



Fylkeslegen i Troms

SENJALEGEN



En utredning om interkommunal
legetjeneste på Senja

Tromsø
februar 2001

Forord

Befolkningen har krav på forsvarlig allmennlegetjeneste til enhver tid, og kommunene har plikt til å organisere dette. Kommunene må selv avgjøre på hvilken måte de skal oppfylle denne forpliktelsen. Fylkeslegen i Troms foreslår i denne utredningen at legetjenesten organiseres interkommunalt. Utredningen er ment som en del av grunnlaget kommunene kan benytte for å ta beslutninger om fremtidens legetjeneste.

Utredningen er skrevet av spesialist i allmennmedisin ass. fylkeslege Anne Helen Hansen. Flere ansatte ved fylkeslegekontoret har deltatt i arbeidet. Rådgiver Jorun Støvne Pettersen har bearbeidet regnskapstall fra kommunene samt stått for den grafiske utformingen av tabeller og figurer.

Rapporten distribueres til de involverte kommuner og til Sosial og helsedepartementet ved Helseavdelingen som har tildelt ressurser til arbeidet. Rapporten sendes også til de øvrige kommunene i Troms, til landets fylkesleger, til Statens Helsetilsyn og til pressen.

Fylkeslegen i Troms takker de involverte kommunene for et godt og konstruktivt samarbeid. Fylkeslegen takker også Sosial- og helsedepartementet for midler til å gjennomføre utredningen.

Tromsø februar 2001

Gerd Ersdal
Fylkeslege i Troms

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
1. INNLEDNING	5
2. SAMMENDRAG	6
3. LOVGRUNNLAG OG STATLIGE FØRINGER	9
3.1. Lover og forskrifter	9
3.1.1. Lov om helsetjenesten i kommunene	9
3.1.2. Lov om statlig tilsyn	9
3.2. Statlige føringer	9
4. PROBLEMBESKRIVELSE	11
4.1. Generell rekrutteringssvikt til allmennmedisin	11
4.2. Rekrutteringssvikt til legetjenesten i Berg og Torsken	11
4.2.1. Legerekruttering og vikarbruk	11
4.2.2. Konsekvenser for Berg og Torsken	12
4.2.3. Konsekvenser for Lenvik og Tranøy	13
5. EKSISTERENDE LEGETJENESTE OG SAMARBEIDSPARTNERE	14
5.1. Legetjenesten	14
5.2. Ambulansetjenesten	15
5.3. Apotek/medisinutsalg	16
5.4. Andre samarbeidspartnere	16
5.5. Legevaktsamarbeid	16
6. ØKONOMI I DAGENS LEGETJENESTE	17
7. GEOGRAFI OG BEFOLKNINGSUTVIKLING	20
7.1. Geografi og klima	20
7.2. Befolkningsutvikling	21
8. INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM LEGETJENESTEN	23
8.1. Lokale utredninger	23
8.2. Ulike modeller for organisering av interkommunalt samarbeid	23
9. FASTLEGEORDNINGEN	25
9.1. Organisatoriske forhold	25
9.2. Økonomiske forhold	26
9.2.1. Privatpraktiserende leger	26
9.2.2. Fastlønnsleger	26
10. MODELLER FOR ORGANISERING AV LEGETJENESTEN	28
10.1. Fellestrekk ved modellene	28
10.2. Yttersida-modellen	29
10.3. Senja-modellen	30
10.4. Yttersida-Lenvik-modellen	31
11. ØKONOMISKE KONSEKVENSER	34
11.1. Investeringskostnader	34
11.2. Driftsutgifter	35
11.3. Inntekter for kommunene	37
11.4. Driftsresultater for kommunene	38
11.4.1. Berg kommune	38
11.4.2. Torsken kommune	39
11.4.3. Lenvik kommune	40
12. DISKUSJON	41
12.1. Konsekvenser av modellene for Berg og Torsken	41
12.1.1. Fagmiljø, rekruttering og stabilitet	41
12.1.2. Nærhet og tilgjengelighet	41

12.1.3. Kvalitetssikring	42
12.1.4. Samfunnsmedisinsk arbeid.....	42
12.1.5. Legevakt.....	43
12.1.6. Økonomi.....	43
12.2. Konsekvenser av modellene for Tranøy.....	44
12.3. Konsekvenser av modellene for Lenvik.....	44
13. KONKLUSJON	46
14. VEDLEGG	47

1. Innledning

Mange små kommuner har i de senere år slitt med å få til et stabilt legetilbud til befolkningen. Dette har i Troms særlig vært et stort problem for Senja-kommunene Berg og Torsken, og har ført til et økende behov for å vurdere en endret organisering av legetjenesten i området. Fylkeslegen i Troms har etter søknad fått midler fra Sosial- og helsedepartementet til å utrede dette. Arbeidet med utredningen ble iverksatt etter et møte på Finnsnes i mai 2000 mellom Fylkeslegen, Fylkesmannen og den politiske og administrative ledelse i kommunene Berg, Torsken, Lenvik, Tranøy og Sørreisa. Utredningen er gjennomført i samarbeid med de aktuelle kommunene, og har underveis vært drøftet i Midt-Troms Regionråd og i en egen referansegruppe. Referansegruppen har bestått av representanter for de fire Senja-kommunene og Sørreisa.

Befolkningen har krav på en forsvarlig allmennlegetjeneste til enhver tid, og kommunene har plikt til å organisere dette. Kommunene må selv avgjøre på hvilken måte de skal oppfylle denne forpliktelsen. Denne utredningen er ment som en del av grunnlaget de fire Senja-kommunene kan bruke for å ta beslutninger om fremtidens legetjeneste. Rapporten kan også være aktuell for andre kommuner som vurderer et interkommunalt samarbeid om legetjenesten.

2. Sammendrag

Det har de senere år vært en generell rekrutteringssvikt til allmenmedisin. Dette merkes sterkest i distriktene. Rekrutteringen til Berg og Torsken har vært vanskelig gjennom hele 90-tallet. I år 2000 hadde Berg kommune 15 vikarperioder, og Torsken kommune 16 vikarperioder. Det vil si at befolkningen byttet lege oftere enn hver måned. Gjennom hele år 2000 var Berg og Torsken de eneste kommunene i Troms uten stabile faste leger. For befolkningen skaper dette utrygghet. Rekrutteringsproblemene har ført til et økende behov for å vurdere en endret organisering av legetjenesten, og Fylkeslegen i Troms har fått midler fra Sosial- og helsedepartementet til å utrede dette. Utredningen er ment som en del av grunnlaget kommunene kan bruke for å ta beslutninger om fremtidens legetjeneste.

Etter lov om helsetjenesten i kommunene kan departementet påby samarbeide mellom kommunene når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten.

Fastlegeordningen innføres fra 1. juni 2001 og gir befolkningen rett til å velge fastlege, også over kommunegrensene. Kommunen har plikt til å tilby befolkningen fastlege. Der det ikke fins tilstrekkelig antall leger kan kommunen søke suspensjon fra ordningen for en periode. Kommunen har likevel plikt til å organisere en forsvarlig legetjeneste, også i suspensjonsperioden.

Berg og Torsken hadde i 1999 og 2000 store ekstraavgifter i forbindelse med bruk av legevikarer. Nettoutgiftene pr legeårsverk i Berg og Torsken var i år 2000 om lag dobbelt så store som i Lenvik og Tranøy.

I Lenvik og Tranøy er det stabil og god legedekning. Legene i disse kommunene får av og til pasienter fra Berg og Torsken på vakt, og opplever dette som en belastning. En del pasienter fra Berg og Torsken bruker lege i nabokommunene fast.

Lokale utredninger har konkludert med at helsetjenesten egner seg for interkommunalt samarbeid. Dette begrunnes med økonomiske stordriftsfordeler samt bedret mulighet for rekruttering og utvikling av robuste fagmiljøer og stabil kompetanse.

Det presenteres tre modeller for organisering av legetjenesten. Alle modellene innebærer interkommunalt samarbeid og alle modellene er fleksible og kan justeres dersom ytre betingelser endres. Under forutsetning av at det er leger i stillingene vil alle tre modellene kunne gi et forsvarlig helsetjenestetilbud til befolkningen.

Yttersida-modellen (avsnitt 10.2.) innebærer en felles legetjeneste for Berg og Torsken med et hovedkontor og tre lokalkontor. I modellen inngår 3-4 leger pluss turnuslege. Antall legedager på lokalkontorene vil sannsynligvis bli som i dag.

Senja-modellen (avsnitt 10.3.) innebærer et samarbeid i nord mellom Lenvik og Berg med hovedkontor på Gibostad og lokalkontor i Mefjordvær og på Skaland. I sør representerer modellen et samarbeid mellom Tranøy og Torsken med hovedkontor i Vangsvik og lokalkontor i Gryllefjord, Sifjord og på Stonglandseidet. Det vil være behov for 4 leger pluss en turnuslege på hvert av

hovedkontorene. Antall legedager på lokalkontorene vil bli uforandret eller øke. Modellen er todelt (Senja Nord og Senja Sør), og den ene delen av modellen kan eksistere uavhengig av den andre.

Yttersida-Lenvik-modellen (avsnitt 10.4.) innebærer et samarbeid mellom Lenvik, Berg og Torsken uten at Tranøy er med. Modellen skisserer lokalkontor i Gryllefjord, Sifjord, Mefjordvær og på Skaland med hovedlegekontor på Finnsnes eller Silsand. Gibostad legekontor kan inngå enten som eget hovedkontor, som lokalkontor eller som en del av hovedkontoret på Silsand/Finnsnes. I den varianten av modellen som er fremstilt her inngår 6 leger, to fra hver av kommunene, samt 2 turnusleger. Lokalkontorene vil ha lege tilstede 3-4 dager ukentlig. Hovedkontoret vil ha minst 4 leger i kurativt arbeid daglig. Miljøet er stort og har mulighet for fleksible løsninger på kort varsel og på lengre sikt. Modellen kan utvides dersom Tranøy kommune ønsker å delta.

Det vil koste om lag 1,5 mill kr (ekskl. moms) å utstyre et 6-legesenter i Yttersida-Lenvik-modellen med nytt utstyr til dagens pris. Prisen pr utstyrt legeplass er høyere når færre leger inngår i fellesskapet.

En legetjeneste etter Yttersida-Lenvik-modellen gir Torsken kommune og Berg kommune en legetjeneste til om lag samme kostnad som i år 2000, men med tre ganger så mange legeårsverk utført av to faste leger og en turnuslege.

Berg og Torsken inngår i alle de skisserte modellene. De nye modellene vil kunne gi kommunene et større fagmiljø og bedre rekruttering til legetjenesten. Rekrutteringen vil være lettest i Yttersida-Lenvik-modellen, da den har flest leger og er minst sårbar. Både Berg og Torsken kommune vil kunne få en mer nær og tilgjengelig legetjeneste ved å organisere den interkommunalt. For Berg og Torsken vil også legetjenestens kvalitet sikres bedre ved en organisering etter en av de tre skisserte modellene. Det vil i alle tre modellene være god kapasitet til samfunnsmedisinsk arbeid. Det viktigste for dette arbeidet er kjennskap til regionen. Dette opparbeides over tid. Den modellen som best gir rekruttering og stabilitet, vil også best ivareta det samfunnsmedisinske arbeidet. Alle de skisserte modellene vil kunne tilpasses ulike legevaktsløsninger, men det er åpenbare fordeler med større enheter.

Tranøy kommune inngår i Senja-modellen, hvor det er lagt opp til samarbeid mellom Tranøy og Torsken. Tranøy inngår ikke i de andre to modellene. Også i Tranøy er legetjenesten sårbar fordi fagmiljøet er lite. For Tranøys vedkommende vil det være hensiktsmessig å inngå samarbeid med andre kommuner selv om legedekningen i dag er stabil og god.

Lenvik kommune inngår i Yttersida-Lenvik-modellen og i Senja-modellen. Begge disse modellene vil bidra til at små legekontor i Lenvik får utvidelsesmuligheter, og til at belastningen i forbindelse med problemene på yttersida forsvinner. Også for Lenvik vil større faglige miljøer være å foretrekke.

Sannsynligvis er det ikke tilstrekkelig på lang sikt at Berg og Torsken samarbeider med hverandre som i Yttersida-modellen. Kommunene bør vurdere å inngå i en større enhet, og de anbefales derfor å vurdere en organisering av legetjenesten etter Yttersida-Lenvik-modellen, slik denne er beskrevet i avsnitt 10.4. Dette vil gi en kvalitativt bedre legetjeneste til betydelig lavere kostnader pr legeårsverk.

Lenvik og Tranøy kommuner er i dag berørt av legemangelen på yttersida, men vil på grunn av generelle utviklingstrekk samt forhold ved fastlegeordningen og legevaktorganisering ha nytte av et større allmenn-medisinsk fagmiljø også ut fra egne behov.

Et samarbeid mellom flere kommuner på Senja om felles legetjeneste vil kunne bli den første interkommunale legetjenesten i Norge. Dette kan i seg selv ha en positiv effekt på rekruttering av leger. Det kan være aktuelt for kommunene å søke statlig økonomisk støtte til et slikt pilotprosjekt.

3. Lovgrunnlag og statlige føringer

3.1. Lover og forskrifter

3.1.1. Lov om helsetjenesten i kommunene

Landets kommuner skal ifølge Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-1 sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste skal ”fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte” (§1-2). Kommunen plikter å ha en allmennlegetjeneste med legevaktordning (§ 1-3). Etter § 1-5 kan departementet påby samarbeide mellom kommunene når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten.

Stortinget har vedtatt at det fra 1. juni 2001 skal innføres fastlegeordning i alle landets kommuner. Formålet med ordningen 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.¹

Fastlegeordningen gir befolkningen rett til å stå på liste hos en fastlege og rett til å skifte lege. Det frie legevalg gjelder også over kommunegrensene. Kommunen har ansvar for å tilby befolkningen fastlege. I distrikter der det ikke fins tilstrekkelig antall leger, kan kommunen søke fylkeslegen om suspensjon fra ordningen for inntil 1 år av gangen. Ifølge forskriftenes § 17 skal kommunen for å få innvilget suspensjon dokumentere at det er gjort forsøk på å få tilstrekkelig antall listeplasser ved å søke om nødvendige hjemler, utlyse ledige hjemler og vikariater samt forsøke å finne løsninger i samarbeid med nabokommuner og i samarbeid med den eller de legene som måtte arbeide i kommunen. Innvilget suspensjon betyr at kommunens plikt til å organisere legetjenesten som fastlegeordning settes til side i en periode. Kommunen har likevel plikt til å organisere en forsvarlig legetjeneste til befolkningen, også i suspensjonsperioden.

3.1.2. Lov om statlig tilsyn

Fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen i fylket og skal gjennom råd, veiledning og opplysning medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.² Fylkeslegen har derfor engasjert seg i helsetjenesten i Berg og Torsken.

3.2. Statlige føringer

En forsvarlig allmennlegetjeneste skal være nær og tilgjengelig.³ Begrepet nær innebærer geografisk nærhet, men også nærhet i form av at legen og pasienten har etablert et tillitsforhold, og at legen kjenner pasientens sykehistorie og forholdene i miljøet som påvirker helsa. Nærhet krever med andre ord stabile leger over flere år. Tilgjengelighet innebærer at det er mulig for befolkningen å komme i kontakt med legen ved behov for helsehjelp.

¹ Forskrift av 14. april 2000 i medhold av lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene, § 1.

² Lov om Statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

³ Ersdal G, fylkeslege i Troms. Hvordan bedre legedekningen i småkommunene. Nordlys 29. april 2000, side 3.

Den akuttmedisinske beredskap skal i følge målsettingen ha en høy faglig standard og gi et mest mulig likeverdig tilbud til befolkningen.⁴ En velfungerende og forsvarlig øyeblikkelig-hjelp-tjeneste i kommunene innebærer klare ansvarsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger. Der det er langt til sykehus er det særlig viktig å stille høye faglige krav til ambulansetjenesten.

⁴ St.meld. nr. 23 1999-2000. Om akuttmedisinsk beredskap, side 8.

4. Problembeskrivelse

4.1. Generell rekrutteringssvikt til allmenntidisin

Det har de senere år vært vanskelig å rekruttere unge leger til allmenntidisin og det har vært vanskelig å beholde de erfarne legene. Denne utviklingen har fellestrekk med utviklingen internasjonalt.⁵ Den vanskelige situasjonen merkes sterkest i distriktene.

Årsakene til rekrutteringssvikten er mange. Det stilles stadig større krav til allmenntidisin som fag, noe som gjør at legene i økende grad er avhengig av å arbeide i et stimulerende og sterkt faglig miljø. De faglige utfordringene er særlig store i distrikter som ligger langt fra sykehus, spesielt ved akutte og alvorlige sykdomstilstander, både somatiske og psykiatriske. Dette, sammen med at også leger i økende grad vektlegger familie og fritid, gjør at stor vaktbelastning teller negativt når legen skal velge fast arbeidssted.⁶ Økende krav fra pasienter, klagesaker og negativ medieomtale gjør også at leger velger spesialiteter hvor det er mindre sjanse for "uheldige hendelser".⁷

Legene i små lokalsamfunn må forholde seg til dobbeltrollen som vanlig samfunnsmedlem og som lege. Det er ikke uproblematisk å være lege for naboer, venner og egen familie. Her skiller nok dagens leger seg fra tidligere tiders leger som kunne tiltrekkes av dette.⁸ Dagens leger har sjelden hjemmевærende partner, og arbeidsmulighetene for partner kan være dårligere i distriktene enn i sentrale strøk.

4.2. Rekrutteringssvikt til legetjenesten i Berg og Torsken

4.2.1. Legerekruttering og vikarbruk

Rekrutteringen av leger til Berg og Torsken har vært vanskelig gjennom hele 90-tallet. Berg og Torsken har to legehjemler hver, men bare i kortere perioder har begge legestillingene i kommunene vært besatt. Situasjonen har i år 2000 vært vanskeligere enn noen gang. Figur 1 og tabell 1 nedenfor framstiller det økende antall vikarer som har betjent befolkningen i perioden 1997-2000. I år 2000 hadde Berg kommune 15 vikarperioder, og Torsken kommune 16 vikarperioder. Det vil si at befolkningen byttet lege oftere enn hver måned. I Torsken kommune var det også i 1999 utstrakt bruk av legevikarer. Vikarene kom fra Romania, Iran, Sverige, Danmark og Finland.

Gjennom hele år 2000 var Berg og Torsken de eneste kommunene i Troms som var helt uten stabile leger.

Det har i mange år vært stabilitet i legestillingene i Tranøy, og i Lenvik har utviklingen gått mot økende stabilitet i stillingene i de senere år.

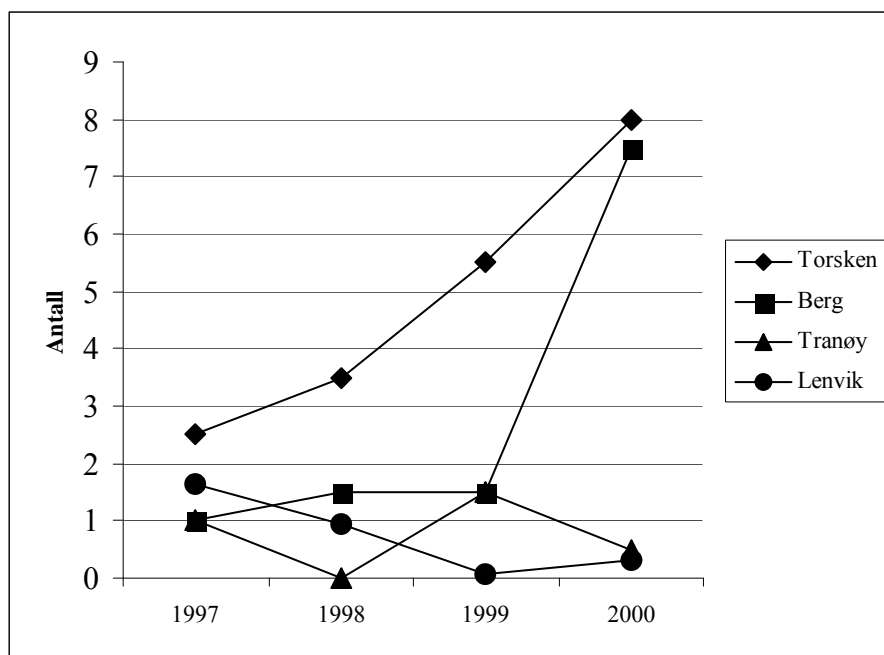
⁵ Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crossland, L: Why doctors leave rural practise. Aust J Rural Health 1997; 5, side 198-203.

⁶ Rørtveit G: Om å banne i kirken. En ung leges bekjennelser. Utposten nr 4/1998, side 17-19.

⁷ Sosial- og helsedepartementet. Rapport fra intervjuundersøkelse januar-april 2000. Helsepersonells personlige opplevelser og erfaringer ved å motta en administrativ reaksjon.

⁸ Aaraas, Hasvold, Andersen, Swensen og Straume. Legeflukten fra distriktene. ISM. Univ. I Tromsø, side 4.

FIGUR 1 Antall vikarperioder pr legehjemmel 1997 - 2000



Kilde: Kommunene samt Fylkeslegens registrering av primærleger.

TABELL 1 Vikarperioder 1997-2000.

Kommune	Antall hjemler	Besatt i år 2000	Antall vikarperioder				Vikarperioder pr hjemmel pr år			
			1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Berg	2	0	2	3	3	15	1	1,5	1,5	7,5
Torsken	2	0	5	7	11	16	2,5	3,5	5,5	8
Tranøy	2	2	2	0	3	1	1	0	1,5	0,5
Lenvik	12,6	12,6	19	11	1	4	1,6	0,9	0,1	0,3
Totalt	18,6	14,6	28	21	18	28	1,6	1,2	1,0	1,5

Kilde: Kommunene samt Fylkeslegens registrering av primærleger.

4.2.2. Konsekvenser for Berg og Torsken

For befolkningen skaper det utrygghet å stadig forholde seg til nye vikarer, og verst går det ut over barn, psykiatriske pasienter, eldre og kronisk syke. Dette er grupper som erfaringsmessig har stort behov for legetjenester. I forhold til vikarer vil pasienten ikke få samme tillitsforhold som til en fast lege, og dette vil kunne føre til redusert kvalitet på diagnostikk, behandling og oppfølging. Vikarlegene kjenner de lokale forhold dårlig, og det er derfor vanskeligere også for en dyktig lege å gjøre en god jobb som vikar. Det sier seg selv at disse vanskene er særlig store i forhold til utenlandske vikarer, noe som også har vært fokusert i lokalpressen.⁹

⁹ Bjørkli V. Legen forstod meg ikke. Troms Folkeblad 8. april 2000, side 10-11.

Også for den friske del av befolkningen, vil det ha stor betydning å vite at en fast lege er tilgjengelig dersom behovet skulle oppstå. Særlig vil dette være viktig med tanke på akutsituasjoner. Også dette har vært fremme i lokalpressen.¹⁰

Det samfunnsmedisinske arbeidet i Berg og Torsken har stort sett vært fraværende uten faste leger. Dette rammer det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen, og medisinsk-faglige vurderinger er lite fremtredende i generell kommunal planlegging. Den overordnede samfunnsmedisinske planleggingen av selve helsetjenesten har også vært skadelidende.

For samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten fører stadig nye korttidsengasjerte leger til store belastninger. Sykepleiere føler seg nødt til å gjøre legens jobb med å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten for nødvendig medisinsk vurdering, slik det framgår av vedlegg 1. Når den faste legen mangler i et fagmiljø, kan dette også være medvirkende årsak til mangel på annet helsepersonell. Det er for eksempel stor sykepleiermangel ved Gryllefjord Sykehjem, se vedlegg 2.

For hjelpepersonellet ved legekantorene er det krevende å stadig måtte forholde seg til nye vikarer med ulike ønsker som berører hjelpepersonellets arbeid.

4.2.3. Konsekvenser for Lenvik og Tranøy

I Lenvik og Tranøy er det stort sett legene som merker at det er dårlig stabilitet i legetjenesten på yttersida. En del av befolkningen på yttersida oppsøker lege i nabokommunene. Vel 3 % (n=163) av pasientene som har vært innom Hamna Legekontor på Finnsnes, er hjemmehørende i Berg eller Torsken.¹¹ En del av disse bruker lege i nabokommunen fast.

Når det ikke er lege i nordre Berg, er nærmeste lege å finne på Gibostad legekontor, og en del øyeblikkelig-hjelp-henvendelser kommer derfor til Lenvik kommune. Legene i Lenvik og Tranøy får også henvendelser på vakt når det mangler legevakt i Berg og Torsken, eller når befolkningen der ikke kan eller vil benytte legen som er på vakt. Legene opplever dette som en stor belastning når det skjer, selv om det ikke skjer ofte.¹²

Kommunelege I i Lenvik har påtatt seg utviklingsarbeid for ambulansetjenesten i hele Senja-regionen, fordi det har manglet faste leger med samfunnsmedisinsk engasjement på yttersida.¹³ I denne forbindelse er det avholdt kurs, og det er utarbeidet "Prosedyrebok for administrering av medikamenter i Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy ambulanser". Lenvik kommune har ikke belastet nabokommunene for de økonomiske kostnadene ved dette arbeidet.

Ut fra den dårlige legedekningen på yttersida har legegruppen i Lenvik ikke ønsket at Lenvik kommune skal inngå vakt samarbeid med Berg og Torsken. Legene er bekymret for at legearbeid som burde vært gjort på dagtid vil bli forskjøvet til arbeid på kveld og natt.¹⁴

¹⁰ Bjørkli V. Ikke tjent med dagens legetilbud. Troms Folkeblad 7. april 2000, side 10.

¹¹ Kilde: Datautskrift fra bostedsregister ved Hamna Legekontor, Finnsnes.

¹² Personlig meddelelse fra representanter for legegruppen i Lenvik.

¹³ Personlig meddelelse fra kommunelege I i Lenvik, Anna-Sofie Reenaas Chaboud.

¹⁴ Personlig meddelelse fra representanter for legegruppen i Lenvik.

5. Eksisterende legetjeneste og samarbeidspartnere

5.1. Legetjenesten

I dag organiserer hver enkelt kommune sin egen legetjeneste på dagtid med et hovedkontor og et varierende antall lokalkontor. De fleste som oppsøker et legekontor er ikke akutt syke, og legebesøk kan således planlegges og evt. kombineres med andre gjøremål. I tabell 2 er dagens legekontor i de fire kommunene kort presentert. Alle legekontorene benytter Winmed datajournalsystem.

TABELL 2 Legekontor i år 2000 i Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik

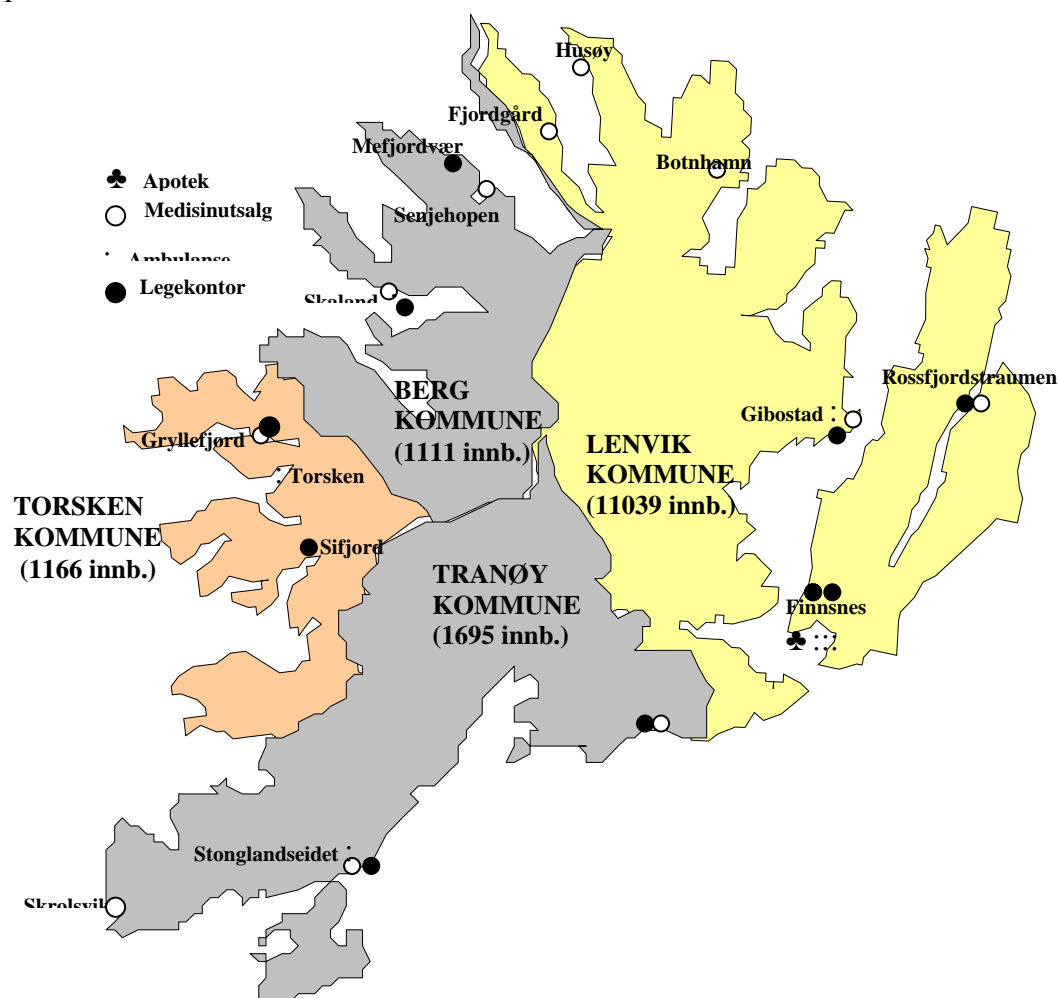
Kommune	Legekontor lokalisert	Antall legeplasser (fullt utstyrt)	Legedager /uke år 2000	Antall legesekretærstillinger	Merknad
Berg 1 vikarlege	Skaland	2	2 - 3	1,4	Dataforbindelse med Mefjordvær
	Mefjordvær	1	2 - 3	1,2	Har dataforbindelse med Skaland
Torsken 1 vikarlege	Gryllefjord	1 - 2	2 - 3	1	Ikke dataforbindelse med Sifjord
	Sifjord	1	2	0,5	Ikke dataforbindelse med Gryllefjord
Tranøy 2 faste leger	Stonglands-eidet	2	5	1,6	Har dataforbindelse med Vangsvik
	Vangsvik	1	4	1	Tregt datasystem pga server på Stonglands-eidet Mangler fax
Lenvik 12 faste leger	Finnsnes	7	5	8	Legevaktssentral for Lenvik og Tranøy. Dataforbindelse med Gibostad og Rossfjord
	Hamna	2	5	2	Privat praksis. Ikke dataforbindelse med andre kontor.
	Rossfjord	1	4	1,4	Dataforbindelse med Finnsnes og Gibostad
	Gibostad	3	5	2,4	Dataforbindelse med Finnsnes og Rossfjord

Kilde: Legesekretærer/leger ved de ulike legekontorene.

5.2. Ambulansetjenesten

Ambulanser er stasjonert følgende steder: Gibostad (betjener nordre Berg og Gibostadområdet), Skaland (betjener søndre Berg), bygda Torsken (betjener Torsken kommune), Stonglandseidet (betjener Tranøy kommune) og Finnsnes (3 ambulanser som betjener Finnsnes, Rossfjord og Silsand-området). Dette fremstilles også på kartet i figur 2. Alle ambulansene i området skal i følge avtalen med Troms fylkeskommune være bemannet med to personer på alle utrykninger.¹⁵

FIGUR 2 Kart over kommunene med plassering av legekontor, ambulanser og apotek.



Personell tilknyttet alle ambulansene gjennomgikk i august-september 2000 akuttmedisinkurs ved kommunelege I i Lenvik.¹⁶ Ambulansene er en viktig del av akuttberedskapen i området, og personellet kan gi avansert behandling etter delegering fra lege. Ambulansene i Berg og Torsken har i dag adgang til å handle etter delegering fra kommunelege I i Lenvik, og kan således gi livreddende behandling også i situasjoner hvor egen kommune ikke har lege eller hvor lege befinner seg i annen del av kommunen.

¹⁵ Personlig meddelelse fra Fylkeskeshesjefen i Troms ved saksbehandler Knut Yngve Furnes.

¹⁶ Personlig meddelelse fra kursleder kommunelege 1 i Lenvik, Anna-SofieReenaas Chaboud.

5.3. Apotek/medisinutsalg

Mange legekonsultasjoner skaper behov for et påfølgende besøk på apoteket. I Lenvik/Senja-området er det et apotek, lokalisert på Finnsnes. Apoteket sender medisiner med posten til pasienter i distriktene. Det fins mange medisinutsalg som selger håndkjøpspreparater og en del sykepleieartikler. Lokalisering av medisinutsalgene går fram av kartet i figur 2.

5.4. Andre samarbeidspartnere

Andre viktige samarbeidspartnere for legetjenesten er sykehjem, hjemmetjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kiropraktorer og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder helsestasjon og fysioterapitjeneste er dette etablert i alle kommunene i dag, enten ved samarbeid med andre kommuner eller som eget kommunalt tilbud. Samarbeidet med disse instansene fordrer stort sett ikke at pasienten kommer i kontakt med tjenesten samme dag, men det vil være praktisk for mange om legekantoret og disse instanser ikke ligger for langt fra hverandre.

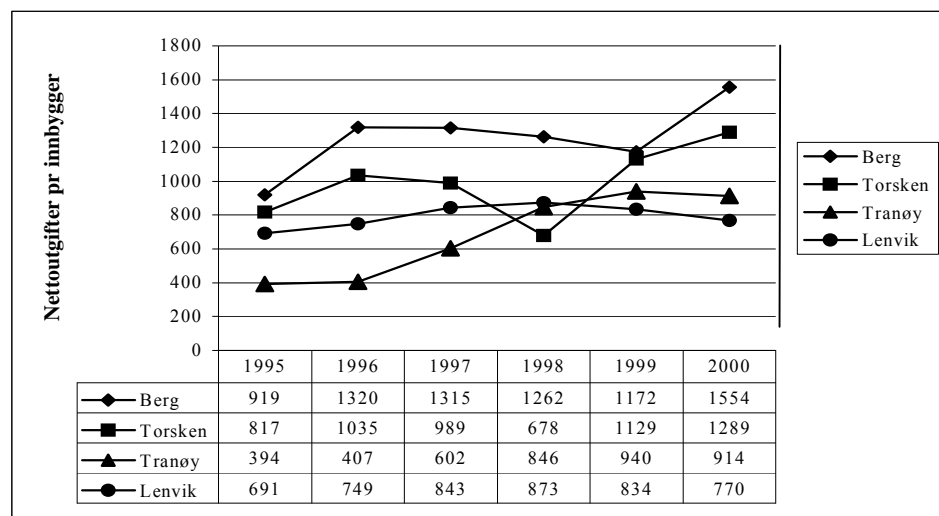
5.5. Legevaktsamarbeid

Samarbeidet om legevakt i regionen omfatter i dag to og to av kommunene. Berg og Torsken samarbeider om legevakt i helgene og i uken for øvrig etter kl 15.30. Det er en vikarlege i hver kommune som går to-delt vakt i et stort vakt-distrikt. Lenvik og Tranøy har samarbeid i helgene fra fredag kl 15.30 til mandag kl 08. Disse kommunene har ikke samarbeid utenom helgene. Legevaktsentralen på Finnsnes betjener Lenvik og Tranøy etter arbeidstid hele uken.

6. Økonomi i dagens legetjeneste

I figur 3 nedenfor presenteres kommunenes nettoutgifter til drift av legetjenesten de siste årene. I tallene er alle utgifter og inntekter i forbindelse med driften inkludert, unntatt rammeoverføringene fra staten, utgifter til strøm, husleie og kommunale avgifter. De nevnte utgiftene er ikke tatt med da tallene mangler i regnskapene for en eller flere av kommunene. Tallene for år 2000 er hentet fra foreløpige regnskap.

FIGUR 3 Nettoutgifter i kr pr innbygger til legetjeneste i Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik i perioden 1995-2000.



Kilde: Kommunenes regnskaper.

Det er iøynefallende at Lenvik kommune til tross for lite vakanser og stor stabilitet i stillingene, også har den rimeligste legetjenesten pr innbygger. Dette må i stor grad kunne tilskrives stordriftens fordeler i en kommune hvor legetjenesten er godt organisert.

Berg og Torsken hadde i 1999 og 2000 store ekstrautgifter i forbindelse med bruk av vikarer. Vikarene ble formidlet av firmaet LINN (Legeformidling i Nord-Norge). Ekstrautgiftene var for Berg kommune 302.000 kr i år 2000 og for Torsken kommune 390.500 kr i år 2000. For Torsken kommune utgjør dette 337 kr pr innbygger. Ekstrautgiftene inkluderer honorar til LINN, hjemreiser, kost og transport i kommunen. Vikarlegenes lønn er ikke inkludert. I tillegg til de nevnte utgiftene kommer administrative og økonomiske kostnader knyttet til fri bolig for legene, renhold av boligen ved legebytte samt opplæring av legene i lokale rutiner.

Også Tranøy kommune hadde i år 2000 en billigere legetjeneste enn Berg og Torsken til tross for bedre legedekning, slik det er fremstilt i tabell 3. Berg og Torsken hadde dette året 1,16 legeårsverk hver. Det fremgår av tabellen at nettoutgiftene pr legeårsverk i Berg og Torsken var nesten dobbelt så store som i Lenvik og Tranøy. Innbyggerne i Berg og Torsken har altså fått mindre igjen for pengene som brukes på legetjenesten enn det innbyggerne i Tranøy og Lenvik har fått.

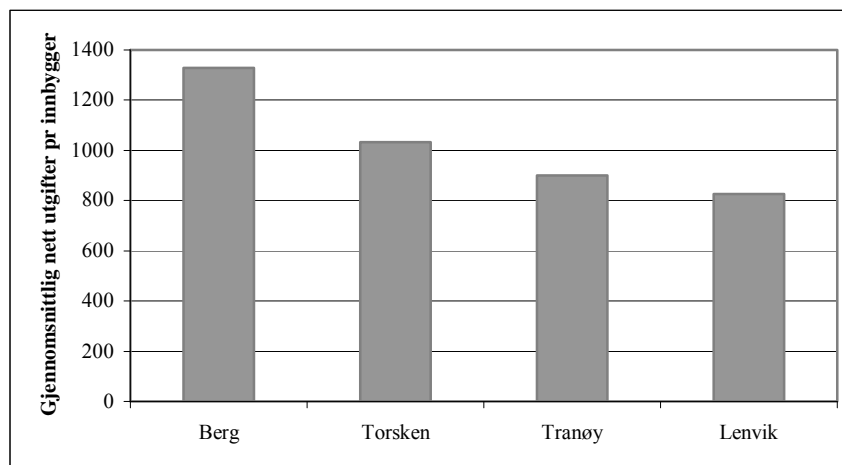
TABELL 3 Legedekning og nettoutgifter i kr pr innbygger til legetjeneste i Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik i år 2000

Kommuner	Antall innbyggere i år 2000	Antall leger	Antall innbyggere pr lege	Nettoutgifter legetjeneste pr innbyggere	Netto utgifter pr legeårsverk
Berg	1111	1,16	1111	1554	1 491 509
Torsken	1166	1,16	1166	1289	1 295 356
Tranøy	1695	2	847	914	799 484
Lenvik	11039	12	920	770	707 951

Kilde : Kommunenes regnskaper

Gjennomsnittlige nettoutgifter til legetjenesten for de tre siste årene er fremstilt grafisk i figur 4. Denne fremstillingen bekrefter de høye kostnadene ved drift av legetjenesten på yttersida. Det fremgår også at Berg har en dyrere legetjeneste enn Torsken. En del av forklaringen på dette, er at Berg har 1,1 legesekretærstilling mer enn Torsken har (tabell 2). Dette tilsvarer en utgift på 200.000-230.000 kr/år eller om lag 200 kr pr innbygger pr år.

FIGUR 4 Gjennomsnittlig nettoutgifter pr innbygger i kr til legetjeneste for årene 1998, 1999 og 2000



Kilde: Kommunenes regnskaper

Lenvik kommune har større innslag av stordrift i legetjenesten enn Tranøy, Berg og Torsken. Ut fra nettoutgiftene til legetjenesten i Lenvik i år 2000, er det i tabell 4 gjort et estimat av mulige innsparinger for legetjenesten i de andre kommunene. Mulige innsparinger i Lenvik er i tabellen satt lik null. Stipulerte utgifter ved tilsvarende type drift av legetjenesten i de andre kommunene er deretter beregnet og justert for befolkningens størrelse (kolonne 5).

TABELL 4 Stipulerte innsparinger i kr ved stordrift av legekantor

Kommune	1 Innb. i år 2000	2 Nettoutgifter i år 2000	3 Nettoutgifter pr innbygger i år 2000	4 Stipulert nivå ved stordrift	5 Mulig innsparing
Berg	1111	1 730 151	1557	855 470	874 681
Torsken	1166	1 502 613	1289	897 820	604 793
Tranøy	1695	1 598 968	943	1 305 150	293 818
Lenvik	11039	8 495 413	770	8 495 413	0
Totalt					1 773 292

Kilde : Kommunenes regnskaper

Ved sammenligning av tallene i kolonne 5, fremkommer det at legetjenesten i Berg var om lag 875.000 kr dyrere enn i Lenvik. Med fratrukk for ekstraavgifter ved vikarbruk (vel 300.000 kr) samt en mulig overflødig legesekretærstilling (om lag 230.000 kr), var legetjenesten i Berg om knapt 350.000 kroner dyrere enn i Lenvik.

I Torsken kommune var legetjenesten vel 600.000 kroner dyrere enn i Lenvik (kolonne 5). Med fratrukk for ekstraavgifter knyttet til vikarbruk (ca 390.000 kr), var legetjenesten i Torsken om lag 200.000 kroner dyrere enn i Lenvik.

I Tranøy kommune var legetjenesten knapt 300.000 kroner dyrere enn i Lenvik.

Utgiftene til legetjenesten i Berg, Torsken og Tranøy var altså 200.000 – 350.000 kr dyrere uten innslag av stordrift når det er justert for folketall og for spesielle forhold som vikarbruk og overflødige stillinger. Noe av dette kan spares ved stordrift, men det vil sannsynligvis også være lokale forhold som gjør at distriktskommuner uansett vil ha en dyrere legetjeneste pr. innbygger enn det byene har.

7. Geografi og befolkningsutvikling

7.1 Geografi og klima

I dag er Senja inndelt i kommunene Berg (i nordvest), Torsken (i sørvest), Tranøy (i sørøst) og deler av Lenvik (i nordøst). Den østlige delen av Senja bukker seg mot Tranøyfjorden, Solbergfjorden og Gisundet med bruforbindelse til Finnsnes, mens øya for øvrig er preget av mange fjorder som i liten grad har vegforbindelse seg i mellom. I dag er området mellom Svanelvmoen og Silsand øyas trafikk-knutepunkt idet alle eksisterende veier fra fjordene møtes i dette området.

Kommuneinndelingen bærer preg av at sjøen i tidligere tider var hovedferdselsåre. For å komme med bil fra nordre Berg til kommunesenteret i søndre del av kommunen, må man reise gjennom både Lenvik og Tranøy kommuner. I Mefjordvær/Senjahopen-området i nordre Berg bor om lag halvparten av kommunens befolkning. Det er håp om at en ny internvei mellom nordre og søndre Berg skal stå ferdig om 5 år.¹⁷ Noen mener veien kan stå ferdig i årsskiftet 2003/2004.¹⁸ Torsken kommune er også todelt og ønsker en internvei mellom nordre og søndre del, men dette ligger eventuelt langt fram i tid.

Mange pendler over kommunegrensene i forbindelse med arbeid, skolegang og fritidsaktiviteter. Reisetiden til Finnsnes er stort sett mindre enn en time uansett hvor man befinner seg på Senja, og det er enda kortere til Silsand.¹⁹ Som det fremgår av tabell 5 er det større avstand fra viktige områder i Berg og Torsken til eget kommunesenter, enn til Silsand/ Finnsnes-området.

TABELL 5: Avstand fra kommunesenter til ytterste krets.

Kommune	Kommunesenter (innbyggere)	Ytterste krets (innbyggere)	Avstand fra ytterste krets til kommunesenter	Avstand fra ytterste krets til Finnsnes
Berg	Skaland (580)	Mefjordvær/Senjahopen (550)	110 km	69 km
Torsken	Gryllefjord (730)	Sifjord-området (430)	90 km	38 km
Tranøy	Vangsvik/Solli (720)	Stonglandseidet (340)	37 km	47 km
Lenvik	Finnsnes/Silsand (5100)	Husøy (230)	63 km	63 km

Kilde : NAF Veibok og Folkeregisteret

Frømkommeligheten begrenses i perioder vinterstid av uvær og rasfare. De mest utsatte strekningene er Kaperdalsveien og Ballesvikskardet i Torsken kommune og Mefjordværområdet i Berg kommune. Vinteren 2000 var snørik, og

¹⁷ Bjørkli V. Ingen penger til internveien i 2001. Troms Folkeblad 9. desember 2000, side 7.

¹⁸ Personlig meddelelse fra Trond Abelsen, ordfører i Berg, 16. februar 2001.

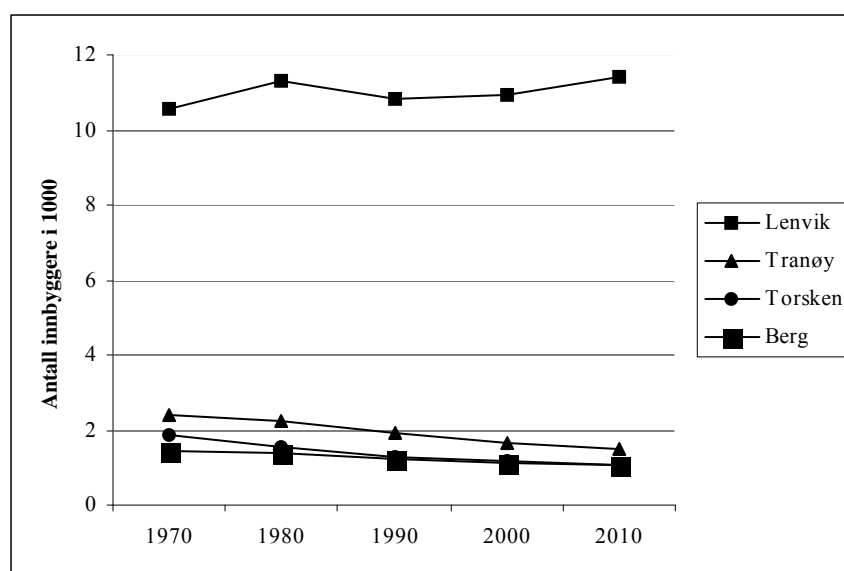
¹⁹ Utviklingssenteret. Kommuneinndelingsutredninga, side 5.

Kaperdalsveien var stengt i til sammen 22 døgn. Ballesvikskardet var stengt i ca 10 døgn dette året. Veien til Senjahopen/Mefjordvær var stengt på grunn av ras eller rasfare ca 19 døgn. De fleste av disse dagene gikk redningsskøyta mellom Senjahopen og Mefjordbotn. Snøvinteren 1997 skapte også vanskelige forhold på mange vegstrekninger. Når det gjelder en ordinær vinter, er det først og fremst Kaperdalsveien som må stenges, oftest mellom 2 og 4 døgn årlig.²⁰ For Tranøy og Lenvik er ikke vinterstengte veier noe stort problem.

7.2. Befolkningsutvikling

Fra 1970 til 2000 har det vært en markert nedgang i folketallet i Tranøy, Berg og Torsken og en liten økning i Lenvik. Berg kommune har de siste 30 år mistet hver femte innbygger, mens Torsken har mistet hver fjerde innbygger. 53% av Senjas befolkning tilhører i dag Lenvik kommune. Silsand er det eneste tettstedet på Senja med netto tilvekst i befolkningen. Her økte befolkningen med 38 personer fra 1998 til 2000. Befolkningsutviklingen i kommunene er fremstilt i figur 5:

FIGUR 5 Befolkningsutvikling i Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy fra 1970- 2000 og framskrevet til år 2010.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 6 og figur 6 nedenfor gir en fremstilling av antall innbyggere og andel eldre i kommunene. Berg, Torsken og Tranøy har høyere andel eldre enn det man finner for Lenvik, Troms og Norge.

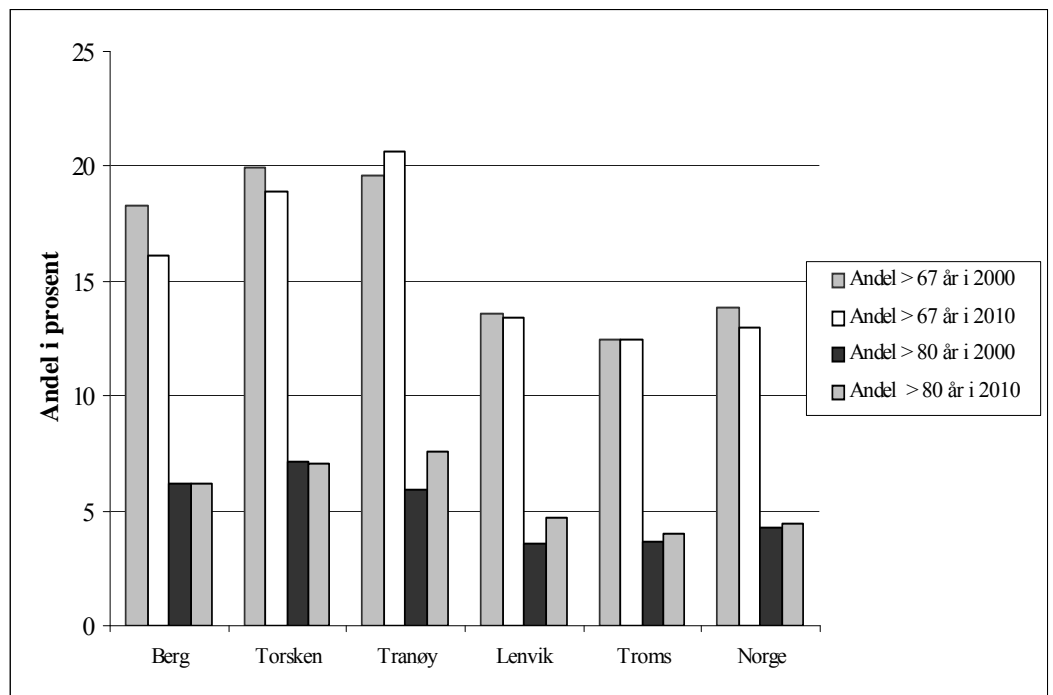
²⁰ Opplysninger fra Statens vegvesen, Finnsnes veg- og trafikkstasjon.

TABELL 6 Innbyggere i kommunene pr 1. januar 2000

Kommuner	Antall innbyggere pr 1.1. 2000	Derav 67 år og eldre	Andel som er 67 år og eldre
Berg	1111	201	18,3 %
Torsken	1166	231	19,9 %
Tranøy	1695	323	19,6 %
Lenvik	11039	1483	13,6 %
Totalt	15011	2238	15,1 %

Kilde : Statistisk Sentralbyrå

FIGUR 6 Andel av befolkningen som er 67 år og eldre samt 80 år og eldre fordelt på kommunene, fylket og landet i år 2000 og framskrevet til år 2010



Kilde : Statistisk Sentralbyrå

8. Interkommunalt samarbeid om legetjenesten

8.1. Lokale utredninger

I utredningen ”Kommuneinndeling i Senja-området” fra 1998 er fordeler og ulemper ved sammenslåing eller utvidet samarbeid mellom kommunene vurdert.²¹ Utredningen omfatter kommunene Berg, Torsken, Lenvik og Sørreisa. Utredningen konkluderer blant annet med at helsetjenesten egner seg for utvidet interkommunalt samarbeid. Dette begrunnes med økonomiske stordriftsfordeler samt bedret mulighet for rekruttering og utvikling av robuste fagmiljøer og stabil kompetanse. Et utvidet samarbeid innenfor helsetjenesten vurderes å ha kun liten innvirkning på den lokalpolitiske styringen. Kommunene har i all hovedsak gitt sin tilslutning til utredningen, og man er klare på at man ikke ønsker kommunesammenslåing, men utvidet interkommunalt samarbeid som et alternativ til dette. Berg kommune sier i sitt vedtak blant annet: ”Gjennom samarbeidsløsninger – spesielt innenfor helsesektoren og teknisk sektor - vil så vel faglige som økonomisk lønnsomme foretak kunne realiseres...”²²

I dokumentet ”Utvikling av interkommunalt samarbeid mellom kommunene Berg, Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy”²³ utpekes legetjeneste, helsesøster-tjeneste og jordmortjeneste som områder hvor det er grunnlag for utvidet samarbeid, men dette har foreløpig strandet på at man ikke har fått nødvendige utredningsmidler etter søknad til Kommunal- og Regionaldepartementet.²⁴

Torsken kommune vedtok 14.6.2000 at de ”tar sikte på å innføre fastleigeordningen i et nært samarbeid med Berg kommune. Eventuelle endringer i forhold til dette kan skje som følge av kommunestyrets behandling av utredning om interkommunal legetjeneste”.²⁵

Legevaktssamarbeidet i Senja-regionen ble i mai 2000 utredet særskilt etter vedtak i de berørte kommuner.²⁶ Den lokale legevaktsutredningen er behandlet i kommunene, og Berg, Torsken og Lenvik går inn for samarbeid alle ukens dager etter vanlig arbeidstid, mens Tranøy ønsker helgesamarbeid. Det er foreløpig uvisst hvordan legevaktssamarbeidet i regionen vil utvikle seg i tiden som kommer.

8.2. Ulike modeller for organisering av interkommunalt samarbeid

Et interkommunalt samarbeid om legetjenesten kan organiseres på tre alternative måter:

²¹ Utviklingssenteret. Kommuneinndeling i Senja-området. Oktober 1998.

²² Utviklingssenteret. Utvikling av interkommunalt samarbeid mellom kommunene Berg, Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy. Mai 1999. Side 3.

²³ Utviklingssenteret. Utvikling av interkommunalt samarbeid mellom kommunene Berg, Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy. Mai 1999. Side 6-7.

²⁴ Personlig meddelelse fra Kåre Rasmussen, Utviklingssenteret

²⁵ Torsken kommune. Kommunestyrevedtak sak 018/00, møtedato 14.06.2000.

²⁶ Holden Å. Interkommunal legevakt – foreløpig rapport fra arbeidsgruppa. Mai 2000.

A: Kjøp av tjenester.

En kommune er "helsekommune" og fungerer som tjenesteleverandør for flere kommuner. Alle involverte kommuner sikres innflytelse og styring.

B: Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27.

Dette innebærer et løsere samarbeid som ikke trenger være en egen juridisk enhet. Den enkelte kommune kan med ett års varsel kreve seg løst fra et slikt samarbeid.

C: Interkommunalt selskap.

Denne organisasjonsformen innebærer at det dannes en egen enhet som er et eget rettssubjekt med egen økonomi og eget styre.

Et interkommunalt samarbeid om legetjenesten kan være begrenset til samlokalisering i et felles hovedkontor, men det kan også være mer omfattende. Alle elementer som inngår i driften av et legekantor må vurderes med tanke på fellesdrift eller separate løsninger. Dette omtales nærmere sammen med økonomiske forhold ved modellene (kap.10).

9. Fastlegeordningen

9.1. Organisatoriske forhold

Fastlegeordningen vil legge føringer for hvordan legetjenesten bør organiseres. Befolkningen har rett til å velge sin egen fastlege. Valget gjøres i slutten av februar 2001, og fastlegeordningen trer i kraft 1. juni 2001. Det frie legevalg gjelder også over kommunegrensene, og vil ha stor betydning i regioner der det enten på grunn av tilgang på leger, geografisk nærhet eller allerede etablerte lege-pasientforhold vil være naturlig å velge lege utenfor egen kommune. Befolkningens legevalg vil i stor grad styre aktiviteten ved de ulike legekantorene.

Fire kommuner (Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes) har hatt forsøk med fastlegeordning siden 1993. Erfaringen fra forsøkskommunene viser at de fleste innbyggere benyttet anledningen til å velge lege da forsøket startet. I Tromsø sendte 72 % av befolkningen over 12 år inn svarskjema med ønske om fast lege. Andelen lå enda høyere i de andre forsøkskommunene (87-92%).²⁷ Ved innføringen av fastlegeordningen vil den del av befolkningen som ikke velger fastlege bli fordelt på leger med ledig kapasitet i nærheten av bosted.

Erfaringen fra forsøkskommunene tilsier også at befolkningen nødig bytter fastlege etter at lege-pasient-forholdet er etablert. I Tromsø mottok trygdekantoret utover høsten 1994 ca 150 søknader om legebytte pr. måned.²⁸ Dette tilsvarer 0,25 % av befolkningen. Tromsø trygdekantor bekrefter at byttefrekvensen ligger omtrent på samme nivå i dag.²⁹ Dersom den samme byttefrekvensen gjelder i Senja-området når fastlegeordningen har vært i drift en tid, vil knapt 10 personer bytte lege månedlig i kommunene Berg, Torsken og Tranøy til sammen. For Lenvik vil tilsvarende tall være knapt 30 personer.

Legene i fastlegeordningen er som hovedregel privatpraktiserende, men har anledning til å velge vanlig kommunal ansettelse og fast lønn. I Troms har 17 % av legene valgt kommunal ansettelse, mens andelen for landet som helhet er 10,7 %.³⁰

Kommunen avgjør lokaliseringen av legekantorene. Dersom leger i privat praksis ønsker å flytte praksisen, kan kommunen nekte flytting dersom den har åpenbare negative konsekvenser for kommunens innbyggere.³¹

Erfaringen fra forsøkskommunene tilsier at det bør være minimum 3 faste leger på et legekantor for å sikre kontinuerlig drift i forbindelse med ulike typer fravær. I det nye avtaleverket for fastlegeordningen har den enkelte privatpraktiserende lege rett (ikke plikt) til å begrense åpningstiden til 28 timer pr uke ved full kurativ praksis.³² Dette bidrar til at små legekantor ikke alltid kan ha lege tilgjengelig i vanlig åpningstid.

²⁷ Steinert S. Foreløpig notat om listevalg-listeetablering-listeskjevheter. November 1994. Side 3.

²⁸ Steinert S. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune. Milepælsrapport ved utgangen av andre forsøksår. Side 12.

²⁹ Personlig meddelelse fra Sissel Sørensen, fastlegeordningen, Tromsø Trygdekantor.

³⁰ Statistikk fra RTV og Tromsø Trygdekantor i forbindelse med innføring av fastlegeordningen. Januar 2001.

³¹ Kommuneavtalen ASA 4310 pkt 5.7.

³² Kommuneavtalen ASA 4310 pkt 13.1.

9.2. Økonomiske forhold

Kommunenes utgifter til legetjenesten skal ifølge Ot.prp. 99 (1998-99) ikke øke etter innføringen av fastlegeordningen.³³ Kommunene vil få sine utgifter dekket gjennom rammeoverføringer fra staten som tidligere, og overføringene til kommunesektoren skal økes med omkring 50 millioner som følge av fastlegereformen.³⁴ Hvordan dette vil slå ut økonomisk for den enkelte kommune, er derimot vanskelig å si noe klart om nå (februar 2001).

Økonomiske forhold vedrørende fastlegeordningen vil legge føringer for valg av organisasjonsmodell. Her presenteres økonomiske konsekvenser for kommunene i forhold til privat praksis og fastlønnede leger.

9.2.1. Privatpraktiserende leger

Pasientens bostedskommune betaler basistilskudd for egne innbyggere til pasientens fastlege. Basistilskuddet utgjør 278 kroner årlig pr innbygger pr 01.06.2001.

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal kommunen i tillegg betale utjamningstilskudd til privatpraktiserende leger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er mindre enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal tilsvare differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i kommunen. Utjamningstilskuddet er likt for legene i kommunen, uavhengig av den enkeltes listelengde. Tanken med utjamningstilskuddet er å gi grunnlag for privat praksis når det er dårlig driftsgrunnlag i en kommune.

Når den privatpraktiserende legen utfører offentlig legearbeid utbetales praksiskompensasjon i tillegg til lønn for offentlig legearbeid.

Dersom en kommune blir suspendert fra fastlegeordningen, skal den privatpraktiserende legen godtgjøres med et tilskudd på 430.000 kroner pr. år for fullt kurativt årsverk. Leger som ved suspensjon er fastlege i kommunen skal likevel ikke ha lavere tilskudd pr. måned enn gjennomsnittlig basistilskudd de siste tre månedene før suspensjon. Tilskuddet avkortes i forhold til eventuelt redusert kurativ arbeidstid. Det er særlig viktig for små kommuner med privatpraktiserende leger å sikre seg mot suspensjon, da dette vil gi økte utgifter i form av økt tilskudd i suspensjonsperioden. Kommunene bør, også ut fra økonomiske hensyn, velge en modell som sikrer at fastlegeordningen ikke kommer og går fra det ene året til det andre.

9.2.2. Fastlønnsleger

I små kommuner vil noen leger ønske et vanlig ansettelsesforhold som alternativ til privat praksis. Kommunene har i dette tilfelle vanlige utgifter til lønn, stabilitetstillegg samt tillegg og godtgjøring for pliktig utvidet arbeidstid, slik det fremgår av avtaleverket.³⁵ Kommunens lønnsutgifter vil øke med legens ansiennitet, og stabilitetstillegget vil øke med legens arbeidstid i kommunen.

³³ Ot.prp. 99 (1998-99) side 144-145.

³⁴ Personlig meddelelse fra Sosial- og helsedepartementet ved utredningsleder Guri Snøfugl 16.01.01.

³⁵ Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 kap. 3 Lønn.

Der befolkningen har fastlønnede leger, beholder kommunen basistilskuddet og det utbetales heller ikke utjamningstilskudd fra kommunen. Kommunen får i utgangspunktet egenandeler og trygderefusjoner som de fastlønnede legene tjener inn. Noen kommuner har valgt å la fastlønnede leger beholde en viss prosent av egenandeler/refusjon.

Turnusleger vil være fastlønnede. Kommunen får egenandeler og trygderefusjoner som turnuslegene tjener inn. Kommunene vil få et særskilt tilskudd fra staten for å ta i mot turnuslege, men størrelsen på tilskuddet er ikke fastsatt enda (februar 2001).

10. Modeller for organisering av legetjenesten

Befolkningen har krav på en trygg og forsvarlig helsetjeneste der de bor. Den dårlige legedekningen i Berg og Torsken har skapt behov for en gjennomgang av legetjenesten i Senja-området med tanke på forbedring og videreutvikling. Med dette som bakgrunn presenteres her tre modeller for endret organisering av legetjenesten i området. Modellene har flere vesentlige fellestrekk som vil bli omtalt innledningsvis. Legevaktjenesten holdes utenfor i presentasjonen.

10.1. Fellestrekk ved modellene

Uansett modell vil det på grunn av bosettingsmønsteret være nødvendig med utstrakt bruk av lokalkontorer. I alle modellene må dagens legekontorer benyttes. Antall ukentlige legedager på hvert kontor vil i liten grad være avhengig av hvilken modell man velger, men av befolkningens legevalg samt kommunikasjoner i området. Det er sannsynlig at antall legedager på lokalkontorene vil øke eller bli som i dag.

I alle modellene vil det være naturlig at tilsynsarbeid ved institusjoner, helsestasjon- og skolehelsetjeneste blir ivaretatt i forbindelse med legedager på lokalkontorene.

Alle modellene innebærer en viss sentralisering av hovedlegkontoret, men vil kanskje nettopp derfor føre til en bedre og mer stabil legetjeneste på lokalkontorene i forhold til dagens situasjon. Hovedkontoret bør ha lege til stede alle ukedager.

Alle modellene vil være fleksible løsninger og kan justeres dersom ytre betingelser endres.

Legene må regne med en del kjøring til legekantorene. For legene vil reisingen innebære slitasje, men kommunene kan kompensere dette med å legge transportvilkårene godt til rette praktisk og økonomisk.

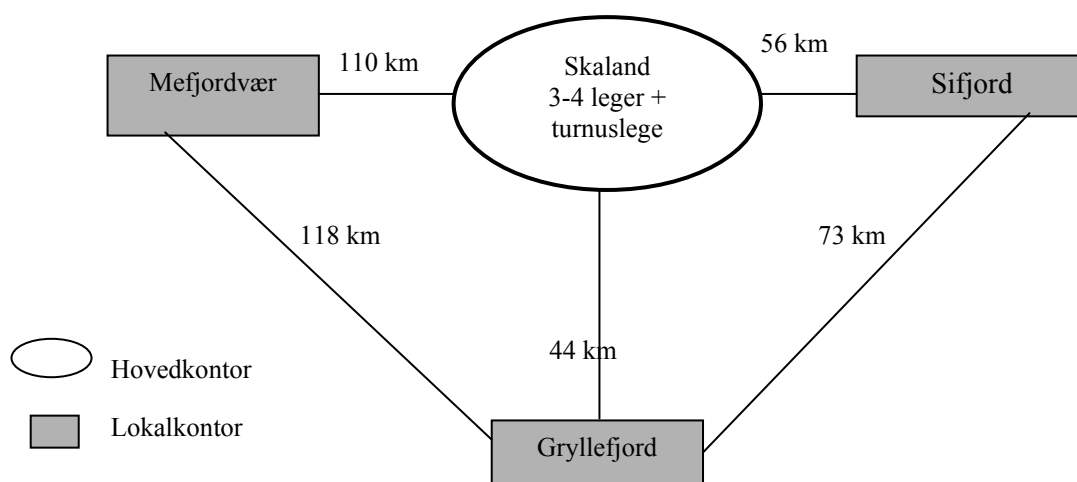
Valg av modell vil ikke være avgjørende for hvor legene bosetter seg. Legene vil kunne bosette seg hvor som helst i de aktuelle kommunene etter eget ønske. Det er likevel sannsynlig at de fleste ønsker kortest mulig avstand til legekantoret hvor de arbeider mest.

Under forutsetning av at det er leger i stillingene vil alle tre modellene kunne gi et forsvarlig helsetjenestetilbud til befolkningen.

10.2. Yttersida-modellen

Denne modellen innebærer en felles legetjeneste for Berg og Torsken, som er de kommunene hvor endringer er mest nødvendig. Man kan tenke seg et hovedkontor lokalisert i Gryllefjord eller på Skaland med de øvrige eksisterende legekontorer i Berg og Torsken som lokalkontor. I fremstillingen i figur 7 er Skaland eksempelvis valgt som hovedkontor. Det vil være behov for 3-4 leger pluss turnuslege i en slik modell. Det vil sannsynligvis bli minst like mange ukentlige legedager på lokalkontorene som i dag. Tranøy og Lenvik kommuner inngår ikke i Yttersida-modellen.

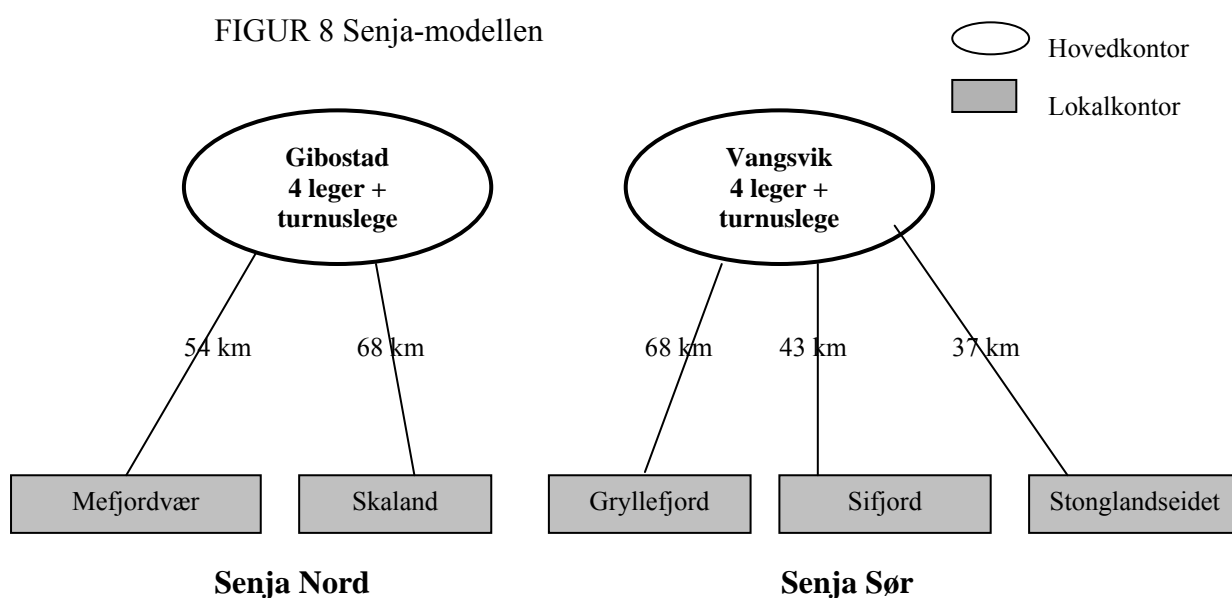
FIGUR 7 Yttersida-modellen



Modellen har få leger og den daglige tilgangen på lege vil variere. For eksempel vil retten til 2-4 timer fri dagen etter vakt føre til at legekontor må være uten lege i dette tidsrommet (se pkt 12.1.5. om legevakt). Dette kommer tydelig frem i forslag til ukeplan for legene, og sårbarheten i systemet er selvsagt størst med kun 3 leger i modellen. Forslag til ukeplan med 3 leger er presentert i vedlegg 3, og med 4 leger i vedlegg 4. Dersom det i Yttersida-modellen skal bli tid til faglig fellesskap ut over en time felles møte pr uke, vil det gå ut over tilbudet ved lokalkontorene.

10.3. Senja-modellen

Tanken med denne modellen er å bygge tjenesten ut fra de kontorene som i dag fungerer bra og gjøre disse til hovedkontor. Modellen innebærer et samarbeid mellom Lenvik og Berg med hovedkontor på Gibostad og lokalkontor i Mefjordvær og på Skaland. På den andre side representerer modellen et samarbeid mellom Tranøy og Torsken med hovedkontor i Vangsvik og lokalkontor i Gryllefjord, Sifjord og på Stonglandseidet. Modellen vil styrke bemanningen på Gibostad og i Vangsvik slik at det sannsynligvis vil være behov for 4 leger pluss en turnuslege på hvert av hovedkontorene. Antall legedager på lokalkontorene vil bli uforandret eller øke. Modellen er todelt (Senja Nord og Senja Sør), og den ene delen av modellen kan eksistere uavhengig av den andre. Fastlands-Lenvik inngår ikke i modellen. Modellen er framstilt i figur 8.



Forslag til ukeplan for legene i denne modellen fins i vedlegg 5 (Senja Nord) og vedlegg 6 (Senja Sør). Også i denne modellen er det få leger og den er dermed sårbar for ulike typer fravær. Mest gjelder dette Senja Sør hvor det er 4 legekontorer å betjene. Den nordlige delen av modellen har 3 legekontorer som skal betjenes, og dette gir større rom for faglig fellesskap mellom legene.

10.4. Yttersida-Lenvik-modellen

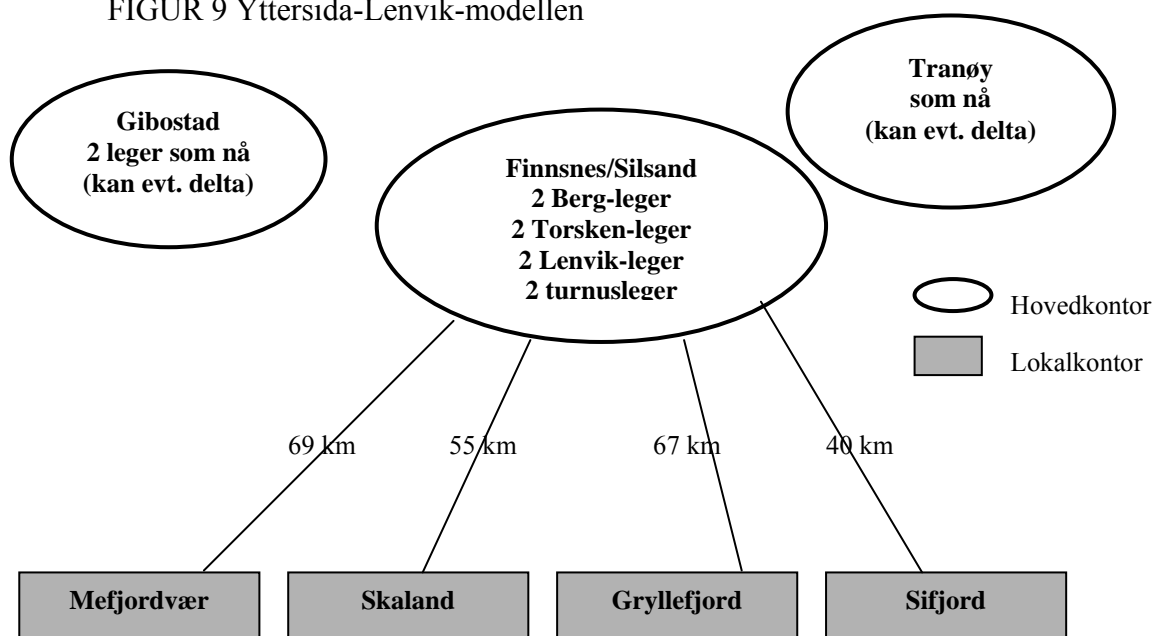
Denne modellen innebærer et samarbeid mellom Lenvik, Berg og Torsken uten at Tranøy er med. Modellen kan utformes på mange måter, avhengig av de føringene som vil bli lagt ved politiske prosesser i kommunene og ved befolkningens legevalg.

Modellen skisserer lokalkontor i Gryllefjord, Sifjord, Mefjordvær og på Skaland med hovedlegekontor på Finnsnes eller Silsand. I fremstillingen i figur 9 er hovedkontoret eksempelvis lagt til Silsand. Hovedkontoret kan for eksempel bygges opp med de to legene ved nåværende Hamna legekontor og utvide dette eksisterende miljøet til et kontor med 6 leger pluss 2 turnusleger.

For Gibostad legekontor er det minst tre mulige tilpasninger i denne modellen. En mulighet er å fortsette driften som nå. En annen mulighet er at Gibostad blir hovedkontor side om side med Silsand-kontoret, med lokalkontor i Mefjordvær og en av Berg-legene tilknyttet Gibostad/Mefjordvær. En tredje mulighet er at de nåværende hjemlene på Gibostad inngår i hovedkontoret på Silsand, og at Gibostad blir lokalkontor. Hjemlene på Gibostad kan inngå i hovedkontoret i tillegg til hjemlene ved Hamna legekontor, eller som et alternativ til deltakelse fra Hamna legekontor. I fremstillingen i figur 9 er det ikke tatt noen stilling til dette.

Modellen kan utvides til en enda større enhet dersom Tranøy kommune ønsker å delta. Stonglandseidet og Vangsvik blir i så fall lokalkontor.

FIGUR 9 Yttersida-Lenvik-modellen



Det er i Norge alminnelig enighet om at den mest hensiktsmessige størrelsen på en legepraksis er 4-5 leger.³⁶ Større praksiser vil ofte føre til at presset på resepsjon og laboratorium blir for stort. I Yttersida-Lenvik-modellen kan hovedkontoret imidlertid tåle et større antall leger fordi flere leger til enhver tid har andre oppgaver enn kurativt arbeid på hovedkontoret.

Ved Ringerike Medisinske senter er det etablert et kontorfellesskap for 8 leger og 3 tannleger.³⁷ Problemet med stort press på fellesfunksjoner har de løst ved å dele praksisen i to enheter, hver på 4 leger. Erfaringene derfra er at hensiktsmessige planløsninger og organisasjon gjør at det kan utvikles større enheter enn tidligere antatt.

I tabell 7 er det satt opp et eksempel på ukeplan for Yttersida-Lenvik-modellen. I forslaget er det to leger fra hver av de tre kommunene og to turnusleger. I eksemplet er det forutsatt at begge Berg kommunes leger tilknyttes hovedkontoret på Silsand. Turnuslegene er tilknyttet Berg og Torsken. Ut fra en slik ukeplan vil både Skaland, Mefjordvær, Gryllefjord og Sifjord ha lege på lokalkontoret 3-4 dager ukentlig. Det er satt av to dager til kommunelege I arbeid i hver av kommunene Berg og Torsken.

I den foreslåtte ukeplanen er Lenvik-legene er på hovedkontoret daglig. Hver dag er det minst 4 leger som er i kurativt arbeid ved hovedkontoret. Kontoret bør likevel utstyres for at 6 leger skal kunne være i kurativt eller administrativt arbeid samtidig. Ukeplanen viser at et stort miljø har muligheter for fleksible løsninger både på kort varsel og på lengre sikt.

Yttersida-Lenvik-modellen har en særlig fordel ved at den gir plass til to turnusleger. Kontoret vil kunne bli attraktivt for turnusleger og for undervisning av legestudenter. Begge deler er viktig for rekruttering av leger og for utvikling av et godt faglig miljø. Med støtte fra Sosial- og helsedepartementet (SHD) har Universitetet i Tromsø nylig etablert en forsøksordning med såkalte ”ressurskommuner”, hvor universitetet og kommunene samarbeider om medisinerutdanningen.³⁸ Sosial- og helsedepartementet vurderer å øke de økonomiske tilskuddene til dette. Yttersida-Lenvik-modellen er gunstig med tanke på å komme i betraktning som ”ressurskommuner” og få adgang til særlige økonomiske stimuleringstiltak.

³⁶ Kvamme, Jan-Ivar. Etablering av legepraksis i fastlegereformens rike. Utposten nr 3 – 2000. Side 10-13.

³⁷ Kvamme, Jan-Ivar. Etablering av legepraksis i fastlegereformens rike. Utposten nr 3 – 2000. Side 10-13.

³⁸ Aaraas, Hasvold, Andersen, Swensen, Straume. Legeflukten fra distriktene. Universitetet i Tromsø. Betenkning. Side 6.

TABELL 7 Eksempel på ukeplan i Yttersida-Lenvik-modellen

Forslag til ukeplan	Mandag		Tirsdag		Onsdag		Torsdag		Fredag	
	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj
Berglege 1	K Skaland	SH Skaland	K I	FM/V	K I	K I	K Skaland	K Skaland	K Skaland	K I
Berglege 2	K Mefjord-vær	SH Mefjord-vær	H	FM/H	H	H	K Mefjord-vær	K Mefjord-vær	H	H
Torskenlege 1	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	K I	FM/V	K I	K I	K Gryllefjord	K Gryllefjord	K Gryllefjord	K I
Torskenlege 2	K Sifjord	SH Sifjord	H	FM/H	H	H	K Sifjord	K Sifjord	H	H
Lenviklege 1	H	H	H	FM/H	H	H	H	H	H	SH
Lenviklege 2	H	SH	H	FM/H	H	H	H	H	H	H
Turnuslege 1	H	H	KO	FM/V	K Skaland	SH Skaland	H	H	K Mefjord-vær	SH Mefjord-vær
Turnuslege 2	H	H	KO	FM/V	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	H	H	K Sifjord	SH Sifjord

K Kurativt arbeid på lokalkontor
 SH Sykehjemstilsyn og / eller helsestasjon
 H Kurativt arbeid på hovedkontor
 K I Kommunelege I-arbeid
 FM Faglig møte
 V Veiledning
 KO Kollokvie

11. Økonomiske konsekvenser

I dette kapitlet omtales de økonomiske konsekvensene av modellene med utgangspunkt i Yttersida-Lenvik-modellen. Denne modellen er valgt som basis fordi den er størst. Beregningene tar utgangspunkt i en legetjeneste drevet i tråd med ukeplanen skissert i foregående avsnitt (tabell 7). Det er forutsatt at Lenvik-legene er privatpraktiserende og at Berg og Torskens leger er fastlønnede. Ut fra beregningene nedenfor vil det etter behov kunne gjøres økonomiske kalkyler også for de andre modellene. Det må presiseres at beregningene kun er anslag.

11.1. Investeringskostnader

Legekantoret må bygges opp med 6 legekantorer, laboratorium, skiftestue/akuttrom, kjøkken, møte/pause/spiserom for 16 personer og venterom for ca 20 personer. Det forutsettes at turnuslegene ikke har fast kontor plass, men kan benytte ledige legekantorer etter behov. De forventede kostnadene til møbler, medisinsk utstyr, kontorutstyr og data er satt opp i tabell 8.

Ved å summere hver kolonne i tabell 8 får man et prisanslag for investeringene til et 3-legesenter, 4-legesenter og så videre, totalt og pr legeplass. Totalsummen for et 3-legesenter er delt på 3 for å få summen pr legeplass, for et 4 legesenter er totalsummen delt på 4 og så videre. Kolonnen til høyre som er kalt ”derav til fellesfunksjoner” forteller hvor stor andel av summen for et 3-legesenter og et 6-legesenter som er brukt til funksjoner utenom den enkelte legeplass, det vil si til funksjoner i skranke/resepsjon, skiftestue, venterom, spiserom med videre.

TABELL 8 Stipulerte investeringer i kr for legesenter med 3-6 legekantorer

Investeringer	3-legesenter	4-legesenter	5-legesenter	6-legesenter	Derav til fellesfunksjoner	
					3-legesenter	6-legesenter
Medisinsk utstyr	550 000	625 000	700 000	780 000	320 000	320 000
Datautstyr Maskinvare	245 000	264 000	283 000	297 000	197 000	201 000
Datautstyr Programvare	120 000	140 000	160 000	180 000	80 000	90 000
Kontorutstyr inkl. telefon	61 000	63 000	66 000	70 000	53 000	54 000
Inventar / møbler	120 000	130 000	140 000	150 000	60 000	84 000
Totalt	1 096 000	1 222 000	1 349 000	1 477 000	710 000	749 000
Totalt pr utstyrt legeplass	365 000	305 000	270 000	246 000		

Kilde: Medi Engros A/S, Nordix Data A/S, Profdoc Norge A/S, Telenor Telehuset A/S, Kinnarps Kontormøbler A/S

Inkludert i medisinsk utstyr er også tympanometer (øretrykksmåler), audiometer (hørselsmåler) og spirometer (lungefunksjonsmåler) til en samlet verdi av om lag 50.000 kr. Dette utstyret trengs kun ett eksemplar av på hvert legesenter, og det inngår derfor også i summen for kontorets fellesfunksjoner (høyre kolonne).

Kostnadene er beregnet for kjøp av helt nytt utstyr til dagens pris. Merverdiavgift er ikke inkludert. I realiteten vil det ikke være nødvendig å kjøpe alt nytt, da mye godt brukt utstyr sannsynligvis vil være tilgjengelig. Tabellen viser at man sparer en del på stordrift i det prisen pr. legeplass er høyere når få leger inngår i fellesskapet. I tillegg kan det være ønskelig med et ekstra kontor som kan brukes av jordmor, medisinerstudent eller andre. Dette sistnevnte kontoret er ikke tatt med i beregningen av investeringsutgiftene. Det kan også tenkes at det etter en tid ikke vil være behov for så mange leger i fellesskapet, slik at et kontor kan frigjøres til annet bruk. Det kan heller ikke utelukkes at Tranøy kommune i fremtiden ønsker å bli tilknyttet legesenteret.

Når det gjelder lokaliteter er alternativene kjøp, nybygg eller leie. Lokale forhold vil avgjøre hva som er det mest gunstige. For alternativene kjøp og nybygg vil det selvsagt påløpe store investeringskostnader. Det er ingen investeringskostnader knyttet til leie av lokaler, og dette er i første omgang det mest sannsynlige valget. Arealbehovet for et 6-legesenter vil være omkring 450 kvadratmeter.

Investeringene kan fordeles på ulike måter mellom kommunene/legene. Dette spørsmålet blir gjenstand for forhandlinger. Sannsynligvis vil hver av partene bidra med en del brukt medisinsk utstyr og kontorutstyr.

11.2. Driftsutgifter

I tabell 9 presenteres stipulerte driftsutgifter for hovedlegekontoret i Yttersida-Lenvik-modellen. Berg og Torsken har i tillegg utgifter til drift av de lokale legekontorene, hovedsakelig i form av lønn og sosiale utgifter til legesekretærer. Kommunene må ta stilling til om de ønsker at legekontorene skal holde åpent også når det ikke er lege tilstede, og lønnsutgiftene vil påvirkes av dette.

I tabell 9 er den enkelte kommunes utgifter og fellesutgiftene satt opp i egne kolonner. Utgiftene som er ført i kolonnene til den enkelte kommune, er utgifter som kommunene uansett må ha for å drive en tilstrekkelig legetjeneste. Utgiftene som er ført som fellesutgifter er knyttet til opprettelsen av hovedkontoret i Yttersida-Lenvik-modellen. Det presiseres at dette er bruttoutgifter.

TABELL 9 Stipulerte brutto driftsutgifter i kr for et felles legesenter i Yttersida-Lenvik-modellen.

Driftsutgifter	Felles	Lenvik	Berg	Torsken
Lønn og sosiale utgifter Leger		88 000	1 120 000	1 120 000
Lønn og sosiale utgifter Turnusleger			290 000	290 000
Lønn og sosiale utgifter legesekretærer (4)	920 000			
Basistilskudd leger		834 000		
Praksiskompensasjon		40 000		
Husleie (inkl. renhold etc.)	450 000			
Data vedlikehold	22 000			
Medisinske forbruksvarer	180 000			
Kontorrekvisita inkl. telefon	100 000			
Diverse vedlikehold	50 000			
Regnskap/revisjon	50 000			
Forsikringer	15 000			
Avskrivninger på utstyr	259 000			
Transportkostnader			145 000	125 000
SUM	2 046 000	962 000	1 555 000	1 535 000

Kilde: Fastlegeavtalene ASA 4301 og SFS 2305, Kroken Legekontor Tromsø, Sentrum Legekontor Tromsø, Hamna Legekontor Finnsnes, Consis Tromsø Økonomihuset

Legelønn er beregnet ut fra lønnstrinn 58 og stabilitetstillegget er beregnet med 400 T-trinn (80.000 kr/år). Tillegg for pliktig utvidet arbeidstid (PUA) er også inkludert (24.000 kr/år). Dersom legene plasseres i lønnstrinn 70, vil det medføre en økt utgift på 216.000 kroner for hver av kommunene i forhold til anslaget i tabell 9. Lønnspllasseringen av legene kan selvsagt diskuteres, dette gjøres under punkt 12.1.6. Turnuslegen er plassert i lønnstrinn 30 (lønnssramme 29-39, det vil si 239.500 kr/år). Legesekretærene er i lønnssramme 14-22 (182.700-210.000 kr/år). Feriepenger, arbeidsgiveravgift og sosiale utgifter er inkludert i utgiftsberegningene.

Husleie er beregnet ut fra en kvadratmeterpris på 1000 kroner, og strøm, renhold samt vaktmestertjenester er inkludert i denne summen. Vedlikehold av datautstyr, medisinske forbruksvarer og kontorforbruksvarer inkludert telefon/internett vil samlet koste om lag 300.000 kr årlig. Ved henvisning av pasienter til sykehus er det ønskelig med tilgang til internett for veiledning i forbindelse med fritt

sykehusvalg. Utgifter til regnskap, forsikringer og diverse vedlikehold utgjør i tabellen til sammen 115.000 kr. Datautstyret avskrives i løpet av 3 år, det øvrige utstyret i løpet av 10 år. Transportutgifter er kilometergodtgjørelse (3,20 kr) for kjøring fra hovedkontor til lokalkontor og retur etter ukeplanen i tabell 7. Transportutgiftene er beregnet for 50 uker i året.

Et legekantor på denne størrelsen vil ha anslagsvis 2 millioner kr i årlige driftsutgifter. Legelønninger, basistilskudd og praksiskompensasjon er ikke inkludert, da dette er driftsutgifter kommunene vil ha uansett. Transportutgifter som belastes den enkelte kommune er heller ikke inkludert. Fordelingen av fellesutgifter mellom de tre partene vil være gjenstand for forhandlinger. Følgende muligheter for fordeling kan drøftes:

- Fordeling etter antall legedager på hovedkontoret pr. kommune
- Fordeling etter antall konsultasjoner på hovedkontoret etter pasientens bostedskommune
- Fordeling etter antall listepasienter tilknyttet kontoret fra hver av de tre kommunene
- Driftsutgiftene fordeles i tre like store deler til hver kommune

Ved lik utgiftsfordeling vil bruttokostnadene bli om lag 665.000 kr årlig for hver av de tre partene.

11.3. Inntekter for kommunene

Kommunene mottar rammeoverføringer fra staten og tilskudd for turnuslege. Beløpenes størrelse er ikke kjent enda (januar 2001), men vil bli klare i løpet av første kvartal 2001. Det såkalte fastlønnsstilskuddet (167.500-215.000 kr/lege) faller bort. Dette vil bli erstattet av økte rammeoverføringer og økte trygderefusjoner.

Kommuner som har fastlønnede leger og turnuslege vil motta egenandelene fra pasientarbeidet. I Yttersida-Lenvik-modellen vil Berg og Torsken kommune hver kunne tjene inn omkring 1.165.000 kr årlig fra to leger og en turnuslege. Dette er et anslag beregnet ut fra egenandel og refusjon for 12 pasienter pr kurativ dag samt trygdesaker og enkle henvendelser til legekantoret 44 uker i året. Anslaget er beregnet for leger som ikke er spesialister i allmenntillegmedisin. Dersom de to faste legene er spesialister vil inntjeningen for hver av kommunene bli 1.340.000 kr årlig. Kommunene vil også få inntekter fra salg av medisinske forbruksvarer. Med ordnede forhold i legetjenesten vil inntekter ved salg av medisinske forbruksvarer langt på vei svare til utgiftene.

Dersom kommunens fastlønnede leger velges av innbyggere i nabokommuner, vil kommunen få basistilskudd fra nabokommunene.

Kommunen beholder basistilskuddet for egne innbyggere som velger egen kommunes fastlønnede leger. Kommunen beholder også utjamningstilskuddet.

11.4. Driftsresultater for kommunene

11.4.1. Berg kommune

For Berg kommune kostet legetjenesten i år 2000 om lag 1,5 millioner kr netto. Det ble utført 1,16 legeårsverk.

I Yttersida-Lenvik-modellen kan utgiftene for Berg kommune anslås slik:

- 1/3 drift av hovedkontoret	680.000,-
- lønn leger	1.410.000,-
- transport	145.000,-
- drift lokalkontor (2)	600.000,-
UTGIFTER TOTALT	2.835.000,-

Driftsutgiftene ved lokalkontorene er beregnet ut fra 1,6 legesekretærstilling og nedskrevet utstyr.

Andre utgifter kan bli basistilskudd til nabokommuner eller privatpraktiserende leger dersom deler av befolkningen velger lege utenfor egen kommune.

Inntektene i Yttersida-Lenvik-modellen kan anslås slik når man ser bort fra rammeoverføringene:

- egenandeler og trygderefusjoner	1.165.000,-
- salg av med. forbruksvarer	50.000,-
INNTEKTER TOTALT	1.215.000,-

Netto driftsutgifter i Yttersida-Lenvik-modellen blir etter disse beregningene (2.835.000 kr minus 1.215.000 kr) 1.620.000 kr. Dette utgjør en netto utgift til legetjenesten på om lag 540.000 kroner pr legeårsverk (1.620.000 kr fordelt på 3 legeårsverk). Det er 950.000 kr mindre pr legeårsverk enn for år 2000 da et legeårsverk med vikarleger kostet kommunen knapt 1,5 million kroner. Dette til tross for at blant annet husleie og strøm ikke er tatt med i utgiftene for år 2000 (se kap. 6).

Dette kan synes som en svært rimelig legetjeneste i drift, og en del av dette kan forklares ved at turnuslegen utgjør hele 1/3 av legene i kommunen. Det er rimelig å ha turnuslege i forhold til faste legestillinger.

En legetjeneste med to faste leger og en turnuslege i Yttersida-Lenvik-modellen gir en rimeligere legetjeneste enn Berg kommune hadde i år 2000, og likevel nesten tre ganger så mange legeårsverk.

11.4.2. Torsken kommune

For Torsken kommune kostet legetjenesten i år 2000 knapt 1,3 millioner kr netto. Det ble utført 1,16 legeårsverk.

I Yttersida-Lenvik-modellen kan utgiftene for Torsken kommune anslås slik:

- 1/3 drift av hovedkontoret	680.000,-
- lønn leger	1.410.000,-
- transport	125.000,-
- drift lokalkontor (2)	550.000,-
UTGIFTER TOTALT	2.765.000,-

Driftsutgiftene ved lokalkontorene er beregnet ut fra 1,5 legesekretærstilling og nedskrevet utstyr.

Andre utgifter kan bli basistilskudd til nabokommuner eller privatpraktiserende leger dersom deler av befolkningen velger lege utenfor egen kommune.

Inntektene i Yttersida-Lenvik-modellen kan anslås slik når rammeoverføringene fra staten holdes utenfor:

- egenandeler og trygderefusjoner	1.165.000,-
- salg av med. forbruksvarer	50.000,-
INNEKTER TOTALT	1.215.000,-

Netto driftsutgifter for Torsken kommune i Yttersida-Lenvik-modellen blir (2.765.000 kr minus 1.215.000 kr) 1.550.000 kr. Dette utgjør en netto utgift til legetjenesten på om lag 520.000 kroner pr legeårsverk (1.550.000 kr fordelt på 3 legeårsverk). Det er knapt 800.000 kr mindre pr legeårsverk enn kommunen brukte i år 2000 da et legeårsverk med vikarer kostet kommunen knapt 1,3 million kroner. Dette til tross for at blant annet husleie og strøm ikke er tatt med i utgiftene for år 2000 (se kap. 6).

Også for Torsken kommune kan den relativt høye andelen turnusleger i legestaben forklare en del av innsparingene i Yttersida-Lenvik-modellen. Også her er stabilitet, faste leger og stordriftens fordeler viktige momenter som gir en rimeligere legetjeneste.

En legetjeneste etter Yttersida-Lenvik-modellen gir Torsken kommune en legetjeneste til samme kostnad som i år 2000, men med nesten tre ganger så mange legeårsverk utført av to faste leger og en turnuslege.

11.4.3. Lenvik kommune

For Lenvik kommune vil driften av legekantoret bli dekket av legene i privat praksis, eventuelt med tilpasninger som kommunen og legene avtaler seg i mellom.

Erfaringsmessig kan det være vanskeligheter knyttet til det å samle både privatpraktiserende og fastlønnede leger i samme legesenter. Det kan derfor være grunn til å vurdere samme avlønningssystem for alle legene i Yttersida-Lenvik-modellen. Dersom Lenvik-legene er fastlønnede vil ukeplanen for disse sannsynligvis bli noe annerledes enn i eksempelet i tabell 7, sannsynligvis med høyere andel offentlig legearbeid. Dersom to fastlønnede Lenvik-leger har 4 kurative dager/uke og samme lønnsvilkår som Yttersida-legene i modellen, vil utgiftene for Lenvik kommune kunne stipuleres slik:

-1/3 drift av legekantoret	680.000,-
- lønn leger	1.120.000,-
UTGIFTER TOTALT	1.800.000,-

Lenvik kommune har selvsagt utgifter til legetjenesten som ikke inngår i denne modellen, men for denne modellen isolert blir stipulerte driftsutgifter 1,8 mill kr. Driftsutgifter knyttet til lokalkontordrift samt transportkostnader inngår ikke for Lenvik kommune i denne modellen.

Inntektene i Yttersida-Lenvik-modellen kan anslås slik når rammeoverføringene fra staten holdes utenfor:

- egenandeler og trygderefusjoner	1.035.000,-
- salg av med. forbruksvarer	50.000,-
INNTEKTER TOTALT	1.085.000,-

Inntekten av egenandeler/trygderefusjoner er beregnet på samme måte som for Berg og Torsken kommuner og ut fra at legene ikke er spesialister i allmenmedisin.

Netto driftsutgifter for Lenvik kommune i Yttersida-Lenvik-modellen blir (1.800.000 kr minus 1.085.000 kr) 715.000 kr. Dette utgjør en netto utgift på om lag 360.000 kroner pr legeårsverk (715.000 kr fordelt på 2 legeårsverk). Lenvik får en rimeligere legetjeneste pr legeårsverk enn Berg og Torsken fordi drift av lokalkantorene og transportutgifter knyttet til dette utgår.

12. Diskusjon

12.1. Konsekvenser av modellene for Berg og Torsken

12.1.1. Fagmiljø, rekruttering og stabilitet

Forskjellen mellom modellene ligger først og fremst i størrelsen på de fagmiljøene man kan klare å bygge opp, hvor Yttersida-modellen og Yttersida-Lenvik-modellen vil gi henholdsvis det minste og det største fagmiljøet. Dette er den viktigste forskjellen mellom modellene. De praktiske konsekvensene av dette punktet er store når det gjelder rekruttering og stabilitet.

Yttersida-Lenvik-modellen med 5-6 leger pluss 1-2 turnusleger vil altså gi det minst sårbare fagmiljøet. Store kontorer vil gi mulighet for faglige møter, legene vil kunne konsultere hverandre og det vil samlet være store faglige ressurser i miljøet. Unge leger vil kunne nyte godt av eldre kollegers erfaringer.

Når en lege blir borte, uansett årsak, vil det ha større konsekvenser for et 3-legekontor enn et 6-legekontor. I tillegg vil det sannsynligvis være vanskeligere å skaffe vikar til et lite miljø enn til et stort. Kontorene vil også være mindre sårbare når det gjelder hjelpepersonell, hvilket vil være positivt både for legesekretærene, legene og pasientene.

Fagmiljøets lokalisasjon har også stor betydning for rekruttering og stabilitet. Lokalisering av hovedkontoret til Finnsnes eller Silsand vil være gunstigere enn Gibostad, Vangsvik, Skaland eller Gryllefjord, da det allerede er et stort miljø både faglig og sosialt i dette området. Her kommer Yttersida-modellen dårligst ut. Etablering av hovedkontoret sentralt vil også gjøre at legene i større grad tør å satse på privat praksis. Flere undersøkelser har vist at privatpraktiserende leger er mer stabile enn fastlønnsleger.²⁵

De nye modellene vil kunne gi et større fagmiljø og bedre rekruttering til legetjenesten i Berg og Torsken. Sannsynligvis vil rekrutteringen være lettest i Yttersida-Lenvik-modellen, da den er størst og minst sårbar.

12.1.2. Nærhet og tilgjengelighet

Når det gjelder geografisk nærhet vil ingen av de nye modellene gi et dårligere tilbud på lokalkontorene i Berg og Torsken, sannsynligvis heller et bedre tilbud enn i dag. For befolkningen i nordre Berg vil Gibostad legekontor være nærmest, og Senjahopen LHL har uttrykt ønske om samarbeid med Lenvik kommune dersom man ikke kan ha fast lege stasjonert i Mefjordområdet.³⁹ Det tar halvannen time å kjøre fra Mefjordvær til Skaland, mens det bare tar en halv time til Gibostad.

Befolkningen håper på bygging av internveier mellom nordre og søndre kommunedel både i Berg og Torsken. Dette ligger uansett et stykke fram i tid. Internveiene vil forkorte avstandene i kommunene, men det er ikke forsvarlig å

²⁵ Olsen A G. Hvilke faktorer får leger til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Universitetet i Tromsø 1988. Side 41.

³⁹ Bjørkli V. Uholdbar legeordning. Troms Folkeblad 26. februar 1999, side 6.

vente på en avklaring vedrørende dette før det etableres en stabil legetjeneste i området.

Befolkningen i uværutsatte områder i Berg og Torsken er særlig bekymret over å bli avsondret fra tilgang til medisinsk hjelp i krisesituasjoner⁴⁰. Men selv om det er stasjonert lege i Mefjordområdet, vil legen i en gitt situasjon kunne være på vakt i en annen del av kommunen eller distriktet, og dermed ikke fysisk tilgjengelig. Det viktige i slike situasjoner må være å ha en lege på vakt som kjenner de lokale forhold og som enten kjenner pasienten personlig eller har tilgang til journalopplysninger på data. Det er også viktig å ha en godt utbygd ambulansetjeneste som kan iverksette medisinske tiltak etter delegering fra lege.

Nærhet i betydning at legen og pasienten kjenner hverandre, krever stabile leger. Brukerundersøkelser viser at pasienter legger stor vekt på å kunne møte samme lege ved hver konsultasjon.⁴¹ På dette punkt kan legetjenesten til befolkningen i Berg og Torsken forbedres vesentlig.

Brukerundersøkelser har også vist at legens tilgjengelighet har høy prioritet for pasienter. På et større legekontor vil det til enhver tid være mulig å få tak i en fast lege. Et mindre legekontor vil være mer sårbart for fravær av forskjellig art, og belastningen på de øvrige legene vil være større når en lege er borte. Dette vil gi forholdsvis lavere tilgjengelighet overfor pasientene.

Både Berg og Torsken kommune vil kunne få en mer nær og tilgjengelig legetjeneste ved å organisere den interkommunalt. Alle tre modellene vil på grunn av forventet bedre rekruttering gi forbedringer i forhold til dagens situasjon.

12.1.3. Kvalitetssikring

Befolkningen skal være sikret en kvalitetsmessig trygg legetjeneste. Medisinsk arbeid vil ha best kvalitet når det utøves i et faglig fellesskap hvor kolleger kan gi hverandre råd og veiledning. Det kan synes som om det er en sammenheng mellom tilgangen til et fagmiljø og hvilke legetyper som rekrutteres til en kommune. En tidligere kommunelege i Berg har i media hevdet at leger kommer til kommunen stort sett med ett mål, nemlig å tjene mest mulig penger. Det økonomiske aspektet blir mindre interessant når flere leger skal dele jobben.⁴² For befolkningen er det imidlertid best om legetjenesten organiseres slik at den først og fremst stimulerer til gode faglige forhold. For Berg og Torsken vil legetjenestens kvalitet sikres bedre ved en organisering etter en av de tre skisserte modellene.

12.1.4. Samfunnsmedisinsk arbeid

Det vil være fordelaktig med felles kommunelege I for flere kommuner. Det er mange felles problemstillinger for kommunene i en region, og man kan dra nytte av stordriftens fordeler. Berg og Torsken har når det gjelder opprusting av ambulansetjenesten allerede mottatt kommunelege I arbeid fra Lenvik kommune.

⁴⁰ Johansen A-M. Uten lege dør vi. Troms Folkeblad 29. april 2000, side 6.

⁴¹ Kvamme OJ, Hjortdahl P. Den gode allmennpraksisen - norske pasientar sine vurderingar og prioriteringar. Tidsskrift Nor Lægefor nr 18/1997; 117: 2607-9.

⁴² Bjørkli V. Uholdbar legeordning. Troms Folkeblad 26. februar 1999, side 6.

Det vil i alle tre modellene være god kapasitet til samfunnsmedisinsk arbeid. Det viktigste for dette arbeidet er kjennskap til regionen. Dette opparbeides over tid. Den modellen som best gir rekruttering og stabilitet, vil også best ivareta det samfunnsmedisinske arbeidet i regionen.

12.1.5. Legevakt

En ny legevaktordning ble utprøvd i Namdalen i ett år fra 1. februar 1999. Bakgrunnen for forsøket var å redusere arbeidsbelastningen for allmennlegene om natta, uten å svekke beredskapen for tilfeller med behov for øyeblikkelig hjelp. Bak dette lå ønsket om å bedre rekrutteringen av leger til distriktene. Erfaringene fra Namdalsprosjektet er alt overveiende positive både for legene og befolkningen.⁴³

Det ble høsten 2000 inngått en ny landsdekkende avtale om legevakt. Den innebærer honorering i form av fast lønn til leger som har tilstedevakt om natten (kl 23-08) på en interkommunal vaktentral, og ikke avlønning etter stykkprisordning som tidligere. Avtalen medfører store vakt-distrikter og vil føre til økende samarbeid mellom kommunene og redusert vaktbelastning for den enkelte lege. Avtalen gir legene rett til fri med lønn eller praksiskompensasjon 4 timer dagen etter vakt, eller hele dagen i vakt-distrikter med et befolkningsgrunnlag på mer enn 60.000 mennesker.⁴⁴ Dette vil ha stor betydning for legetjenesten på dagtid og vil gjøre små enheter enda mer sårbare på dagtid enn tidligere. Det vil være en fordel for små legekontor at mange leger inngår i legevaktordningen, slik at hver lege tar relativt sjelden fri etter vakt. Det fremgår av avtaleverket i forbindelse med fastlegeordningen at legene normalt ikke bør ha vakt oftere enn hvert 3. døgn.⁴⁵

Det er viktig for Berg og Torsken å få til stabilitet i legetjenesten dersom man ønsker legevaktsamarbeid med Lenvik/Tranøy. Legene i Lenvik/Tranøy ønsker ikke at pasienter som skulle vært behandlet på dagtid skyves over til vaktarbeid på kveld og natt. Med et jevnt godt legetilbud i hele regionen vil alle kommunene høste gevinst av legevaktsamarbeid idet sjeldnere vakt er viktig for rekrutteringen av faste leger. De kommunene som er tidlig ute med å legge til rette for dette, vil få et konkurransefortrinn når det gjelder å skaffe nye leger. For Berg og Torsken, som ut fra geografiske forhold ikke har så mange aktuelle samarbeidspartnere, vil det være viktig å søke samarbeid tidlig slik at kommunene ikke blir liggende i en bakevje uten mulighet til samarbeid med andre kommuner.

Alle de skisserte modellene vil kunne tilpasses ulike legevaktsløsninger, men fordelene med større enheter er åpenbar.

12.1.6. Økonomi

De økonomiske konsekvensene ved endret organisering av legetjenesten er behandlet i et eget hovedkapittel (kapittel 11). Det er likevel grunn til å ta med noen betraktninger omkring legevakt og økonomiske vilkår her, da dette kan være en viktig faktor i forbindelse med rekruttering. Ved inngåelse av fastlegeavtaler har høy lønn vært et viktig virkemiddel for mange små kommuner

⁴³ Grimsmo A. NTNU Trondheim. ISM. Legevaktordningen i Namdalen. En evaluering. Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 7 og 8.

⁴⁴ Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 8. Legevakt i interkommunal vaktentral i tiden 2300-0800.

⁴⁵ Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 7.

for å sikre seg leger. Bø kommune (Vesterålen) har for eksempel valgt å lønne nyutdannede leger i lønnstrinn 70 samtidig som legene er innvilget en rekke øvrige gunstige ordninger.⁴⁶ Det kan derfor innvendes at lønnstrinn 58 i Yttersida-Lenvik-modellen ikke er høyt nok sett i forhold til de rekrutteringsvansker Berg og Torsken har hatt. Uansett bør Berg og Torsken på grunn av problemene med rekruttering vurdere å tilby legene noe gunstigere vilkår enn det som oppnås i nabokommunene.

12.2. Konsekvenser av modellene for Tranøy

Tranøy kommune inngår i Senja-modellen, hvor det er lagt opp til samarbeid mellom Tranøy og Torsken. Tranøy inngår ikke i de andre to modellene. Dette skyldes at Tranøy har en legetjeneste som befolkningen er fornøyd med, og kommunen har derfor ikke sett grunn til å gjøre omfattende endringer slik situasjonen er i dag.

Til tross for dette er det grunn til å nevne at også legetjenesten i Tranøy er sårbar fordi fagmiljøet er lite. Dersom en lege slutter er 50 % av legetjenesten borte, og legene står på det nåværende tidspunkt ikke i kø for å arbeide i små kommuner. Legekontorer med mindre enn 3 leger er ikke å anbefale når distriktene i fremtiden skal utvikle en moderne faglig forsvarlig og stabil legetjeneste. Både nasjonalt⁴⁷ og internasjonalt⁴⁸ er det studier som viser at faglig isolasjon skremmer leger fra distriktene.

Dersom Yttersida-Lenvik-modellen blir en realitet uten at Tranøy er med, kan dette i seg selv gjøre det vanskelig for Tranøy å konkurrere om legearbeidskraften.

Erfaringene fra fastlegeforsøket, avtaleverket for fastlegeordningen samt den nye legevaktavtalen tilsier at små legekontorer også i forbindelse den daglige drift vil bli mer sårbare enn tidligere. Dette skyldes blant annet problemer med å skaffe vikar i forbindelse med fravær av ulik art, privatpraktiserende legers rett til redusert åpningstid⁴⁹ og legenes rett til fri etter vakt.⁵⁰ Vakt-distrikter med mindre enn 3 leger er heller ikke å anbefale (særavtalen).

Tranøy kommune vil som de øvrige kommuner kunne dra økonomisk nytte av stordriftens fordeler.

For Tranøy kommune vil det være hensiktsmessig å inngå samarbeid med andre kommuner selv om legedekningen i dag er stabil og god. Også Tranøy må planlegge for fremtidens legetjeneste.

12.3. Konsekvenser av modellene for Lenvik

Lenvik kommune har i dag god legedekning og stabilitet i stillingene.

⁴⁶ Forhandlingsprotokoll mellom Bø kommune og Legeforeningen 29.11.00.

⁴⁷ Olsen A G. Hvilke faktorer får leger til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Universitetet i Tromsø 1998.

⁴⁸ Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crossland L. Why doctors leave rural practice. Australian Journal Rural Health (1997) 5; 198-203.

⁴⁹ Kommuneavtalen mellom KS og Dnlf ASA 4310 pkt 13.1.

⁵⁰ Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 8. Legevakt i interkommunal vaksentral i tiden 2300-0800.

Kommunen har imidlertid også små legekontorer som vil være sårbare på samme måte som vi har beskrevet for Berg, Torsken og Tranøy kommuner. Det er sannsynlig at disse legekantorene vil ha behov for å komme inn i et større fellesskap når fastlegeordningen starter.

Fagmiljøet i Lenvik merker slitasje knyttet til den dårlige legedekningen på yttersida. Lenvik kommune kan ved å inngå samarbeid med Berg og Torsken bidra til å endre på dette. Et mulig fremtidig samarbeid er selvsagt avhengig av hvor langt kommunene på yttersida er villige til å strekke seg for å i møtekomme krav og ønsker fra Lenvik.

Også legekantor i Lenvik vil kunne dra økonomisk nytte av stordriftens fordeler.

Lenvik kommune inngår i Yttersida-Lenvik-modellen og i Senja-modellen. Begge disse modellene vil bidra til at små legekantorer i Lenvik får utvidelsesmuligheter, og til at belastningen i forbindelse med problemene på yttersida forsvinner. Også for Lenvik vil større faglige miljøer være å foretrekke.

13. Konklusjon

Det er avgjørende for fremtidens legetjeneste i Berg og Torsken at rekruttering og stabilitet styrkes gjennom oppbygging av et robust medisinsk fagmiljø. Geografiske og bosettingsmessige forhold gjør at et interkommunalt samarbeid om legetjenesten vil være nødvendig for å få dette til. En aktiv holdning fra den politiske og administrative ledelse i kommunene kan legge forholdene til rette for et slikt fagmiljø, slik at den lokale legetjenesten på yttersida kan styrkes.

Sannsynligvis er det ikke tilstrekkelig på lang sikt at Berg og Torsken samarbeider med hverandre som i Yttersida-modellen. Kommunene bør inngå i en større enhet. Kommunene anbefales derfor å organisere legetjenesten etter en variant av Yttersida-Lenvik-modellen, slik denne er beskrevet i avsnitt 10.4. Dette vil gi en kvalitativt bedre legetjeneste til betydelig lavere kostnader pr legeårsverk enn i dag.

Lenvik og Tranøy kommuner er også berørt av legemangelen på yttersida. På grunn av generelle utviklingstrekk samt forhold ved fastlegeordningen og legevaktorganisering, vil disse kommunene ha nytte av et større medisinsk fagmiljø, også ut fra egne behov.

Det er landets kommuner som har ansvar for å gi befolkningen en tilfredsstillende helsetjeneste. Dersom kommunene ikke ivaretar dette, kan departementet påby samarbeid mellom kommuner for å få dette til. For kommunene vil det være betydelig mer positivt å selv drive fram et samarbeid i regionen, enn å bli pålagt dette utenfra.

En interkommunal legetjeneste på Senja vil kunne bli en av de første i Norge. Dette kan i seg selv ha en positiv effekt på rekruttering av leger. Sosial- og helsedepartementet er opptatt av legerekruttering og stabilisering i små kommuner, og har vist interessert for tiltak som kan fremme dette. Det vil være rimelig å søke departementet om tilskudd dersom kommunene ønsker å opprette en interkommunal legetjeneste med et felles hovedlegekontor for flere kommuner.

14. Vedlegg

VEDLEGG 1

14.12.99

Psykiatrisk senter
Døgnavdelinga
9370 Gibostad

SØKNAD OM Plass I DØGNAVDELINGA.

På vegne av _ . søkes det om innleggelse ved døgnavdelinga ved Psykiatrisk senter. Etter min oppfatning haster det med å gi vedkommende et tilbud innen psykiatrien, og jeg ber derfor om at søknaden blir behandlet på førstkommende inntaksmøte hos dere.

Personlig har jeg møtt _____ kun to ganger. Første gang var på hjemmebesøk etter oppfordring fra dr. _____ Den gang var pasienten svært lite interessert i noen som helst form for hjelp og benektet at han var i dårlig form.

Han bekrefter at han har hatt tilbud om time ved poliklinikken på Silsand i august i år, men ikke har møtt opp der. Derimot har han vært ved legekantoret i - . Han sier at kommunelege dr. _____ lovet å henvise ham til døgnavdelinga på Gibostad, men at denne henvisningen foreløpig ikke er sendt.

[REDACTED]

[REDACTED]

_ ser nå ingen grunn til å stå opp om morgenen. Han føler at han har "skjemt seg ut" og ikke lenger kan møte bygdefolket. Var det vanskelig før,- er det helt umulig nå! Han holder seg isolert på rommet. Tidligere kunne han en sjelden gang ta seg en tur på butikken for å kjøpe øl, men etter er det helt utenkelig for ham å møte bygdefolket.

[REDACTED]

[REDACTED]

Han prater med en del ufullstendige setninger, men bestillinga til Psykiatrisk senter er ganske tydelig:

- * et lengre opphold ved døgnavdelinga så snart som mulig
- * hjelp til å mestre sine mer eller mindre konstante tanker om selvmord
- * hjelp til å bryte en isolert tilværelse
- * muligheter for å etablere seg på et nytt sted ?

Ved utskrivelse kan han tenke seg fast oppfølging ved poliklinikken på Silsand, avtale med hjemmesykepleien om medisindosering/-oppbevaring og et tilbud fra dagavdelinga på Gibostad.

Ved hjemmebesøk i dag sier han at han føler seg "uggen", kvalm og at det kribler i kroppen.

Jeg er klar over at Psykiatrisk senter i utgangspunktet ønsker henvisning fra lege. I kommune har vi siden i mai skiftet kommunelege i g jennomsnitt hver annen uke. Det sier seg selv at det ikke er enkelt å være pasient med kroniske psykiske plager under slike forhold. Jet tar meg derfor den frihet på vegne av helsevesenet i å søke plass for i perioden.

Nåværende kommunelegevikar dr. : [REDACTED] vil bli orientert om denne henvendelsen.

Med hilsen

oversykepleier

Kopi til _ legekantor

VEDLEGG 2

Norsk sykepleierforbund
Torsken HTV - område
9395 Kaldfames

11.12.00

Torsken Kommune
v/ Helse og sosialsjefen
9380 GRYLLEFIORD

Ang. sykepleierbemanningen ved Gryllefjord sykehjem.

Sykepleierforbundet i Torsken ser med bekymring på mangelen av sykepleiere ved Gryllefjord sykehjem og i hjemmesykepleien, avdeling nord.

I Pleie- og omsorgstjenesten, avd. nord skal det i følge bemanningsplanen være fire sykepleiere,- to oversykepleiere og to offentlig godkjente sykepleiere.

Oversykepleierstillingen ved Gryllefjord sykehjem har stått vakant siden juni i år. Oversykepleier for utetjenesten er sykemeldt for en lengre periode.

Hvordan er det da med det sykepleiefaglige ansvaret for sykehjemmet og hjemmetjenestene i avdeling nord? NSF, Torsken-HTV-område ønsker en orientering om situasjonen.

Hvem har det sykepleiefaglige ansvaret? Hvem tar ansvar for legetilsynet og oppfølging av eventuelle tiltak? Hvem observerer og setter i verk forebyggende tiltak når pasientene / brukerne har behov for det?

Hvilke tiltak vil administrasjonen iverksette for å rekruttere sykepleiere til Torsken kommune?

Ber om et snarlig svar på denne henvendelsen.

På vegne av

Ko~: : ~k~ >legen i Troms
~1 sF tromsø

VEDLEGG 3

Yttersida-modell med 3 leger + turnuslege

Forslag til ukeplan	Mandag		Tirsdag		Onsdag		Torsdag		Fredag	
	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj
Kommunelege I (felles)	H	H	K I	FM/V	K I	K I	K I	K I	K Sifjord	SH Sifjord
Berglege	K Mefjordvør	SH Mefjordvør	H	FM/H	K Mefjordvør	K Mefjordvør	H	H	H	H
Torskenlege	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	H	FM/H	K Sifjord	SH Sifjord	K Gryllefjord	K Gryllefjord	K Gryllefjord	SH Gryllefjord
Turnuslege	K Sifjord	K Sifjord	KO	FM/V	H	H	H	H	K Mefjordvør	SH Mefjordvør

K	Kurativt arbeid på lokalkontor	FM	Faglig møte
SH	Sykehjemstilsyn og / eller helsestasjon	V	Veiledning
H	Kurativt arbeid på hovedkontor	KO	Kollokvie
K I	Kommunelege I-arbeid		

Hovedkontor på Skaland (H), med lege alle dager.

Bare en lege i kurativt arbeid ved hovedkontoret til enhver tid, unntatt tirsdager (2 leger).

Kommunelege I – arbeid 2,5 dager pr uke til sammen for begge kommunene.

Behov for 3 fullt utstyrte legeplasser ved hovedkontoret.

3 legedager pr uke i Gryllefjord, Mefjordvør og Sifjord

VEDLEGG 4

Yttersida-modell med 4 leger + turnuslege

Forslag til ukeplan	Mandag		Tirsdag		Onsdag		Torsdag		Fredag	
	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj
Berglege 1	H	K I	SH Skaland	FM/V	K I	K I	H	H	SH Skaland	K I
Berglege 2	K Mefjordvør	SH Mefjordvør	H	FM/V	H	H	K Mefjordvør	SH Mefjordvør	H	H
Torskenlege 1	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	K I	FM/H	K I	K I	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	K Gryllefjord	K I
Torskenlege 2	K Sifjord	SH Sifjord	H	FM/H	K Sifjord	SH Sifjord	K Sifjord	SH Sifjord	H	H
Turnuslege	H	H	KO	FM/V	SH Skaland	H	H	H	K Mefjordvør	SH Mefjordvør

K	Kurativt arbeid på lokalkontor	FM	Faglig møte
SH	Sykehjemstilsyn og / eller helsestasjon	V	Veiledning
H	Kurativt arbeid på hovedkontor	KO	Kollokvie
K I	Kommunelege I-arbeid		

Hovedkontor på Skaland (H) med lege alle dager.

To leger i kurativt arbeid ved hovedkontoret til enhver tid, unntatt 2 halve dager pr uke (en lege).

Kommunelege I – arbeid 2 dager pr uke for hver av kommunene.

Behov for 3 fullt utstyrte legeplasser ved hovedkontoret.

3 legedager pr uke i Gryllefjord, Mefjordvør og Sifjord.

VEDLEGG 5

Senja-modell – nordlige del

Forslag til ukeplan	Mandag		Tirsdag		Onsdag		Torsdag		Fredag	
	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj
Lenviklege 1	H	H	H	FM/H	H	SH	H	H	H	SH
Lenviklege 2	H	H	SH	FM/V	H	H	H	SH	H	H
Berglege 1	K Skaland	SH Skaland	K I	FM/H	K Skaland	SH Skaland	K I	K I	K Skaland	K I
Berglege 2	K Mefjordvær	SH Mefjordvær	H	FM/H	K Mefjordvær	SH Mefjordvær	H	H	H	H
Turnuslege	H	H	H/KO	FM/V	H	H	KO	H	K Mefjordvær	SH Mefjordvær

K	Kurativt arbeid på lokalkontor	FM	Faglig møte
SH	Sykehjemstilsyn og / eller helsestasjon	V	Veiledning
H	Kurativt arbeid på hovedkontor	KO	Kollokvie
K I	Kommunelege I-arbeid		

Hovedkontor på Gibostad (H) med lege alle dager.
 2-3 leger i kurativt arbeid ved hovedkontoret til enhver tid.
 Kommunelege I – arbeid 2 dager pr uke for Berg kommune.
 Behov for 4 fullt utstyrte legeplasser ved hovedkontoret.
 3 legedager pr uke på Skaland og i Mefjordvær.

VEDLEGG 6

Senja-modell - sørlige del

Forslag til ukeplan	Mandag		Tirsdag		Onsdag		Torsdag		Fredag	
	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj	Før lunsj	Etter lunsj
Torskenlege 1	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	K I	FM/H	K I	H	K Gryllefjord	K Gryllefjord	K Gryllefjord	K I
Torskenlege 2	K Sifjord	SH Sifjord	H	FM/V	K Sifjord	K Sifjord	H	H	H	H
Tranøylege 1	H	H	K I	FM/H	H	SH Vangsvik	K I	K I	H	SH Vangsvik
Tranøylege 2	K St.eidet	K St.eidet	K St.eidet	FM/H	K St.eidet	K St.eidet	K St.eidet	SH St.eidet	K St.eidet	K St.eidet
Turnuslege	H	H	H	FM/V	K Gryllefjord	SH Gryllefjord	H	H	K Sifjord	SH Sifjord

K	Kurativt arbeid på lokalkontor	FM	Faglig møte
SH	Sykehjemstilsyn og / eller helsestasjon	V	Veiledning
H	Kurativt arbeid på hovedkontor	KO	Kollokvie
K I	Kommunelege I-arbeid		

Hovedkontor i Vangsvik (H) med lege alle dager.
 2 leger i kurativt arbeid ved hovedkontoret til enhver tid, unntatt 1,5 dag pr uke (en lege).
 Kommunelege I – arbeid 1,5 dager pr uke for Torsken kommune.
 Kommunelege I – arbeid 1,5 dager pr uke for Tranøy kommune.
 Behov for 4 fullt utstyrte legeplasser ved hovedkontoret.
 4 legedager pr uke i Gryllefjord og 3 legedager pr uke i Sifjord.
 Lege på Stonglandseidet alle ukedager.
 Tranøylege 2 privatpraktiserende, de øvrige kommunalt ansatt.