

MØTEINNKALLING

Kommunalt råd for funksjonshemmede har møte i
Ås rådhus, Store salong

20.03.2007 kl. 18.00

Møtet er åpent for publikum i alle saker med mindre saken i flg lov er unntatt fra offentlighet.

Saksliste:

- ▶ Enhetsleder v/sosial og barnevern, Tore Skage Sørli orienterer om NAV lokalt i Ås
- ▶ Informasjonskonsulent Remi Sagli orienterer om datatilgjengelighet

Utv.sak nr. 4/07 06/1172
PLAN FOR LEGETJENESTEN I ÅS

Utv.sak nr. 5/07 06/1617
OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE - BRUK AV FONDSMIDLER

Utv.sak nr. 6/07 07/281
HØRING - KOMMUNALE REGLER FOR SKOLESKYSS - ENDRING

Utv.sak nr. 7/07 06/1273
**FRAMTIDIG BRUK AV ÅS KULTURHUS INKL.KINOTEATERET
- ET IDEPROSJEKT**

Ås, 13.03.07

Arne Hillestad
Leder

Eventuelt forfall eller inhabilitet meldes til Annette Grimnes, tlf. 64962003 eller e-post: annette.grimnes@as.kommune.no (Det sendes personlig svar på mottak av e-post. Telefonbeskjed må gis dersom svar ikke er mottatt innen rimelig tid)

Alle medlemmer og spesielt innkalte varamedlemmer har samme rettigheter og plikter. Varamedlemmene fra foreningene har ellers møte- og talerett.

REFERATSAKER TIL KOMMUNALT RÅD FOR FUNKSJONSHEMMEDE 20.03.07:

Diverse:

- Invitasjon fra Husbanken til å søke om tilskudd for å fjerne 100 alvorlige hindringer i kommunen.
- Varsel om igangsatt planarbeid - Ås videregående skole – reguleringsplan
- Brosjyre: Annonsering av holdeplass, fra Akershus fylkeskommune

Utv.sak nr 4/07

PLAN FOR LEGETJENESTEN I ÅS

Saksbehandler: Berith Trobe Dahlgren

Arkivnr: G21 Saknr.: 06/1172

Uvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Hovedutvalg for helse og sosial	5/07	07.02.2007
Hovedutvalg for helse og sosial	5/07	21.03.2007
Ås Eldreråd	5/07	20.03.2007
K.råd for funksjonshemmede	4/07	20.03.2007
Kommunestyret	/	
Hovedutvalg for helse og sosial	/	

Rådmannens innstilling:

1. Plan for legetjenesten i Ås tas til etterretning
2. Retningslinjer for tildeling av hjemler vedtas
3. Retningslinjer for forhandlinger ved inngåelse eller ved revisjon av individuell og personlig avtale med fastlegen vedtas.

Rådmannen i Ås, 14.03.2007

Per A. Kierulf
Sign.

Hovedutvalgets behandling 7.2.2007:

Gro Haug (H) fremmet følgende utsettelsesforslag:

Saken utsettes! Vi ønsker at HHS får anledning til å komme med en god debatt om hva vi vil ha med i en plan og utformer den ved neste HHS. Forslag sendes Berith T. Dahlgren 14 dager før møtet.

Votering: H's utsettelsesforslag ble vedtatt 6-3 (SV, Sp og KrF).

Hovedutvalgets vedtak 7.2.2007:

Saken utsettes! Vi ønsker at HHS får anledning til å komme med en god debatt om hva vi vil ha med i en plan og utformer den ved neste HHS. Forslag sendes Berith T. Dahlgren 14 dager før møtet.

Avgjørelsesmyndighet:

Kommunestyret.

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalg for helse og sosial
Eldrerådet
Rådet for funksjonshemmede
Kommunestyret

Vedlegg som følger saken trykt:

1. Plan for legetjenesten i Ås kommune.
2. Retningslinjer for tildeling av hjemler
3. Retningslinjer for re-/forhandlinger.
4. Tidligere politisk behandling av saken.
5. Notat av 01.03.07 Plan for legetjenesten i Ås - tilleggsopplysninger

Vedlegg som ligger i saksmappen:

1. Lov om helsetjenester.
2. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene.
3. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester.
4. SFS 2305 for perioden 2006-2008.
5. ASA 3410 2006-2008
6. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005
7. Utskrift av møtebok K-sak 39/06
8. Utskrift av møtebok K-sak 54/06

Utskrift av saken sendes til:

1. Helse- og sosialsjef

SAKSUTREDNING:

Fastlegeordningen:

Fastlegeordningen er regulert i lov om helsetjenesten i kommunene, forskrift om fastlegeordningen i kommunene, forskrift om akuttmedisin og forskrift om veiledet tjeneste.

Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Kommunens ansvar:

Kommunen har det overordnede ansvaret for at alle som oppholder seg i kommunen har et legetilbud og at legetilbudet dessuten har et slikt omfang at innbyggerne har anledning til å bytte lege dersom de ønsker det.

Kommunens legetilbud må være av et omfang som er tilstrekkelig til også å dekke de tilreisende, studenter og innbyggere utenfor ordningen.

Kommunen tildeler avtalehjemmel og vedtaket er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, § 2 første ledd litra b.

Ved utpeking til ledig hjemmel i gruppepraksis skal øvrige legers uttalelse tillegges avgjørende vekt, med mindre særlige grunner foreligger. Tilsvarende gjelder ved etablering av deleliste, jf. 10.8. ASA 4310.

Kommunen har ansvar for at øyeblikkelig hjelp/legevakttjenesten er dekket 24 timer i døgnet hele året igjennom. Det er satt som krav for å inngå avtale med kommunen at legen deltar i denne tjenesten mot en godtgjøring.

Kommunen har ansvar for at kommunale legeoppgaver ved helsestasjon, skolehelsetjenesten og tilsynslegetjenesten er dekket. Derfor er dette også satt som ett vilkår for å få avtale med kommunen.

Kommunens ansvar er utdypet i vedlagte plan.

Legens ansvar:

Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.

Fastlegene er i sitt konkrete pasientrettede faglige arbeid ikke underlagt noen kommunal instruksjonsmyndighet, men forholder seg til kommunen på avtalebasis gjennom henholdsvis rammeavtalen og individuelle avtaler for fastleger.

Kommunen kan dermed heller ikke på noen formell måte stilles til ansvar for fastlegens medisinske virksomhet. Av helsepersonelloven følger at legen opptrer faglig autonomt i forhold til behandlingen av den enkelte pasient.

Kommunens leger er pålagt å delta i øyeblikkelig hjelp/legevakttjenester og allmennlegeutvalget er ansvarlig for at vaktene er dekket fra mandag til fredag mellom

07.00 - 18.00, mens Follo legevakt har ansvar utenfor disse tidene. Legene er forpliktet til å delta også ved Follo legevakt hvis det er behov for det.

Fastlegene i Ås er private næringsdrivende og således ikke underlagt noen kommunal styring. Rammeavtalen mellom KS og DNL omhandler kun de praktiske forhold omkring arbeidstid, listetak og deltakelse i kommunale oppgaver. Legenes plikt er utdypet i vedlagte plan.

Tildeling av avtalehjemmel.

Kommunens tildeling av avtalehjemmel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd litra b og man skal følge saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven. Vedtak treffes av kommunen, etter uttalelse fra samarbeidsutvalget. Ved gruppepraksis skal de øvrige legenes uttalelse vektlegges.

Kommunestyret har i gjeldende delegeringsreglement ikke videredelegert myndigheten til å tildele avtalehjemmel. Det er utarbeidet forslag til retningslinjer både for tildeling av avtalehjemler og for forhandling av den individuelle avtalen.

Legedekning:

Kommunen har fått tildelt en ny legehjemmel. Etter dette vedtaket har fire av legene økt taket på pasientlistene tilsvarende en legehjemmel. Den nye hjemmelen, som ble vedtatt av kommunestyret som skulle legges til Nordby lege- og helsesenter, er ikke iverksatt. Det ble brudd i forhandlingene mellom legene ved senteret og den som hadde fått tildelt hjemmelen. Etter dette meddelte legene ved senteret administrasjonen muntlig om at de ikke ønsket å ta inn en ny lege ved senteret likevel. Fire av legene økte høsten 2006 sitt listetak tilsvarende en hjemmel. Kommunen kan av den grunn utsette iverksettelsen av ny hjemmel ett par år. Frem til da bør det arbeides for en flerlegepraksis i Nordby, med gode arbeidsforhold. Kommunen må da søke staten på nytt.

Vurdering med konklusjon og begrunnelse:

Rådmannen anbefaler at plan for legetjenesten tas til etterretning og at retningslinjer for tildeling av hjemler og retningslinjene for re-/forhandlinger med legene om individuelle avtaler vedtas.

**FORSLAG TIL
PLAN FOR LEGETJENESTEN**

I

ÅS KOMMUNE

13.03.07

INNHold

1.	INNLEDNING	9
1.1	Bakgrunn og målsetting	9
2	Lov og avtaleverk	9
2.1	Lov om helsetjenesten i kommunene.....	9
2.1.1	Kap. 1. Alminnelige bestemmelser.	9
2.2	Forskrift om legetjenester	10
3	Fastlegeordningen	11
3.1	Fritt legevalg.	11
3.2	Legedekning	12
3.3	Legenes rettigheter i forbindelse med kurs og lignende.....	13
3.4	Legens plikter til listepasientene (Jfr. forskrift om fastlegeordningen § 7). 14	
3.5	Listetak/åpningstid (ASA 4310 pkt.10.7og 13.1 og forskrift om fastlege §14)	14
3.6	Tilgjengelighet.....	15
3.7	Styring.....	17
4	Offentlig legeoppgaver (Jfr. ASA pkt 12.1).....	19
4.1	Legetjenester utenfor institusjon	20
4.2	Forebyggende helsearbeid.	21
4.3	Legetjenester i sykehjem	23
4.4	Øyeblikkelig hjelp/legevakt.....	24
4.5	Helseberedskap, miljørettet helsevern og smittevern.	25
4.6	Anbefalinger:.....	26
5	Inngåelse av ny fastlegeavtale	26
6	Organisering/informasjon.	28
7	Twist om individuelle fastlegeavtaler m.v.....	28
	Vedlegg 1 Forslag til retningslinjer for tildeling av legehjemler.....	
	Vedlegg 2 Forslag til retningslinjer for forhandlinger ved inngåelse eller revisjon av individuell og personlig avtale med fastlegen.	320

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og målsetting

St. meld. Nr. 23 (1996-97) "Trygghet og ansvarlighet – om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen" ble lagt frem i mars 1997. Meldingen hadde som målsetting å skape fastere bånd mellom primærlege og pasient, redusere forskjellene i tjenestetilbudet og skape et mer oversiktlig og styrbart system.

Stortinget vedtok 11. juni 1997 innføring av en fastlegeordning i Norge:

"Formålet med fastlegerereformen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Reformen skal bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold. Dette er særlig viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering. Reformen skal også bidra til en mer rasjonell utnyttelse av de samlede legeressursene i landet."

Reformen innebar en ny organisering av allmennlegetjenesten ved at kommunene ble forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Kommunene skal innfri denne forpliktelsen ved å legge til rette for og inngå fastlegeavtaler med et nødvendig antall allmennleger. Den enkelte legen forplikter seg til å prioritere allmennlegetjenester til innbyggere som står på legens eller legepraksisens liste i samsvar med inngått avtale.

Kommunenes Sentralforbund (KS) fremforhandlet en rammeavtale (ASA 4310) med Den Norske Lægeforening (DNL), som regulerer plikter og rettigheter i forholdet mellom den privatpraktiserende legen og kommunen og som revideres årlig.

Plan for legetjenesten i Ås kommune tar utgangspunkt i lov, forskrifter og avtaleverk for å beskrive kommunens og legenes plikter og rettigheter, samt evaluering av fastlegerereformen 2001-2005 utført av Norges forskningsråd.

2 Lov og avtaleverk

Fastlegeordningen er regulert i lov om helsetjenesten i kommunene, forskrift om fastlegeordningen i kommunene, forskrift om akuttmedisin og forskrift om veiledet tjeneste.

2.1 Lov om helsetjenesten i kommunene.

2.1.1 Kap. 1. Almennelige bestemmelser.

§ 1-1. (Kommunens ansvar for helsetjeneste)

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen som nevnt i § 4-1.

§ 1-2. (Helsetjenestens formål)

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

§ 1-3. (Oppgaver under helsetjenesten)

Kommunens helsetjeneste (legetjeneste) skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
 - a) miljørettet helsevern
 - b) helsestasjonsvirksomhet
 - c) helsetjenester i skoler
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. legevaktordning
7. medisinsk nødmeldetjeneste
8. transport av behandlingsspersonell.

2.2 Forskrift om legetjenester

I følge forskrift om fastlegeordningen kan kommunen stille følgende vilkår (§ 12) ved inngåelse av fastlegeavtale:

- a) "At fastlegen påtar seg listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Regelverket har fastsatt at en liste med 1 500 personer er lik fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig, men ikke under 500 personer. ¹⁾
 - b) At fastlegen deltar i allmennt medisinsk offentlig legearbeid. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkorting i listelengde pålagt etter bokstav a.
 - c) At fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.
 - d) At fastlegen deltar i veiledning av turnusleger.
- Avtalevilkårene i første ledd kan utfylles i sentral avtale."

Individuell fastlegeavtale skal inngås innenfor rammen av lov, forskrifter og sentrale avtaler. Bestemmelsen gjelder uavhengig av hvilken organisatorisk driftsform fastlegene velger.

1) 100% hjemmel ble ved innføringen av fastlegeordningen satt til 1500.

3 Fastlegeordningen

3.1 Fritt legevalg.

Sitat fra forskrift om fastlegetjenesten i kommunene:

”Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Rett til å stå på liste hos fastlege har også asylsøkere og deres familiemedlemmer når de er medlem av folketrygden, jf. forskrift 15. april 1997 nr. 315 om trygderefusjon for asylsøkere og deres familiemedlemmer.

Den som har rett til å stå på liste hos fastlege, kan fremsette legeønske. Legeønsket skal søkes etterkommet så langt det er ledig plass på fastlegens liste, unntatt i de tilfeller som følger av reglene i denne forskrift.

Den som ikke selv velger fastlege, vil bli plassert på listen til fastlege med ledig listeplass. Den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, gir melding om dette til kommunen.

Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen.

Person som melder flytting til en kommune, skal motta legevalgsskjema med tilbud om å velge fastlege i kommunen.”

Retten til å stå på liste hos fastlege innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen. I praksis betyr dette at det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen rimelig tid, samt å nå legekontoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler.

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, så fremt det er ledig plass på annen fastleges liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen. Skifte skjer ved henvendelse til trygdekontoret.

Rettigheten til fastlege er ikke begrenset til bare å gjelde i kommunen der vedkommende er bosatt. Det antas at de fleste ønsker å være tilknyttet en fastlege der de bor, men at noen også ønsker å være tilknyttet fastlege der de arbeider. Ved fordeling av personer på legenes liste skal konkrete ønsker om legevalg tilstrebes oppfylt. Den enkeltes fastleges kapasitet vil imidlertid begrense valgfriheten. Når listen blir overtegnet skjer det en prioritering mellom dem som har valgt legen. Det er ikke legens preferanse av hvem som skal på listen, men legens kapasitet som kan begrense det frie legevalg.

3.2 Legedekning

Kommunen skal tilrettelegge fastlegeordningen, herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen og har det overordnede ansvaret for at alle som oppholder seg i kommunen har et legetilbud.

Kommunen må gjennom fastlegeordningen sikre at det er ledig plass på listene til fastlegene slik at innbyggere har en reell mulighet til å skifte lege, i tillegg sørge for at fastlegene har kapasitet til å motta henvendelser om ny vurdering.

Kommunens legetilbud må være av et omfang som er tilstrekkelig til også å dekke tilreisende, studenter og innbyggere utenfor ordningen.

Endret 12.2.07

Pr. 31.01.07		avtalt listetak	antall pas.	Ledig
Barli	May Berit	1 200	(1 191)	9
Grytten	Ole Michael Kjos	1 100	(1 090)	10
Samani	Behrooz	1 500	(589)	911
Malachowska	Justyna	1 100	(1 094)	6
Sandsdalen	Leif	1 000	(1 000)	-
Sørli	Unni Britt Velle	1 550	(1 545)	5
Ursin	Mikal Magnus	1 100	(1 092)	8
Vig	Bjarne Oleg	1 400	(1 394)	6
Åkerberg	Gøran	2 500	(1 950)	550
Totalt		12 450	(10 945)	1 505
Høghjelle	Tore Olai	1 500	(1 337)	163
Zapffe	Audun	1 500	(1 481)	19
			(2	
		3 000	818)	182

Totalt i Ås kommune 15 450 763) (13 1 687

Avtalt listetak = Det antall innbyggere som legene har inngått avtale om med kommunen

Antall

pasienter = Det faktisk antall personer som står på legens liste.

Kommunen har fått tildelt en ny legehjemmel. Etter dette vedtaket har 4 av legene økt taket på pasientlistene tilsvarende en legehjemmel.

Den nye hjemmelen som ble vedtatt av kommunestyret som skulle legges til Nordby lege- og helsesenter er ikke iverksatt. Det ble brudd i forhandlingene mellom legene ved senteret og den som hadde fått tildelt hjemmelen. Etter dette meddelte legene ved senteret administrasjonen at de ikke ønsket å ta inn en ny lege ved senteret på nåværende tidspunkt. Valget er da å opprette en solopraksis i Nordby eller fordi legene i kommunen har økt sine pasientlister høsten 2006, utsette iverksettelsen av ny hjemmel ett par år. Da må kommunen søke staten på nytt.

Det er ikke å anbefale å legge den nye hjemmelen til Ås sentrum, da disse legene har tilstrekkelig ledige plasser på listene og kan dekke behovet for legetjenester.

Ved en befolkningsvekst på 2% vil kommunen kunne dekke opp behovet for legetjenester innenfor de avtaler som er inngått frem til 2009.

Forslag til tiltak: Rådmannen anbefaler at man utsetter iverksettelse av en ny hjemmel til 2009.

3.3 Legenes rettigheter i forbindelse med kurs og lignende.

Legen har rett til fravær for deltakelse på kurs, nødvendig tjenestegjøring og andre aktiviteter for å oppnå eller beholde spesialistgodkjenning. Dersom kommunen må skaffe vikar, skal tidspunktet for fravær normalt godkjennes av kommunen. Såfremt legen stiller vikar gjøres ikke fradrag i basistilskuddet. Jfr. ASA 13.2

3.4 Legens plikter til listepasientene (Jfr. forskrift om fastlegeordningen § 7)

Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp. Jfr. ASA 4310 pkt.10.1

Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.

Innbyggerne på fastlegens liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift og avtale.

Blir en person som står på fastlegens liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i legeloven § 45.

Det betyr at hvis pasienten blir lagt inn på Åslund sykehjem er det tilsynslegen som har behandlingsansvaret frem til utskrivning og ikke fastlegen.

3.5 Listetak/åpningstid (ASA 4310 pkt.10.7 og 13.1 og forskrift om fastlege §14)

Fastlegen skal normalt ikke ha flere enn 2500 eller færre enn 500 personer på sin liste. Det kan inngås individuelle avtaler om kortere eller lengre lister, innenfor de rammer som fastsettes i sentral avtale. Lengre liste enn 2500 kan bare avtales for ett år av gangen.

I Ås varierer listene fra 1100 til 2500, med ett gjennomsnitt på 1405.

Utgangspunktet er at listetaket fastsettes i avtale mellom kommunen og den enkelte fastlege etter en konkret vurdering. Kommunen kan imidlertid stille vilkår om at fastlegen påtar seg listeansvar for et visst antall personer. Taket på listelengde vil virke inn på antall legeårsverk og legefordelingen. Ved innføringen av fastlegeordningen er taket på 1500 fastsatt i forskrift.

Forholdsmessig reduksjon kan være at en fastlege eksempelvis jobber deltid tre dager i uken, og at kommunen kan pålegge vedkommende 900 personer på listen.

Ved inngåelse av individuell avtale skal det tas hensyn til de samlede arbeidsoppgaver allmennlegen er pålagt gjennom lov, forskrift og sentralt avtaleverk. Ved senere pålagte oppgaver har legen rett til forholdsmessig reduksjon av listen.

Legen har rett til reduksjon av listen når dette skyldes

- legens helsetilstand
- legen har omsorgsansvar
- legen er over 60 år
- legens liste er særlig arbeidskrevende

Dette må drøftes med kommunen senest seks måneder før reduksjonen. Legen har rett til å redusere pliktig åpningstid tilsvarende. Dersom reduksjonen er begrunnet i legens helsetilstand eller i legens omsorgsansvar, kan reduksjon meldes med tre måneders varslingsfrist.

Kommunen kan ved forhandlinger kreve maks. 1500 personer på listen dvs. det som i forskriften er satt til å tilsvare en 100% hjemmel, legen kan imidlertid kreve opp til 2500.

Full tids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke, 44 uker i året. De øvrige ukene skal legen avvikle ferie og kurs.

Annen åpningstid enn i tidsrommet mellom 0800-1600 ukens fem første dager kan fra kommunens side ikke settes som vilkår for avtaleinngåelse, men kan avtales mellom legen og kommunen.

Legens åpningstid er nedfelt i individuelle avtalen. Det er viktig at kommunen har en jevn og god legedekning på alle ukedagene.

Legen skal delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget, jf for øvrig punkt 6.3 i ASA 4310.

Oversikt over åpne legekontorer

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Hel dag	6	6	8	6	6
Halv dag ¹⁾ frem til kl 12:00	0	1	0	1	1
Halv dag etter kl. 12:00	3	0	0	1	

1) Når legene jobber halv dag er det fordi de enten er skole-/helsestasjonslege, tilsynslege eller som kommunelege 1.

Tabellen over viser at det i dag er god legedekning på alle ukedagene.

Forslag til tiltak: Ved reforhandling av avtalene må det fra kommunens side fortsatt sikre en jevn legedekning og at alle legene har kollegiale ordninger ved ordinært fravær.

3.6 Tilgjengelighet

Fastlegeordningen setter økte krav til legekantorenes tilgjengelighet, bl.a. fordi pasientenes valgmuligheter er innskrenket. De fleste legekantorene tar bare i mot sine egne pasienter, og det er ikke like enkelt for pasientene å ta en ringerunde for å høre hvor

de kan komme til først. Tilgjengeligheten til eget fastlegekontor blir derfor i stor grad bestemmende for tilgjengeligheten til helsevesenet.

I rapporten fra Evaluering av fastlegereformen 2001-2005, Norges forskningsråd står det:

”Evalueringen tyder på at tilgjengeligheten er blitt noe bedre etter fastlegeordningen, kanskje først og fremst fordi kapasiteten ble utvidet gjennom tilførsel av flere hundre nye legeårsverk. Det er imidlertid indikasjoner på at tilgjengeligheten fortsatt oppleves for dårlig, både når det gjelder telefontilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Tilfredsheten med disse aspektene av legetjenesten skåret systematisk lavest i evalueringen.

Når det gjelder telefontilgjengeligheten, er det trolig at ny teknologi kan spille en viktig rolle. Mange av telefonhenvendelsene kan erstattes av alternative kommunikasjonsformer. Flere og flere legekantor tar i bruk SMS, og tilknytningen til det nasjonale helsenettet åpner for sikker elektronisk post mellom pasient og legekantor. Det kan også bli vanligere å sette ut telefontjenesten til profesjonelle operatører (”call center”). Det er å forvente at slike nye tjenestene vil avlaste den tradisjonelle telefonkontakten.

Ventetid på ordinær time er et usikkert mål på tilgjengelighet. Mange henvendelser til fastlegen er av en slik karakter at det er likegyldig om en venter en eller tre uker. Det som er viktig for pasientene, er å slippe til med påtrengende problemer, når de selv opplever at det haster. Timebøkene må derfor ha rom for å ta imot akutte henvendelser, øyeblikkelig hjelp. Registreringer blant pasienter på legevakt tyder på at mange er villig til å vente til neste dag dersom de er sikret time hos fastlegen da, men få er villig til å vente 4-5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegen sin allerede neste dag, dersom henvendelsene på legevakt skal avta betydelig.

Tilgjengelighet er relativt enkelt å måle, og kan egne seg for audit-lignende kvalitetssikringsprosjekter. Det finnes for eksempel tekniske muligheter for objektive registreringer av telefontilgjengelighet, men også enkle, standardiserte opptellinger av ØH-timer og ventetidsregistreringer kan danne grunnlag for slike prosjekter. De enkelte legekantorene kan gjøre lokale registreringer som så samles inn og sammenlignes med et gjennomsnitt for mange kontor. Norsk allmenntillegemedisin har erfaring for at dette er en arbeidsmåte som fungerer, først og fremst gjennom arbeidet med å bedre kvaliteten av laboratorieanalyser (NOKLUS). Dersom slike målinger gjentas over tid, vil de kunne ha en motiverende effekt, gi legekantorene tilbakemelding på om deres tiltak for å bedre tilgjengeligheten virker. Ved å kombinere enkle tilgjengelighetsmålinger med registreringer av pasienters tilfredshet, kan man også skaffe seg erfaring for hva brukerne regner som god eller akseptabel tilgjengelighet. På sikt kan slike prosjekter gi grunnlag for mer presise krav til fastlegenes tilgjengelighet.”

I Ås kommune var det 3 leger som arbeidet uten avtale med kommune og som følge av fastlegereformen fikk rett til å inngå avtale. To av disse legene inngikk en slik avtale.

Telefontilgjengelighet har vært gjenstand for klager fra innbyggerne. Nå har to av legekantorene innført mulighet for å sende en SMS melding med forespørsel om timebestilling eller avbestilling av timer.

Ved noen av legekantorene er ventetid på timeavtaler svært lav, mens andre har noen lengere tid. Kommunen har ikke mottatt noen klager på dette siste året.

Forslag til tiltak; Kommunen bør ha både telefontilgjengelighet og ventetid på ordinære timeavtaler i fokus ved reforhandlingene.

3.7 Styring

Når det gjelder styring av allmennlegetjenesten er dette evaluert i rapporten fra **Evaluering av fastlegereformen 2001-2005, Norges forskningsråd.**

Sitat;

”Styringen av allmennlegetjenesten skal skje gjennom kontrakter og avtaler med legen, og kommunen skal i større grad opptre som kontraktspartner og ikke arbeidsgiver.

Når legene først har startet i en fastlegehjemmel, er de stort sett uavhengige av kommunen organisatorisk sett. Verken organisatoriske eller økonomiske insentiver inngår som selvfølgelige styringsredskaper, og dette gir kommunene særlige utfordringer når det gjelder styringen av legene.

Rammeavtalen mellom KS og legeforeningen fastslår at det skal opprettes samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg i kommunen, og det legges opp til en relativt ambisiøs samhandlingsstruktur der legene i stor grad gis anledning til å være medspillere og samarbeidspartnere. Avtalen kan best karakteriseres som en "relasjonell kontrakt" som kjennetegnes av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold, og det legges relativt liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter. Dette preger også de individuelle kontraktene mellom kommunen og hver enkelt lege.

At partenes plikter og rettigheter i liten grad er spesifisert, gjør at rammeavtalen ikke er til særlig hjelp dersom det oppstår uenigheter eller konflikter. I slike tilfeller etterlyser gjerne begge parter større grad av detaljert beskrivelse av deres respektive rettigheter og plikter.

Minimumskravene til kommunal styring av legetjenesten etter Fastlegereformen er ganske små, og de fleste kommunene synes å ha relativt små styringsambisjoner. Dette er også knyttet til at kommunene i all hovedsak uttrykker tilfredshet med hvordan legetjenesten fungerer.

Kommunene gir også uttrykk for at de legger stor vekt på å ha et godt forhold til legene. I tillegg til at et godt samarbeidsklima oppleves som en verdi i seg selv, er det også viktig å understreke at rimelig gode relasjoner til legene utgjør en forutsetning for at de dialogiske styringsformene i kommunene kan fungere. Kommunene har i liten grad tilgang til mer tradisjonelle styringsredskaper. I all

hovedsak fremstår kommunene også som mer avhengige av kommunikasjonen med legene enn omvendt.

I de aller fleste kommunene er det kommunelege 1 som ivaretar kommunikasjonen med legene på vegne av kommunen, uavhengig om han eller hun har det formelle ansvaret for legetjenesten eller ikke. Det har stor betydning at den personen som skal formidle mellom systemene og bidra til at spørsmål blir løst, har tilstrekkelig personlig autoritet. Dette er knyttet til at de blir stående som personlige garantister i forhold til begge parter, noe de bare kan gjøre dersom de har tilstrekkelig personlig tillit.

Kommunen oppfatter legene som en sterk profesjon og med en sterk faglig autonomi. Dette avspeiler seg også i at regelverket knapt berører hvordan legen skal ivareta sine faglige oppgaver. Mange kommuner mente imidlertid at de fleste legene hadde "nok med sitt" (det pasientrettede arbeidet) og at det var vanskelig å få dem til å delta på en bredere basis i utviklingen av legetjenesten i kommunen.

Legetjenesten er på mange måter en fristilt og selvgående tjeneste, men på enkelte områder har kommunen særlige behov for å styre. Det dreier seg om å skaffe nok leger og innpasse disse i nye eller gamle hjemler. Et annet område der alle kommunene mener de har behov for styring er det allmenntilleggsarbeidet. Det er også behov for en viss styring av samarbeidet mellom legene og øvrige kommunale tjenesteytere."

Fastlegene i Ås er private næringsdrivende og således ikke underlagt kommunal styringsrett annet enn det som fremkommer av lov, avtaleverk og den individuell avtalen med kommunen.

Kommunen kan dermed heller ikke på noen formell måte stilles til ansvar for fastlegens medisinske virksomhet. Av helsepersonelloven følger at legen opptrer faglig autonomt i forhold til behandlingen av den enkelte pasient. Klager på den faglig utøvelsen behandles av fylkeslegen/helsetilsynet.

Rammeavtalen mellom KS og DNL omhandler de praktiske forhold omkring arbeidstid, listetak og deltakelse i kommunale oppgaver.

Ås kommune har etablert ett formelt samarbeidsutvalg med legene som har hatt 2 -4 møter årlig. Formålet er at samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Samarbeidsutvalget kan gi råd i saker, men har ikke vedtaksmyndighet. (ASA 4310 pkt.4.2)

Samarbeidet mellom kommunens representanter og legenes representanter i utvalget er godt.

Avtaleverket sier at det i alle kommuner skal være ett allmennlegeutvalg og hvor fastlegene har møteplikt (ASA 4310 pkt.4.1). I Ås hadde legene ved innføring av

fastlegereformen ett legeråd – dette er videreført som ett allmennlegeutvalg. Saker som skal drøftes i samarbeidsutvalget bør ha vært drøftet av allmennlegeutvalget på forhånd. Fastlegene kan også foreslå saker til samarbeidsutvalget.

Det er ikke alle fastlegene som deltar på møtene i allmennlegeutvalget selv om det er møteplikt. Det kan svekke utvalgets arbeid. Ansvar for å delta på møtene ligger hos den enkelte fastlege og det er ikke lagt inn noen sanksjonsmuligheter i ASA 4310 hvis de ikke møter i utvalget.

Kommunelege I er tillagt det daglige oppfølgingsansvaret for fastlegeordningen og er sekretær i samarbeidsutvalget med legene og har ansvar for innkalling og referat.

Legenes individuelle samarbeid med den øvrige kommunale helsetjenesten er generelt bra, men kommunens medarbeidere kan på enkelte områder ønske forbedringer. Det kan for eksempel gjelde samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene.

Forslag til tiltak; Samarbeidsutvalget bør drøfte samarbeidet generelt mellom fastlegene og øvrig kommunehelsetjeneste til pasientene eller elevenes beste. Samarbeidsutvalget bør utarbeide retningslinjer for samarbeid mellom fastlegene og den øvrige kommunale helsetjenester.

4 Offentlig legeoppgaver (Jfr. ASA pkt 12.1).

Legetjenesten i kommunene utgjør en sentral del av kommunehelsetjenesten.

”Legetjenestene i kommunene (fastleger og kommuneleger) skal dekke den enkelte innbyggers behov for legehjelp og en rekke oppgaver rettet mot hele befolkningen, helsefremming og rehabilitering.” (st.meld. 23 (1996-97) s 15)

Offentlig legearbeid er en samlebetegnelse for de allmennt medisinske og Samfunnsmedisinske oppgavene legene har utenom kurativ individuell praksis. Disse oppgavene er nødvendige for en helhetlig og velfungerende kommunehelsetjeneste, og det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom det offentlige legearbeidet og den kurative allmennt praksis.

Offentlige allmennt medisinske legearbeidet er evaluert i rapporten **Evaluering av fastlegereformen 2001-2005, Norges forskningsråd.**

Sitat;

”Fastlegeordningen la til rette for en styrking av det offentlige allmennt medisinske legearbeidet ved at alle fulltids fastleger kan pålegges inntil 7,5 timer arbeid i sykehjem, på helsestasjoner eller i skolehelsetjenesten. Evalueringen viser at dette potensialet ikke er utnyttet. Fastlegene utfører i gjennomsnitt 5 - 5,5 timer offentlig allmennt medisinsk arbeid per uke, og det synes ikke som det har skjedd noen styrking som følge av fastlegeordningen

I motsetning til offentlig allmennt medisinsk arbeid kan fastlegene ikke pålegges samfunnsmedisinsk arbeid. Dette gjelder fagområder som medisinsk-faglig rådgivning for kommuneledelsen, spesielt innenfor miljørettet helsevern, helseberedskap, helsestatistikk, planlegging og kvalitetssikring, samt arbeid som smittevernlege. Dette er arbeid som har blitt nedprioritert i en årrekke, og

det er ingen ting som tyder på at fastlegeordningen har medført vesentlige endringer.

Samfunnsmedisinerne som ble intervjuet i et av evalueringsprosjektene pekte på noen tiltak som de mente kunne bidra til at de samfunnsmedisinske legetjenestene kunne ivaretas på en bedre måte."

Med allmennmedisinske offentlige legeoppgaver menes her offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, legevaktjeneste eller som lege ved sykehjem. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkorting i listelengde hvis oppgaven er pålagt.

Alle legene i Ås kommune er forpliktet gjennom den individuelle avtalen deltakelse i allmennmedisinske legetjenester. Plikten er ikke utløst for alle, men hvis det blir nødvendig kan ingen nekte. Stillingen må først utlyses eksternt, hvis man ikke får søkere, kan fastlegene pålegges oppgaven. Leger som ansettes i disse stillingene har samme rettigheter og plikter som andre ansatte i kommune. I tillegg til ordinær lønn får fastlegene også praksis-kompensasjon for den tiden de er fraværende fra legepraksisen.

Forslag til tiltak: Kommunen må sikre at offentlig legeoppgaver er tilfredsstillende dekket.

4.1 Legetjenester utenfor institusjon

[21.12.2006 : Marit Helle] Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av legetjenester til brukere av omsorgstjenesten. Kartleggingen viser mange eksempler på kommuner og fastleger som har fått til god medisinsk oppfølging av omsorgstjenestens brukere. Likevel kan det systematiserte og formaliserte samarbeidet mellom den enkelte tjenestemottakers fastlege og hjemmesykepleien bli bedre.

Direktoratet har på bakgrunn av en kartleggingsundersøkelse av legetjenester til omsorgstjenestens brukere utarbeidet rapporten " Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon" IS-1420. Kartleggingen er gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse til kommunelegene og til leder av omsorgstjenestene i et randomisert utvalg av landets kommuner vinteren 2006. Rapporten inneholder et sammendrag av kartleggingsundersøkelsen og de siste års rapporter og statistisk materiale som er relevante for problemstillingen. Rapporten inneholder videre direktoratets vurderinger av de viktigste funnene og anbefalinger knyttet til disse.

Resultater fra kartleggingen

Kartleggingen viser mange eksempler på kommuner og fastleger som har fått til god medisinsk oppfølging av omsorgstjenestens brukere. På de stedene hvor samarbeidet mellom fastlegene og omsorgstjenesten fungerer godt, har direktoratet et inntrykk av at både kommunene og fastlegene har et bevisst forhold til de utfordringene, som denne pasientgruppen representerer, med hensyn til tilgjengelige og koordinerte tjenester.

Kartleggingen har hatt til formål å avdekke eventuelle svakheter, men også å finne eksempler på gode modeller for organisering av lege- og omsorgstjenestene i

kommunen og samhandling mellom første og annenlinjetjenesten. Noen av disse eksemplene er tatt med i rapporten.

Funnene fra kartleggingsundersøkelsen samsvarer også med tidligere rapporter fra Helsetilsynet og Norges forskningsråd, som viser at det systematiserte og formaliserte samarbeidet mellom den enkelte tjenestemottakers fastlege og hjemmesykepleien kan bli bedre. En sentral funksjon som rutiner for å oppdatere hverandre på medikamentendringer der hjemmesykepleien har ansvar for medisinbehandling, er mangelfull, til dels fraværende i mange kommuner. Ventetid på hjemmebesøk er lengst i de store kommunene. Det ser ut til å være en gråsoner mellom fastlegenes oppfølgingsansvar for egne pasienter og bruk av legevakslege. Kartleggingen viser videre at mange av kommunelegene har mangelfull kunnskap om hvordan legetjenesten overfor omsorgstjenestens brukere er organisert i sine kommuner.

Direktoratets forslag til tiltak

”På bakgrunn av funnene i kartleggingen har direktoratet vurdert om eksisterende lov- og avtaleverk i tilstrekkelig grad er med på å sikre at omsorgstjenestens brukere får de medisinske tjenestene som de har behov for.

Direktoratet mener det er viktig at det utvikles standarder for fastlegens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og standarder for samhandling med omsorgstjenesten om felles pasienter. Direktoratet anbefaler videre at det utvikles rutiner for oppdatering av medikamentendringer på system- og utøvernivå i kommunene, som også innbefatter og forplikter fastlegene.

For å oppnå disse målene anbefales en gjennomgang av fastlegeforskriften, og en eventuell reforhandling av rammeavtalen og individuelle avtaler med sikte på å stille vilkår for prioritering av utvalgte grupper. I tillegg vil det være viktig å se på om kommunelegenes rolle kan utnyttes bedre for koordineringsformål og faglige prosesser inn mot samhandlingsutfordringen i kommunen.”

4.2 Forebyggende helsearbeid.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en lovpålagt tjeneste til alle barn og unge 0-20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, og det stilles krav til tilgjengelighet for alle grupperinger innenfor målgruppene. I Stortingsmelding 16, 2002-2003, Resept for et sunnere Norge, er det lagt sterke føringer for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som et viktig tiltak for å fremme barn og unges helse.

Kommunehelsetjenesteloven (khl) § 1-3 lister opp oppgaver som kommunehelsetjenesten skal omfatte. Forskriftens § 2-3 utdyper dette når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver.

Grunnbemanning i det forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge 0-20 år må være helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut. Forskriften påpeker at det skal være en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom personell knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsesøster har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, inklusive forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge, og vil naturlig ha en sentral rolle i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøster vil som regel være den som møter alle brukere og trekker inn andre i helsestasjons- og skolehelsetjenesteteamet med kompetanse på aktuelt fagområde.

Legenes rolle vil være å utføre spesifikke somatiske helseundersøkelser og vurdere medisinske tilstander. Legene har en viktig rolle i tjenestens samfunnsmedisinske oppgaver som for eksempel å gi bidrag til kommunens oversikt over brukergruppens helsetilstand og foreslå tiltak i forhold til dette.

Helt siden før fastlegeordningen (FLO) trådte i kraft, har det vært en diskusjon om fastlegens deltagelse i det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid, særlig knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mange fastleger mener at de ut fra sitt kontor kan foreta de helseundersøkelser som helsestasjons- og skolelege skal gjøre like godt som om de er tilstede på helsestasjonen eller skolen. En slik ordning vil imidlertid ikke oppfylle forskriftens intensjon om at tjenesten skal være helhetlig, tverrfaglig og lett tilgjengelig. Legen er en nødvendig deltager i det tverrfaglige teamet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er viktig å avtale hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsestasjonslege og fastlege. Helt konkret handler det om hvor langt en helsestasjonslege skal bevege seg i retning av diagnostikk og behandling av presenterte symptomer og tegn.

En annen "gråson" mellom helsestasjonslegen og fastlegen er forholdet til, og ansvaret for oppfølging av kronisk syke barn. Det som kan tale for at helsestasjonslegen bør stå for slik oppfølging, er at helsestasjonslegen og helsestasjonen for øvrig har gode rutiner og tid for samhandling med andre og etablering av tverrfaglige team. Mange har erfaring for at det kan være vanskelig å få fastlegene med i slikt tidkrevende, tverrfaglig arbeid.

Etter innføringen av fastlegeordningen har skolelegefunksjonen i Ås endret seg. Helsesøster henviser i større grad enn tidligere til fastlegen når eleven har behov for medisinsk vurdering/behandling. Det er viktig at det utvikler seg ett godt samarbeid mellom helsesøstrene og den enkelte fastlege for å sikre elevene gode tjenester. Fra og med 2007 er 2 av legetimene med Ås videregående skole inndratt pga innsparingskrav og 2 timer overføres til helsestasjonene ved skoleårets slutt.

Legetjenesten ved helsestasjon er fortsatt viktig og må styrkes i takt med økningen i antall barn mellom 0-6 år. Derfor overføres 2 timer fra skolelege til helsestasjonslegetjenesten. Dette har allmennlegeutvalget behandlet og hadde ingen faglige innvendinger mot at skolelegestillingen ved videregående skole legges ned, for å styrke helsestasjonstjenestene.

Totalt har kommunen 20 ½ time legeressurs til forebyggende helsearbeid, fordelt med 3 1/2 t ved barneskolene og 17 timer ved helsestasjonene.

Dette dekker dagens behov, men må vurderes årlig.

4.3 Legetjenester i sykehjem

Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem (st.meld. nr.25 (2005-2006) Sosial- og helsedirektoratet vurderte i 2005 legetjenesten i sykehjem. Sitat;

”Basert på tilgjengelige undersøkelser fant direktoratet ikke grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt er uforsvarlig, men at svært mange kommuner har for lav legedekning til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Enkelte rapporter fra Helsetilsynene i fylkene har påpekt uforsvarlige forhold. Hovedinntrykket er at stillingsandelene ved mange sykehjem fortsatt er små og at det er manglende kontinuitet og kapasitet i tjenesten. I følge Statistisk sentralbyrå er antallet legeårsværk økt med knapt 6 prosent i løpet av 2005.

I statsbudsjettet for 2006 ble det varslet innføring av lokale normer for legetjenester i den enkelte kommune. Som en oppfølging av dette vil departementet i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning. Rundskrivet skal presisere de krav som allerede følger av gjeldende kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift om at behovet for legetjenester skal vurderes og angis konkret i hver enkelt kommune. I tillegg har Statistisk sentralbyrå innført legeårsværk per institusjonsplass som kvalitetsindikator i KOSTRA for å kunne sammenlikne kommuner.

For å legge til rette for en nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem vurderer departementet at det er behov for å øke innsatsen av legeårsværk med minst 50 prosent fram til 2010. Målsettingen vil drøftes i konsultasjonene med KS og vurderes på nytt etter at alle kommuner har vurdert sitt behov og fastlagt sin lokale norm.

Økningen av antall legeårsværk finansieres innenfor veksten i kommunens inntekter som en del av regjeringens mål om 10 000 nye årsværk i omsorgstjenesten. Videre skal Sosial- og helsedirektoratet utarbeide en faglig veileder for legetjenesten i sykehjem. Veilederen skal forankres i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Statens helsetilsyn vil i 2007 ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem.”

Totalt er det opprettet 4 stillingshjelmer tilsvarende 15 t/ uke til legetjeneste ved Åslund, Heia og bokollektivene. Disse ivaretas av fastlegene. I tillegg brukes legevakten ved akutt sykdom.

Vi har ikke utarbeidet en norm for legetjenesten i sykehjemmet, men dette må gjøres når departementet har utarbeidet kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning. Ut i fra de signaler som departementet har gitt må kommunen forvente at det blir satt krav til et høyere timeantall enn det vi har i dag.

Forslag til tiltak: Kommunen må, når staten har utarbeidet kriterier for legedekning ved sykehjem, vurdere behovet for evt. økning av tilsynslegestillingene.

4.4 Øyeblikkelig hjelp/legevakt

Kommunen skal organisere øyeblikkelig-hjelpstjeneste på dagtid og utenfor legekantorenes åpningstid. På alle hverdager mellom 18:00 -07:00 og alle lør-/søn- og hellidager er kommunen tilknyttet Follo legevakt.

I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) er følgende definisjoner lagt til grunn:

Med *øyeblikkelig hjelp* menes "den helsehjelp som helsetjenesten eller en helsearbeider er pliktig til å yte uten opphold eller snarest når det etter de foreliggende opplysninger må antas at det er påtrengende nødvendig."

Med *daglegevakt* menes "organisert mottak av øyeblikkelig hjelp i allmennlegetjenesten i kontortiden (fra kl 08.00 til 16.00)."

Med *legevakt* menes "Organisert vaktordning for dekning av nødvendig helsehjelp utenom åpningstid etter lov om helsetjenesten i kommunene."

I denne bestemmelsen ligger også at kommunen kan installere kommunikasjonsutstyr og pålegge den enkelte lege å være tilgjengelig for medisinsk nødmeldetjeneste på dagtid.

Jfr. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Fra 2008 blir Ås kommune knyttet til nytt digitalt nødmeldenett for helsetjenesten. Nettet kobler politi, brann og helse sammen slik at de kan kommunisere med hverandre og uten at utenforstående kan avlytte samtale.

Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes. Det betyr at dette er en prioritert oppgave som legen ikke kan velge bort så fremt han/hun fungerer i sin legepraksis.

I Ås er fastlegene pålagt å ha en øyeblikkelig hjelp funksjon i kontortiden og en legevaktstjeneste etter kontortid - dvs mellom 07.00-18.00 mandag til fredag. Legene setter selv opp turnuslisten og er gjensidig ansvarlig for at alle dager er dekket. Legene har plikt til å informere kommunen hvis de ikke kan ta vekten og hvilken lege som har overtatt vekten. Kommunen er kun ansvarlig viss vakthavende lege blir akutt, alvorlig syk og eller dør. Kommunen betaler legene beredskapsgodtgjøring på kr. 71,15 pr time for deltakelsen.

Det er få eller til tider ingen av våre leger som deltar i den interkommunale legevaktstjeneste, men legene er forpliktet til å delta hvis legevakten ikke får dekket vaktene. De har en plikt til å delta. Hittil har det ikke vært behov for å tilplikte noen.

Aker helseforetak og Follo kommunene utreder mulighet for en døgnlegevakt, samordnet med poliklinikkene på Ski sykehus. Aker HF har opprettet en prosjektlederstilling som har ansvaret for utredningen.

Forslag til tiltak: Legens plikter ved ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp/legevaktjenesten må presiseres ved reforhandlingen av avtalene.

4.5 Helseberedskap, miljørettet helsevern og smittevern.

Arbeidet med miljørettet helsevern gir store faglige og forvaltningsmessige utfordringer. Både fysiske, kjemiske, biologiske, sosiale og andre faktorer virker inn på helse og trivsel. Den nye forskriften om miljørettet helsevern omfatter innbyggernes miljø og omgivelser i alle livsfaser og de fleste livsområder – stort sett er bare egen bolig unndratt fra forskriftens virkeområde.

Forskrift om miljørettet helsevern trådte i kraft 1.juli 2003. Forskriften innebærer en modernisering og forenkling av regelverket og har erstattet 8 landsdekkende forskrifter og ca 400 lokale forskrifter. Kravene i forskriften er gitt som generelle funksjonskrav og ikke som teknisk detaljerte bestemmelser.

Oppgaver knyttet til planlegging og forebygging.

Disse er først og fremst beskrevet i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 som planlegging, informasjon og samordning, der kommunehelsetjenesten er én av flere aktører i de kommunale plan- og beslutningsprosessene.

De praktiske oppgavene er :

- Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen.
- Helsetjenesten skal foreslå tiltak av helsefremmende og forebyggende art.
- Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer, blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer.
- Helsetjenesten skal gi informasjon til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen.

Ansvar for å ivareta oppgavene innen miljørettet helsevern er i khl § 4a-2 lagt til kommunestyret, men denne myndigheten kan delegeres innenfor de begrensningene som ligger i kommuneloven og i delegasjonsbestemmelsen i khl § 4a-3. Hvordan kommunene ønsker å organisere seg er opp til den enkelte kommune, så lenge oppgavene ivaretas i tråd med regelverket. Spørsmål om delegering av tilsynsmyndighet bør vurderes ut fra prinsipper om forsvarlig saksbehandling og hensiktsmessighetsbetraktninger, herunder hensynet til brukerne. Det er foreløpig ikke åpnet for at kommunene kan delegerer myndigheten til interkommunale organer. St.meld. nr 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken, signaliserer imidlertid at regjeringen ønsker å gjøre det mulig for at de kommuner som ønsker det skal kunne organisere sitt miljørettet helsevern-arbeid i interkommunale enheter.

Kommunens arbeid med miljørettet helsevern har både helsefremmende, forebyggende og gjenopprettende/reparerende aspekter. Kommunen skal vurdere helsekonsekvenser i forhold til all planlegging og drift av virksomheter og øvrige tiltak. Kommunen skal arbeide for å forhindre at det oppstår negativ helsepåvirkning, blant annet gjennom kommunens oversikt over helsepåvirkning fra faktorer i miljøet, og ved å spille inn helsehensyn til andre sektors myndigheter.

I Ås er kommunelege I tillagt ansvaret for helseberedskap, miljørettet helsevern og smittevern. Han er også kommunen medisinsk faglig rådgiver og smittevernslege. Disse oppgavene kan ikke pålegges fastlegene.

Det er opprettet en 40% kommunelegestilling kombinert med 60% driftstilskudd. I tillegg er Ås kommune tilknyttet interkommunalt kontor for miljørettet helsevern i Frogn. Ansatte ved dette kontorene utfører kontroller av skoler, frisørsalonger osv på vegne av kommunelegen. Som nevnt har lovverket ikke åpnet for å delegere tilsynsmyndighet til interkommunale organer.

4.6 Anbefalinger:

Samarbeidet og informasjonsflyten mellom fastlege og tilsynslege når det gjelder demente og rehabiliteringspasienter må styrkes.

- Det bør utarbeides retningslinjer for samarbeidet slik at det ikke er usikkerhet om hvem som har ansvaret for pasienten.

Fastsetting av lokal norm for legedekning ved sykehjem:

- Når departementet har utarbeidet kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning i institusjon må kommunen vurdere om det er behov for å øke tilsynslegestillingene.

Ansvarsfordeling mellom fastlege og skole-/helsestasjonslege for å hindre "gråsoner":

- å avtale hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsestasjonslege og fastlege. Helt konkret handler det om hvor langt en helsestasjonslege skal bevege seg i retning av diagnostikk og behandling av presenterte symptomer og tegn.

Ivaretagelse av øhjelp og kommunallegevakt må presiseres i avtalene ved forhandlingene.

5 Inngåelse av ny fastlegeavtale

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legehjemmel.

Overtar en ny fastlege praksis fra en fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, blir listen over personer overført til den nye fastlegen. Kommunen skal gjøre personene på listen oppmerksomme på dette, og på retten til å skifte fastlege etter § 5.

Fratredende lege har rett til å kreve overdratt praksis til overtagende lege. Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis. Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege. Kommunen er ikke part i denne avtalen.

Ved flytting og nyetablering kan kommunen bestemme at praksisen skal drives fra velegnede lokaler som er tilgjengelige for funksjonshemmede.

Før hjemmelen lyses ut skal legene informeres, slik at kommunen etter søknad fra legene kan treffe avgjørelse om plassering av hjemmelen i en etablert praksis i samsvar med plan for legetjenesten, se punkt 6.2 ASA 4310.

Dersom det er påkrevet for å sikre driften i en ny fastlegepraksis, kan kommunen overføre følgende personer til den nye listen:

a) Nytilmeldte uten oppgitt legeønske.

b) Personer fra liste hvor det er foretatt reduksjon etter § 16, og som ikke har skiftet til annen fastlege med ledig plass på listen.

Når en fastlege overtar praksisen fra en annen fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold blir listen overført til den nye fastlegen. De som står på listen skal informeres om dette. Kommunen, som er ansvarlig for å inngå fastlegeavtale med den nye fastlegen, må gi melding om ny lege til trygdeetaten. Informasjon om ny lege vil deretter bli sendt fra trygdeetaten til de som står på listen. Det skal opplyses om navn på den nye legen og retten de har til eventuelt å skifte lege etter § 5 i denne forskriften.

Rådmannen ser det som en fordel at legene arbeider i gruppepraksis. Erfaring har vist at dette også er ett ønske fra leger som søker på utlyste hjemler. Gruppepraksiser blir mindre sårbare ved fravær og har flere åpningstimer i uken. Legeforeningen anbefaler heller ikke at det opprettes nye solopraksiser. Kommunen bør arbeide for at nåværende solopraksiser etter hvert blir slått sammen.

Kommunens tildeling av avtalehjemmel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, § 2 første ledd litra b. Vedtak treffes av kommunen, normalt etter uttalelse fra samarbeidsutvalget.

Tildeling av hjemler utføres i henhold til lov og avtaleverk. I tillegg skal uttalelse fra samarbeidsutvalget legges vekt på og uttalelse fra leger i gjeldende gruppepraksis skal ha avgjørende vekt. jf 10.8. ASA 4310

Hvem som skal tildele legehjemmel i Ås kommune er ikke nevnt i kommunens delegeringsreglement. Praksis de siste årene er at tildelingsutvalget er sammensatt av leder av hovedutvalg for helse- og sosial, helse- og sosialsjef og representant fra angj. legekantor. Klagesaker har vært behandlet av hovedutvalg for helse- og sosial.

Det har vært diskutert om tildeling av hjemler skal legges til ett politisk utvalg, sammensatt utvalg eller til administrasjonen.

Fastlegeordningen har ett omfattende regelverk som utvalget som skal tildele hjemmelen eller reforhandle fastlegeavtalene må ha god kjennskap til. Det kan gå lang tid mellom hver gang en hjemmel skal tildeles og det vil derfor være vanskelig for et politisk utvalg å være oppdatert til enhver tid.

Tildeling av hjemler er ingen ansettelse, men inngåelse av en kontrakt med privat næringsdrivene. Tillitsvalgte har ingen rolle i tildeling av hjemler eller ved forhandlingene av de individuelle avtalene.

Rådmannen vil anbefale at det nedsettes ett utvalg sammensatt av leder av hovedutvalg for helse- og sosial, rådmannen el. den han bemyndiger og lege fra det aktuelle legekantor og som får myndighet til å tildele hjemmelen. Hvis hjemmelen tilhører en solopraksis bør kommunelege I delta.

Forslag til tiltak:

- *Ved reforhandlingene bør utvalget bestå av ordfører, rådmann og helse- og sosialsjef.*
- *Ved tildeling av hjemler bør utvalget bestå av leder av hovedutvalget, rådmannen el. den han bemyndiger og lege fra legekantoret/kommunelege I*

Se forslag til retningslinjene for tildeling og re-/forhandling av avtaler.

6 Organisering/informasjon.

Kommunen plikter å tilrettelegge for fastlegeordningen slik at legens plikter i avtalene kan overholdes. Kommunen plikter å ivareta hensyn til legens personvern og opptre diskret i sensitive forhold som berører den enkelte lege.

Kommunen plikter på et så tidlig tidspunkt som mulig å holde legen informert om planer og forhold i kommunehelsetjenesten som kan få betydning for legens virksomhet. Slik informasjon kan gis gjennom allmennlegeutvalget i kommunen.

Forslag til tiltak: Kommunen plikter gjennom samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget å ta legen med på råd i spørsmål som berører eller vil berøre legens virksomhet. Det kan også foretas en alminnelig høring blant de berørte leger. Ved etablering av rutiner for innhenting av informasjon fra leger, skal uttalelse fra samarbeidsutvalget tillegges betydelig vekt.

7 Tvist om individuelle fastlegeavtaler m.v.

Jfr. ASA 4310 16.1 – (direkte avskrift)

Tvist om forståelsen av individuell avtale, revisjon av denne samt oppsigelse etter punkt 15 i avtalen her søkes løst ved forhandlinger mellom kommunen og den enkelte lege. Partene kan la seg bistå av rådgiver eller advokat.

Fører forhandlingene ikke frem kan partene bli enige om å løse tvisten ved voldgift.

Hver av partene skal oppnevne en voldgiftsmann og voldgiftsmennene i fellesskap en oppmann. Unnlater en part å oppnevne voldgiftsmann eller blir voldgiftsmennene ikke enige om oppmannen, foretas oppnevningen av tingrettens leder.

Hver av partene kan bringe tvisten inn for domstolsbehandling.

Tvist om avtale om rammeavtalen

Dersom det oppstår tvist om forståelsen og revisjon av denne avtalen skal tvisten søkes løst ved forhandlinger mellom KS og Den norske lægeforening.

Fører forhandlingene ikke frem skal tvisten løses ved voldgift.

Hver av partene skal oppnevne en voldgiftsmann og voldgiftsmennene i fellesskap en oppmann. Unnlater en part å oppnevne voldgiftsmann eller

blir voldgiftsmennene ikke enige om oppmannen, foretas oppnevningen av tingrettens leder.

Vedlegg 1

1 FORSLAG TIL RETNINGSLINJER FOR TILDELING AV LEGEHJEMLER. (Bygger på ASA 4310 – avtale mellom KS og legeföreningen).

2 Administrasjon av avtalehjemler

2.1 Søknad om og rammer for nye hjemler

Kommunen skal søke om nye avtalehjemler når det er nødvendig for å oppfylle dens forpliktelser overfor befolkningen.

Søknad om nye hjemler skal behandles av kommunestyret og avgjør lokaliseringen av hjemmelen.

Før hjemmelen lyses ut skal legene informeres, slik at kommunen etter søknad fra legene kan treffe avgjørelse om plassering av hjemmelen i en etablert praksis i samsvar med plan for legetjenesten, se ASA 4310 punkt 6.2.

2.2 Endring i etablerte avtalehjemmel

Når en avtalehjemmel blir ledig kan kommunen utlyse hjemmelen, eller la innbyggerne på fratredende leges liste fordeles blant gjenværende leger i kommunen etter avtale mellom berørte leger, jf ASA 4310 punkt 5.6, 1. ledd.

2.3 Kunngjøring av avtalehjemmel

Kommunen skal kunngjøre ny eller ledig avtalehjemmel i Tidsskrift for Den norske lægeförening og/eller i landsdekkende avis o.l. med minst 3 ukers søknadsfrist.

Forhold og vilkår av betydning for hjemmelen må fremgå av kunngjøringen, slik som type praksis (gruppe- eller solopraksis, listelengde, avtaler i praksisen, organiseringsform og lokalisering.

2.4 Samarbeidsutvalget (Jfr. ASA 4310 pkt.4.2.3):

Samarbeidsutvalget kan gi råd i saker som gjelder

- planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht kapasitet og lokalisering
- oppretting av legehjemler
- gi uttalelse vedr. søkere til avtalehjemmel
- kollegial fraværdeknning og vikarordninger

3 Tildeling av avtalehjemmel

3.1 Tildelingsutvalg

Faste medlemmer i utvalget er

- leder av hovedutvalg for helse- og sosial
- rådmannen eller den han bemyndiger

Andre medlemmer:

- Leger ved det angjeldende legesenter eller ved solopraksis kommunelege I.

3.2 Anke

Kommunens tildeling av avtalehjemmel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, § 2 første ledd litra b og skal skje etter kommunehelsetjenesteloven § 4-2.

Klage på vedtaket behandles av hovedutvalg for helse- og sosial.

3.3 Kriterier for tildeling (Jfr. ASA 4310 pkt. 5.5):

- faglig kompetanse og erfaring
- samarbeidsevner
- kjønns- og alderssammensetning
- evne til å drive privat praksis.

3.4 Vilkår i forbindelse med tildeling av avtalehjemmel

- Fratredende lege har rett til å kreve overdratt praksis til overtagende lege. Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis. Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege. Kommunen er ikke part i denne avtalen.
- Blir fratredende og overtagende lege ikke enige om overdragelsesbeløpet innen 5 uker etter at kommunens tilbud er mottatt, fastsettes prisen av nemnd (voldgift). Nemnden(e) oppnevnes av Legeforeningen. Nærmere retningslinjer for nemndsbehandlingen utarbeides av Legeforeningen. Legeforeningen kan også gi nærmere regler om bortfall/reduksjon av rett til kompensasjon for opparbeidet praksis, f. eks for tilfeller der praksisen har vært drevet i kommunens lokaler/med kommunens personell.
- Utgifter og tilrettelegging i forbindelse med nemndsbehandling er kommunen uvedkommende.
- Dersom kommunens tilbud ikke aksepteres innen 5 uker etter at tilbud er gitt, kan kommunen trekke tilbudet tilbake og behandle saken på nytt.
- Frist for oppstart av praksis avtales mellom legen og kommunen. Dette skal ikke ha konsekvenser for tidligere avtaleinnehavers rett til oppgjør for inventar, utstyr og kompensasjon for opparbeidet praksis.
- Kommunen kan nekte flytting av praksis dersom flyttingen har åpenbare negative konsekvenser for kommunens innbyggere.
- Ved flytting og nyetablering kan kommunen bestemme at praksisen skal drives fra velegnede lokaler som er tilgjengelige for funksjonshemmede.

Vedlegg 2**4 FORSLAG TIL RETNINGSLINJER FOR FORHANDLINGER VED INNGÅELSE ELLER REVISJON AV INDIVIDUELL OG PERSONLIG AVTALE MED FASTLEGEN.****5 Generelt**

Den individuelle avtalen regulerer kommunenes og allmennlegens oppgaver.

I tillegg til rammeavtalen 4310, skal det inngås individuell og personlig avtale mellom kommunen og den enkelte lege i samsvar med vedlagte mønsteravtale.

Rammeavtalen 4310 danner ramme for hva som kan kreves ensidig av en part ved inngåelse eller revisjon av individuell avtale.

Kommunens og legens plikter og rettigheter følger av

- kommunehelsetjenesteloven
- forskrift om fastlegeordning
- avtale mellom staten/KS og Legeforeningen om basistilskudd og takster
- rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene
- tariffavtale om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305)
- hovedtariffavtalen (HTA) og hovedavtalen (HA) så langt det passer

5.1 Samarbeidsutvalget rolle**Formål**

Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Samarbeidsutvalget kan gi råd i saker som gjelder (opplistingen er ikke uttømmende):

- fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk
- planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht kapasitet og lokalisering
- oppretting av legehjemler
- søkere til avtalehjemmel, ved uttalelse
- flytting av praksis
- midlertidig legemangel
- kollegial fraværdekning og vikarordninger
- fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver
- kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter m.v.
- forslag til rapporteringsrutiner
- generelt om listelengde og listereduksjon
- organisering av legevakt
- fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak

- suspensjon av ordningen

Samarbeidsutvalget skal påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdeknning i forbindelse med ferier.

Kommunen plikter å tilrettelegge for fastlegeordningen slik at legens plikter i avtalene kan overholdes. Kommunen plikter å ivareta hensyn til legens personvern og opptre diskret i sensitive forhold som berører den enkelte lege.

5.2 Forhandlingsutvalg

Forhandlinger eller revisjon av den individuelle avtalen med fastlegen er personlig. Det vil si at forhandlingene må føres med hver enkelt lege. Avtalen er ett viktig dokument mellom kommunen og fastlegen.

Forhandlingsutvalget består av:

- Ordfører
- Rådmann
- Helse- og sosialsjef

5.3 Individuell avtale (se vedlegg 3)

Den kan omhandle at:

- Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes
- Legen skal sørge for tilfredsstillende telefontilgjengelighet.
- Åpningstid: Ved full tids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året.
- Listetak. Ved full tids kurativ virksomhet kan kommunen kreve inntil 1500 personer.
- Legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten.
- Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmenmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.
- Legen skal delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmenlegeutvalget, jf for øvrig ASA 4310 punkt 6.3.
- Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmenmedisinsk offentlig legearbeid begrenset til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene, herunder kunngjøre dem
- Legen deltar i organisert øhj. ordning på dagtid og legevaktjenesten

5.4 Varighet og oppsigelse av individuelle avtaler om fastlegepraksis

- Kommunen og legen kan si opp avtalen med en frist på 6 måneder. Oppsigelse fra kommunens side må være saklig begrunnet.
- Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtalen med øyeblikkelig virkning.
- Den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år.

5.5 Revisjon

Den individuelle avtalen kan fra begge parters side kreves revidert hvert år. Det kan ikke foretas ensidige endringer i kraft av revisjonsbestemmelsen. Pålegg etter ASA 4310 punkt 12, krav om listereduksjon, samt legens ønske om større listetak kan fremsettes når som helst.

5.6 Tvist om individuelle fastlegeavtaler m.v.

Tvist om forståelsen av individuell avtale, revisjon av denne samt oppsigelse etter punkt 15 i ASA 4310 søkes løst ved forhandlinger mellom kommunen og den enkelte lege. Partene kan la seg bistå av rådgiver eller advokat.

Fører forhandlingene ikke frem kan partene bli enige om å løse tvisten ved voldgift.

Hver av partene kan bringe tvisten inn for domstolsbehandling.

Vedlegg 3 **Mal for individuell avtale fremforhandlet av KS og DNL.**
INDIVIDUELL AVTALE OM ALLMENNPRAKSIS I FASTLEGEORDNING
FOR SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE LEGE

Individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordning er inngått mellom

lege..... og

.....kommune

Den individuelle avtalen kan ikke overdras.

Kontoradresse:

Telefon:

Telefaks:

PLIKTER OG RETTIGHETER

Kommunens og legens plikter og rettigheter følger av

- kommunehelsetjenesteloven
- forskrift om fastlegeordning
- avtale mellom staten/KS og Legeforeningen om basistilskudd og takster
- rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene
- tariffavtale om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305)
- hovedtariffavtalen (HTA) og hovedavtalen (HA) så langt det passer

Legen gis et eksemplar av lov, forskrift og avtaleverk

Maksimalt antall innbyggere på listen

Kort beskrivelse av kollegial fraværdekning

Legens faste vikar

Legen har fellesliste med

Legen installerer og bruker følgende system for pasientdata/ pasient-administrasjon

Legen skal avgi grunnlagsdata for føring av pasientstatistikk på følgende måte

Legen har følgende deltidsstilling(er) i kommunen:

.....
.....

Det utarbeides arbeidsavtale(r) for deltidsstillingen(e).

Avtale om mottak og veiledning av turnuslege gjøres for tiden:
Vilkår fremgår av særskilt avtale.

Legen aksepterer at allmennlegeutvalget vil kunne velge vedkommende som representant til samarbeidsutvalget.

Legen forplikter seg til å akseptere rammeavtalens bestemmelser om tvisteløsning m.v. ved overdragelse av praksis, jf rammeavtalens § 5.6.

Det utarbeides egen avtale for økonomisk samarbeid mellom legen og kommunen.

ÅPNINGSTIDER OG TELEFONTIDER

dag	Åpningstider	telefontider
Manda g		
Tirsdag		
Onsdag		
Torsda g		
Fredag		

Kommunen utbetaler basistilskudd senest den 12 i hver måned. Tilskuddet settes inn på konto.....

Avkorting i basistilskuddet foretas etter reglene i ASA 4310.

Lengre fravær uten vikar skal meddeles kommunen i så god tid som praktisk mulig.

VIRKETID OG REVISJON

Den individuelle avtalen kan av begge parter kreves revidert første gang....., deretter én gang pr. år, dog gjelder kortere frister ved tilplikting og listereduksjon.

TVIST

Tvist om forståelsen av denne avtalen og uenighet ved revisjon løses etter § 16 i

rammeavtalen mellom KS og Dnlf.

StedDato.....

.....
for kommunen

.....
legen

Vedlegg 4: Tidligere politisk behandling i saken

Kommunestyrets behandling 27.09.2006:

Åse Tea Bachke(SV) fremmet følgende fellesforslag fra Ap, SV og KrF med støtte fra Sp:

Tilsvare kommunestyrets vedtak.

Arne Hillestad(FrP) fremmet følgende fellesforslag fra FrP og Høyre:

1. Redegjørelse for legetjenestene i Ås kommune sendes tilbake til HHS/administrasjonen for grundig gjennomgang.
2. Ås kommune ønsker gruppepraksiser som overlapper hverandre, eller solopraksiser som samarbeider om oppgavene på lik linje med teorien for gruppepraksis. Ås kommune vil legge til rette for den beste legehjelpen vi kan skaffe innbyggerne i Ås.
3. Den nye hjemmelen skal som i vedtaket fra møtet 14.06.09 legges i Nordbyområdet.

Votering:

Endringsforslaget fra Ap, SV, KrF med støtte fra Sp ble vedtatt 24-9(5FrP, 4H)

Endringsforslaget fra FrP og Høyre ble nedstemt 24-9(5FrP, 4H)

Kommunestyrets vedtak 27.09.2006:

Nytt pkt. 1:

- Følgende anmodninger i "Redegjørelse for legetjenestene Ås kommune datert 15.05.06" vedtas slik at det er førende for denne ene legehjemmelen vi nå har fått tildelt og som skal legges til Nordbyområdet:
- Ås kommune ønsker gruppepraksiser framfor solopraksiser. Den nye legehjemmelen som er vedtatt lokalisert til Nordby, legges til Nordby Lege- og Helsesenter, 1407 Vinterbro.
- Tildelingsutvalget ved tildelingen av denne hjemmelen skal bestå av leder av Hovedutvalg for helse og sosial, Rådmannen og legene ved Nordby Lege- og Helsesenter.
- Kommunestyret oppfordrer de to solopraksisene i Ås sentralområde til å slå seg sammen.

1.2 Det gjennomføres ikke reforhandlinger med fastlegene før rutiner for hvordan dette skal gjennomføres er utredet og vedtatt, jfr. punkt 4.

Nytt punkt. 4:

Administrasjonen utreder alternative modeller/regler for tildeling av legehjemler samt et regelverk for reforhandlinger med fastlegene.

Utredningen skal avklare hva som er kommunalt politisk styrbare elementer når det gjelder tildeling av legehjemler og reforhandlinger av avtaler med fastlegene. Utredningen skal komme med forslag til hva som bør være politikernes ansvarsområde og hva som kan delegeres til administrasjonen, samt gi en vurdering av hvordan dette vil fungere i praksis.

Behandlingen av denne saken starter i Hovedutvalg for Helse og sosial etter at utredningen foreligger innen utgangen av 2006.

Hovedutvalgets innstilling til kommunestyrets behandling 27.09.06, utsatt i kommunestyret 14.06.06:

1. Redegjørelse for legetjenesten i Ås kommune datert 15.05.06 tas til etterretning og anbefalingene tas med i reforhandlingene med fastlegene.
4. Rådmannen delegeres myndighet til å utpeke ny hjemmelsinnehaver, etter uttalelse fra samarbeidsutvalget med legene jfr. ASA 4310 pkt. 4.2.3 og 5.3.

Kommunestyrets behandling 14.06.2006:

Endringer i ASA 4310 for perioden 2006-2008 som KS og Den norske lægeforening har fremforhandlet (må godkjennes av kommunen til høsten) var utsendt på forhånd.

Aase Thea Backe(SV) fremmet følgende forslag til alternativ vedtak:

Nytt pkt. 1:

Det utarbeides en plan for legetjenester som rulleres hvert år som politisk sak i hovedutvalg for helse og sosial. Planen skal forelegges samarbeidsutvalget med legene for uttalelse jfr. ASA 4310 pkt. 4.2.3 og 5.3

Denne planen har en vedtaks del hvor de politiske styrbare delene av legearbeidet vedtas.

Vedtaksdelen skal inneholde både eventuelle behov for reforhandling av individuelle avtaler med legene, samt eventuelle behov for etablering av nye fastlegemidler.

Planen skal utover dette inneholde informasjon om den totale legesituasjonen i Ås kommune.

Ved vurdering av eventuelt behov for reforhandling av individuelle avtaler med legene skal det klargjøres hva behovet for reforhandlingene skyldes og konkrete punkter for revurdering legges frem i forslag til vedtak:

Ved reforhandling av avtalene bør følgende tema vurderes:

- Kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen
- Deltagelse i offentlig legearbeid
- Åpningstidene blir gjenstand for drøftelser
- Legen skal sørge for tilfresstillende telefontilgjengelighet
- Deltagelse i øyeblikkelig hjelp/legevaktjenesten

Ved ny utlysning av ny fastlegehjemmel skal behovet for ny hjemmel klargjøres og følgende konkrete punkter legges frem i forslag til vedtak:

Ved utlysning av ny fastlegehjemmel bør følgende tema vurderes:

- Eventuelt behov hos innbyggerne for etablering av ny fastlegehjemmel.
- Lokalisering i kommunen
- Kjønn
- Faglig interesse
- Eventuelle andre kommunalt politisk styrbare faktorer

Nytt punkt 4:

Rådmannen delegeres myndighet til å utpeke innehaver av ny fastlegehjemmel og reforhandle individuelle avtaler med legene i henhold til plan for legearbeidet i Ås kommune. Dersom ingen søker fyller kriteriene vedtatt i plan for legearbeidet i Ås kommune skal saken fremmes til behandling i Hovedutvalg for helse og sosial.

Dag Guttormsen(H) fremmet følgende fellesforslag til nytt pkt.1 på vegne av Ap, Høyre og KrF:

Her rettes - til etterretning - til orientering.

Nytt pkt. 5:

Plan for den del av legetjenesten kommunen kan gjøre vedtak om ihht. ASA 4310 (Rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening)

Plan for legetjeneste i Ås utarbeides innen september 2006 og skal godkjennes av kommunestyret. Før godkjenning i kommunestyret skal samarbeidsutvalget med legene uttale seg. Planen rulleres årlig.

Punkter som skal inn i planen:

- a) For en lege med fulltids virksomhet utgjør den del kommunen kan pålegge legen som deltidsstilling 7,5 timer per uke. Ref. ASA 4310 12.1
- b) Ved nødvendig reforhandling av individuelle avtaler bør følgende tema vurderes:
 - Kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinære fravær hos andre fastleger i kommunen. Ref. ASA 4310 kap.13
 - Deltakelse i offentlig legearbeid. Ref. ASA 4310 12.1
 - Åpningstidene blir gjenstand for drøftelser. ASA 4310 13.1
 - Legen skal sørge for tilfresstillende telefontilgjengelighet. Ref. ASA 4310 10.6
 - Deltakelse i øyeblikkelig hjelp/legevaktjeneste. Ref. ASA 4310 10.4
- c) Ved tildeling av ny hjemmel skal bl.a følgende kriterier legges til grunn: faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, kjønns- og alderssammensetning og evnen til å drive privat praksis. Ref. ASA 4310 5.5.
- d) Hovedutvalg for helse og sosial skal årlig orienteres om den generelle legesituasjon i kommunen med bl.a vekt på dekningsgrad og spesielle behov som antas å oppstå.

Arne Hillestad(FrP) fremmet følgende utsettelsesforslag:
Innstillingens pkt. 1 og 4 utsettes.

Votering:

Utsettelsesforslaget ble enstemmig vedtatt.

Hovedutvalgets innstilling pkt. 2 og 3 ble enstemmig vedtatt.

Kommunestyrets vedtak 14.06.2006:

2. Ås kommune søker Nasjonalt råd for spesialistutdanning for leger og legefording om 1 fastlegehjemmel.
3. Hjemmelen søkes lokalisert i Nordby.

Innstillingen pkt. 1 og 4 utsettes.

Hovedutvalgets innstilling til kommunestyret 14.06.2006:

1. Redegjørelse for legetjenesten i Ås kommune datert 15.05.06 tas til etterretning og anbefalingene tas med i reforhandlingene med fastlegene.
2. Ås kommune søker Nasjonalt råd for spesialistutdanning for leger og legefording om 1 fastlegehjemmel.
3. Hjemmelen søkes lokalisert i Nordby.
4. Rådmannen delegeres myndighet til å utpeke ny hjemmelsinnehaver, etter uttalelse fra samarbeidsutvalget med legene jfr. ASA 4310 pkt. 4.2.3 og 5.3.

Hovedutvalg for helse og sosials behandling 31.05.2006:

Gro Haug (H) fremmet ett utsettelses forslag

Gro Haug (H) fremmet følgende forslag vedtak:

1. Ås kommune søker Nasjonalt råd for spesialistutdanning for leger og legefording om 1 fastlegehjemmel.
2. Hjemmelen søkes lokalisert i Nordbyområdet

Votering:

Høyres utsettelses forslag falt med 5 mot 4 stemmer (2 FrP, 1 H og 1 Sv)

Høyres forslag til vedtak falt med 5 mot 4 stemmer (2 FrP, 1 H og 1 Sv)

Rådmannens innstilling pkt. 1 og 4 ble vedtatt med 5 mot 4 stemmer (2 FrP, 1 H og 1 Sv)

Pkt. 2 og 3 ble enstemmig vedtatt.

Hovedutvalg for helse og sosials vedtak 31.05.2006:

Tilsvarende hovedutvalgets innstilling til kommunestyret 30.05.06.

Ås eldreråds behandling 30.05.2006:

Votering: Leders forslag ble enstemmig vedtatt.

Ås eldreråds uttalelse 30.05.2006:

Eldrerådet har et generelt inntrykk av at legetjenesten i Ås fungerer etter forutsetningene, bortsett fra at det forekommer en del klager på telefontilgjengeligheten til legekantorene, en del trange venteværelser og vanskelige parkeringsforhold.

Eldrerådet vil ellers minne om uttalelse i NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste":

"Ved inngåelse av individuelle fastlegeavtaler har kommunen anledning til å stille som vilkår at fastlegene deltar i det allmennmedisinske offentlige legearbeidet, oppad begrenset til 7,5 timer pr. uke. Disse timene bør kommunene utnytte. Det er anledning til å inngå frivillige avtaler med fastleger om mer enn 7,5 timer offentlig legearbeid pr. uke.

Gjennom å påta seg slikt arbeid vil fastlegene trolig få en økt forståelse for bredden i det kommunale helse- og omsorgsarbeidet og trening i tverrfaglig samarbeid og samhandling. En styrking av legetjenesten for eldre kan bidra til bedre behandling på riktig nivå i tråd med LEON-prinsippet. Det vil trolig gjøre det faglig mer attraktivt for legen å arbeide med disse utfordringene, for eksempel som leger i sykehjem."

Med tanke på flere eldre i Ås vil det være ønskelig med en legetjeneste som forutsetter kunnskap om geriatri og fastlegeordning på sykehjemmet.

For øvrig tiltredes Rådmannens innstilling.

Vedlegg 5:**INTERNT NOTAT**

Dato : 01.03.2007 **Saknr/ark:** 06/1172/G21 **Løpenr.** 2940/07

Til: Kommunestyret
Fra Rådmannen
Kopi til
Saksbeh.: Berith Trobe Dahlgren

Saken gjelder:
PLAN FOR LEGETJENESTEN I ÅS- TILLEGG SOPPLYSNINGER

Rådmannen ønsker å konkretisere enkelte ting i forhold til forslaget til plan for legetjenester i Ås som er utarbeidet og lagt fram for Hovedutvalget for helse- og sosial til behandling.

Lov, forskrifter og regelverk om legetjenester er omfattende og det forventes ikke at alle politikere kan kjenne til dette. Derfor anså rådmannen det som viktig at det i planen ble redegjort for regelverket og belyse områder som bør vektlegges i reforhandlingene med legene.

Kommunens muligheter til å innvirke på fastlegenes praksis er begrenset.

Det vises til kap. 3.7 i planen hvor det står:

”Styringen av allmennlegetjenesten skal skje gjennom kontrakter og avtaler med legen, og kommunen skal i større grad opptre som kontraktspartner og ikke arbeidsgiver.

Verken organisatoriske eller økonomiske insentiver inngår som selvfølgelige styringsredskaper, og dette gir kommunene særlige utfordringer når det gjelder styringen av legene.”

Kommunen kan ikke pålegge legene å delta i en daglegevakt, ha lengere åpningstider, ha kortere bestillingstid for timeavtaler, ha hjelpepersonell osv.. Alt dette må kommunen forhandle med den enkelte lege når den individuelle avtalen reforhandles hvis man ønsker å forbedre dette.

Det er kun tre funksjoner kommunen kan pålegge legene å delta i:

- Organisert øyeblikkelig hjelp funksjon på dagtid
- Deltakelse i legevakt etter kontortid
- Kommunale legestillinger i skole/helsestasjon og sykehjem.
Stillingene må imidlertid først være utlyst og hvis man ikke får søkere kan man pålegge fastlegene. Stillingen må være opprettet av kommunestyret, da disse er ordinære stillingshjemler med samme plikter og rettigheter som andre arbeidstakere.

Planen ble før møtet i hovedutvalget 7.2.07 sendt ut til høring fordi det i "Rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene" i pkt 6.2 står:

"Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse."

Planen ble sendt til begge legene i samarbeidsutvalget til uttalelse.

DNL tillitsvalget ga muntlig tilbakemelding 7.2.07 om at han ikke hadde noen merknader til planen. Han ba om at i Vedlegg 2 Retningslinjen for forhandlinger pkt. 1.3 Kulepunkt 4 endres fra "Listetak. Full tids kurativ virksomhet er lik 1500 personer" til "Listetak. Ved full tids kurativ virksomhet kan kommunen kreve inntil 1500 personer".

DNL tillitsvalgte hadde også rådført seg med legeforeningen sentralt som ikke hadde noen merknader til planen.

Endringsforslaget er tatt inn i retningslinjene.

Planen ble sendt til KS for uttalelse, spesielt for å høre om regelverket var korrekt gjengitt og tolket. Konsulenten i KS uttalte:

"Det pekes på at uansett om man lager planer, vil lov, forskrifter og avtaleverk gjelde. Det er dessverre ikke alt som er krystallklart i det sentrale regelverket. Det vil derfor kunne oppstå ytterligere uklarhet når det lages en plan over legevirkomheten som blir en mix av sentrale bestemmelser blandet opp med lokale forutsetninger. Saksbehandler er personlig usikker på viktigheten av å ha slik plan."

Han gir også en merknad til at den nye legehjemmelen i vedtaksform ble lagt til ett spesielt legekontor;

"Det er nok mer i tråd med avtalen at kommunen signaliserer et ønske om lokalisering på et bestemt sted, derfra bør det være opp til den nye legen og legefelleskapet."

Til gjengivelsen av regelverket hadde han følgende merknader:

- *Legen selv bestemmer max listetak opp til 2500*
- *Legen ikke har rett til å delta i legevakt, kun plikt, da dette er endret i avtalen. For øvrig korrekt innhold."* Dette er rettet i planen

For øvrig sier han at beskrivelsen er korrekt.

Rådmannen vil tilslutt peke på at det er gjennom de individuelle forhandlingene at de svakheter som beskrives i planen kan søkes forbedret. Retningslinjene for forhandlinger og reforhandlinger av individuelle avtaler er ett viktig redskap.

I planen er det foreslått en del andre tiltak som bør vies oppmerksomhet og som bør taes med i handlingsprogrammet for 2008 -2011.

Vennlig hilsen

Per A. Kierulf
Rådmann
Sign.

Utv.sak nr 5/07

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE - BRUK AV FONDSMIDLER

Saksbehandler: Berith Trobe Dahlgren

Arkivnr: G70

Saknr.: 06/1617

Utvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Hovedutvalg for helse og sosial	/07	21.03.2007
K.råd for funksjonshemmede	5/07	20.03.2007
Ås Eldreråd	6/07	20.03.2007
Formannskapet	/	
Kommunestyret	/	

Rådmannens innstilling:

Fondsmidler på 130.000- øremerkede midler tilhørende opptrappingsplan for psykisk helse benyttes til:

1. Opplæring og veiledning av Familie og nettverksteamet konto 1.3110.232.1500 styrkes med kr. 30.000
2. For istandsetting av personalbase i Nordby styrkes konto 1.7200.130.2310 med kr. 100.000

Rådmannen i Ås, 13.03.07

Per. A. Kierulf
Sign.

Tidligere politisk behandling: K-sak 72/06 Budsjett 2007

Avgjørelsesmyndighet: Kommunestyret

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalg for helse og sosial
Kommunalt råd for funksjonshemmede
Ås eldreråd
Formannskapet
Kommunestyret

Vedlegg som følger saken trykt:

Ingen

Vedlegg som ligger i saksmappen:

Handlingsplan for psykisk helse

Utskrift av saken sendes til:

1. Fylkesmannen i Akershus
2. Enhetsleder for psykisk helse

SAKSUTREDNING:

Fakta i saken:

Handlingsplan for psykisk helse ble vedtatt i kommunestyret i 13.12 2006. Handlingsplanen var ett vedlegg til handlingsprogrammet 2007-2010.

Det tok litt tid før en nyopprettet stilling ble besatt derfor ble kr.130.000 av de øremerkede midlene for 2006 ikke brukt. Disse midlene ble overført til bundet fond ved regnskapsavslutningen.

Forslag til bruk av fondsmidler i 2007.

Viser til vedtatt handlingsplan.

Opplæring og veiledning

Det anbefales at 30.000 brukes til opplæring og veiledning av Familie og nettverksteamet.

Medlemmene i teamet jobber alene og er ofte hjemme hos familier med sammensatte problemer. Veiledning og opplæring er viktig med tanke på kvaliteten i arbeidet og med tanke på å beholde dyktige personer i jobben.

Istandsetting av personalbase i Nordby 100.000 kr.

Flere av leiligheter i Sleipnersvei er tatt i bruk til målgruppen. Personalbasen er ikke klargjort fordi teknisk etat av økonomiske grunner ikke har hatt mulighet for å prioritere arbeidet. Vi foreslår derfor at fondsmidlene brukes for dette formålet.

Konklusjon:

Rådmannen anbefaler ovennevnte tiltak

Utv.sak nr 6/07

HØRING - KOMMUNALE REGLER FOR SKOLESKYSS - ENDRING

Saksbehandler: Tove Heen

Arkivnr: N06 &13

Saknr.: 07/281

Utvalg

Utv.sak nr

Møtedato

K.råd for funksjonshemmede

6/07

20.03.2007

Innstilling:

Saken legges frem for rådet uten innstilling.

Ås, 13.03.07

Arne Hillestad
Leder

Avgjørelsesmyndighet:

Kommunalt råd for funksjonshemmede

Behandlingsrekkefølge:

Kommunalt råd for funksjonshemmede

Vedlegg som følger saken trykt:

Notat av 30.01.07 Høring – endring av kommunale regler for skoleskyss

Vedlegg 1: Gjeldende retningslinjer for skoleskyss

Vedlegg 2: Sammenstilling av gjeldende og forslag til nye retningslinjer for skoleskyssen i Ås

Vedlegg 3: Forslag til nye retningslinjer

Vedlegg 4: Veiledende skjekklister for kontroll av sikkerhet på skoleveien (Statens vegvesen)

Vedlegg som ligger i saksmappen:

Ingen

Utskrift av saken sendes til:

Oppvekst og kulturetaten v/Tove Heen

SAKSUTREDNING:

Se notat av 30.01.07 med vedlegg som legges frem for Kommunalt råd for funksjonshemmede for høringsuttalelse.

Utv.sak nr 7/07

**FRAMTIDIG BRUK AV ÅS KULTURHUS INKL.KINOTEATERET
- ET IDEPROSJEKT**

Saksbehandler: Solveig Viste Arkivnr: D12 Saknr.: 06/1273

Utvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Ås Eldreråd	7/07	20.03.2007
K.råd for funksjonshemmede	7/07	20.03.2007
Hovedutvalg for oppvekst og kultur	/	
Formannskapet	/	

Rådmannens innstilling:

Med utgangspunkt i sluttrapport "Framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet" datert 8.mars 2007 settes det i verk følgende tiltak:

1. Konkretisere kortsiktige tiltak som kan øke aktiviteten i kulturhuset. Tiltakenes praktiske og økonomiske forutsetninger fremmes som egen sak som også foreslår hvordan kostnadene skal dekkes. Saken fremmes innen senest innen oktober 2007.
2. Avklare servicetorgetts lokalisering og arealbehov. Dette skal være en del av grunnlaget for handlingsprogram og økonomiplan 2008 – 2011.
3. Utarbeidelse av forprosjekt i 2008.
Kostnader til forprosjekt søkes innarbeidet i budsjett 2008.
Biblioteket skal være hovedfunksjonen i kulturhuset. Eksisterende kinosal skal søkes videreutviklet som kulturhussal med kinofunksjon. For øvrig skal forprosjektet konkretisere hvilke aktiviteter bygninger skal romme, og hva slags rominndeling dette krever. På dette grunnlag utarbeides en kostnadsvurdering. Prosjektet skal også drøfte økonomiske og funksjonelle aspekter vedr. fremtidig dekning av administrasjonens arealbehov, herunder eie kontra leie og samlet lokalisering kontra spredt.
Forprosjektet danner grunnlag for prioritering og eventuell realisering gjennom handlingsprogram og økonomiplan 2009-2012.

Rådmannen i Ås, 13.03.07

Per A. Kierulf
Sign.

Tidligere politisk behandling:

F 22/3-06; Kulturhus/kino – framtidig bruk av kinolokalet

F 14/6-06; Prosjektplan for prosjekt framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet

Avgjørelsesmyndighet:

Formannskapet

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalg for oppvekst og miljø 21/3-07
Formannskapet 11/4-07

Vedlegg som følger saken trykt:

Rapporten "Framtidig bruk av Ås kulturhus", inkl. kinolokalet – et ideprosjekt"

Vedlegg som ligger i saksmappen:

Vedlegg: Dokumentasjoner og utredninger
Ås kinoteater – digital flerbrukskino, E Jørgensen konsult feb.2007

Utskrift av saken sendes til:

SAKSUTREDNING:

Fakta i saken:

Etter at Ås kino ble nedlagt i mars 2005, vedtok formannskapet i mars 2006 å sette i gang et prosjekt for å avklare framtidig bruk av kinolokalet. Det ble imidlertid klart at dette arbeidet burde sees i sammenheng med resten av Ås kulturhus.

Formannskapet vedtok derfor i 14/6-06 å sette i gang prosjektet "Framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet". Det er disse to vedtakene som er grunnlaget for rapporten "Framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet – et ideprosjekt.

Målet med prosjektet er at kulturhuset blir benyttet på en effektiv måte til beste for Ås kommune og bidrar til økt kulturaktivitet i Ås. Kulturhuset er utformet slik at det kan brukes på alternative måter.

På dette grunnlaget skal det gjøres vurderinger og gis anbefalinger om følgende:

- Hvilke funksjoner som skal inn i kulturhuset på grunnlag av administrasjonens og politikernes behov for lokaler, øvrige brukeres behov og potensielle brukeres behov.
- Vurdere om det er hensiktsmessig og fornuftig å plassere et utvidet servicetorg i kulturhuset.
- Økonomi, herunder drift og investering

- Kulturhus – et verktøy for utvikling

I Østlandsområdet er det de siste årene etablert en rekke sentrale kulturhus. Etablering av disse husene har en todelt begrunnelse. Dels er de begrunnet i kulturlivets behov for gode formidlingsarenaer og dels er de begrunnet i et ønske om å vitalisere tettsteder. Kultur brukt for å skape identitet, aktivitet, omdømme og oppmerksomhet er kjent fra mange kommuner, steder og byer. Et kulturhus er derfor et viktig element også i en utviklingsstrategi for kommunesenteret.

Dette er i tråd med målsettinger i forslag til kommuneplan for perioden 2007-2019. Her står det bl.a. at kommunen skal:

- Styrke kommunesenteret som handels-, bolig og kultursenter og utvikle gode møteplasser.
- Utvikle kulturen, samt kulturhuset i Ås sentrum slik at det blir en sentral møteplass for kulturlivet i Ås

- Videreutvikle biblioteket til en sentral møteplass i tråd med de forventningene innbyggere har til et moderne folkebibliotek
- Legge forholdene bedre til rette slik at det blir enklere for lag, foreninger og enkeltfrivillige å yte frivillig innsats, samt utrede frivillighetssentralens rolle i Ås

- Framtidig bruk av kulturhuset

I henhold til prosjektmandatet skal det avklares hvilke funksjoner som bør være i det framtidige kulturhuset og om det er hensiktsmessig å plassere et utvidet servicetorg i kulturhuset.

En rekke aktører er forespurt som grunnlag for vurderingen og anbefalingen i sluttrapporten.

Det som kom tydeligst fram under dialogen med de som holder til i kulturhuset i dag, er mangel på plass, ikke tilfredsstillende drift og vedlikehold samt mangel på koordinert utleie og bruk av huset. Dette var også tilbakemeldinger fra låne- og leietakere.

Av de virksomhetene som i dag leier lokaler i Ås sentrum, var det PPS, økonomiavdelingen, forebyggende helse og lokalhistorisk arkiv som ga signal om at de kunne tenke seg andre løsninger enn det de har i dag.

Der er utarbeidet en egen rapport som grunnlag for å vurdere videre drift av Ås kino. Rapporten anslår et besøkspotensiale på mellom 10 000 og 30 000 pr. år avhengig av hvilken alternativ løsning en velger for utforming av kinosalen. Forutsetningen for kinodrift er at det legges om til digital filmframvisning. Digital filmframvisning kan bli en realitet i 2009-2010.

Alternativ 1 er å kjøre film i samme sal som man har andre kulturarrangement. Det lar seg gjøre, men har lavest besøkspotensial både for kino (10 000) og andre kulturarrangement (50 arr./år). Årsaken er at en ikke kan kjøre film hver dag pga interessekonflikt ifht andre kulturarrangement.

Alternativ 2 er å dele dagens sal i 3; en black box for andre kulturarrangement og 2 mindre saler til filmframvisning. Dette har det høyeste besøkspotensialet for kino (25 000) og andre kulturarrangement (100 arr./år) da en kan kjøre film hver dag i to mindre saler og legge til rette for flere andre kulturarrangement.

Driften av et kulturhus er arbeidskrevende. Brukerne, både kulturlivet og publikum forventer en tjenesteproduksjon og en service med personlig kontakt og oppfølging. Dette er avgjørende for kulturhusets opparbeidelse av omdømme og popularitet. Kulturhusets behov for personell må sees i sammenheng med åpningstid, servicenivå, markedsføring, profesjonell drift og kinodrift. Anbefalt åpningstid er fra 10-21 på hverdager og 12-21 på helligdager.

Kulturhuset bør sees i sammenheng med andre kulturinstitusjoner, bedrifter og næringsliv, UMB og nabokommuner for å få til et best mulig tilbud i kulturhuset og mest mulig rasjonell drift av huset. Som del av prosjektet er det gjennomført møter med Universitetet for miljø og biovitenskap (UMB), Studentsamskipnaden i Ås, Studentsamfunnet ved UMB, Ås sentrumsutvikling AS og Ås stasjon/Follo futura. Hensikten med møtene var å orientere om prosjektet samt få fram mulige samarbeidsområder som er nyttig for alle parter. Alle ser viktigheten av et levende kulturhus i Ås, og signaliserer at de ønsker å bidra i arbeidet med å utvikle

kulturhuset. Kommunen skal også møte Thalia teater for å diskutere et mulig samarbeid.

Med utgangspunkt i 5 ansatte og like utgifter for begge alternativene det første året, gir det en driftskostnad på kr. 2 900 000,-. Inntektene og følgelig tilskuddsbehovet er langt mindre i alternativ 2 (140 000,-) enn i alternativ 1 (1 325 000,-). Dette fordi 3 saler har høyere besøkspotensial og blir bedre utnyttet til inntektsbringende aktiviteter. Det understrekes at oppstillingene bygger på generelle erfaringstall. Det er først når en foretar en mer spesifikk virksomhetsanalyse at en vil få fram de reelle tall.

Inntekter og tilskuddsbehov	Alternativ 1		Alternativ 2	
	Billettsalg, utleie og tjenester	50 arr/år	860 000 kr	100 arr/år
Inntekter kino	10 000 besøk/ år	515 000 kr	25 000 besøk/å r	1 300 000 kr
Annen utleie, kafé, møterom osv		200 000 kr		200 000 kr
<i>Tilskuddsbehov</i>		1 325 000 kr		140 000 kr
SUM		2 900 000 kr		2 900 000 kr

Vurdering med konklusjon og begrunnelse:

- Funksjoner i kulturhuset

Administrasjonens behov

I et nytt kulturhuskonsept er det ikke hensiktsmessig å lokalisere nye administrative funksjoner i kulturhuset. Dette vil beslaglegge store deler av arealene i kulturhuset og det vil hindre at kulturhuset blir den dynamoen en ønsker det skal være i utviklingen av Ås og Ås sentrum. Et bærende prinsipp bør være at dette er et hus for innbyggerne, ikke et administrasjonsbygg.

Ås kommune leier i dag ca. 3250 m² i Ås sentrum til en leiekostnad på ca. 4,5 millioner kr. pr. år. De behovene og ønskene som har kommet fra administrasjonen, bør vurderes dekket på andre måter. En kan vurdere å leie andre lokaler som vil samle ulike virksomheter på en bedre måte enn i dag, eller en kan vurdere å bygge nytt administrasjonsbygg. Med dagens leiekostnader på ca. 4,5 millioner kroner, kan en betjene et lån på mellom 60-70 millioner kroner.

Biblioteket

Biblioteket er kulturhusets ryggrad i dag. Det er også et mål i kommuneplanen å videreutvikle biblioteket til en sentral møteplass i tråd med de forventningene innbyggere har til et moderne folkebibliotek. Problemer knyttet til ventilasjonsanlegget er i ferd med å løses, men plassmangelen ifht. barne- og ungdomsavdelingen (BUA) og lagerplass er imidlertid vanskelig å se løsninger for på kort sikt. En utvidelse av

BUA vil for eksempel gå utover tilbudet til eldresenteret. Eldresenteret må også forventes å vokse ut av sine lokaler, og vil på lang sikt ha behov for alternative lokaler. En utvidelse av biblioteket må sees i denne sammenheng. Biblioteket bør ha en servicefunksjon ifht. koordinering av utleie og bruk av kulturhuset og en nær samhandling med en evt. kafé. Bibliotekets program bør inngå som del av et helhetlig program for kulturhuset.

Kafé og kantine

Det er et behov for å videreføre tilbudet om kantine til de ansatte. Dette tilbudet bør imidlertid bli en del av en kafé som også er åpen for innbyggerne i Ås. I dag leveres mat til kantinen via kjøkkenet på Åslund sykehjem. Dette er en ordning som kan videreføres. Utvides tilbudet til en kafé, må det vurderes om kjøkkenet på Åslund har kapasitet til dette, eller om det må vurderes andre løsninger eksempelvis i samarbeid med Follo futura og cateringfirmaer.

Selskapslokaler, møtelokaler

Selskapslokalene og møtelokaler er et tilbud som bør videreføres, både fordi det er lite av denne type tilbud i Ås, og fordi dette er grunnleggende funksjoner for innbyggerne og politisk aktivitet. Det bør imidlertid vurderes ulike løsninger for driften. Det bør imidlertid vurderes alternative løsninger for servering, for eksempel ved at det etableres et anretningskjøkken og man inngår en avtale med et cateringfirma. Møtelokalene brukes mye både på dagtid og kveldstid. Det må sikres at alt rundt disse arrangementene er tilfredsstillende så som plassering av møbler, tekniske innretninger, mat, rydding osv.

Eldresenter

Eldresenteret er et tilbud som blir viktigere jo flere eldre det blir. Eldresenteret ønsker å opprettholde tilbudet i sentrum, men opplever at de har for liten plass slik det fungerer i dag. Inntil nye lokaler evt. blir realisert, er det imidlertid mulig å se på bruken av de øvrige lokalene i kulturhuset, slik at eldresenterets behov dekkes. Dette kan løses ved en bedre koordinering av bruken av huset.

Lokalhistorisk arkiv, frivillighetssentralen

De to virksomhetene som ikke har tilhold i kulturhuset i dag, men som bør vurderes lagt til kulturhuset, er frivillighetssentralen og lokalhistorisk arkiv. Frivillighetssentralen ut fra erfaringen om at formidling av frivillig innsats på alle områder øker når sentralen ligger sentralt og der folk er. Lokalhistorisk arkiv ut fra en vurdering om at det hører sammen med bibliotekets tilbud, at det vil bedre arbeidsforholdene og øke tilgjengeligheten for publikum.

Lagerplass/aktivitetsrom

Kulturhuset har liten lagerplass i utgangspunktet. En del av det som brukes som lager i dag, er ikke brannteknisk godkjent. Dette må det ryddes opp i og det må tenkes alternative løsninger for lagerplass.

Kino og andre kulturarrangement

Generelt kan en si at det er en fordel å samlokalisere kulturhus og kino, da dette kan gi driftsmessige fordeler og synergieffekter: Breder økonomisk plattform, rasjonell drift, synergieffekt, levendegjøring av huset samt felles billettsalgstjeneste og nettsted/markedsføring

En viktig forutsetning for framtidig drift av Ås kino er at det legges om til digital filmframvisning uansatt valg av alternativ løsning for sal. Det er flere fordeler med digital film: Lettere tilgang på fersk film, mer fleksibel programmering, lavere fraktkostnader, mulighet for lavere bemanning

Ut fra erfaringstall fra kommuner Ås kan sammenligne seg med, er det grunnlag for å drive kino og andre kulturarrangement i kulturhuset. Det kan legges til en sal som i dag, der man har både kino og andre kulturarrangement (alternativ 1). Dette byr på utfordringer ifht. interessemessige kollisjoner, lærret, høyttalere og akustikk, men det lar seg løse. Dette alternativet krever investeringer ifht. lyd, lys, elektrisk anlegg, brannsikkerhet og ventilasjon.

En kan også se for seg en deling av dagens sal i en "black box" til andre kulturarrangement og 2 mindre saler til kino (alternativ 2). Investeringene blir naturlig nok større med dette alternativet, men det vil gi de beste arbeidsvilkår for alle brukergrupper og salenes størrelse blir mer tilpasset potensialet til de ulike bruksområdene.

Vestibylen

Flere opplever Ås kulturhus som lukket og lite tilgjengelig. Ideen for vestibylen bygger på å åpne opp selve lokalet samt styrke kommunikasjonen mellom huset og arealene rundt. Denne ideen er uavhengig av om en velger en sal eller tre saler i kinosalen. Alle besøkende til kulturhuset bør bruke samme inngang inn i vestibylen. I vestibylen bør det være en resepsjon som kan være felles med biblioteket. Det krever at en åpner opp mellom dagens vestibyle og biblioteket, der lesesalen er i dag. Det bør også gis mulighet for tilgang til kulturhuset fra nord. Trappen bør flyttes til sentrum i vestibylen, og arealet der trappen er i dag, bør benyttes til en kafé.

- **Serviceorget**

Serviceorget har en publikumsfunksjon som kan ta flere oppgaver knyttet til koordinering av utleie og bruk av kulturhuset. Det er arealer i vestibylen som kan romme servicetorg og evt. forvaltningsenheten. Det vil imidlertid fortsatt være behov for et mottak i rådhuset slik som i dag og servicetorg med evt. forvaltningsenheten vil beslaglegge hele vestibylen og hindre annen bruk av dette arealet. Det anbefales derfor at servicetorgets arealbehov søkes dekket på andre måter enn å flytte den funksjonen til kulturhuset.

- **Drift og investeringer**

Besøkspotensialet vil være større ved valg av tre mindre saler enn ved en stor sal. Dette fordi en delt løsning ikke kombinerer salen med kinovisning. Dermed kan en utvikle flere arrangementer og ha høyere besøk. På grunnlag av besøkspotensialet for de to alternativene, samt inntekter for utleie av saler til andre kulturarrangement, er det antatt at tilskuddsbehovet for drift i alternativ 1 er på kr.1 325 000,- og kr.140 000,- for alternativ 2. Dette fordi anlegget blir bedre utnyttet til inntektsbringende aktivitet. Det understrekes at kostnadene bygger på generelle erfaringstall. Det er først når en foretar en mer spesifikk virksomhetsanalyse at en vil få fram de reelle tall.

En må gjøre investeringer på et visst nivå både i alternativ 1 og alternativ 2. Huset slik det står i dag har verken tilfredsstillende brannsikkerhet, ventilasjon og varmeanlegg eller sanitære forhold. Det er heller ikke lagt godt nok til rette for tilgjengelighet for

funksjonshemmede (universell utforming). Investeringsbehovet vil naturlig være større ved valg av alternativ 2 som krever noen grunnleggende grep i vestibylen, men dette kan være det beste for kulturhuset og Ås på lang sikt.

Forutsatt gjennomsnittlige investeringskostnader pr. m² fra kr. 10 000,- til kr. 20 000,- og totalt antall m² til 3250 gir dette antatte kostnader hvis full rehabilitering fra kr. 32 500 000 til kr. 65 000 000,-. Det understrekes at dette er anslagsvise investeringskostnader på et skissemessig grunnlag, som må konkretiseres i et evt. forprosjekt.

- Framdrift

Rapporten er et resultat av et ideprosjekt, der mandatet var å gi anbefalinger i forhold til hvilke funksjoner som bør være i et framtidig kulturhus, hvilken økonomi det er i drift av et slikt hus og hvilke investeringer som må påregnes. Idèprosjektet bør følges opp av et forprosjekt som kan si noe mer om holdbarheten i de anbefalingene som er gitt. Realiseringen av ideene vil bli tatt opp i hovedprosjektet som i praksis er selve byggesaken. Den siste fasen i "Framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet", er den faktiske gjennomføring av de tiltakene som forprosjektet og hovedprosjektet har beredt grunnen for. Framdriften fram mot gjennomføringen anbefales som følger:

1. Fase 1: IDÈPROSJEKT, vedtas i formannskapet 11/4-07
2. Fase 2: Forprosjektet.
Det avsettes nødvendige midler for å gjennomføre forprosjektet i HP 2008-2011.
Presentasjon av forprosjektet våren 2008.
3. Fase 3: Hovedprosjekt
Det avsette nødvendige midler for å gjennomføre hovedfasen i HP 2009-2012.
Presentasjon av hovedfasen/hovedprosjektet våren 2009.
4. Fase 3: Gjennomføring
Vedtak i HP 2010-2013, med oppstart av gjennomføring i 2010

Tabell 1: Framdrift: Framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet

Fase 1: IDÈPROSJEKT	Fase 2: Forprosjekt	Fase 2: Hovedprosjekt	Fase 4: Gjennomføring
11/4-07	HP 2008-2011	HP 2009-2012	HP 2010-2013



- Løsning på kort sikt

Med den foreslåtte framdriften, kan gjennomføring av hovedprosjektet komme i gang tidligst i 2010. Kulturhuset bør imidlertid tas i mer aktiv bruk før den tid. En slik løsning på kort sikt bør inngå som del av utviklingen av kulturhuset både innholdsmessig og bygningsmessig.

1. Kinosalen tas i bruk kun til kulturarrangementer.
- Det kan ikke kjøres arrangementer av noe slag i salen i dag pga at brannsikkerheten ikke er tilfredsstillende. Det må løses.

- Elektrisk anlegg, lys og lyd må ha en tilfredsstillende kvalitet.
 - Det er ikke tilfredsstillende å kjøre både kino og andre kulturarrangement i salen i dag, på grunn av at lerretet er fastmontert og reduserer bruk av scenen. Lerretet bør derfor fjernes. Det bør ikke investeres i heve/senke lerret før det er gjort et valg ifht framtidig utforming av salen.
2. Det bør gjøres noen grep for å få bedre akustikk i salen for andre kulturarrangement.
 3. Det inngås en avtale med kjøkkenet på Åslund sykehjem og evt. et cateringfirma om levering av mat til henholdsvis møter, kantine og selskapslokaler.
 4. Vedlikehold og drift oppgraderes til et tilfredsstillende nivå (kapasitet på og rutiner for renhold, vedlikehold, rydding og lignende)
 5. Det etableres tilfredsstillende rutiner for utleie og bruk av kulturhuset

Konklusjon

De overstående anbefalingen vil resultere i følgende tiltak:

Med utgangspunkt i sluttrapport "Framtidig bruk av Ås kulturhus inkl. kinolokalet" datert 8.mars 2007 settes det i verk følgende tiltak:

1. Konkretisere kortsiktige tiltak som kan øke aktiviteten i kulturhuset. Tiltakenes praktiske og økonomiske forutsetninger fremmes som egen sak som også foreslår hvordan kostnadene skal dekkes. Saken fremmes innen senest innen oktober 2007.
2. Avklare servicetorget og forvaltningsenhetens lokalisering og arealbehov. Dette skal være en del av grunnlaget for handlingsprogram og økonomiplan 2008 – 2011.
3. Utarbeidelse av forprosjekt i 2008.
Kostnader til forprosjekt søkes innarbeidet i budsjett 2008.
Biblioteket skal være hovedfunksjonen i kulturhuset. Eksisterende kinosal skal søkes videreutviklet som kulturhussal med kinofunksjon. For øvrig skal forprosjektet konkretisere hvilke aktiviteter bygninger skal romme, og hva slags rominndeling dette krever. På dette grunnlag utarbeides en kostnadsvurdering. Prosjektet skal også drøfte økonomiske og funksjonelle aspekter vedr. fremtidig dekning av administrasjonens arealbehov, herunder eie kontra leie og samlet lokalisering kontra spredt.
Forprosjektet danner grunnlag for prioritering og eventuell realisering gjennom handlingsprogram og økonomiplan 2009-2012.