass Diakonale sjukehus		
	Samarbeid	Haraldsplass Diakonale sykehus vil takke for muligheten til å gi høringssvar, og samtidig takke for det gode samarbeidet vi har med kommunens legetjeneste på mange ulike plan.	Til orientering
	Bredde og kompleksitet	Plan for legetenesta er fra v�rt ståsted en plan som både ivaretar bredden og kompleksiteten i legetjenesten på en god måte. Det er en lang og omfattende plan, men har med seg mange viktige satsinger for legetjenesten sett fra oss som lokalsykehus.	Til orientering

		Vi håper at å utvikle legetjenesten videre er noe kommunens politiske og administrative ledelse prioriterer høyt i årene som kommer. Det er særdeles viktig at legetjenesten fungerer godt for vår felles helsetjeneste og for at pasientene skal få riktig hjelp til riktig tid.	
	Legeressurs korttidsplasser	Vi ser positivt på at det er planlagt å øke legeressursene til de syv nye korttidsplassene i sykehjemmene i 2023, og at Alver ønsker å innføre en lokal norm for legebemanning. Vi ser frem til videre godt samarbeid, og ønsker lykke til med implementeringen av planen.	Til orientering

Organisasjon tillitsvalde

	Tema	Innspel	Merknad/oppfølging
1.	DELTA jfr epost 06.02.23		
	Hjelpepersonell	Hjelpepersonell ved legekantor bør være 1,0 pr lege. Det er fokus på heltidsstillinger og det er mange av hjelpepersonellet som jobber deltid som ønsker full stilling.	Ikkje teke til følge. Vi held fast på 0,8 hjelpepersonell pr. fulltids kurativ lege, som utgangspunkt. Det er ikkje behov for 1,0 hjelpepersonell grunna auke i bruk av digitale tenester, som t.d. e-konsultasjonar og reseptbestilling som går direkte til lege. Behovet må vurderast for kvart kontor, i tråd med endring i oppgåver. Bemanningsfaktor er uavhengig av heiltidskultur, som skal ivaretakast som før.
	Sjukepleiekompetanse per legekantor	Det bør også komme frem at det er nok med en sykepleier per legekantor, dette er både for økonomien sin del, at det er mangel på sykepleiere andre steder i kommune og at helsesekretærene er utdannet for å jobbe på legekantor.	Ikkje teke til følge. Behov for kompetanse og oppgåver skal vere styrande. Kan ikkje sette avgrensing på tal sjukepleiar pr. kontor.
2.	NSF jfr epost 09.02.23		
	Vegval 11 Samarbeid med andre kommunale tenester	Norsk sykepleierforbund i Alver lesar plan for legetjenesten med stor interesse. Å ha tilstrekkelig fastleger og kommunale legetjenester er nødvendig for at vi som arbeider i kommunale helsetjenester skal kunne ha tilgang på legetjenester som både behandler for innbyggere, og som en viktig rolle i det tverrfaglige samarbeidet vi trenger for å kunne følge opp de pasienter, brukere og innbyggere sykepleieren møter. Dette skisserer og vegvalg 11, som tydeliggjør behovet for å samarbeide på tvers av yrkesgruppene. Vi undrer oss om kostnadsbilde på 0,- vil påføre økt belastning, og gå på konsekvens av det viktige samhandlingen i både formelle arena, men og uformelle arena.	Til orientering. Leger sitt samarbeid om felles pasienter er finansiert gjennom Normaltariffen. Noko arbeid på systemnivå må dekkast av kommunen, innan gjeldande rammer.
	Vegval 4	Vi har en økende andel aldrende innbyggere i Alver, høyere enn i Vestland ellers. Det er forventet at vi vil trenge flere sykehjemsplasser i Alver kommune. Å ha sykehjemsleger som har sin	Til orientering.

		primær oppgave i sykehjem er etter vårt syn helt nødvendig, og vi ser vegvalg 4 som en viktig satsning. Vi sykepleiere har behov for å ha tilgjengelig lege til korttidspasienter hver dag. De sammensatte problemstillingene vi møter hos korttidspasienter gjør at vi må kunne iverksette, justere og vurdere tiltakene som er iverksatt fortløpende. Mange av tiltakene er knytt opp mot medisinsk behandling, som legene forordner og vurderer. Langtidspasientene er og en gruppe som er i større behov for medisinske avklaringer løpende. Å da kunne ha egne sykehjemsleger som kjenner pasienten er viktig for samarbeidet både med pasienten og deres pårørende, og helsepersonellet som arbeider på sykehjemmet. Det er viktig for å kunne ta gode valg når helsetilstanden endrer seg. Så har sykehjemstjenesten i Alver kommune overtatt øyeblikkelig hjelp – sengene, som tidligere var lokalisert under legevakt. Dette stiller krav til både sykepleier og legekompetanse tilgjengelig for denne pasientgruppen. Norsk sykepleierforbund mener at å sette inn anbefalte budsjett på vegvalg 4 er nødvendig for å kunne møte dagens sykehjemstjeneste.	
	Vegval 12 Hjelpepersonell	På legekantorene i kommune er det hjelpepersonell som Alver kommune er arbeidsgivere for. Blant disse så er det sykepleiere på alle legekantor. Vegvalg 12 skisserer en hjelpepersonellfaktor på 0,8 årsverk. Dette er faktoren som mange legekantor har i dag, da bereknet kostnad i tiltaket er på 0 kroner. Dette er norsk sykepleierforbund uenig i. Vi mener at skal vi kunne ta innover oss den økningen som vi ser i bruken av helsetjenester, sett opp mot en aldrende befolkning som i snitt bruker fastlege tjenesten mer, så vet vi at behovet for hjelpepersonell vil øke. Denne faktoren har ikke økt i takt med økt befolkning, pasientlister, og oppgaver hjelpepersonell på legekantorene er satt til å gjøre. Denne faktoren gir heller ikke rom for å kunne tilby hele stillinger, noe som er ett satsning både politisk og fra partene i arbeidslivet. Dette må vi ta inn over oss at det gjelder og hjelpepersonell i legetjenesten. Vi mener at ved å øke faktoren til 1.0 årsverk, vil det kunne gi nødvendig handlingsrom for å gjøre vurderinger opp mot behovet i det ulike legekantor, hvilke kompetanse hjelpepersonellet skal ha, og kunne sikre hele stillinger. Dette mener vi må kostnadsberegnes, og tilføres penger for å kunne gjennomføre.	Vi held fast på 0,8 hjelpepersonellfaktor som utgangspunkt, jfr. Foran. Mange legar har andre arbeidsoppgåver enn kurativt pasientarbeid, eller arbeider deltid. Heiltidskultur skal ivaretaast uavhengig av hjelpepersonellfaktor. Framtidig nye oppgåver til fastlegane kan medføre behov for endring i kompetanse og bemanning på legekantor. Dette kan vurderast ved framtidig revisjon av planen. T.d. vurderer Staten andre finansieringsmodellar av fastlegeordninga.
	Nordhordland legevakt	Utover dette, så er ikke Nordhordland legevakt nevnt noe i forhold til hvordan satse på at legevakten til enhver tid skal ha vaktkompetente leger på vakt. Da legevakt er avhengig av å ha leger på vakt for å kunne ivareta sitt interkommunale ansvar for å ha døgnbemannet legevakt, og dette er ett ansvar tillagt fastlegene, bør kommunen se på mulige tiltak for å sikre dette, uten å skape større press på fastlegetjenesten.	Til orientering. Legevakt låg ikkje i oppdraget for planen, men innspelet er relevant i høve til stabilitet. Det vert forberedt tiltak, men ikkje som ledd i denne planen.

Privatpersonar/bedrifter

	Tema	Innspel	Merknad/oppfølging
1.	Helsenaustet jfr epost 13.02.23		
	Basistilskot	Vi på Helsenaustet legepraksis ønsker en dialog med kommunen om økt basistilskudd for vårt kontor. Dette med bakgrunn i vår 8.1 avtale, som oppfyller kriteriene som er satt i sammenlignbare kommuner i vårt fylke og ellers i landet. Helsenaustet besørger selv personell og drift, noe de andre legekantorene har overlatt til kommunen. Vi har derfor betydelige merutgifter og økt tidsbruk på det administrative. Vi ser det derfor rimelig og helt nødvendig å be om en økning på 60 % av basistilskuddet for stabilisering, men kanskje enda viktigere, for rekruttering for de neste årene. Dette er også med tanke på økt behov for legedekning på Frekhaug i de førstkommende år. Viser til SU-møtet i januar hvor dette kort ble tatt opp.	Tas delvis til følge. Vi ser eit behov for å kunne bidra med midlertidig auke i basistilskot for legar på grunnleggjande 8.1-avtale (utan annan avtale om økonomisk bistand), jfr. tabell i pkt. 4.4.1. Dette vil p.t. gjelde 3 lister. Dette er eit prinsipielt spørsmål som må avklarast politisk. Normal varigheit for avtale om økonomisk samarbeid er 5 år.
	Driftstilskot	Vi ønsker også et ekstra årlig driftstilskudd, som innført i Bjørnafjordenmodellen. Her gir kommunen 50.000 kr øremerket investeringer, for eksempel inventar og medisinsk utstyr. https://bjornafjorden.kommune.no/helse-og-velferd/helseteam-og-legetenester/bjornafjordenmodellen-fint-a-vera-fastlege/ De ovennevnte punkter tenker vi er relevante for vår 8.1. avtale. Et punkt fra Bjørnafjordenmodellen som kan være relevant også for de øvrige legekantor i kommunen er følgende: Dekning av praksisutgifter ved behov for vikar.	Vi ser dette som mindre aktuelt, men kan sees i sammenheng med ovenstående.
	Praksisutgifter - tilskot	ALU har etterlyst stabiliserende tiltak for fastleger som allerede har jobbet flere år i kommunen. Det er få goder til disse i plan for legetenesta. Et tiltak ville være dekning av praksisutgifter ved behov for vikar – ved sykdom/svangerskap/sykehusår etc.	Delvis tatt til følge i ALIS-avtalar, men ikkje for etablerte legar.
2.			

Råd og utval i Alver kommune

	Tema		Innspel	Merknad/oppfølging
1.	Allmennlegeutvalet i Alver kommune jfr epost 29-01-23			
	Viser til høring for plan for legetenesta i Alver kommune 2023-2026. Denne ble gjennomgått ved allmennlegeutvalget (ALU) i Alver kommune 25.01.23. ALU ønsker å komme med en samlet tilbakemelding til høringen;			
	Basistilskot	1) Helprivat legekantor med ren 8.1 avtale (Helsenaustet) har høyere utgifter og timebruk til administrasjon/personalansvar. Til disse er det behov for økt basistilskudd. Dette er et rekrutterende og stabiliserende tiltak.		Sjå kommentar foran. Tilsvarende midlertidig ordning kan gjelde for legekantor som ønskjer 8.1-avtale i samsvar med hovudmodellen i SFS2305, mot at legen overtar drift av lokalar og personell.
	Basistilskot	2) Kommunen kan velge å øke basistilskudd. Dette vil være et tiltak for å beholde nåværende fastleger/stabiliserende og rekrutterende tiltak.		Til orientering. Kan diskuteras for legar som ønskjer ansvar for totaldrift (personell og lokalar etc.), jfr. over.
	Praksis-kompensasjon	3) Praksiskompensasjon ved egen sykdom eller barns sykdom er tatt ut av planen. Dette er et viktig rekrutteringstiltak. Vi ønsker dette punktet tilbake. Det bemerkes at dette er innført i Bergen kommune. - Punkt i tidligere plan lyder: « Vi innfører ordning med 10 dager praksiskompensasjon per kalenderår ved egen sykdom eller omsorg for syke barn < 12 år. Sats er 60% av standard praksiskompensasjon fra allmennlegeforeninga (Kr. 10.448 pr dag pr 2023).» Anslått kostnad årlig 750 000		Tiltak var med i tidlegare versjon av planen. ALU sin representant i prosjektgruppa mener tiltaket bør tilbake i planen. Tiltaket er beholdt for legar i ALIS-avtalar.
	Vegval 4	4) Vegval 4: «Vi vil at legestillingane i sjukeheim vert organisatorisk overført til tenestoområde sjukeheim». Sykehjemslegene vil komme tilbake med et felles innspill på dette.		Til orientering.
	Vegval 6	5) Vegval 6: Etablere gode nettverk er prosjektert med kr 0. Det er problematisk at dette forventes å være helt kostnadsfritt.		Til orientering. Det er ikkje tenkt å vere kostnadsfritt, men dekkast innan gjeldande rammer.
	Vegval 10	6) Vegval 10: Gjenkjøpsavtale. Det vedtas enstemmig i ALU at vi ønsker gjenkjøpsavtale også for nåværende fastleger. Dette er et rekrutterende og stabiliserende tiltak. - Begrenset gjenkjøpsavtale i 3 år er kort tid, denne tidsbegrensningen bør tas bort.		Takast ikkje til følge. Kommunen vil uansett få ein jobb med å sikre fastlegetenesta dersom salg er krevjande. Mange av fastlegane fekk praksisen utan kostnad ved etablering av fastlegeordninga.

	Kursavgift/ kursdagar	7) Vi savner flere tiltak for å stabilisere nåværende fastleger i kommunen. Forslag: Alle kommunalt ansatte fastleger og ansatte i kommunale bistillinger (sykehjemsleger og helsestasjonsleger, andre bistillinger) bør ha avtale om lønnet kursdager der kursavgift også dekkes, tilsvarende 10 dager årlig ved 100% stilling (2 dager årlig ved 20% stilling). Dette var innført i Meland kommune, men falt bort ved kommunesammenslåing. Dette er et viktig punkt for å opprettholde og vedlikeholde kompetanse.	Prosjektleder meiner at vidare- og etterutdanning er sikra i planutkastet. Fleire utdanningsaktivitetar støtter kravet om 300 kurstimar / poeng over 5 år. Kurs utover dette omfanget må vere som følge av tenestelege behov, vurdert av personalleiar. Prosjektleder viser og til at spesialistpermisjonen kvart 5. år kan delast opp etter avtale. ALU-representanten i prosjektgruppa meiner at 2 vekers kurs årleg skal liggje som ein spesifikk rett.
	Vegval 11	8) Vegval 11. Kostnad for møteserier, kurs, faglige møter og samhandling er satt til kr 0. Dette er ikke realistisk da det gir føringer for dugnadsarbeid og ubetalt overtid.	Til orientering. Finansiering ligg i ordinære budsjett, ikkje som ekstra tiltak.
	Årleg dialog med leiding per legekontor	9) Det er et ønske om å opprettholde god dialog med ledelse. Legene ønsker å få tilbud årlig om at ledelse (leder, helsesjef og evt. kommuneoverlege) kommer ut til de enkelte legekontorene.	Til orientering.
	Legevakt	10) Legevakt: - Forslag om at legevakt skal innlemmes i ordinær arbeidstid for de som ønsker det av kommunalt ansatte, d.v.s generere avspasering. - Praksiskompensasjon etter nattevakt bør økes. - Legevakt er en stor ekstra belastning som kommer på toppen av ordinært arbeid. Det er åpenbart vanskeligere å få dekket vaktene det siste året, slik at leger som går i vaktssystemet oftere får forespørsler på ekstravakter. - Man må tilstrebe ved ansettelse av nye leger at disse også kan gå i legevakt. Det forstås at legevakt ikke er en del av plan for legetjenesten, dette er problematisk da legevakt i praksis er en stor del av pakken for legene.	Til orientering. Kommunen vil arbeide for redusert vaktbelastning. Legevakt i arbeidstid kan verte aktuelt dersom ein får tilstrekkeleg med legar inn i vaktordninga. At nye legar skal inngå i legevakt er allerede krav i utlysing og kunngjering av legeheimlar. Auke i praksiskompensasjon etter nattevakt er ikkje vurdert.
	Avtaler for leger	11) Avtaler for leger i Alver kommune bør ikke være dårligere enn i Bergen kommune, spesielt med tanke på rekruttering.	Til orientering.
2.			

Internt (Avdeling/fagområde..)

	Tema	Om innspelet	Merknad/oppfølging
1.	Tenesteområde helsestasjon og jordmorteneste		
	Kap 5.11	Kap 5.11 I første ledd der det er lista opp andre kommunale tenester som legetenesta samarbeider med om enkeltpasientar, bør jordmor også nevast. Eventuelt kan det stå helsestasjon- og jordmortenesta.	Til orientering. Gjer mindre endring i tekst.
	Kap 6, vegval 9	Kap.6, Vegval 9: «Vi legg opp til at legearbeid ved helsestasjonane i stor grad skal utførast av lokale fastlegar gjennom bistilling inntil 20%» Vi er usikre på om siste del av setninga kan vere begrensande for kva løysingar som kan vere aktuelle i framtida, og vil spele inn at «inntil 20%» kan sløyfast, og det kan setjast punktum etter bistilling.	Takast ikkje til følge. Bistilling inntil 20% er godt regulert i sentralt avtaleverk.
	Samarbeid systemnivå	Som samarbeidande teneste vil vi spele inn at det i planen bør stå noko om samarbeid på systemnivå, til dømes faste møtepunkt mellom helsestasjon- og jordmortenesta og legetenesta på leiarnivå. Fast årleg møte mellom helsestasjonslegar og helsestasjonstenesta om praktisk samhandling er ein etablert praksis, bør det skildrast i planen?	Til orientering. Samarbeid på leiarnivå er viktig, men denne planen er neppe rett forankring.
2.	Sjukeheimslegane jfr epost 16.02.23		
	Lene Vie Gangås Cassandra Wold Erling Ruud Tor Magnus Soleim.	Sykehjemslegene i Alver kommune ønsker å komme med en samlet tilbakemelding til høring om "Plan for legestillinga". Vi har spesielt vurdert Vegval 4 som gjelder sykehjem og plan; "Vi vil at legestillingane i sjukeheim vert organisatorisk overført til tenesteområde sjukeheim." Sykehjemslegene anerkjenner at det er behov for styring av tjenesten. Vi ser fordeler ved å være organisatorisk under legetjenesten. Vi kan ikke se at det er en fordel for oss å bli flyttet til tjenesteområde sykehjem. Sykehjemsledelse har mindre innsikt i vår situasjon som leger og vet mindre om våre arbeidsdager på legekontoret/andre ansvarsområder. Legetjenesten har trolig større forståelse for hele tjenesteområdet vi dekker. Vi er opptatt av at vår forutsigbarhet som arbeidstaker ivaretas, og at vi beholder vår fleksibilitet i forhold til ferier/kurs, fravær, kurs m.m. Vi er bekymret for at sykehjemsledelse i større grad vil flytte rundt på legeressurser ved fravær. Det er en ulempe for legene å bli flyttet mellom ulike sykehjem. Bl.a. kan lenger reisevei til enkelte sykehjem komme i konflikt med omsorgsoppgaver, som henting av barn. I tillegg vil det være mer belastende og gi mindre forutsigbarhet og fleksibilitet for legene ved flytting mellom sykehjem. Når det gjelder kurs skal det være en plan for dette under legetjenesten. Vi er bekymret for at	Dette må sjåast i samanheng med planlagt satsing på legetenesta i sjukeheim. Prosjektgruppa meiner overflytting til sjukeheim gjev betre styring, ressursutnytting og fagutvikling dersom det vert etablert fleire store stillingar. Kommunen sin styringsrett ligg fast uansett organisering. Og arbeidstakarane sine rettar til forutsigbarhet i arbeidet, overtidsbetaling mv. ligg fast. Kurs- og kompetanseheving må inn i kompetanseplanar, også på individnivå, avhengig av kva lege som er tilsett.

		sykehjemstjenesten vil være mindre behjelpelige med kurs som er mindre relevante for akkurat sykehjemstjeneste. Fra dr. Soleim er det spørsmål om hva som skjer med evt. overtid. Ved ansettelse under legetjenester i 100% (60% sykehjem og 40% legevakt), vil det uløses overtid om han jobber mer. Hva skjer hvis den ene stillingen flyttes til sykehjemstjeneste, vil han da bli ansett som deltidsansatt på begge arbeidsplasser, slik at overtid ikke utløses? Lege som er fulltidsansatt i sykehjem, dr. Færøy har en annen innstilling til dette, se under.	ALU sin representant i prosjektgruppa framholder behovet for å sjå legetenesta i kommunen under eitt. Vidare at kommunen legg til rette for fagleg fellesskap, som felles møteseriar mv. for å sikre fagleg samarbeid og felles identitet for legane.
	Innspel frå Kari Færøy:	Eg har tenkt at det er ein fordel at sjukeheimslegane er organisert under tenesteområde sjukeheim. Tenesteleiar i sjukeheim er tett på sjukeheimane og avdelingsleiarane i sjukeheimane og vil ha oversikt over dei ulike sjukeheimane i Alver til ei kvar tid. Eg ser det også som nødvendig med ein viss styringsrett av legeressursen, særleg i forhold til dei av oss som har større stillingar. Måler er gode tenester i alle sjukeheimane våre og kontinuerleg fagleg utvikling og eg trur det er lettare å få til dette med å være organisert under tenesteområde sjukeheim.	Til orientering.