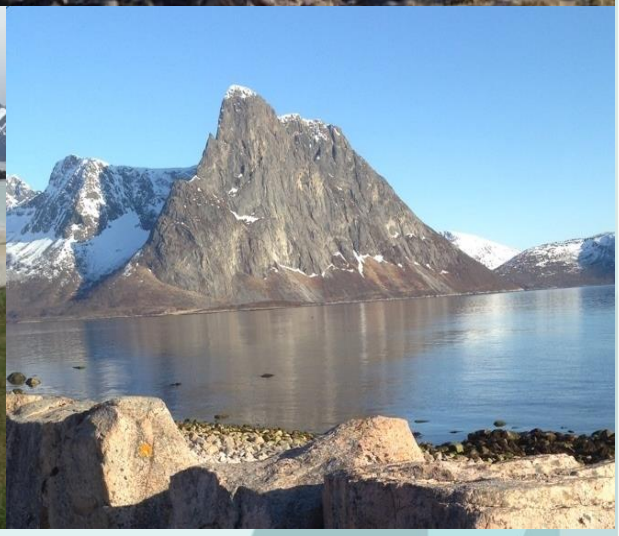
UiT
NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Senjalegen

En evaluering

2015

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Margrete Gaski og Birgit Abelsen



UNIVERSITETET I TROMSØ

Forord

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har på oppdrag fra Lenvik kommune evaluert Senjalegen. Denne rapporten dokumenterer resultatene fra evalueringen.

Vi vil takke Lenvik kommune for et utfordrende og spennende oppdrag. Vi takker Evy Nordby og ledelsen i Senjalegen for et godt samarbeid og for nyttige svar på våre spørsmål. Vi takker også de øvrige informantene for at de stilte opp og brukte av sin tid til å svare på spørsmål, og delte sine erfaringer og refleksjoner med oss. Forfatterne står imidlertid ansvarlig for de eventuelle feil og mangler som rapporten inneholder.

Setermoen, 29. oktober 2015

Margrete Gaski
Prosjektleder

Forsidefoto: Margrete Gaski

Innhold

Sammendrag 1
1 Innledning 5
1.1 Rapportens oppbygning 6
1.2 Kunnskapsmessig utgangspunkt 7
1.3 Problemstillinger for evalueringen 8
1.4 Metode og datagrunnlag 8
1.4.1 Dokumentstudie og prosess-sporing 9
1.4.2 Intervjuundersøkelsen 9
1.4.3 Analyse av intervjudata 9
1.4.4 Spørreundersøkelse om pasienttilfredshet 10
1.4.5 Samfunnsøkonomisk analyse 11
2 Beskrivelse av gammel og ny organisering av legetjenesten 12
2.1 Organisering av legetjenesten før Senjalegen 12
2.1.1 Hver kommune med egen legetjeneste på dagtid 12
2.1.2 Samarbeid om legevakt 12
2.1.3 Dårlig ivaretakelse av samfunnsmedisinske oppgaver 12
2.2 Utfordringene 12
2.2.1 Konsekvensene av vikarstafettene 13
2.3 Noe må gjøres 13
2.3.1 Fylkeslegens initiativ 13
2.3.2 Utvikling av legevaktsamarbeid 14
2.3.3 Via Torskenlegen til Senjalegen 14
2.3.4 Tidslinje 16
2.4 Senjalegen: organisasjon og insentiver 16
2.4.1 Legejobben på hovedkontor og utekontor 17
2.4.2 Kompensasjon for utekontor 17
2.4.3 Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud 17
2.4.4 Samfunnsmedisin 18
2.4.5 Finansieringen av Senjalegen 18
2.4.6 Legedager, innbyggertall og listelengde 18
2.4.7 Oppsummering 21
3 Hvordan har stabiliteten blant personellet i Senjalegen utviklet seg? 22
3.1 Fastlegene 22
3.2 Hjelpepersonellet 23
3.3 Oppsummering 23
4 Hvordan fungerer organiseringen? 24
4.1 Det interkommunale samarbeidet 24
4.2 To arbeidssteder - utekontor og hovedkontor 25

4.3 Samfunnsmedisin 28
4.4 Legevakt og lokale supplement 28
4.5 Offentlig legearbeid og samarbeid mellom de små kommunene og Senjalegen 29
4.6 IT, telefonsystem og lokaler 29
4.7 Kapasitet og bemanning 30
4.8 Oppsummering 33
5 Fagutvikling 35
6 Kvaliteten på legetjenesten 36
6.1 Vurderinger blant politikere og ansatte 36
6.2 Brukervurderinger 36
6.2.1 Erfaring med fastlegetjenesten 37
6.2.2 Erfaring med fastlegen 39
6.3 Oppsummering 41
7 Senjalegen i dag og i fremtiden 42
7.1 Framtidig legebehov i de små kommunene 42
7.2 Framtidsutsiktene for utekontororganiseringen 42
7.3 Oppsummering 44
8 Samfunnsøkonomisk analyse 45
8.1 Nullalternativet: Senjalegen i dag 45
8.2 Alternativ 1: En sentralisert legetjeneste 46
8.2.1 Husleiekostnader 46
8.2.2 Kostnader ved medisinsk-teknisk utstyr 47
8.2.3 Reduserte lønnskostnader 47
8.2.4 Reduserte kostnader for leiebil 48
8.2.5 Gevinst ved økt åpningstid 48
8.2.6 Transportkostnader 48
8.2.7 Tidskostnader 51
8.3 Alternativ 2: hver kommune med egen legetjeneste 53
8.4 Sammenstilling og diskusjon 53
8.4.1 Er Senjalegen (Nullalternativet) samfunnsøkonomisk lønnsom? 53
8.4.2 Sensitivitetsanalyse 54
8.4.3 Avslutning 56
9 Diskusjon 57
Referanser 59
Vedlegg 1: Tema for intervjuguider 61
Vedlegg 2: Spørreskjema i pasientundersøkelse 62
Vedlegg 3 Tabeller om befolkningsframskriving og konsultasjoner 64

Sammendrag

Denne studien er en evaluering av Senjalegen som forklarer etableringen og utviklingen av modellen, peker på resultatene av Senjalegen og svarer på spørsmålet om hvorvidt Senjalegen er en samfunnsøkonomisk lønnsom modell.

Begrepet Senjalegen brukes offisielt om hele legetjenesten i de fire kommunene Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy. Den delen av Senjalegen som her er evaluert, er imidlertid den delen som er opprettet for å betjene Torsken, Berg og Tranøy. Denne delen er materialisert med et hovedkontor på Silsand i Lenvik kommune og fire utekontor i Gryllefjord og Sifjord (Torsken kommune), på Skaland (Berg kommune) og på Stonglandseidet (Tranøy kommune).

Evaluering basert på ulike datakilder

Evalueringen bygger på data som er samlet inn gjennom fire studier; en dokumentstudie, en intervjuundersøkelse blant sentrale interessenter, en spørreundersøkelse blant pasienter ved Senjalegen og en samfunnsøkonomisk kostnadsanalyse.

Før Senjalegen

Før etableringen av Senjalegen, var det store utfordringer med å bemanne legetjenesten spesielt i Torsken og Berg, men også etter hvert i Tranøy. De tre små kommunene organiserte hver for seg sin egen allmennlegetjeneste på dagtid og samarbeidet på ulikt vis om legevakt. De samfunnsmedisinske oppgavene ble dårlig ivaretatt. I mangel av faste leger, ble vikarstafetter løsningen. De var kostbare og hadde uheldige konsekvenser både for pasienter og hjelpepersonell.

Dagens Senjalegen

Senjalegen ble etablert i 2009 for å bedre ivareta allmennlegetjenester, offentlig legearbeid og samfunnsmedisinsk arbeid i Torsken, Berg og Tranøy. Lenvik er vertskommune for Senjalegen og ordningen er regulert etter vertskommunemodellen. Tjenesten omfatter i dag fem fastleger (4,6 årsverk) og to turnusleger med en kapasitet på 3 150 listeinnbyggere i 2014. Listeinnbyggerne er i all hovedsak bosatt i en av de tre småkommunene eller i Lenvik.

Legene er hoveddelen av arbeidstiden på hovedkontoret på Silsand. De er i tillegg på ett av fire utekontor en eller to dager i uka. Pasienter kan konsultere lege enten på hovedkontoret på Silsand eller på utekontor.

Legene kompenseres med lønnstillegg for å dekke ulempen ved utekontor. Transportkostnadene deres dekkes og reisetiden til og fra utekontor er inkludert i arbeidstiden. Fastlegene ivaretar i tillegg offentlige legeoppgaver i utekommunen (helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjemstjeneste og møter med NAV). Senjalegen kjøper samfunnsmedisinske tjenester fra Lenvik kommune.

I 2014 gikk 39 prosent av de samlede arbeidsdagene til fastlegene og turnuskandidatene med til tilstedeværelse på utekontor. Siden en del av legenes tid går med til transport til og fra utekontor, var det bare 31 prosent av arbeidsdagene som ble brukt til aktivt legearbeid ved utekontorene. Nær en tredel av legenes tid på utekontorene, går med til å dekke offentlige oppgaver.

Ukentlig foregår rundt en av tre legekonsultasjoner i Senjalegen (85 av 263) med lege på utekontor. Det er rundt 60 ukentlige konsultasjoner på utekontor hvor pasienten ikke møter lege, men hjelpepersonell. Tre av fire utekontor betjenes av lokalt ansatt hjelpepersonell.

Økt legestabilitet etterhvert

Til sammen har det i fem legestillinger vært ansatt 27 ulike leger i løpet av de første seks årene med drift av Senjalegen; 12 i fast stilling og 15 vikarer. Det er stor variasjon mellom utekontorene i legestabilitet. Sett fra arbeidsgivers ståsted, var de første 2,5 år preget av ustabilitet mens de siste 3,5 år var preget av fast ansatte leger i fire av fem stillinger. Sett fra pasientens ståsted, var legestabiliteten noe lavere. Til sammen ble pasientene møtt av en lege i fast stilling 70 prosent av tiden, hvis man ser alle utekontorene under ett. Det har vært høy stabilitet blant hjelpepersonellet på de fire utekontorene siden oppstarten.

Enklere for småkommunene å kjøpe legetjenesten - men modellen har sine sider

Småkommunene oppfatter det som enklere å kjøpe legetjenester fra en vertskommune sammenliknet med å organisere den selv. De ser det positive i at legetjenesten nå administreres av andre. Ulempene med vertskommunesamarbeidet er knyttet til at vertskommunen «har bukta og begge endene». Det er flere sider ved dette. De små kommunene har gitt fra seg styringsretten. Dette innebærer lengre avstand fra politikerne lokalt i de små kommunene som skal bevilge penger, til de som er ansvarlige for driften av legetjenesten. De økte kostnadene ses også som en ulempe ved vertskommunemodellen. En annen ulempe ved vertskommunemodellen er at den oppfattes som mindre forutsigbar, og som mer byråkratisk og krevende for vertskommunen.

Mindre legetid med utekontor

Av de dagene legene og turnuslegene samlet sett jobber i løpet av en uke, går 39 prosent med til å betjene de fire utekontorene. Siden en del av arbeidstiden går med til reising, er det bare 31 prosent av de samlede arbeidstimene som brukes til aktivt legearbeid ved utekontorene. Av legenes arbeidsdagene på utekontor, går 27 prosent med til å utføre offentlige oppgaver (3,5 av 13 dager). Dermed er det 9,5 arbeidsdager igjen per uke til pasientkonsultasjoner ved de fire utekontorene.

Lang ventetid ved utekontor

Ventetiden for legetime er lengre på utekontorene enn den er på Silsandkontoret. Mange pasienter i små kommunene ønsker primært å konsultere lege på utekontoret. I følge hjelpepersonell som er intervjuet, medfører dette blant annet at ø-hjelpstimene ofte går til innbyggere som egentlig ikke har legen på utekontoret som sin fastlege.

Det er lansert ulike forklaringer på hva som påvirker ventetiden, i tillegg til listelengde. Når det gjelder listelengde, så er det ulike oppfatninger blant informantene av om listelengden til Senjalegene er kort nok. Det er en plan om at enkelte leger skal redusere sin liste, og at det skal skje ved naturlig avgang. En annen forklaring på ventetiden kan være alderssammensetningen med mange eldre i befolkningen og dermed økt sykelighet. En tredje forklaring på ventetiden, er hvilken kompetanse og ressurser som finnes på utekontoret i tillegg til fastlegen. Dette gjelder på den ene siden fordelingen av turnusleger. På den andre siden gjelder dette hjelpepersonellets kompetanse og kontortid. Andre faktorer som kan tenkes å påvirke ventelistene, er bruken av vikarer og legenes arbeidstempo.

Skjevfordeling av legeressurser?

Tranøy har kommet dårligst ut når det gjelder antallet legedager per innbygger. Hvis en imidlertid legger til grunn befolkningen som sokner til de enkelte utekontor, og at en stor del av Tranøys innbyggere bor i den nordlige delen av kommunen hvor nærmeste legekontor er Silsand, er ikke tilbudet i Tranøy dårligere enn i de to andre småkommunene.

Godt lagt til rette for spesialisering

Fastlegene oppfatter at det tilrettelegges godt for deres spesialisering i allmennmedisin. Hjelpepersonell mener imidlertid at de deltar mindre på kurs etter at de ble en del av Senjalegen, sammenlignet med da småkommunene hadde hver sin legetjeneste.

God kvalitet

Kvaliteten på Senjalegen vurderes å være god både blant politikere, ansatte og brukere. Sammenlignet med en landsomfattende undersøkelse, var respondentene på Senja signifikant mer fornøyd med muligheten for å legge fram sin sak uforstyrret for legesekretæren på forkontoret/venterommet og å fremføre en klage til eller på fastlegen. På alle de øvrige elementene som ble vurdert, var vurderingen av legetjenesten på Senja på nivå med vurderingene på landsbasis.

Framtidsutsikter

Det eksisterer mange ulike oppfatninger av hvordan legetjenesten på Senja bør se ut i fremtiden. Egen legetjeneste i hver småkommune ble av informantene i liten grad sett som et realistisk alternativ, men var likevel det mange sammenlignet med når de mindre positive sidene ved dagens Senjalege ble diskutert. Det er beregnet at behovet for legekonsultasjoner vil falle med henholdsvis 4,7 og 2,5 prosent i Tranøy og Torsken i løpet av den neste tiårsperioden, mens det vil øke med 2,5 prosent i Berg. Kommunesammenslåing for de tre småkommunene med Lenvik og eventuelt andre kommuner ble sett på som sannsynlig av mange, og man fryktet at dette vil føre med seg et redusert tilbud ved utekontorene, enten ved at flere eller alle pasientene må reise til Silsand for konsultasjon.

Samfunnet sparer med Senjalegen

Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å opprettholde utekontororganiseringen som i dag. Våre beregninger tyder på at samfunnet årlig sparer 8,3 mill. kroner i transport- og tidskostnader for pasienter og ledsagere – sammenlignet med å sentralisere alle konsultasjoner til legekontoret på Silsand. Samtidig fører dagens organisering med utekontor med seg kostnader knyttet til husleie, lønn, transport av personell og åpningstid. Til sammen beløper dette seg til 1,5 mill. kroner i året. I tillegg til kostnadene som er tallfestet, kommer ikke-tallfestede kostnader, som i hovedsak består av medisinsk-teknisk utstyr.

De store gevinstene ved dagens organisering av Senjalegen med utekontor, ligger hos arbeidsgivere i småkommunene som ville fått et årlig produksjonstap beregnet til 3,5 millioner kroner per år hvis utekontorene sentraliseres. Pasienter og ledsagere vil tape fritid til en årlig verdi beregnet til 2,4 millioner kroner. Videre spares offentlige budsjetter (HELFO) for et betydelig beløp per år i transportkostnader. De største kostnadene ved dagens organisering av Senjalegen bæres naturlig nok av småkommunene.

En sensitivitetsanalyse viser at den årlige gevinsten ved å legge ned utekontor og sentralisere legetjenesten vil kunne øke til 1,95 millioner kroner. Hvis vi antar bare lave estimat på transport- og tidskostnader, vil disse kunne reduseres til 6,58 millioner kroner. Det vil si at selv med de mest konservative forutsetningene, er dagens Senjalege fortsatt samfunnsøkonomisk lønnsom.

Et godt resultat?

Resultatene er gode både med hensyn til stillingsstabilitet, kompetanse og kvalitet. Denne typen organisering av legetjenesten er dyr for småkommunene, men lønnsom for samfunnet. Det er vanskelig å peke på noe godt alternativ til dagens Senjalege som ville utnyttet ressursene bedre.

1 Innledning

Senjalegen er en interkommunal legetjeneste. Den er en modell hvor legetjenesten i tre små kommuner (Torsken, Berg og Tranøy) organisatorisk er knyttet sammen med legetjenesten i en større kommune (Lenvik). Alle de fire kommunene har hatt rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i legetjenesten, men problemene har vært størst og mest uttalt i de minste kommunene (Kehlet 2009).

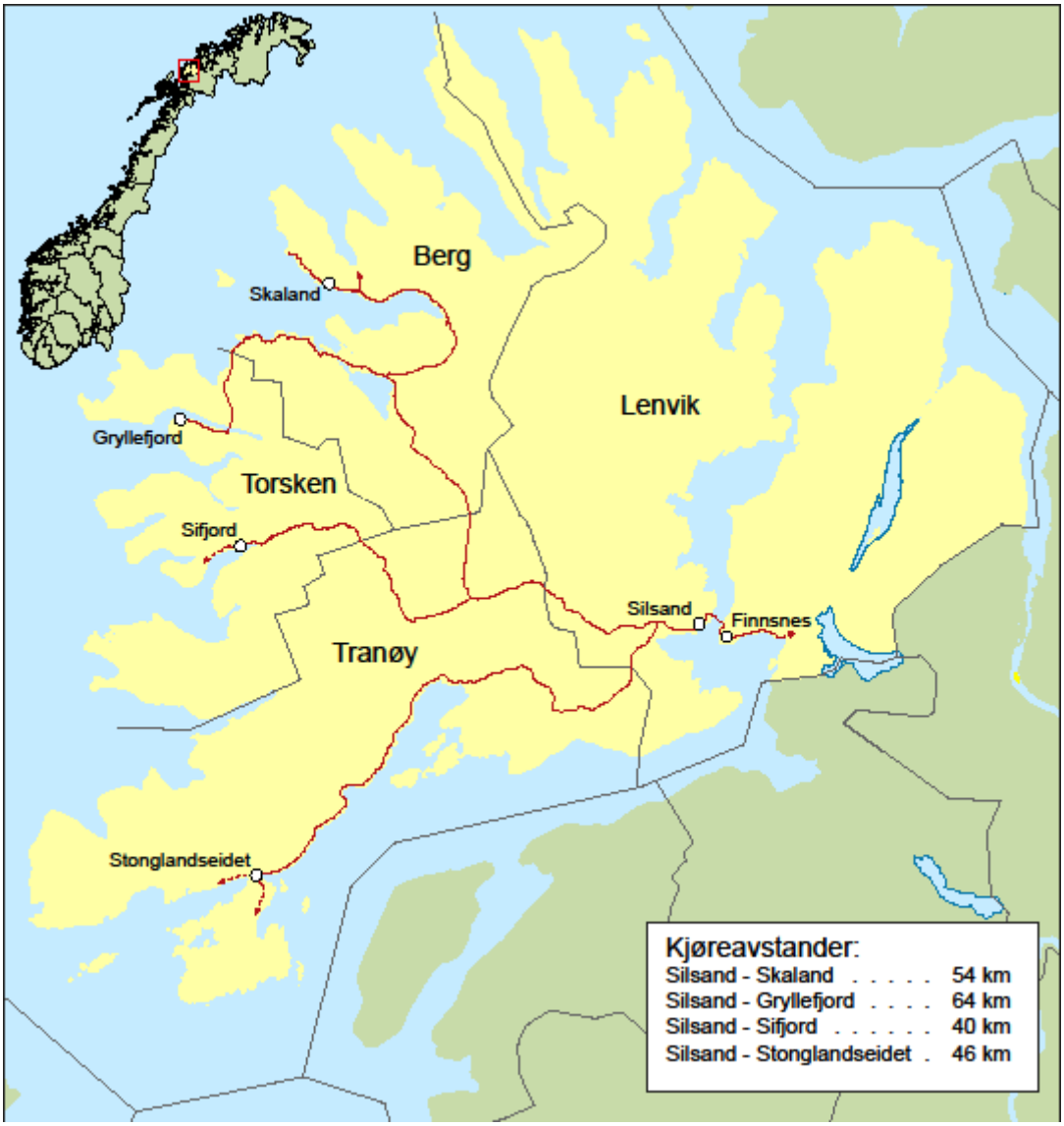
Samarbeidsmodellen kombinerer en ny måte å organisere legetjenesten, med økonomiske insentiver rettet mot legene for å stimulere rekruttering og stabilitet. Samarbeidet omfatter fastlegeordning, allmennmedisinske offentlige legeoppgaver og samfunnsmedisinske oppgaver.

Interkommunale samarbeid om legetjenesten er relativt uvanlig i Norge, i motsetning til interkommunale samarbeid om legevakt som er langt mer vanlig. Senjalegen er i dag det mest omfattende interkommunale legetjenestesamarbeid i landet i den forstand at det omfatter hele fire kommuner.

Figur 1 (neste side) viser det geografiske området hvor befolkningen som Senjalegen betjener, bor. Per 1.1 2015 hadde vertskommunen Lenvik 11 535 innbyggere. Det er to timers reisetid fra Lenvik til nærmeste sykehus. Lenvik har lokalmedisinsk senter. Per 1.1 2015 hadde Tranøy kommune 1 544 innbyggere, Torsken hadde 844 og Berg hadde 905 innbyggere, til sammen 3 293 innbyggere. Torsken, Berg og Tranøy er alle geografisk todelte kommuner med hensyn til bosetting. Tranøys befolkning er i nord konsentrert til Vangsvik, Sollia og Vesterfjell (897 innbyggere), og i sør til området rundt Stonglandseidet (647 innbyggere). Torskens befolkning er i nord konsentrert til Gryllefjord og Torsken (543 innbyggere), og i sør til Sifjord, Medby og Flakstadvåg (341 innbyggere). Rundt 1980 kom det veiforbindelse til Sifjord gjennom Kaperdalen som knyttet sammen nord og sør i Torsken kommune. Berg kommune var også uten veiforbindelse mellom befolkningskonsentrasjonen i Senjahopen og Mefjordvær i nord, og Skaland og Hamn i sør, inntil det kom tunnel i 2004.

Begrepet Senjalegen brukes offisielt om hele legetjenesten i de fire kommunene Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy. Per juni 2015 omfattet denne legetjenesten 23 leger (herunder 17 fastleger og 4 turnusleger). Den delen av Senjalegen som evalueres her, er imidlertid den delen som er opprette for å betjene Torsken, Berg og Tranøy. Denne delen er materialisert i et hovedkontor på Silsand i Lenvik kommune med 5 fastleger og 2 turnusleger. Disse legene betjener fire utekontor i tillegg til hovedkontoret. Utekontorene ligger i Gryllefjord og Sifjord (Torsken), på Skaland (Berg) og på Stonglandseidet (Tranøy). De fire utekontorene ligger inntil 7 mil unna hovedkontoret. Reisetiden med bil til Silsand er fra de fleste steder mindre enn en time uansett hvor man befinner seg på Senja.

Denne studien er en evaluering av Senjalegen som forklarer etableringen og utviklingen av modellen, peker på resultatene av Senjalegen, og belyser spørsmålet om Senjalegen er en samfunnsøkonomisk lønnsom modell.



Figur 1: kart over Senja

1.1 Rapportens oppbygning

I rapporten brukes begrepet *deltakerkommune* om de fire kommunene i samarbeidet, hvor Lenvik er *vertskommune*, og Tranøy, Torsken og Berg omtales som *de små kommunene*[1]. Videre i kapittel 1 presenterer vi det teoretiske utgangspunktet, problemstillinger, valg av forskningsmetode og datagrunnlaget for evalueringen. I kapittel to beskrives rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene slik de framsto i de tre små kommunene før etableringen av Senjalegen. Videre forklares etablering og utvikling av Senjalegen som organisasjonsmodell. I kapittel tre til sju beskrives resultatene av Senjalegen; hvordan stabiliteten blant leger og hjelpepersonell har utviklet seg, hvordan organiseringen har fungert, hvordan Senjalegen oppfattes av sentrale interessenter, hvordan de ansatte oppfatter mulighetene for fagutvikling, og hvordan kvaliteten på legetjenesten oppfattes av sentrale interessenter. I kapittel åtte beskrives samfunnsøkonomien i Senjalegen. Kapittel ni diskuterer resultatene av evalueringen.

[1] Etter kommuneloven er de definert som samarbeidskommuner.

1.2 Kunnskapsmessig utgangspunkt

Rekruttering og stabilisering av leger er en utfordring som de fleste distrikter har felles, ikke bare i Norge men også i andre land. Ono et al. (2014) viser eksempelvis at leger er fordelt ulikt mellom ulike regioner i nesten alle OECD-land. Situasjonen gjør det utfordrende å sikre lik tilgang til helsetjenester overalt.

Det er påvist positiv sammenheng mellom kontinuitet i lege-pasientforholdet og helseutkomme for pasienter (Cabana & Jee 2004). Spesielt er slik kontinuitet positiv for folk med kroniske sykdommer. Selv om man antar at ustabilitet i legetjenesten som fører til vikarbruk påvirker folks helse negativt, så finnes det imidlertid ikke vitenskapelige studier som dokumenterer dette (Holte, 2015).

Grobler et al. (2015) har beskrevet fire strategier for å påvirke helsepersonell til å arbeide i distrikter med mangel på personell; utdanningsstrategier, finansielle insentiver, reguleringer og personlig eller profesjonell støtte.

Utdanningsstrategier
Mange studier har vist at utdanningsstrategier (for eksempel fortrinnsrett for folk fra distrikt ved opptak til legeutdanning, eksponering for distrikt gjennom praksis i løpet av studiet, og legeutdanning delvis lokalisert i distrikt) kan forbedre rekrutteringen av leger til distrikt.

Reguleringer
Regulering av antall leger, fordelingen av dem til henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten samt tiltak for å påvirke den geografiske spredningen, er alle tiltak som har vært prøvd i Norge (se Skoglund 2013).

Finansielle insentiver
Ulike økonomiske insentiver (for eksempel høyere inntekt) er tatt i bruk. Studier om bruken av økonomiske insentiver tyder på at de har ført mange leger til distriktene. De har med andre ord en rekrutterende effekt. Det er imidlertid vanskelig å peke på insentiver som har noen dokumentert stabiliserende effekt (Grobler et al. 2015, Lehman et al. 2008, Wilson et al. 2009). Studier fra USA viser at det er større sannsynlighet for at de som har mottatt økonomiske insentiver i det lange løp er å finne i legejobber i distrikt. Men det er mindre sannsynlig at de over tid er å finne i den jobben hvor insentivet i utgangspunktet ble gitt (Bärnighausen & Bloom 2009).

Personlig eller profesjonell støtte
Også ikke-økonomiske insentiver (økt faglig støtte og utviklingsmuligheter), er tatt i bruk for å øke legers motivasjon for å ta seg jobb utenfor de store byene - og bli der. WHO publiserte i 2010 den mest omfattende rapporten på området, et arbeid som inkluderte eksperter fra hele verden. I den fikk andre tiltak enn økonomiske mest oppmerksomhet (WHO 2010). Men til tross for tilgjengelig kunnskap på området, vedvarer den skjeve legeforsyningen (Ono et al. 2014).

Selv om økonomiske og ikke-økonomisk insentiver er mye brukt til å påvirke leger til å velge praksis i distrikt, finnes det ikke, verken fra Norge eller andre land, randomiserte studier som klarer å vise at slike insentiver har effekt (Grobler et al. 2015, McPake et al. 2014, Buykx et al. 2010). Resultater fra observasjonsstudier tyder imidlertid på at både økonomiske insentiver og ikke-økonomisk insentiver sannsynligvis har en positiv effekt på rekruttering og stabilisering.

Buykx et al. (2010) hevder at det ikke finnes grunnlag for å påstå at ett bestemt tiltak har stabiliseringseffekt, men at det finnes støtte i forskningslitteraturen for at kombinasjon av ulike tiltak kan gi økt stabilitet. De peker også på at stabiliseringsarbeid ikke bør søke å hindre at leger flytter på seg, men konsentreres om å unngå unødvendig turnover.

Litteraturen er dominert av studier som involverer studenter og unge arbeidstakere. Disse gruppene har en tendens til å være svært mobile. De kan bruke mobiliteten til å fremme sine karrierer både ved å flytte til nye steder og ved å søke nye karrierer. Eldre arbeidstakere kan ha større begrensninger når det gjelder muligheten til å endre arbeidssted (Münderlein et al. 2013). I litteratur om stabilitet, finner vi uklare skiller mellom legers stabilitet på en bestemt arbeidsplass og legers stabilitet i distriktspraksis generelt (Carson et al. 2015).

Et av delprosjektene i evalueringen av fastlegeordningen handlet om utfordringer med lav stillingsstabilitet i kommuner i Nord-Trøndelag og Finnmark (Abelsen og Karlsen Bæck 2005). Analysen avdekket at organisatoriske forhold, samarbeidsklima mellom lege og kommune samt insentivordninger (økonomiske og andre) er viktige forklaringsfaktorer når en søker å forstå årsakene til variasjoner i stillingsstabilitet. Analysen viste også at lav stillingsstabilitet er en belastning for brukerne av fastlegeordningen.

Hovedmålet med Senjalegen er å skape et stabilt legetjenestetilbud til befolkningen på Senja. Senjalegen er et tiltak som kombinerer en ny type organisering av allmennlegetjenesten (ikke-økonomisk) med økonomiske insentiver. Det er som vi har vært inne på, generelt en stor mangel på grundige, vitenskapelige undersøkelser som kan dokumentere den faktiske effekten av slike tiltak (Grobler et al. 2015). Det er dermed et positivt kunnskapsbidrag i seg selv at Senjalegen nå evalueres.

1.3 Problemstillinger for evalueringen

Evalueringen belyser følgende spørsmål:

- Hvordan kan etableringen og utviklingen av Senjalegen forklares?
- Hva er resultatet av Senjalegen?
  - Hvordan har stabiliteten blant leger og hjelpepersonell i de fire kommunene utviklet seg?
  - Hvordan fungerer organiseringen?
  - Hvordan oppfattes Senjalegen i dag og hva er informantenes syn på framtidsutsiktene for modellen?
  - Hvordan oppfattes muligheten for fagutvikling blant legene og utviklingen i kompetanse blant annet helsepersonell?
  - Hvordan oppfattes kvaliteten på legetjenesten i de tre utekommunene?
- Er Senjalegen samfunnsøkonomisk lønnsom?
  - Hvor store samfunnsøkonomiske kostnader er knyttet til Senjalegen? Hvem bærer kostnadene? Hvor store samfunnsøkonomiske gevinster og nyttevirkninger er knyttet til Senjalegen? Hvordan fordeles nytte og gevinster?

1.4 Metode og datagrunnlag

Forskernes forståelse vil alltid ha utgangspunkt i verdier, meninger og oppfatninger som de allerede er fortrolig med. Som forskere ansatt ved NSDM (fra vinteren 2013/2014), vil det kunne stilles spørsmål ved vår habilitet i evalueringen av Senjalegen. Dette fordi to tidligere ansatte ved NSDM (Karsten Kehlet ansatt i bistilling frem til januar 2015, og Svein Steinert ansatt frem til høsten 2013) har bidratt aktivt i planlegging, etablering og utvikling av Senjalegen. Dette kan ha gitt oss en forforståelse som teoretisk sett kan representere en feilkilde, som sperrer for tilgangen til andre aktørers meningsforståelser.

For å motvirke en slik mulig «feilkilde», har vi lagt vekt på å bruke ulike datainnsamlingsmetoder. Datamaterialet som evalueringen bygger på, er samlet inn gjennom fire studier; en dokumentstudie, en intervjuundersøkelse blant sentrale interessenter, en

spørreundersøkelse blant pasienter og en samfunnsøkonomisk kostnadsanalyse. Vi har også vi lagt vekt på å gjennomføre grundige intervjuer med mange informanter som har ulike ståsteder; både ansatte, administrative ledere og politiske ledere fra småkommunene og fra vertskommunen Lenvik.

Evalueringen er meldt til NSD Personvernombudet og godkjent som prosjekt 43369.

1.4.1 Dokumentstudie og prosess-sporing

Det er gjennomført en enkel form for prosess-sporing (George & Bennett 2005), Hvert steg i prosessen frem til etablering av Senjalegen, samt videre endringer og justeringer etter etableringen, er beskrevet med utgangspunkt i dokumentstudien. Dokumentene omfatter referater fra møter i styringsgruppen (senere også kalt driftsmøter) for Senjalegen fra februar 2009 og til i dag, ulike rapporter, vedtak i kommunestyrene i de fire kommunene og presentasjoner. På basis av dokumentene er det laget en tidslinje som viser rekkefølgen av viktige hendelser, hvor tidspunkter for beslutninger og utforming av sentrale dokumenter er merket av. Funn i dokumentstudien er senere supplert med opplysninger fra kvalitative intervjuer.

1.4.2 Intervjuundersøkelsen

Det er gjennomført en intervjuundersøkelse, basert på intervjuguider som ble send ut på forhånd (se vedlegg: Temaoversikt for intervju). Sentrale politikere og rådmenn i de fire samarbeidende kommunene var informanter, samt hjelpepersonell og fastleger som har utekontor, og sentrale personer i etableringen og driften av Senjalegen. Tabell 1 viser hvilke intervjuer som ble gjennomført i mai 2015.

I alt 22 informanter ble forespurt om intervju. En informant ønsket ikke å bli intervjuet, og ble erstattet av en annen med samme funksjon. Intervjuene varte fra 25 minutter til 2 timer og 5 minutter. To av intervjuene ble gjennomført som telefonintervju, de øvrige 19 ble gjennomført ansikt til ansikt. 14 av intervjuene ble gjennomført av to forskere i lag, hvor den ene intervjuet og den andre noterte og kom med oppfølgingsspørsmål som sikret at alle felt ble belyst. De øvrige sju ble gjennomført av en forsker.

Tabell 1: Oversikt over informanter i intervjuundersøkelsen

Informanter	Antall	Kommentar
Sentrale politikere	4	De tre små kommunene er representert
Rådmenn	3	Vertskommunen og to små kommuner representert
Hjelpepersonell	5	Alle utekontor representert
Fastleger/turnuslege	7	Alle utekontor representert
Samarbeidspartnere	1	NAV i en småkommune
Fagleder	1	
SUM	**21**	

1.4.3 Analyse av intervjudata

Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene så nær som ett. Intervjunotatene ble senere gjennomgått samtidig som de mest aktuelle delene av intervjuene inkludert aktuelle sitater ble transkribert med utgangspunkt i lydopptakene. Formålet var strukturering og klargjøring av intervjumaterialet for analyse (Kvale, 2001:122-3). Intervjumaterialet ble analysert med tanke på å finne svar på de to første hovedspørsmålene for evalueringen med tilhørende underspørsmål (se kap. 1.3). Analysen er først formulert av den ene forskeren, og senere kritisk gjennomgått av den andre forskeren, som også deltok i intervjuene og har lest intervjumaterialet. På denne måten mener vi å ha oppnådd en viss kontroll av vilkårlighet eller partisk subjektivitet (Kvale, 2001).

1.4.4 Spørreundersøkelse om pasienttilfredshet

Pasienttilfredsheten er undersøkt gjennom en spørreundersøkelse på de fire utekontorene og på hovedkontoret på Silsand. Undersøkelsen foregikk over tre uker i august-september 2015. Spørsmålene er hentet fra en landsomfattende spørreundersøkelse (Difi 2015), noe som gjør det mulig å sammenligne Senjalegen med legetjenester ellers i landet.

Innbyggerundersøkelsen gjennomføres annethvert år og er en av de største brukerundersøkelsene av offentlig forvaltning i Norge. Datamaterialet fra Difi omfatter svar fra 4 423 respondenter. Dette er personer som er over 18 år, og som har oppsøkt fastlege i løpet av de siste 12 måneder. Difis spørreskjema ble sendt i posten, men det kunne også besvares på internett. Det er ikke oppgitt noen spesifikk svarprosent for den landsomfattende brukerundersøkelsen om fastleger, men det er oppgitt at brukerundersøkelsene samlet sett hadde en svarprosent som varierte mellom 40 og 60 prosent (Difi 2015).

Til undersøkelsen av Senjalegen valgte vi ut noen relevante spørsmål fra Difis brukerundersøkelse om fastleger som handler om erfaringer med fastlegetjenesten og fastlegen (se spørreskjema i vedlegg). Datainnsamlingen ble rettet mot personer som var 18 år eller eldre, og som var til konsultasjon hos fastlege i løpet av en periode på tre uker i august – september 2015. Målgruppen fikk utdelt spørreskjema av fastlegen eller hjelpepersonell når de var til konsultasjon på hovedkontoret på Silsand eller på ett av de fire utekontorene, og fylte det ut der. Det ble opplyst om at det var frivillig å delta i undersøkelsen, at alle svar ble behandlet konfidensielt og det ikke ville være mulig å spore svar tilbake til enkeltpersoner. Det ble samlet inn svar fra 99 respondenter. Det ble ikke samlet inn data som kan si noe om svarprosenten i undersøkelsen.

Tabell 2 viser kjennetegn ved respondentene som svarte på undersøkelsen om Senjalegen. Vi vet at 92 prosent av befolkningen i de tre småkommunene har fastlege i Senjalegen (se Tabell 6). Basert på dette, kan det se ut til at datamaterialet er noe skjevt med en overrepresentasjon fra kommunene Torsken og Lenvik. Vi kjenner ikke kjønnsfordelingen i populasjonen med fastlege i Senjalegen. Dette gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad datamaterialet fra spørreundersøkelsen har en representativt kjønnsbalanse.

Tabell 2: Kjennetegn ved respondentene som svarte på undersøkelsen om Senjalegen

	Antall svar	Prosent
Bostedskommune		
Tranøy	35	35,4
Torsken	21	21,2
Berg	11	11,1
Lenvik	19	19,2
Ikke oppgitt	13	13,1
Totalt	**99**	**100,0**
Kjønn		
Mann	36	36,4
Kvinne	55	55,6
Ikke oppgitt	8	8,1
Totalt	**99**	**100,0**

I datasettet fra den landsomfattende undersøkelsen er ikke kjønn inkludert. Tabell 3 viser aldersfordelingen blant de som svarte på undersøkelsen om Senjalegene og de som svarte i den landsomfattende undersøkelsen. Det er små forskjeller i aldersfordelingen, noe som gir grunnlag for at datamaterialene kan sammenliknes.

Tabell 3: Aldersfordelingen blant respondenter i undersøkelsen av Senjalegen og den landsomfattende undersøkelsen

Aldersgruppe	Senjalegen		Hele landet	
	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent
18-24 år	5	5,4	279	6,5
25-34 år	10	10,8	457	11,0
35-49 år	12	12,9	676	15,6
50-66 år	31	33,3	1 299	30,0
67 år og eldre	35	37,6	1 595	36,9
Totalt	**93**	**100,0**	**4 324**	**100,0**

I analysen har vi sammenliknet gjennomsnittsverdier med T-test hvor vi antar at variansen i de to gruppene er ulik. Dette fordi det er stor ulikhet i antall observasjoner i de to gruppene, og det dermed er grunn til å anta at det er lavere variasjon i den største gruppen sammenliknet med den minste.

1.4.5 Samfunnsøkonomisk analyse

Det er gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse i form av en kostnadsminimeringsanalyse som sammenligner to alternative organiseringer av Senjalegen. I en kostnadsminimeringsanalyse anses det billigste alternativet som det beste. Analysen bygger på en forutsetning om at helseutfallet for pasientene er det samme med de to alternativene (Drummond et al. 1997). Forutsetningen er imidlertid en forenkling som kan diskuteres. Denne typen samfunnsøkonomisk analyse benyttes i tilfeller hvor det ikke foreligger effektdata, det vil si data om helseutfallet til pasientene ved ulike former for organisering av helsetjenesten (slike data finnes ikke i dette tilfellet).

En viktig del av den samfunnsøkonomiske analysen har vært å gjøre avgrensninger av hva som skal inngå i analysen. Dette gjelder både med hensyn til hva som er det relevante sammenligningsgrunnlaget og hvilke kostnader det er rimelig å inkludere. Ambisjonen har ikke vært å tallfeste alle kostnader, men å beskrive disse.

Ved beregning av kostnader har vi tatt utgangspunkt i driften av Senjalegen i 2014, det vil si siste hele regnskapsår. Kostnadene er beregnet med utgangspunkt i 2015-priser. I noen tilfeller foreligger det ikke data, og da er beregningene basert på estimeringer. Dette er nærmere beskrevet i analysen.

Det gjøres en sensitivitetsanalyse hvor usikkerhetsfaktorene som inngår i beregningene belyser variasjonsbredden for de usikre kostnadselementene. Den største usikkerheten i beregningene gjelder reise- og tidskostnadene for pasienter og ledsagere.

Denne samfunnsøkonomiske analysen er ikke rettet inn mot at det skal gjøres en beslutning eller velges alternativ organisering i etterkant av analysen. Formålet med den er å belyse samfunnsøkonomiske aspekter ved dagens organisering av Senjalegen.

2 Beskrivelse av gammel og ny organisering av legetjenesten

Først i kapitlet beskrives legetjenesten slik den var i de små kommunene før Senjalegen, videre beskrives datidens utfordringer, utvikling av samarbeidet om Senjalegen, og til slutt organiseringen slik den er i dag.

2.1 Organisering av legetjenesten før Senjalegen

I dette avsnittet beskrives legetjenesten i de tre små kommunene slik den var før etablering av Senjalegen i september 2009.

2.1.1 Hver kommune med egen legetjeneste på dagtid

Hver av de tre små kommunene organiserte sin egen allmennlegetjeneste på dagtid, med utgangspunkt i ett legekontor i Berg (på Skaland), to i Torsken (i Gryllefjord (hovedkontor) og Sifjord (utekontor bemannet av Gryllefjordlegen)), og ett i Tranøy (på Stonglandseidet). Imidlertid var det også lenge utekontor i Vangsvik, bemannet av lege fra Stonglandseidet, med dette ble lagt ned rett før utredningen om Senjalegen.

Etableringen av Senjalegen kan ses i sammenheng med en mer omfattende omlegging av legetjenesten i vertskommunen Lenvik. I Lenvik var det før etablering av Senjalegen fire bemannede legekontor; Finnsnes, Hamna (lagt ned i 2014), Rossfjord (lagt ned i 2011-12) og Gibostad (omgjort til utekontor under Finnsnes legekontor i 2013).

2.1.2 Samarbeid om legevakt

Berg og Torsken samarbeidet om legevakt i helgene og på hverdagene etter klokka 15.30 (en vikarlege i hver kommune gikk todelt vakt). Samarbeid mellom Torsken og Berg, var å oppfatte som en videreformidler til vaktlegen. De som svarte på anrop til legevakta kunne være ufaglærte, og det var ikke forventet at de skulle kunne gjøre noen selvstendige medisinskfaglige vurderinger. Lenvik og Tranøy samarbeidet om legevakt i helgene fra fredag klokka 15.30 til mandag klokka 8.00.

2.1.3 Dårlig ivaretakelse av samfunnsmedisinske oppgaver

Hver kommune hadde i utgangspunktet ansvaret for sine samfunnsmedisinske oppgaver. Kvalitetsmessig var det imidlertid de færreste av legene som fylte kravene til å være kommunelege 1 og de samfunnsmedisinske oppgavene ble dermed i liten grad ivaretatt (Fylkeslegen i Troms 2001:13).

2.2 Utfordringene

Før etableringen av Senjalegen, var det store utfordringer, spesielt i Torsken og Berg, med å bemanne legestillingene med stabile leger. Vikarstafett ble løsningen. Det påstås at det var over 90 ulike leger i Torsken i perioden fra 1995 og frem til Senjalegen startet i 2009. Vikarstafett var i utgangspunktet en Berg og Torsken-løsning, men også for Tranøy framsto dette som løsningen da de etterhvert mistet sine stabile leger.

Sommeren 2008 var det en legestilling i Torsken (bemannet med vikarstafett) og ingen turnuslege de siste årene, i Berg var det en legestilling (hvor legen hadde sagt opp) samt en turnuslege i periodene uten vikar, og i Tranøy var det en legestilling (og ingen turnuslege de siste årene).[2] Situasjonen blir beskrevet av en rådmann som «*en dyr og dårlig tjeneste*». En tidligere fastlege i en av de små kommunene beskrev hvor vanskelig situasjonen var et år før Senjalegen startet:

> «*Det var en lege til da jeg begynte i turnus. Han hadde opplevd at da han var i turnus sluttet den faste legen før turnuslegen var ferdig med sin tjeneste. Turnuslegen fortsatte*

[2] Beskrivelse av antallet stillinger er hentet fra *Senjalegen – modell for framtidig god legetjeneste i kommunene Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy kommuner, utredning og forslag fra styringsgruppa. 2008.*

siden som fastlege, og hadde inngått en kontrakt som varte til den dagen min turnus var ferdig. Da han sluttet ble det ikke noen ny turnuslege. Jeg var alene i et halvt år frem til Senjalegen startet opp.»

Denne legen var den eneste fastlegen som var ansatt i en av de små kommunene da Senjalegen startet i september 2009.

2.2.1 Konsekvensene av vikarstafettene

Vikarstafettene hadde ulike konsekvenser. Utfordringene handlet om at det ble brukt store ressurser på å administrere vikarene. Vikarstafetten medførte ekstrabelastninger for hjelpepersonellet. For pasientene var det kommunikasjonsproblemer og frustrasjon fordi man hele tiden kom til en ny og ukjent lege, som i varierende grad snakket forståelig norsk. Følgende uttalelser illustrerer situasjonen:

«*Vi hadde leger fra hele verden, gjennomtrekk, alle sorter språk. Det var uholdbart at vi hadde så stor utskifting. Jeg opplevde at vi tok imot og satte i gang tre ulike leger som var inne på en helg som vikar. Vi fikk tilbakemeldinger om at pasienter ikke ble fulgt opp og ikke fikk svar*.» (Rådmann)

«*Og noen som kom fra utlandet som ikke var særlig bra i språket. Særlig den eldre befolkningen klagde. Å kunne språk er jo viktig når man skal fortelle om seg selv. Og folk spør jo ikke opp. Den eldre befolkningen særlig vil jo ikke være til bry*.» (Politiker)

«Det er uheldig både for pasientene og for oss. Tungvint å fortelle sykehistorien til legen på nytt og på nytt igjen. Det er slitsom for pasientene.» (Hjelpepersonell)

«*Det mest slitsomme: du ble ikke kjent med dem. De fleste snakket svensk eller dansk. Dette var vikarer som kom gjennom byrå, og veldig variabel kvalitet. Noen, spesielt eldre folk, brukte legen her, de som var mobile brukte lege andre steder. Fikk ikke inntrykk av at de var her for å være lege, men for å tjene penger*.» (Hjelpepersonell)

«*Det var ikke uvanlig at jeg måtte gå inn til legen sammen med pasienten, fordi pasienten ba om det. Gamle folk forsto ikke legens språk. Og så hører de ikke. Mange kom ut fra legen og hadde ikke forstått noe av hva legen sa*.» (Hjelpepersonell)

«Har jo hatt noen lister … som er besatt av vikarer over lengre tid; da oppdager man noen mønster, for eksempel oppfølging av høyt blodtrykk, dette fungerer mye bedre med en stabil legetjeneste. Når legene får mer tilhørighet til kontor og pasient, tar man et større ansvar og tenker med langsiktig. Største fordel med Senjalegen slik det ble er for de med kroniske sykdommer.» (Lege)

2.3 Noe må gjøres

Utfordringene med å bemanne legetjenesten var så store at man lokalt innså at noe måtte gjøres. Følgende uttalelse fra hjelpepersonell ved et av utekontorene illustrerer at man skjønte at her måtte det tenkes nytt. Man innså at den gammeldagse distriktslegen som levde for jobben 24/7 ikke ville komme tilbake, og at legetjenesten ikke lenger kunne drives av vikarer:

«*Vi innså at distriktslegens tid er forbi - det var ikke en jobb men en tilstand - og vi ønsket ikke vikarstafett med svenske leger*.» (Hjelpepersonell)

2.3.1 Fylkeslegens initiativ

Forhistorien til Senjalegen handler også om et initiativ fra Fylkeslegen i Troms, som ble tatt på bakgrunn av rekrutteringssvikt til allmennmedisin spesielt i Torsken og Berg. Det vises til at Berg og Torsken hadde henholdsvis 15 og 16 vikarperioder gjennom året 2000, det vil si at

befolkningen byttet lege oftere enn hver måned. Fylkeslegens rapport fra 2001 beskrev problemene og utredet blant annet økonomien i eksisterende legetjeneste. Det ble foreslått tre modeller for interkommunal organisering av legetjenesten, med lokalkontorer og hovedkontor. Den ene av de foreslåtte modellene ligner Senjalegen (Yttersida/Lenvik-modellen), men hadde flere legehjemler enn dagens modell.

Bakgrunnen for fylkeslegens initiativ handlet dels om fylkeslegens generelle ansvar for å føre tilsyn med legetjenesten og medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester dekkes, og dels om innføringen av fastlegeordningen våren 2001. Rapportens løsningsforslag med interkommunal organisering ble imidlertid møtt med avvisning i de aktuelle kommunene.

2.3.2 Utvikling av legevaktsamarbeid

I etterkant av at fylkeslegen la fram sin rapport, ble det inngått mer omfattende samarbeid enn tidligere om interkommunal legevakt. Etableringen av den interkommunale legevakten må ses i sammenheng med at det fra helsemyndighetenes side ble rettet et økt fokus på utfordringene med å organisere akutt-tjenester generelt, og prehospitale akutt-tjenester spesielt, på slutten av 1990-tallet (Sosial- og helsedirektoratet 2003) Et legevaktsamarbeidet mellom seks kommuner (de fire deltakerkommunene, samt Sørreisa og Dyrøy) ble startet 1.10.2004. Det omfattet i starten samarbeid om legevakt kun i helgene, og med samarbeid mellom to og to kommuner på ettermiddagene i ukedagene. Samarbeidet ble senere utvidet til også å gjelde ukedager, og med bakvaktsordning fra 2014 for alle dager på dag og natt.

Prosessen med å få på plass et interkommunalt legevaktsamarbeid har tatt lang tid og krevd mye ressurser. Lenvik kommune har totalt hatt en lang rekke møter med de øvrige kommunene om legevaktsamarbeid[3].

2.3.3 Via Torskenlegen til Senjalegen

Spørsmålet om samarbeid om allmennlegetjenesten ble tatt opp igjen vinteren 2007, etter en henvendelse fra Torsken kommune ved ordfører Hans P. Pedersen til ordfører Arne Bergland i Lenvik. Ordføreren i Torsken ble gitt fullmakt fra kommunestyret til å forhandle med Lenvik, og Lenvik og Torsken fikk skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Troms for å utrede og etablere felles legetjeneste basert på vertskommunemodellen. Daværende ordfører Hans P. Pedersen beskrev oppstarten slik:

> «*Fylkeslegen hadde foreslått et større samarbeid. Jeg så at vi måtte prøve å finne vår egen modell som matchet det fylkeslegen var kommet frem til, og tok kontakt med de andre kommunene som ikke var interessert før de mistet sine leger*.»

På det tidspunktet var kommuneøkonomien presset i både Tranøy og Torsken. Tranøy var i ferd med å gjennomføre tiltak for å komme ut av ROBEK[4], og Torsken var også der. Legetjenesten krevde mye ressurser og ble derfor gjenstand for oppmerksomhet for mulige kostnadskutt. Tranøy sluttet seg til samarbeidet i januar 2008, og Berg sluttet seg til i juni samme år. Som del av samarbeidet, ble det skrevet en rapport[5]; *Senjalegen – modell for framtidig god legetjeneste i kommunene Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy kommuner, utredning og forslag fra styringsgruppa*. Styringsgruppe for rapporten var ordførere og rådmenn i de fire deltakerkommunene, Jostein Jenssen og Åse Holden fra Lenvik kommunes

[3] Personlig meddelelse i oppstartsmøte for evalueringen fra Evy Nordby, mars 2015.

[4] ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse. Kommuner og fylkeskommuner i ROBEK må ha godkjenning fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler, samt at lovligheten av budsjettvedtakene skal kontrolleres.

[5] Utredet av Jostein Jenssen, Karsten Kehlet og Kåre Rasmussen, og med bistand fra flere.

administrasjon, Kåre Rasmussen fra Midt-Troms regionråd, og med Svein Steinert fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin som observatør og bidragsyter.

En av rådmennene vi intervjuet kommenterte at rapporten fra fylkesmannen i 2001 ikke spilte noe praktisk rolle i utredningsarbeidet, men at den startet en prosess. En politiker kommenterte at de ikke baserte seg på rapporten fra fylkesmannen underveis i utredningsarbeidet, men at de nok gløttet litt til den.

Befolkningen var redd for et dårlig legetjenestetilbud, men det var enda sterkere krefter for å etablere et legesamarbeid. Informantene var samstemmige i at det ikke var politiske skillelinjer i denne saken. Bare ordførerne var med i utredningsarbeidet, ikke andre politikere. En ordfører kommenterte at den største bøygen var å få forståelse i egen kommune for «*hvorfor skal vi kjøpe tjenester fra Lenvik, klarer vi oss ikke selv*?». Det var folkemøter om utredningen av legesamarbeidet. Engstelsen som ble ytret på folkemøtene, handlet om at folk var redde for å måtte kjøre til Silsand for å komme til legen.

Høsten 2008 vedtok kommunestyrene i de tre små kommunene samarbeid om Senjalegen og utvidelse av legevaktordningen. I Torsken ble dette vedtatt med det samme. Det ble grundig understreket at når legen ikke skulle være ansatt i Torsken, så ga man all makt og tjenesten fra seg til Lenvik. Tidligere ordfører kommenterte dette slik:

> «*Jeg var tydelig for kommunestyret om at det er Lenvik som nå vil bestemme antall leger, avlønning med mere. Dere gir fra dere alt. Vi så at dette er for stort for oss, og Lenvik vil sørge for dette.*»

I Tranøy var det litt skepsis med hensyn til kostnader og til at man ville miste en del legedager. Men fokus var mest på at det nå ville bli stabilitet i legetjenesten:

> *«Drivkreftene for Senjalegen var å få en god kvalitet for legetjenesten, og vi var opptatt av økonomi. Men vi så fort at kostnadene ved den nye legetjenesten ville bli omtrent som kostnaden i den gamle modellen. Vi fikk stabilitet og en kvalitet som vi ikke hadde hatt før*.» (Rådmann)

På grunn av at intervjuundersøkelsen omfattet et begrenset antall informanter, mangler vi intervjuer med politisk eller administrativ leder som deltok i denne fasen fra Berg sin side, og som kan si noe om erfaringene derfra. Imidlertid har andre informanter kommentert at de oppfattet prosessen i Berg som lukket.

Fra januar 2009 ansatte Lenvik en egen prosjektleder for å drive det videre utredningsarbeidet og etablere organisasjonen Senjalegen i september samme år. En rådmann pekte på hvor viktig det er med en god driver og en kunnskapsrik prosjektleder. En som har detaljkjennskap til det å drive en allmennlegetjeneste, og kjenner krav og forskrifter knyttet til det. Prosjektlederen er i dag virksomhetsleder for helse- og rehabiliteringstjenesten og representerer en kontinuitet i etablering og utvikling av Senjalegen.

Enkelte svakheter ved prosessen med utredning og planlegging av Senjalegen, først og fremst den tidlige fasen, har blitt kritisert av informantene. Ett av momentene er at utredningen som skisserte utekontorene i liten grad beskrev hjelpepersonellets rolle. Et annet forhold var at hjelpepersonellet ved utekontorene opplevde å ikke bli tatt med på råd eller bli gitt informasjon.

2.3.4 Tidslinje

Figur 3 oppsummerer tilblivelsen og utviklingen av Senjalegen med en tidslinjebeskrivelse.

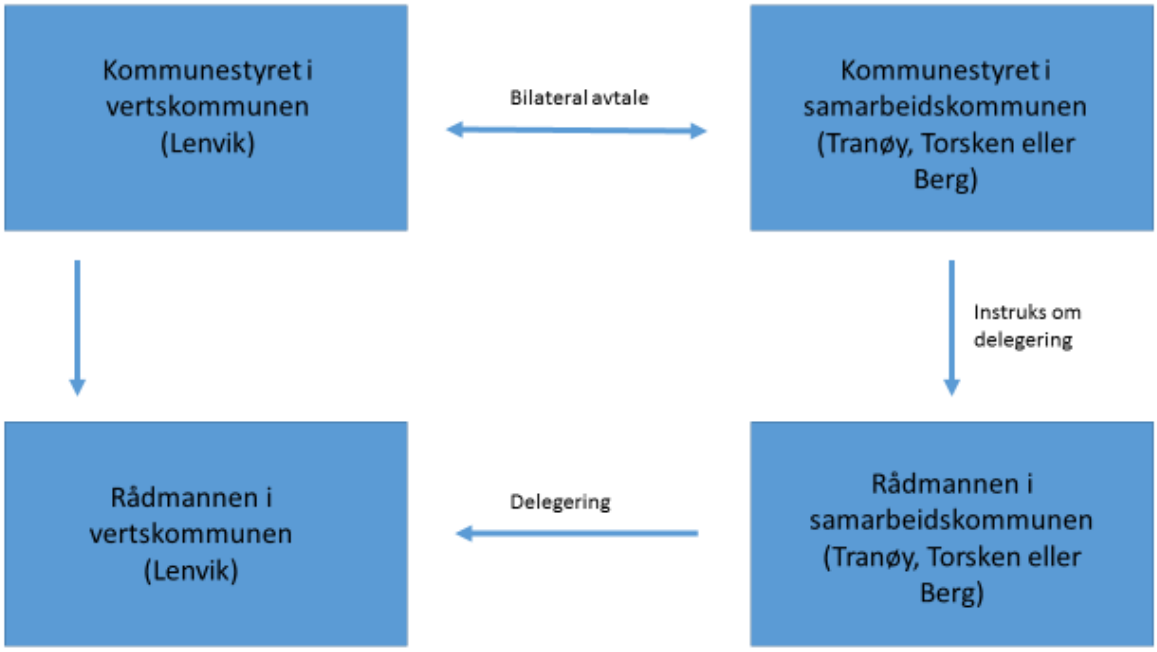
Figur 3: Tidslinjebeskrivelse for etableringen og utviklingen av Senjalegen

2.4 Senjalegen: organisasjon og insentiver

Senjalegen reguleres etter vertskommunemodellen, og styres gjennom årlige avtaler. Et interkommunalt vertskommunesamarbeid (Kommunal- og regionaldepartementet 2011) er organisatorisk en del av vertskommunens virksomhet. Samarbeidskommunene delegerer myndighet til vertskommunen til å utføre oppgaver og treffe avgjørelser på deres vegne.

Samarbeidet om Senjalegen er et administrativt vertskommunesamarbeid som bygger på bilaterale avtaler mellom vertskommunen Lenvik og den enkelte samarbeidskommune. Avtalen innebærer at samarbeidskommunen delegerer til vertskommunens administrasjon å utføre de oppgaver og treffe avgjørelser i de typer saker som inngår i samarbeidsavtalen. Delegeringen skjer formelt ved at kommunestyret i Tranøy, Torsken og Berg gir instruks til egen administrasjonssjef om å delegere myndigheten sin på det aktuelle samarbeidsområdet til administrasjonssjefen i vertskommunen Lenvik (Figur 4).

I Senjalegen ble den eksisterende legetjenesten med stillinger og personell i Torsken, Berg og Tranøy formelt overdratt til Lenvik kommune ved etableringen av Senjalegen. Kommuneloven stiller krav til at vertskommuneavtalen skal inneholde rutiner for hvordan de tre små kommunene skal orienteres om de vedtak som blir fattet i Lenvik kommune på deres vegne. Tranøy, Torsken og Berg kan når som helst trekke den delegerte myndigheten tilbake og/eller utøve myndigheten selv.



Figur 4: Senjalegen som vertskommunemodell

Styringsgruppen for utredningsfasen fikk en ny rolle da Senjalegen ble etablert, og er formelt sett ikke noen styringsgruppe lenger selv om dette begrepet fortsatt brukes. Møtene er driftsmøter. Gruppen består av rådmennene i deltakerkommunene, virksomhetslederen i Lenvik og kommuneoverlegen, og kan invitere inn fagleder og andre ved behov. På styringsgruppens møte i oktober 2011, presiserte de selv at styringsgruppen er et administrativt styre som skal ha fokus på hva som skjer i Senjalegen på overordnet nivå. Det ble også åpnet for å ha med en representant fra Finnsnes legekontor og fra daglegevakten på møtene.

2.4.1 Legejobben på hovedkontor og utekontor

Hver av de fem fastlegene og de to turnuslegene knyttet til hovedkontoret på Silsand, har to arbeidsplasser. De er hoveddelen av arbeidstiden på hovedkontoret på Silsand og i tillegg på ett av utekontorene en eller to dager i uka. Hver fastlege har en pasientliste som omfatter pasienter som oppsøker dem på hovedkontoret på Silsand, og/eller på respektive utekontor. Fastlegene ivaretar offentlige legeoppgaver i utekommunen i tillegg (helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjemstjeneste og møter med NAV).

2.4.2 Kompensasjon for utekontor

Legene kompenseres med lønnstillegg for å dekke ulempen knyttet til betjeningen av utekontor. Lønnsmodellen er slik: leger som betjener utekontor har i tillegg til en fast grunnlønn[6], et lønnstillegg på 50 000 kroner. De får i tillegg 20 prosent av inntjeningen på sine pasienters egenandel og 20 prosent av tilhørende refusjoner fra HELFO. Leger som er spesialister i allmennmedisin har et årlig tillegg for spesialistkompetansen på 100 000 kroner.

Fastlegenes transportkostnader dekkes. De bruker leiebil til reisene mellom hovedkontor og utekontor. Reisetiden til og fra utekontor er inkludert i arbeidstiden.

2.4.3 Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud

De fire kommunene i Senjalegen samt Sørreisa og Dyrøy samarbeider om en interkommunal legevakt og om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, begge lokalisert på Finnsnes.

[6] Grunnlønn ca 720 000 kroner

Senjalegen på Silsand, inkludert utekontorene, er ikke en del av daglegevakten på Finnsnes, men har egne ø-hjelpstimer i kontortiden.

2.4.4 Samfunnsmedisin

Det samfunnsmedisinske samarbeidet i Senjalegen ble etablert i 2011 og omfatter miljørettet helsevern, skole og barnehager, medisinfaglig rådgivning/veiledning, smittevern, plan og beredskap, forebygging og folkehelse. Det samfunnsmedisinske arbeidet i de fire deltakerkommunene er fordelt på tre ulike leger. Fra februar 2014 leveres tjenestene av samfunnsmedisinsk avdeling i Senjalegen.

2.4.5 Finansieringen av Senjalegen

I 2014 ble Senjalegen i hovedsak finansiert slik[7]:

Tabell 4: Hovedfinansieringskilder i Senjalegen

Hovedfinansieringskilde	Inntekt i 2014 (kr.)
Betaling for legetjenesten fra småkommunene[1]	10 091 177
Trygderefusjon fra HELFO	2 161 712
Egenandel fra brukere	1 432 528
Fastlønnstilskudd[2]	454 264

[1] Fordeling av driftsutgifter mellom kommunene var slik: Berg 2 802 087 kr, Torsken 2 679 992 kr, Tranøy 4 609 098 kr. Beløpet fordeles med utgangspunkt i folketall i den enkelte kommune.
[2] Vederlag som Lenvik kommune mottar fra staten som kompensasjon for de tjenestene fastlønnslegene i Senjalegen yter som etter folketrygden er refusjonsberettiget.

Senjalegen ved Silsandkontoret finansierer 50 prosent av de 1,7 stillingene til samfunnsmedisin.

Den interkommunale legevakten finansieres ved at 20 prosent av utgiftene fordeles likt mellom kommunene, og 80 prosent fordeles etter folketall. For 2014 utgjør dette for henholdsvis Berg, Torsken og Tranøy 53 580 kroner, 52 218 kroner og 71 841 kroner per måned (tall fra budsjett 2014).

2.4.6 Legedager, innbyggertall og listelengde

Ved etableringen av Senjalegen i 2009, var det 4 legestillinger (3,6 årsverk) i Senjalegen. Antall legestillinger ble utvidet til fem i 2011. Per juni 2015 utgjør legestillingene 4,6 årsverk. Tabell 5 viser at 39 prosent av de dagene legene og turnuslegene samlet sett jobber i løpet av en uke (13 av 33 dager), går med til å betjene de fire utekontorene. Men siden en del av arbeidstiden går med til reising, er det bare 31 prosent av de samlede arbeidstimene per uke (68,5 av 218,5) som brukes til aktivt legearbeid ved utekontorene. Av arbeidsdagene på utekontor, går 27 prosent med til å utføre offentlige oppgaver (3,5 av 13 dager). Dermed er det 9,5 arbeidsdager igjen per uke til pasientkonsultasjoner ved de fire utekontorene. I tillegg brukes i teorien til sammen ca 10 timer av arbeidstiden som legene i hovedsak er på Silsand, til administrasjon med mere av det offentlige legearbeidet i småkommunene. Det er imidlertid usikkert om legene i praksis har så mye tid til dette administrative arbeidet.

[7] Tall fra Regnskap Silsand legekontor 2009-14 sammenligning.

Tabell 5: Ukentlig kapasitet på utekontor og hovedkontor (antall legedager/timer, antall konsultasjoner hos lege og hjelpepersonell og offentlig legearbeid)

	Antall lege+ turnus-lege-dager	Antall timer lege- + turnuslege til stede[8]	Antall lege-konsultasjoner[9]	Offentlig lege-arbeid[10]	Antall kons med kun hjelpe-personell (ikke lege)[11]	Ant. timer reising[12] i arbeidstid, lege+ turnuslege
Skaland (Berg) Kl 9.00-14.30	2 +2=4	11+11=22	27 kons. + 10 tlf. kons.	8 t	27	4+4=8
Stonglandseidet (Tranøy) Kl 09.00-14.30	4+0=4	22	27 kons. + 10 tlf. kons.	10 t	18	8
Sifjord (Torsken) Kl 09.00-14.30	1 +1=2	5,5+5,5=11	14 kons + 5 tlf. kons.	5,5 t	3	2+2=4
Gryllefjord (Torsken) Kl 09.30-14)	2+1=3	9+4,5=13,5	17 kons. + 6 tlf. kons	6,5 t	12	6+3=9
Totalt på utekontor	*13*	*68,5*	*85 kons. + 31 tlf. kons*	*30 t*	*60*	*29*
Hovedkontor Silsand (Lenvik) Kl 08.00-15.30	14+6=20	105+45=150	178 + tlf. kons.	-		-
Totalt	**33**	**218,5**	**263 + tlf. kons.**	**30 t**		**29**

Antallet legekonsultasjoner på utekontorene i ett år er beregnet til 4 080 (85 konsultasjoner per uke x 48 uker), og på Silsand til 8 544 (178 konsultasjoner per uke x 48 uker), til sammen 12 624 konsultasjoner med lege per år.

Kapasiteten i Senjalegen var i 2014 på 3 150 listepasienter[13]. Senjalegen mangler noe kapasitet (156 listeplasser) for å teoretisk sett kunne dekke hele befolkningen (3 306 innbyggere) i de tre små kommunene. Bildet er imidlertid mer sammensatt, da det er fritt valg av fastlege og innbyggere kan ha fastlege i en annen kommune.

Tabell 6 viser at 92 prosent av innbyggerne i de tre små kommunene har sin fastlege i Senjalegen. Samtidig er det 113 innbyggere i andre kommuner (i hovedsak Lenvik) som har sin fastlege på hovedkontoret på Silsand. I følge referat fra styringsgruppemøte (14.10.2009) startet Senjalegen opp med 2 300 listepasienter, og hadde per oktober 2009, 3 300 listepasienter.

[8] Dvs antall timer med lege og turnuslege til stede på utekontor og hovedkontor.
[9] Regnet ut på bakgrunn av timebøkene og oversikt fra Skaland legekontor over en vanlig arbeidsuke, samt intervjuer med ansatte.
[10] Anslått på bakgrunn av timebøker og intervjuer med administrativ leder, fastleger og hjelpepersonell
[11] Hjelpepersonellet på Skaland har egen liste med 35-40 konsultasjoner per uke (blodprøver, ekg, spirometri, sårstell). De antar at 10 av disse pasientene også er hos lege samme dag. Det vil si 27 konsultasjoner per uke med kun hjelpepersonell. En gjennomgang (A Ustad 9.10.15) av 16 utekontordager på de øvrige tre utekontorene, viser at det denne perioden er til sammen 33 konsultasjoner per uke med kun hjelpepersonell på de tre øvrige kontorene.
[12] I tillegg kommer hjelpepersonell som betjener Gryllefjord, som reiser 6 t/u.
[13] Dette tilsvarer *gjennomsnittlig fastlegeliste* i Lenvik kommune: Gjesteoppgjør til Berg, Torsken og Tranøy 2014.

Tabell 6: Innbyggertall og listepasienter i de tre små kommunene per 31.12.2014[14]

	Antall	Prosent
Innbyggere fra Tranøy, Torsken og Berg med fastlege utenfor Senjalegen	269	8
Listeinnbyggere fra Torsken, Tranøy og Berg i Senjalegen	3 037	92
Innbyggere i Torsken, Tranøy og Berg	3 306	100

Kapasiteten i Senjalegen har økt fra 3 118 i 2013, til 3 150 i 2014, og er per juni 2015 på 3 292 listepasienter. I samme periode har innbyggertallet i småkommunene minket. Kapasiteten i forhold til innbyggertallet er derfor bedret de siste årene. Tabell 7 viser listelengden på de fem listene i Senjalegen. Tabellen viser at det i gjennomsnitt er 658 listeinnbyggere på hver Senjalegeliste. Hvis vi sammenligner Senjalegen Silsand med Finnsnes legekontor, finner vi at det er betydelig kortere lister på Silsand enn gjennomsnittlig listelengde ved Finnsnes legekontor, som er på 965. Det er imidlertid viktig å ta høyde for at det hører kun 4,6 årsverk til de fem listene på Silsand, og at de to kontorene har svært ulike driftsformer. Silsand har fastlønnsleger, mens Finnsnes har en blanding av fastlønnsleger og næringsdrivende leger. Offentlig legearbeid er mye mer omfattende på Silsand enn på Finnsnes, da Silsandkontoret med et fåtall leger betjener tre ulike kommuner, sammenliknet med Finnsnes som med langt flere leger betjener en kommune. Dette påvirker fastlegekapasiteten. En siste vesentlig forskjell er at Silsand betjener fire utekontor, mens Finnsnes har ett, noe som innebærer at mye mer arbeidstid som kunne vært brukt til konsultasjoner, brukes til reising på SIlsandkontoret sammenlignet med Finnsnes.

Tabell 7: Listeinnbyggere på Finnsnes og Silsand legekontor per 24.6.2015 (Kilde: MinFastlege)

	Antall listeinnbyggere	Antall lister	Gjennomsnittlig antall listeinnbyggere per liste
Silsand/utekontor totalt	*3 292*	*5*	*658*
Silsand/Skaland	741	1	
Silsand/Gryllefjord	732	1	
Silsand/Sifjord	705	1	
Silsand/Stonglandseidet	582	1	
Silsand/Stonglandseidet	532	1	

Intervjuer med fastlegene bekreftet at en del innbyggere har fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. For eksempel ble det nevnt at mange innbyggere i nordre del av Tranøy hadde fastlege på Finnsnes før Senjalegen ble etablert (det er kortere avstand inn til Finnsnes og Silsand legekontor, enn det er til Stonglandseidet), og dette er delvis videreført. Et annet eksempel er listen Silsand/Sifjord som består av innbyggere hjemmehørende i både Torsken, Tranøy og Lenvik.

I Tabell 8 er det laget en indikator for legedekningen i de tre små kommunene, som viser antall legedager per uke per 1 000 innbyggere[15]. Indikatoren er høyest for Torsken (4,1) og lavest for Tranøy (1,9).

[14] Tall fra Lenvik kommune: Gjesteoppgjør til Berg, Torsken og Tranøy 2014 og 2013.

[15] Indikator = (antallet legedager på utekontor (fratrukket offentlige legeoppgaver)/antallet innbyggere i kommunen) * 1000.

Tabell 8: Indikator for legedekning i småkommunene

	Innbyggertall per 1.1.15	Antall legedager på utekontor (fratrukket offentlige legeoppgaver)	Indikator
Berg	904	3	3,3
Tranøy	1 544	3	1,9
Torsken	844	3,5	4,1
Sum	3 293	9,5	2,9

Indikatoren er også beregnet for det enkelte utekontor, på basis av hvordan befolkningen er fordelt mellom nord og sør i Torsken og Tranøy kommuner (se Tabell 9). Da er det forutsatt at befolkningen i Nord-Tranøy benytter legekontoret på Silsand, som er nærmest. Legedekningsindikatoren for utekontorene er da høyest for Sifjord og Stonglandseidet. Vi antar at det er riktigst å beregne legedekningen på denne måten.

Tabell 9: Indikator for legedekningen fordelt på utekontor, basert på bosetting

	Innbyggertall per 1.1.15	Antall legedager på utekontor (minus offentlige legeoppgaver)	Indikator
Skaland	904	3	3,3
Stonglandseidet	647	3	4,6
Gryllefjord	542	2	3,7
Sifjord	340	1,5	4,4
Sum	2 396[16]	9,5	4,0

2.4.7 Oppsummering

Før etableringen av Senjalegen, var det store utfordringer med å bemanne legetjenesten spesielt i Torsken og Berg, men også etter hvert i Tranøy. De tre små kommunene organiserte hver for seg sin egen allmennlegetjeneste på dagtid og samarbeidet på ulikt vis om legevakt. De samfunnsmedisinske oppgavene ble dårlig ivaretatt. I mangel av faste leger, ble vikarstafetter løsningen. De var kostbare og hadde uheldige konsekvenser både for pasienter og hjelpepersonell.

Senjalegen ble etablert for å bedre ivareta allmennlegetjenester, offentlig legearbeid og samfunnsmedisinsk arbeid i Torsken, Berg og Tranøy. Lenvik er vertskommune for Senjalegen og ordningen er regulert etter vertskommunemodellen. Tjenesten omfatter i dag fem fastleger og to turnusleger med en kapasitet i 2014 på 3 150 listeinnbyggere. De er i all hovedsak bosatt i en av de tre småkommunene eller i Lenvik.

Legene er hoveddelen av arbeidstiden på hovedkontoret på Silsand og i tillegg på ett av fire utekontor en eller to dager i uka. Pasienter kan oppsøke lege enten på hovedkontoret på Silsand eller på utekontor. Legene kompenseres med lønnstillegg for å dekke ulempen ved utekontor. Transportkostnader deres dekkes og reisetiden til og fra utekontor er inkludert i arbeidstiden. Fastlegene ivaretar i tillegg offentlige legeoppgaver i utekommunen (helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjemstjeneste og møter med NAV). Senjalegen kjøper samfunnsmedisinske tjenester fra Lenvik kommune. I 2014 gikk 39 prosent av de samlede arbeidsdagene til fastlegene og turnuskandidatene med til tilstedeværelse på utekontor. Siden en del av legenes tid går med til transport til og fra utekontor, var det bare 31 prosent av arbeidsdagene som ble brukt til aktivt legearbeid ved utekontorene. Nær en tredel av legenes tid på utekontorene, går med til å dekke offentlige oppgaver.

[16] Nord-Tranøy er ikke regnet med, da Silsand legekontor er deres nærmeste legekontor.

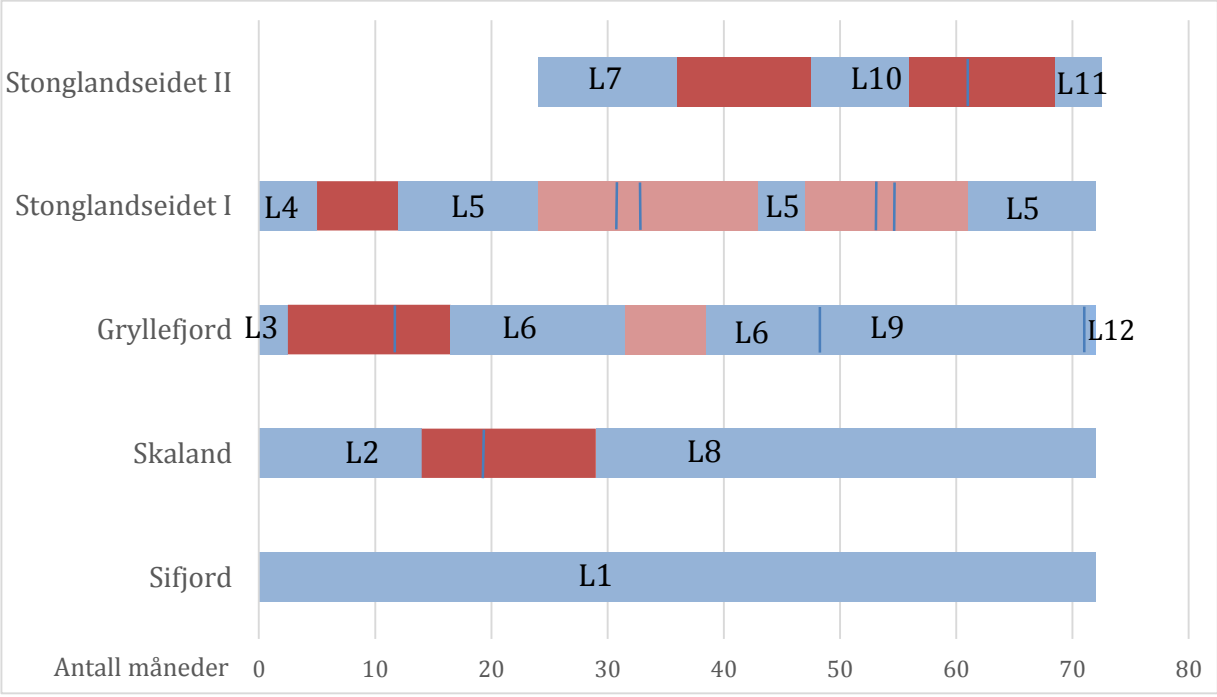
3 Hvordan har stabiliteten blant personellet i Senjalegen utviklet seg?

Dette kapitlet tar for seg utviklingen i stillingsstabilitet blant fastleger i Senjalegen og hjelpepersonell på utekontor, i perioden fra oppstarten 1.september 2009 og til 1. september 2015.

3.1 Fastlegene

Til sammen har det vært ansatt 27 ulike leger (ekskl. to ferievikarer) i løpet av de første seks årene med drift av Senjalegen; 12 i fast stilling og 15 vikarer. I tillegg har det vært nye turnusleger hvert halvår. Det er stor variasjon mellom utekontorene når det gjelder legestabilitet. Stabiliteten har vært størst ved utekontoret i Sifjord, som har hatt samme lege gjennom hele perioden. Skaland har hatt to forskjellige fastleger i perioden, med en periode mellom disse to på et drøyt år hvor stillingen var besatt av to ulike vikarer. I Gryllefjord har det vært stabilt i nær fire år i siste del av perioden og frem til august 2015, med to ulike fastleger, inkludert en periode da det var en vikar for den ene fastlegen. Den ene stillingen på Stonglandseidet har vært besatt av samme fastlege de siste fem årene, og dette omfatter to perioder med vikarer. Den andre stillingen med utekontor på Stonglandseidet, som ble opprettet etter to års drift av Senjalegen, har imidlertid ikke vært besatt av fast tilsatt lege lenger enn i perioder på opptil ett år. Utover dette har stillingen vært besatt av ulike vikarer. Stabiliteten har dermed ikke vært som ønsket i denne stillingen.

Sett fra arbeidsgivers ståsted, så har det altså først vært en periode på 2,5 år med ustabilitet i form av lange perioder uten fast ansatt lege i tre av stillingene i Senjalegen. De siste 3,5 år har det vært fast ansatte leger i fire av fem stillinger.



Figur 5: Stillingsstabilitet blant fastlegene i Senjalegen

Figur 5 illustrerer stillingsstabiliteten i fastlegestillingene i Senjalegen fra oppstarten i september 2009 og frem til september 2015, sett fra pasientenes ståsted. Den illustrerer hvilke og hvor lange perioder publikum har blitt møtt av henholdsvis lege i fast stilling (L1-L12, blå farge) og vikarer (rød farge) ved de fem utekontorene i Senjalegen. Den lyserøde fargen indikerer at det er vikar for en fastlege som enten har hatt utdanningspermisjon eller fødselspermisjon. I disse periodene har pasientene møtt vikarleger. Stabiliteten blant

Senjalegene har derfor trolig fortont seg som lavere, sett fra pasientens ståsted. De oppfatter trolig ikke at noen leger har fødselspermisjon eller utdanningspermisjon, og dermed formelt sett er i stillingen – de registrerer bare at de stadig møter nye leger. I tillegg kan det være vanskelig for pasientene å skille mellom hvem som er turnusleger, og som skal skiftes ut hvert halvår, og hvem som er fastleger. Informantene våre kommenterte at pasienter ved enkelte kontor har hatt mange leger å forholde seg til på grunn av dette.

Til sammen har pasientene møtt en lege i fast stilling 70 prosent av tiden Senjalegen har eksistert, hvis man ser alle utekontorene under ett. Men her er det store variasjoner utekontorene imellom. Vi har på den ene siden Sifjord som har hatt samme lege gjennom hele perioden, uten vikarperioder. På den andre siden Stonglandseidet hvor de to stillingene begge har vært betjent av mange vikarer. Den ene stillingen drøyt halvparten av tiden og den andre halvparten av tiden.

En av rådmennene kommenterte at pasientene må tåle litt utskiftinger og vikarer hvis fastlegene har fødsels- og utdanningspermisjoner. Det ble sett på som viktig å legge godt til rette blant annet for unge, kvinnelige leger. Han ordla seg slik: «*Og nå er jo hovedtyngden av leger damer i fertil alder. Før var det ikke en problemstilling med ønsker om deltid og tilrettelagt for barnehage*.» Da Senjalegen lyste ut en fastlegestilling våren 2014, var det en til to aktuelle søkere, ifølge en fastlege. Ansatte så det som viktig at det rekrutteres leger som man tror vil passe inn, og som man vet har satt seg inn i hva jobben går ut på og hvilke rammebetingelser som gjelder.

Til tross for at pasientene opplever en god del utskiftinger, er suksesskriterier for Senjalegen stabilitet og trygghet. - Det vi manglet før, uttalte en politiker. En fastlege mente at hvis man klarer å få en lege til å være i Senjalegen i fem til sju år, så er det grunn til å være fornøyd. Det vil alltid være en risiko at Senjalegen blir en «utdanningsinstitusjon» hvor legene reiser sørover rett etter at de er ferdig utdannet spesialister i allmennmedisin. -Men det må vi akseptere, mener legen. Gjennomsnittlig[17] varighet av fastlegeavtaler i kommuner på størrelse med Lenvik, er i underkant av seks år (Abelsen et al. 2015). Gjennomsnittlig varighet av en fastlegeavtale i kommuner på størrelse med Torsken, Tranøy og Berg, altså med under 2 000 innbyggere, er kun 2,75 år. Slik sett så er det et positivt resultat at det har vært samme lege ansatt i tre av stillingene (Sifjord, Skaland, og den ene på Stonglandseidet) i perioder på 3,5 år og lengre.

3.2 Hjelpepersonellet

Det har vært høy stabilitet blant hjelpepersonellet på de fire utekontorene siden oppstarten. Ved utekontorene i Sifjord, Stonglandseidet og Skaland, overtok Senjalegen hjelpepersonell fra de tre utekommunene. Disse er fortsatt ansatt. En sluttet og ble erstattet med en ny ved oppstart av Senjalegen. De fleste er ansatt i helsetjenesten i utekommunene resten av uka. Ved utekontoret i Gryllefjord er det ikke lokalt hjelpepersonell. Torsken kommune har prøvd men ikke klart å skaffe kvalifisert personell. Ordningen er derfor slik at hjelpepersonell fra Silsand følger fastlegene til utekontoret i Gryllefjord. Det er fire hjelpepersonell som rullerer; en legesekretær, to sykepleiere og en bioingeniør.

3.3 Oppsummering

Til sammen har det i fem fastlegestillinger vært ansatt 27 ulike leger i løpet av de første seks årene med drift av Senjalegen; 12 i fast stilling og 15 vikarer. Det har vært stor variasjon i stabiliteten mellom utekontorene. Sett fra arbeidsgivers ståsted, har de første 2,5 år vært preget av ustabilitet mens de siste 3,5 er preget av fast ansatte leger i fire av fem stillinger. Sett fra pasientens ståsted, antar vi at stabiliteten oppfattes å ha vært noe lavere. Til sammen er pasientene møtt av en lege i fast stilling 70 prosent av tiden, hvis man ser alle utekontorene under ett. Det har vært høy stabilitet blant hjelpepersonellet på de fire utekontorene siden oppstarten.

[17] I denne sammenhengen svarer gjennomsnittlig til median.

4 Hvordan fungerer organiseringen?

4.1 Det interkommunale samarbeidet

Informanter i de små kommunene så mange fordeler ved vertskommunemodellen. De oppfattet at denne organisasjonsmodellen fungerer bra. Flere informanter i de små kommunene oppfattet det som enklere å bare kjøpe en tjeneste fra en vertskommune sammenliknet med å organisere den selv. En informant uttrykte det slik:

> «*Når vi skriver avtale, er det Lenvik som bestemmer alt. Vi forholder oss til rådmannen i Lenvik. Så vurderer vi om dette er noe vi kan svelge, eller om vi vil si opp avtalen. Det har aldri vært snakk om å si dette opp*.»

Informantene i de små kommunene oppfattet legetjenesten i Senjalegen som forutsigbar og stabil. En informant så det positive i at legetjenesten nå administreres av andre, i motsetning til da kommunen hadde egen legetjeneste, og legen samtidig skulle være såkalt helsesjef, noe som informanten oppfattet fungerte dårlig:

> «*Vi trenger ikke lenger styre med budsjett og administrasjon og årsrapport. Vi gjør vår jobb som helsepersonell. Så har vi noen som følger med på nye forskrifter osv.*»

En annen informant uttrykte stor tillit til hvordan legetjenesten administreres av Lenvik, og syntes de er heldige med at Lenvik har tatt på seg å drive Senjalegen. Det ble også nevnt at det er behagelig for administrasjonen i de små kommunene å slippe oppgaver som for eksempel lønnsforhandlinger med legene. De trenger ikke å ha så mange meninger rundt spørsmål om akseptabel ventetid, listelengde og kapasitet. Dette overlates til Lenvik.

En ordfører uttrykte at sentraliseringspolitikken egentlig passer dem bra, i betydning av at de små kommunene ikke trenger å tenke på alt. Han mente at det nettopp er legetjenesten som vil tvinge kommunen over i en annen type tenkning om kommunal tjenesteyting. En informant fremhevet at vertskommunemodellen generelt forutsetter stor grad av enighet, og at alle må få noe igjen av samarbeidet. Det innebærer at de store kommunene må kunne strekke seg og ta med de små. Det vil si at man har gode relasjoner til distriktet. Diskusjonene som foregikk innledningsvis, dreide seg i stor grad om antall leger og antallet utekontor. Når dette er bestemt, har man på en måte godtatt hvordan tjenesten er dimensjonert, og det er ikke lenger noen store diskusjoner.

Ulempene med vertskommunesamarbeidet er knyttet til at vertskommunen «har bukta og begge endene». Det er flere sider ved dette. De små kommunene har gitt fra seg styringsretten; Lenvik har full kontroll på tjenesten. Dette innebærer lengre avstand fra politikerne lokalt i de små kommunene som skal bevilge penger, til de som er ansvarlige for driften av legetjenesten. Noen uttrykte mistenksomhet i forhold til at kostnadene har økt over tid, mente at de små kommunene betaler mer enn de skal, og stilte spørsmål ved om Senjalegen er så god som den burde være. En rådmann oppfattet at politikerne i de små kommunene etter hvert har blitt litt mere opptatt av Senjalegen, etter som kostnadene har økt, og at de stiller spørsmål ved hvorfor legetjenesten har blitt så mye dyrere. Samtidig er de i en situasjon hvor de ikke har noen innflytelse på kostnadene. Det kan oppfattes som utfordrende å forklare politikerne i de små kommunene hvorfor kostnadene øker, og at dette ikke er noe som de små kommunene rår over. Man må bare finne seg i det. Rådmennene i de små kommunene sitter imidlertid litt nærmere tjenesten, ved at de jevnlig deltar i møter med vertskommunen:

«*Her får vi som rådmenn god informasjon. Vi får svar på hvorfor ting går galt eller bra, og hvorfor budsjettene ser ut som de gjør. Slik kan vi svare på spørsmål om budsjettet i kommunestyret, eller hvis det dukker opp andre spørsmål*.»

De økte kostnadene ble sett som en ulempe ved vertskommunemodellen. Det ble hevdet at det generelt blir økte kostnader når man samarbeider interkommunalt. Dette knyttes til at det interkommunale samarbeider ofte innebærer oppgraderte tjenester. I dette tilfellet innebærer Senjalegen en annen legetjeneste enn den gamle modellen med legetjeneste i hver kommune, både med hensyn til kvalitetsøking i form av stabil bemanning (som medfører kostbare stimuleringstiltak og vikarordninger for utdanningstiltak), mer bemanning og bedre kapasitet (for eksempel på legevakten), samt bedre utstyr.

En annen ulempe som ble trukket fram med vertskommunemodellen er at den oppfattes som mindre forutsigbar, og som mer byråkratisk og krevende for vertskommunen. Vertskommunen må rapportere på økonomi til fire ulike kommunestyrer. Det er administrasjonen i Lenvik som må finne ut hvordan man skal møte nye krav fra staten og dekke behovene ikke bare for innbyggerne i Lenvik, men også for innbyggerne i Berg, Torsken og Tranøy. Det oppfattes også som krevende at det er administrasjonen i Lenvik kommune som må svare for seg når det i de små kommunene er tilsyn fra Fylkesmannen, og det er de som må stå «skolerett» for kommunestyrene i de små kommunene. I denne rollen må Lenvik tåle at de små kommunene er kritiske, og at de kritiserer et legetjenestetilbud de selv ikke er i stand til å være vertskap for.

En ordfører i en av de små kommunene uttrykte forbauselse over at det var så mye om og men for å få til et slikt samarbeid om allmennlegetjenester siden man samarbeider interkommunalt om så mye annet.

Vertskommunemodellen kan kanskje være vanskelig å ta inn over seg for pasientene. Det har vært litt uklart for innbyggerne hvordan de skal forholde seg når de ønsker å klage på tjenesten. En rådmann fortalte at både han og ordføreren får enkelte klager. Dette er stort sett muntlige klager fra eldre som har følt seg dårlig behandlet, og som kommer innom og bare vil ha det sagt. I slike tilfeller videreformidle kommuneledelsen klagene til Lenvik, så må de håndtere dette. Rådmannen sa: «*Jeg lever i den villfarelsen at hvis folk henvender seg, så skal jeg prøve å finne svar*.»

4.2 To arbeidssteder - utekontor og hovedkontor

Vi antok at det er utfordringer for legene knyttet til logistikken ved å ha to arbeidsplasser, og at de må bruke tid på lære seg å arbeide med dette utgangspunktet. De må lære seg samarbeidsrutinene, organiseringen og ulike tilbud i ulike kommuner. Blant annet er tilbud om sykehjemstjeneste ulikt i deltakerkommunene. Deltakelse i møter med samarbeidspartnere i de ulike kommunene skal også håndteres.

Inntrykket fra intervjuene er at trivsel og et godt arbeidsmiljø med lite fravær veier opp for at arbeidsdagene er hektiske. Dette gjelder både blant leger og hjelpepersonell.

Legene jobber med utgangspunkt i fellesliste og gruppepraksis. Felleslista blir mest brukt i forbindelse med ø-hjelp. Hjelpepersonellet prøver å rute pasienten til sin fastlege, alternativt til turnuslegen.

Noen oppfattet at det kan være litt mere stress å jobbe på to ulike kontor, fordi man må få gjort alt ferdig den ene dagen på det ene kontoret, og den andre dagen på en annen plass, og ellers ikke være tilgjengelig.

Hovedkontoret gir trygghet og fagfellesskap

Hovedkontoret gir fellesskap. Med denne modellen har man også en trygghet ved at alle legene jevnlig er på hovedkontoret, og kan bli kikket litt i kortene slik at uregelmessigheter kan

fanges opp. En lege bemerket imidlertid at det er mindre kontakt med andre leger på Silsand enn ønskelig: «*Når jeg var inne var andre ute*».

Tanken var å ha to spesialister i allmennmedisin på Silsand. Men dette har ikke vært situasjonen. Det er i dag en ansatt spesialist i allmennmedisin og fire leger som holder på med slik spesialisering. Flere informanter ønsker at det skulle vært en spesialist i allmennmedisin på Silsand som kunne ha veiledet og vært til stede hver dag. Det er en utfordring for legene at de sjelden ses. Spesielt yngre leger kan savne noen å spørre til råds.

Det er satt av tid til fagutvikling og det er en bevissthet rundt dette som gjør at man faktisk snakker sammen om fag på den ene dagen i uka alle legene er tilstede på Silsand. «*Dette gjør kanskje ikke folk på andre legekontor. Jeg synes at det er veldig verdifullt*.»

En annen type konsultasjoner på utekontor?
En lege kommenterte at det er flere yngre pasienter på Silsand, og friskere pasienter, enn på utekontorene. På utekontor er det mer kompliserte ø-hjelpstilfeller, noe som fører til at man bruker mer tid på alt.

Normalen er 20 minutters konsultasjoner. En lege forteller at det praktiseres 30 minutters konsultasjoner på utekontoret. Dels på grunn av at befolkningen der er eldre og at det derfor er mange pasienter med flere sykdommer, og dels fordi det blir mange avklaringer innimellom konsultasjonene som følge av spørsmål i mottaket/resepsjonen til hjelpepersonell. Ikke alle leger deler denne oppfatningen.

En lege erfarte at det er mer kontakt med hjemmesykepleien på utekontor og slik sett kanskje mer samarbeid med kommunehelsetjenesten på dagene med utekontor. Dette fordi prioriterte pasienter er under omsorg fra hjemmesykepleien. De er lite mobile og må eventuelt i drosje for å konsultere lege. Det fremheves at det er veldig små forhold på utekontoret og lettere å få komme inn på kontoret og snakke ansikt til ansikt med legen enn det som er tilfelle ved hovedkontoret.

Fra utekontoret på Stonglandseidet ble det kommentert at dagene på utekontor er veldig hektiske og krevende. Dette knyttes til at pasientene er sykere og dermed mer tidkrevende, og at det relativt til befolkningsstørrelsen er få legedager der. Slik sett oppleves forskjellen i arbeidstempo/-press på utekontor og hovedkontor som stor.

En annen lege som betjente et annet utekontor, oppfattet at man arbeider på samme måte på hovedkontor og utekontor, men at det er litt mindre utstyr på utekontorene, for eksempel til noen spesielle blodprøver eller spirometri. Dette gjør at enkelte pasienter må inn til Silsand for konsultasjon.

Trivsel på utekontor
De fleste legene trives godt med det kombinerte arbeidet på hoved- og utekontor. Om det å komme på utekontor som oftest to dager i uka, sa legene at de setter pris på variasjonen og miljøforandringen som er mellom hoved- og utekontoret.

Legene trakk frem nytten ved å ha bofast og stabilt hjelpepersonell på utekontorene som kjenner forholdene. En lege fremhevet den gode kontakten med samarbeidspartnere og ansatte i utekommunen, alt fra rådmann til hjemmetjenesten. En annen fremhevet at det blir større nærhet til pasienter på utekontor, når man møter pasienter i den bygda der de bor, ser hvor de bor, hvor de jobber og hvem som er naboer. Dette gir et større innblikk i deres liv – sammenlignet med om pasienten skulle komme til konsultasjon på Silsandkontoret. Det som ble oppfattet som negativt, er at man som lege, er veldig alene på utekontor og all reisingen

fører til at man ser andre kollegaer sjeldnere. For nye og uerfarne leger, er det også litt tøft å være alene på utekontor uten en veileder tilgjengelig.

Oppfatningene av selve reisingen til utekontor var ulike. Noen syntes det er OK å reise når det er inkludert i arbeidstiden. Andre pekte på at kjøringen til tider kan være slitsom, om vinteren og i mørket. En informant kommenterte: «*Det er værutfordringer. Det har hendt at vi ikke har kjørt ut. Men pasientene har kommet inn*.»

Kortere åpningstid gir færre konsultasjoner
Det ble pekt på at det er dyrt å drifte utekontor. Kontorene står tomme de øvrige dagene og mye legetid går bort i kjøring. En informant undret seg over at folk tror det er så bra å ha utekontor eller legekontor der de bor. «*De får jo på en måte mindre ressurser. Men jeg tror ikke de ser hva de taper med hensyn til tid*.» En annen ansatt trakk frem at man bruker mye ressurser når man reiser til utekontor for å ha fire til seks konsultasjoner. En lege har opptil seks timer i uka i kjøring, hvis vedkommende betjener utekontoret i Gryllefjord. Noen så på dette som bortkastet tid, og argumenterte for at dette er en ineffektiv måte å drifte på. En lege uttalte: «*Det hadde vært veldig spennende å drifte legetimene bare her på Silsand i tre måneder og sett hva som skjedde. Å se om pasientene blir så mye mindre fornøyd.*» Noen leger opplevde at listene er for lange, gitt at det går så mye tid bort i reising.

Hjelpepersonellet på utekontor
Alle informantene så det som verdifullt å ha hjelpepersonell som er bofaste, som kan arbeide full dag og åpne legekontoret klokka åtte, selv om det ikke er lege tilstede. Bofast hjelpepersonell har stort sett resten av stillingen sin i pleie- og omsorgstjenesten i hjemkommunen. Det er gjort mange justeringer underveis, spesielt på rutinesiden, slik at det skal være samme rutiner både på utekontor og hovedkontor. Dette gjelder for eksempel hva som skal være tilgjengelig av medikamenter på utekontor.

En utfordring med å jobbe med utgangspunkt i hovedkontor og utekontor, er knyttet til at det er mange små stillinger for hjelpepersonellet. Utfordringene handler om å få til opplæring og faglig oppdatering.

Arbeidsavtalene
Arbeidsavtalene er i utgangspunktet ikke helt like for legene. Det er blant annet forskjell på listelengden. Avlønningen er imidlertid i prinsippet den samme. Lønnsavtalen ble av legen sett på som konkurransedyktig, og i tråd med deres preferanser. En av legene kommenterte at alle legene i hans spesialistveiledningsgruppe sa at de ville hatt en slik avtale om de hadde fått det – også de som driver privat. Fordelene som ble trukket fram, handlet om rett til sykepenger, fødselspermisjon med lønn og kurspermisjon. Dette gir trygghet og er ettertraktet for leger i en situasjon med små barn, nykjøpt egen bolig osv. To leger påpekte at lønna kanskje ikke er det viktigste. Det ses på som viktigere, å kunne avslutte arbeidsdagen uten å jobbe så mye overtid.

En av legene kommenterte at lønna er blitt høyere etter at de aktivitetsbaserte tilleggene ble besluttet innført. Lenvik kommune innførte det aktivitetsbasert tillegget[18], fordi takstene ikke ble brukt riktig noe kommunen tapte inntekt på. Dette så man umiddelbart stor effekt av, kommenterte rådmannen i Lenvik. Temaet takstbruk tas ofte opp på fagdagene. Men fagleder kommenterte at selv om de har fokus på dette, kan de fortsatt bli flinkere til å bruke takstene riktig.

Hjelpepersonellet har ikke ekstra lønnstillegg for å betjene utekontor eller tillegg for å pendle inn til Silsand. De skriver vanlig reiseregning for reiser fra utekontoret og til Silsand, i den grad de skal jobbe der. Kjøring har imidlertid kunnet foregå i arbeidstiden hele tiden.

[18] 20 prosent av pasienters egenandel og 20 prosent av refusjonen fra HELFO.

4.3 Samfunnsmedisin

Fastlegene på utekontor er i utgangspunktet ikke involvert i den samfunnsmedisinske tjenesten som for eksempel godkjenning av lokaler, drikkevannsforskriften, smittevern og krise-/beredskapshåndtering. Dette blir ivaretatt av tre kommuneoverleger. En fastlege kommenterte at det er veldig fint å kunne konsultere disse i enkelte sammenhenger, fordi de kjenner regelverket så godt. Fra de små kommunenes side, ble det kommentert at det fungerer godt med samfunnsmedisintjenesten fra tre ulike kommuneoverleger, men det er litt utydelig hvilke roller de tre ivaretar seg imellom. Det løses imidlertid ved å ta kontakt med en av dem, så blir henvendelsen eventuelt sendt videre.

4.4 Legevakt og lokale supplement

Legevakten i det interkommunale legevaktsamarbeidet er 18-delt. Hver dag er delt i tre vakter. Det blir derfor ca en vakt i uka på 8 timer for hver lege som deltar i vaktordningen. Det var en utbredt oppfatning blant informantene om at den interkommunale legevakta fungerer veldig bra, med kompetente sykepleiere og bra utstyr. Legene selv så på tilbudet om legevakt til befolkningen i de små kommunene som bra. Det er lang reisevei for enkelte pasienter inn til legevakt, men ikke uforsvarlig. Kvaliteten ses på som bedre enn å ha en lege eller legevikar alene uten hjelpepersonell på vakt i kommunen.

Allmennmedisinsk legevakt er imidlertid organisert slik at vakt kommer i tillegg til 100 prosent stilling som fastlege. Denne belastningen fører til at enkelte leger ber om fritak fra vakt i perioder. Senjalegen avdeling Silsand deltar ikke i daglegevakten på Finnsnes, men har sine egne ø-hjelpstimer. Dette innebærer at pasienter fra de små kommunene skal til hovedkontoret på Silsand eller utekontorene hvis de oppsøker legevakt på dagtid.

Tre endringer har skjedd siden oppstarten av Senjalegen, som har betydning for kapasiteten til fastlegene. For det første at det innført fri dagen etter legevakt, noe som innebærer at 1-2 leger er borte fra Senjalegen en dag hver uke. For det andre er det innført begrensninger i tilstedevakt når man skal ha nattevakt. Dette innebærer oftere vakt, men kortere vakter. For det tredje har den nye akuttforskriften bestemmelser om at det skal være bakvakt på legevakt hvis legevaktslegen har arbeidet mindre enn ett år som allmennlege eller har færre enn 40 legevakter bak seg, og hvis vedkommende i tillegg mangler kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Ansatte merker godt på driften av Senjalegen at man sitter igjen med få leger nå når legene har fri dagen etter nattevakt. Fagleder forsøker å omrokere så ikke utekontordagene blir skadelidende. Men det kan være vanskelig å få det til.

First Responder-tilbudet (FR) er et supplement til den ordinære akuttkjeden. Det ble etablert da seks kommuner i Midt-Troms i 2010 startet pilotprosjektet «Mens du venter på ambulansen». Det er i første rekke deltidsbrannvesen, og i noen tilfelle også helsepersonell, som er førstehjelpere. De får grunnleggende opplæring og årlig re-trening. Totalt er det 11 FR-grupper på Senja. FR sendes ut der de er nærmest, ved hjertestans og andre livskritiske hendelser, hvor ventetiden på ambulansen er over 20 minutter. I småkommunene er det stasjonert ambulanse på Stonglandseidet (Tranøy), i Gryllefjord (Torsken)og i Senjahopen (Berg). Det hevdes at FR i ni av 10 tilfeller er på plass før ambulansen når det skjer noe. Det skyldes i all hovedsak lange avstander mellom ambulansestasjon og der hendelser skjer, og samtidighetsproblematikk i ambulansetjenesten. Informantene så generelt på FR som et bra supplement. Det ble imidlertid pekt på at ordningen er dyr for kommunene selv om den bygger på en allerede finansiert brannberedskap, fordi alle i FR-gruppen på stedet alarmeres og honoreres for oppmøte ved hendelser. Det ble også uttrykt bekymring for at FR-tilbudet kan brukes som argument for ytterligere sentralisering av ambulansetjenesten.

4.5 Offentlig legearbeid og samarbeid mellom de små kommunene og Senjalegen

Det offentlige allmennmedisinske legearbeidet i småkommunene omfatter blant annet tilsyn på sykehjem og helsestasjonsarbeid. Et eksempel på omfanget av ukentlig offentlig legearbeid i en småkommune, er visitt på sykehjem en halv dag hver uke, helsestasjon en halv dag annenhver uke, og en halv dag hver måned er det dialogmøter med NAV.

Det er fire sykehjem i de små kommunene og dekningsgraden varierer mye. Den er høyest i Torsken og lavest i Tranøy. Torsken kommune har valgt å opprettholde sykehjem og har ikke egen hjemmetjeneste; hjemmetjenesten ivaretas av de som arbeider på sykehjemmet. Til sammenligning har Berg en godt utbygd hjemmetjeneste. Tranøy kommune har i forbindelse med samhandlingsreformen bygd ned sykehjemsplasser til fordel for å bygge opp hjemmetjenesten.

Sykehjemmet har derfor begrenset kapasitet. Det innebærer at pasienter som skrives ut fra sykehus ofte skal enten hjem eller til hjemmetjenestestyrte institusjoner. Her er det ikke fast legetilsyn og heller ikke sykepleiere hele døgnet. Den ulike organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten skaper altså ulike rammevilkår for fastlegene i Senjalegen.

En fastlege pekte på at omfanget av det offentlige legearbeidet i liten grad er definert når fastlegene er på fastlønn, i motsetning til hvis fastlegene er privatpraktiserende. De gjør de oppgavene som kreves.

Fastlegen er til stede på sykehjemmet en dag i uka. For øvrig er legen tilgjengelig for telefonkonsultasjon. Legene oppfattet at de stort sett har et godt samarbeid med sykehjemmene. Det ble pekt på at det er en fordel at sykepleierne er stabile og har vært der lenge. De er flinke til å sile ut hvilke pasienter som trenger lege mest. Flere fastleger syntes at de har knapp tid på sykehjemmene.

Fastlegen er til stede på helsestasjon hver andre eller tredje uke. Det er en oppfatning av at det i starten var store utfordringer i enkelte kommuner med å koordinere samarbeidet med fastlegen på helsestasjonen. Fra de små kommunens side knyttes utfordringene til at kommunen ikke kunne instruere Senjalegen til å gjøre slik som helsestasjonen ønsket, siden Senjalegen var styrt fra Lenvik, og fulgte de prosedyrer og rutiner som Lenvik har. Etter hvert har man imidlertid blitt enige om rutiner for samarbeidet.

Samhandlingsklimaet

Fastlegene samhandler i veldig liten grad med kommuneadministrasjonen i de små kommunene. I en av de små kommunene er imidlertid fastlegen litt med som medspiller i noen lokale arbeidsgrupper. Hvis rådmennene har noe å ta opp med legetjenesten, så tar de det opp med Lenvik kommune, noe de synes fungerer bra. Rådmannen i Lenvik sitter i Lokalt Samarbeidsutvalg (LSU), og har gjennom dette en direkte link til fastlegene. Fastlegene ga uttrykk for at samarbeidsklimaet med administrasjonen er bra, og at administrasjonen er dyktig. Generelt ble det pekt på at det å være et større fellesskap, som i Senjalegen, gir større pondus og er lettere hvis man skal stå opp mot kommunen når man er uenig.

4.6 IT, telefonsystem og lokaler

Lenvik kommune har ansvaret for IT og de små kommunene har ansvar for telefonsystemer og lokaler på utekontorene.

IT

IT-systemet oppfattes som sårbart. IT-ansatte i Lenvik oppfattes som flinke og hjelpsomme, men langt unna legekontorene. Det er få ansatte som kan hjelpe, de har mye å gjøre og er vanskelige å få tak i. Mye ordnes gjennom fjernhjelpsystemet, men det ble pekt på at det tar lang tid å få skiftet pc eller lagt en ny kabel. IT-systemet har vært til frustrasjon for enkelte av hjelpepersonellet. En informant nevnte at de var tre uker på help-desken uten at noe skjedde.

Eksempler som ble nevnt, var skrivere som ikke fungerer, og program som ikke kjører som de skal. Dette har ikke skapt livstruende situasjoner, ifølge hjelpepersonellet, men det forsinker arbeidet. De må sende pasienten hjem og be dem om å komme tilbake en annen gang.

Noen utekontor får litt hjelp fra IT-personell i de små kommunene, selv om alle vet at det er Lenvik som har ansvaret. Journalsystemet som leveres fra eksterne leverandører, ble oppfattet som en utfordring. Senjalegen bruker Winmed 3, noe de ønsker å bytte ut med Infodoc. Det ble sett på som en utfordring at legevakten fortsatt har Winmed 2, for versjon 3 kan ikke brukes der.

Fastlegene i Senjalegen bruker PLO-meldinger i samhandlingen med sykehjemmene. Man har foreløpig ikke elektronisk meldingssamarbeid med sykehus. Legene oppfattet det som enklere og mer effektivt å gi beskjed til sykehjem og hjemmetjeneste gjennom meldinger sammenlignet med å ringe.

Telefon
Det er ikke samme telefonsystem på Silsand som på utekontorene. Hver kommune har ansvar for sitt telefonsystemet. Det var utekontoret på Stonglandseidet som hadde de største problemene med telefonsystemet. Hjelpepersonellet mottok mange klager, fordi folk opplever feil på telefonsystemet og at de ikke kommer frem. Sifjord har et system med kun en linje inn, og de som ringer får ikke opptattsignal hvis telefonen er opptatt. Videre ble det pekt på at det kan være vanskelig å komme igjennom til Silsandkontoret på telefon.

Lokaler
Lokalene til utekontorene varierer mye i kvalitet. Lokalene på Silsand ble ansett som veldig greie, men litt små. Laboratoriet er nettopp utvidet. Skaland ble ansett som det utekontoret som er mest egnet, med egen lab og fra 2014 egen skadestue. Tidligere prioriterte man å ha helsesøster i disse lokalene på legekontoret, noe som medførte at akutt syke måtte tas inn på legekontoret, og dette stoppet flyten i pasientkonsultasjonene. Lokalene i Gryllefjord ble ansett som verst og for dårlig. Det er meget lytt der. For legene har dette den konsekvens at de ikke kan gjøre jobben som de ønsker. De kan ikke spørre en pasient om intime ting når andre sitter i rommet ved siden av og kan høre hva som blir sagt. På Stonglandseidet ble det også tatt opp at det er lytt mellom skadestue og kontorene. Lokalene ble ansett som litt upraktiske med at de er lange og smale og vanskelige å møblere.

4.7 Kapasitet og bemanning

Kapasitet og bemanning er endret med oppstarten av Senjalegen. Det er færre dager åpent på utekontorene i Senjalegen enn det var før Senjalegen ble opprettet. Til sammen 13 legedager (9 dager med fastlege og 4 dager med turnuslege) hver uke på de fire utekontorene (se kapittel 2). Rett før oppstart av Senjalegen var det 15 legedager med fastlege/vikar og 5 turnuslegedager. På det tidspunktet, hadde imidlertid ca 1 000 av innbyggerne i småkommunene fastlege på Finnsnes, slik at det var færre pasienter å betjene på utekontorene. Et eksempel fra Skaland, viser at det er fire legedager per uke nå (to legedager og to turnuslegedager), mens det inntil et halvt år før Senjalegen startet var fem legedager pluss fem turnuslegedager, noe som må betegnes som en uvanlig høy kapasitet. Hjelpepersonellet på Skaland arbeidet 5+5 dager før, og nå er det 2+2 dager. Hjelpepersonellet fortalte om en stor overgang:

> «*Dagene er ekstremt hektiske; skal gjøre på to dager det vi tidligere gjorde på fem dager. Så har vi pasienter som ikke orker å reise inn til Silsand. Når det da kommer pasienter hit på kontoret som har vært syk i helga, og jeg spør hvorfor de ikke har ringt eller reist til legevakta på Silsand… Nei da orker de ikke reise helt til Finnsnes når de vet at det kommer en doktor hit. Men vi har lite ø-hjelp timer her*.»

Hjelpepersonell både på Skaland og på de andre utekontorene pekte ikke på noe spesielt som blir skadelidende av de hektiske dagene. En av dem viste til at de noen ganger sitter over arbeidstiden for å klare å ta unna, kanskje for å skrive resepter i etterkant, slik at alt er gjort før man går for dagen.

Tidligere år har Senjalegen hatt 4-5 uker sommerstenging. Fra 2014 gikk styringsgruppen inn for å ha sommerstengt i tre uker. Det ble sett på som en utfordring med drifta og lite hensiktsmessig å sette inn vikarer, både for lege og hjelpepersonell. I 2015 var det sommerstengt i fire uker på de fleste utekontorene. Flere kommenterte at sommerstenging er noe man må kunne leve med. Man forsøker å få det til slik at det ikke blir så store konsekvenser for pasientene. En ordfører påpekte imidlertid at han var utilfreds med sommerstenging.

Vanskelig for nye innbyggere å få fastlege i Senjalegen
Alle informantene oppfattet at det er en stor utfordring for nye innbyggere i utekommunene å få fastlege i Senjalegen. Alle de tre små kommunene har hatt, eller har i dag, tilstrømning av nye innbyggere enten gjennom asylmottak eller arbeidsinnvandring. Fra flere informanter ble det løftet frem at det er spesielt arbeidskrevende for legetjenesten når kommunen tar imot flyktninger. Bakgrunnen for dette er at flyktninger skal ha førstegangsundersøkelse, noe som krever dobbelttime. Det tas mange prøver som skal følges opp, noe som er tidkrevende. Førstegangsundersøkelser er noe som kommer i tillegg til ordinære legebesøk.

Det ble poengtert at det burde være slik at alle som flytter til en av utekommunene, burde få Senjalegen som fastlege. Når folk ikke får fastlege lokalt, må de få legetime andre steder. Nærmeste ledige liste var per mai i nabokommunen Sørreisa. Dette gjør det vanskelig ikke bare for innbyggeren selv, da det er begrensa bussforbindelse fra Senja via Finnsnes til Sørreisa – og tilbake. Men det blir også mer komplisert for samarbeidspartnere som NAV, når de skal ha møter som krever deltakelse fra fastlegen.

For å gi nye innbyggere en mulighet til fastlege i Senjalegen, gir legetjenesten småkommunene beskjed så fort det er ledig listekapasitet. Slik kan de forsøke å få inn de som de prioriterer å få inn, enten det er eldre som hjemmetjenesten har ansvar for, eller flyktninger.

Siling av pasienter til utekontor
Ventetiden er lengre på utekontorene enn den er på Silsandkontoret. Pasientene i småkommunene ønsker først og fremst å komme på utekontoret. Hjelpepersonell fortalte at dette blant annet medfører at ø-hjelpstimene ofte går til innbyggere som egentlig ikke har legen på utekontoret som sin fastlege. En forklaring er at man forsøker å ivareta hele befolkningen på stedet, ikke bare de som har utekontorlegen som fastlege. Alternativet er at pasientene som har fastlege på Finnsnes, også må inn til Finnsnes på daglegevakten for ø-timer.

Flere informanter var opptatt av silingen av pasienter til utekontor; hvem som skal få time der og hvem som kan få time på Silsand. Hjelpepersonell oppfattet det slik at pasientene etter hvert lærer at de kan ringe til Silsand når det ikke er utekontordag. De prøvde å få de yngre til å kjøre til legekontoret på Silsand. De prøver å ta hensyn til de som er eldst slik at de får timen sin på utekontoret. Samtidig er det slik at noen pasienter ønsker time på Silsand fremfor på utekontoret hvor alle kjenner alle.

Lange ventetider
Fastlegeforskriften stiller krav til ventetid på telefon og til at pasienter skal få time innen fem dager. I følge fagleder strevde de litt med å ta unna telefoner spesielt på morgenen, men at det ellers går greit med tanke på ventetid på telefon. Det å gi time innen fem dager klarer de imidlertid ikke. Pasienter får enten ø-hjelpstime samme dag eller de må vente på time i mer enn fem dager. Noen innbyggere klager over er at de må vente for lenge på legetime.

Rådmenn og ordførere i de små kommunene registrerte i liten grad klager på ventetiden. Men det gjorde hjelpepersonellet:

> «…. *Vi får høre noen ferske strofer. Det er jo vi som får skyllebøttene. Jeg har full forståelse for at folk er fortvilet. Vi blir jo fortvilt vi også som skal dele ut timer som ikke finnes*.» (Hjelpepersonell)

Ventetiden på å få legetime hos Senjalegen var tre til fire uker per mai 2015, da intervjuene ble gjort. Ventetiden var kortest i Sifjord og på Skaland. Det ble sagt at ventetiden var lengre enn det den vanligvis er. Det ble hevdet at det på Stonglandseidet og i Gryllefjord er normalt med ventetid på tre til fire uker, mens det på Skaland var nede i en ukes ventetid per januar 2015.Ventelistene bygger seg vanligvis opp de første ukene etter turnusskifte hvert halvår (1.2 og 1.9), eller når fastlegen er på kurs.

Ventetiden er det som gjør arbeidsdagen tung og slitsom, og skaper stress, uttalte en lege. Ved lang ventetid, blir ø-timene fylt opp temmelig fort, og så må man begynne å sende øvrige ø-hjelpspasientene innover til Silsand eller Finnsnes. Ingen visste sikkert hvorfor ventetiden har blitt såpass lang. En av ordførerne stilte spørsmål ved om hvor det er det glipper – og om det er nok leger.

Lang ventetid skyldes alderssammensetning, turnusleger, vikarbruk og arbeidstempo
Det ble lansert ulike forklaringer på hva som påvirker ventetiden, i tillegg til *listelengde.* Når det gjelder listelengde, så var det ulike oppfatninger blant informantene av om listelengden til Senjalegene er kort nok. Det er en plan om at enkelte leger skal redusere listen og at det skal skje ved naturlig avgang. Det vil si at reduksjonen kommer til å skje over lang tid.

En annen forklaring på ventetiden kan være *alderssammensetningen i befolkningen* (listepopulasjonen). En yngre listepopulasjon betyr at færre er syke og trenger legehjelp. En fastlege fortalte at dette har vært diskutert og at det på det tidspunktet var svært skjev alderssammensetning på de enkelte listene. Andelen innbyggere over 65 år varierte mellom 20 og 40 prosent på listene. Vi har ikke oversikt over alderssammensetningen på listene i dag. Imidlertid viser befolkningsdata fra SSB at andelen av befolkningen som var 67 år og eldre i 2015, var høyest i Torsken (23,4 prosent) og Tranøy (23,1 prosent), og lavest i Berg (20,1 prosent).

En tredje forklaring på ventetiden, er hvilken kompetanse og ressurser som finnes på utekontoret i tillegg til fastlegen. Dette gjelder på den ene siden *fordelingen av turnusleger*. I Sifjord og på Skaland er alltid turnuslege med på utekontor, mens i Gryllefjord har turnuslegene kun en av to dager i uka, Stonglandseidet har ikke turnuslege i det hele tatt. Turnuslegen kan ta konsultasjoner med utekontorlegens listepasienter, og med litt veiledning det offentlige legearbeidet som visitt på sykehjem og helsestasjon. På den andre siden gjelder dette *hjelpepersonellets kompetanse og kontortid* som for eksempel på Skaland består av sykepleier og bioingeniør fra klokka åtte om morgenen til halv fire om ettermiddagen. Skaland har åpent legekontor ½ dag per måned, som bioingeniøren bruker til å ta unna på egen liste: «*Vi kunne trengt mer tid her uten lege. Den halve dagen er gull verdt*.» I Sifjord og på Stonglandseidet er det verken sykepleier eller bioingeniør som hjelpepersonell. Åpningstiden på legekontoret i Gryllefjord er begrenset av reisingen ut fra Silsand.

En fjerde faktor som kan tenkes å påvirke ventelistene, er *bruken av vikarer*. Det ble kommentert at det er mange vikarer som ikke klarer å henge med i tempoet. Man bør være en dreven lege fordi det er krevende å jobbe på et travelt utekontor, mente en av legene. Det fungerer ikke å være usikker og bruke lang tid. På en andre siden vil det også være en del ting å ta tak i for en lege som kommer inn etter en vikarperiode. Det hevdes at vikarer har lettere for å skrive ut medisiner, i stedet for å drive mer langsiktig oppfølging, for eksempel av

pasienter med høyt blodtrykk. En fastlege pekte på at når legene får mer tilhørighet til kontor og pasient, vil man ta et større ansvar og arbeide mer langsiktig, noe som er spesielt viktig for pasienter med kroniske sykdommer.

I tillegg til de nevnte forklaringene, vil også ulikheter i den enkelte leges *arbeidstempo* være en faktor som påvirker ventelistene.

Skjevfordeling
Tranøy har kommet dårligst ut når det gjelder antallet legedager per innbygger. Tranøy er den største av småkommunene med 1 544 innbyggere og har fire legedager per uke på Stonglandseidet. Det er imidlertid riktigere å legge til grunn befolkningen som sokner til de enkelte utekontor, og sett slik har befolkningen i søndre del av Tranøy den høyeste legedekningen (Tabell 9). Torsken som har 844 innbyggere, har fem legedager per uke. Berg har 905 innbyggere og fire legedager. Forskjellene er tydeliggjort med indikatoren for antall legedager per innbygger i hver kommune (Tabell 7), som viser en indikator for Torsken på hele 4,9, mens indikatoren for Tranøy er kun 1,9. Hvis vi ser litt lengre tilbake i tid, var det Tranøy som hadde best legedekning i 2000[19], mens Torsken kom dårligst ut (Tabell 3 i Fylkesmannens utredning).

Forhold som er tatt opp under forklaringer på ventetiden, forsterker skjevfordelingen mellom utekontorene som skyldes antallet legedager. Dette er fremstilt i Tabell 10. Tabellen oppsummerer forhold som fører til skjevfordeling mellom utekontorene i form av et plusstegn i de tilfeller hvor utekontoret kommer relativt godt ut, og et minustegn i tilfeller der utekontoret kommer dårlig ut, sammenlignet med de øvrige kontorene. Sett under ett så har Skaland full uttelling både på turnuslege og hjelpepersonellets kompetanse samt full åpningstid, og en yngre listepopulasjon enn de øvrige. Sifjord har kun en åpningsdag per uke, men også den aller minste befolkningen. De har turnuslege, noe som bidrar til å forklare den relativt korte ventetiden. Stonglandseidet kommer dårlig ut med hensyn til turnuslege og kompetanse, og er også det kontoret som har hatt suverent mest vikarer. Gryllefjord har relativt godt med legedager, men mangler bofast hjelpepersonell og har dermed kortere åpningstid.

Tabell 10: Oppsummering av forhold som fører til skjevfordeling mellom utekontorene mht kapasitet og bemanning

	Antall legedager per innbygger på utekontor	Alders-sammensetning på pasienter	Fordeling av turnus-leger	Hjelpe-personellets kompetanse[20]	Åpningstid per legedag	Sum
Sifjord	+		+	-		+ + -
Gryllefjord					-	+ -
Skaland		+	+	+		+ + +
Stonglands-eidet	+		-	-		+ - -

4.8 Oppsummering
Småkommunene oppfatter det som enklere å kjøpe legetjenester fra en vertskommune sammenliknet med å organisere den selv. Ulempene med vertskommunesamarbeidet, er lengre avstand fra politikerne lokalt i de små kommunene som skal bevilge penger, til de som er ansvarlige for driften av legetjenesten. De økte kostnadene ses også som en ulempe fra småkommunenes side. En annen ulempe ved vertskommunemodellen er at den oppfattes byråkratisk og krevende for vertskommunen.

[19] I denne utredningen var legedekningen målt i antall innbyggere per lege.
[20] Hvorvidt hjelpepersonellet er sykepleier/bioingeniør eller ikke

Av de dagene legene og turnuslegene samlet sett jobber i løpet av en uke, går 39 prosent med til å betjene de fire utekontorene. Siden en del av arbeidstiden går med til reising, er det bare 31 prosent av de samlede arbeidstimene som brukes til aktivt legearbeid ved utekontorene. Av legenes arbeidsdagene på utekontor, går 27 prosent med til å utføre offentlige oppgaver (3,5 av 13 dager). Dermed er det 9,5 arbeidsdager igjen per uke til pasientkonsultasjoner ved de fire utekontorene (rundt 85 konsultasjoner pluss 31 telefonkonsultasjoner).

Ventetiden for legetime er lengre på utekontorene enn den er på Silsandkontoret. Pasientene i små kommunene ønsker primært å konsultere lege på utekontoret. I følge hjelpepersonell som er intervjuet, medfører dette blant annet at ø-hjelpstimene ofte går til innbyggere som egentlig ikke har legen på utekontoret som sin fastlege.

Det er lansert ulike forklaringer på hva som påvirker ventetiden, i tillegg til listelengde. Når det gjelder listelengde, så er det ulike oppfatninger blant informantene av om listelengden til Senjalegene er kort nok. Det er en plan om at enkelte leger skal redusere sin liste, og at det skal skje ved naturlig avgang. Andre forklaringer på ventetiden kan være alderssammensetningen blant innbyggerne, kompetanse og ressurser på utekontoret (turnuslege og hjelpepersonell), bruk av vikarer og legens arbeidstempo.

Det kan synes som det er behov for en helhetlig gjennomgang av legekapasiteten. Dette sett i lys av at det synes å være større pågang for legetimer ved utekontorene enn det det er kapasitet for, at det er lang ventetid for å få time, at det trengs kapasitet for å ivareta flyktninger, samtidig som man planlegger reduksjon av listelengden til enkelte leger. På en annen side er det generelt slik at økt tilbud genererer økt etterspørsel etter legetjenester.

5 Fagutvikling

Fire av de fem fastlegene i Senjalegen holder på med spesialisering i allmennmedisin, og den femte er spesialist i allmennmedisin og veileder. Det er veiledningsgruppe en gang i måneden, i tillegg til ukentlig veiledning. Fastlegene i spesialisering, reiser ellers bort på kurs. Det tilrettelegges for dette gjennom fri med lønn og ved at andre leger ivaretar kursdeltakeren sine oppgaver mens kurset varer. Senjalegen har siden januar 2013 fått ekstra finansiering fra Helsedirektoratet til systematisk gruppeveiledning av yngre leger under spesialisering i allmennmedisin (Kehlet 2014). Her diskuteres overordnede allmennmedisinske problemstillinger og lokale utfordringer.

Fagleder mente at Senjalegen tilrettelegger bra for at legene skal kunne dra på kurs og prøver å strekke seg langt. Når fire er i spesialisering og jevnlig skal bort på kurs, er konsekvensen at pasientlistene kan oppfattes som for lange, og ventetiden øker.

Fastlegene som driver med spesialisering, oppfattet at Senjalegen legger veldig godt til rette for spesialiseringen. En lege uttrykte det slik:

> «*Senjalegen tilrettelegger godt for spesialisering. Kjempeflott. Det må man få frem når man får nye leger hit*.»

For de som har familie er det imidlertid en utfordring å få tatt det ene året av spesialisering som innebærer sykehustjeneste. Eneste mulighet som ikke innebærer å pendle eller flytte, er å ta tjenesten ved DPS på Finnsnes.

Kompetanseheving for legene utenom spesialisering foregår gjennom smågruppeundervisning en gang i uken, og en til to fagdager per år for ansatte i Senjalegen. Denne tradisjonen er nok ikke så vanlig på andre kontorer, men Lenvik har hatt dette lenge, kommenterte en av legene.

Fagdagene for Senjalegen er for både leger og hjelpepersonell. Inntrykket er at i hvert fall en del av hjelpepersonellet oppfatter at de drar mindre på kurs etter at de begynte i Senjalegen, enn de gjorde da de var ansatt i de små kommunene, selv om Senjalegen har kursbudsjett for hjelpepersonell. Hjelpepersonell kommenterte at den største overgangen fra å være kommunalt ansatt til å bli ansatt i Senjalegen, var å komme i et større faglig miljø, noe som var bra.

6 Kvaliteten på legetjenesten

Hvordan oppfattes kvaliteten på legetjenesten i Senjalegen? Spørsmålet ble stilt både til informantene og til pasientene i en brukerundersøkelse.

6.1 Vurderinger blant politikere og ansatte

Politikerne som er intervjuet, oppfattet alle at kvaliteten på legetjenesten i Senjalegen er god. Vurderingene var også basert på hva de får høre fra befolkningen. De har en oppfatning av at det er lite klager generelt på legetjenesten. Dette selv om det ble hevdet at en del av befolkningen ønsker seg tilbake til gamle dager med distriktslege, noe som politikerne så på som urealistisk å få til i dag. En av dem kommenterte at man nå har mye mer tilgjengelighet til et større system. En rådmann illustrerte oppfatningen av kvaliteten på legetjenesten slik: *«..på skala 0-100 er vi på 100 nå, og en halv tidligere. Vi mister ikke noe med hensyn til kvalitet selv om det er åpent bare to dager i uka.*»

De ansatte oppfattet også at kvaliteten på legetjenesten er god. De var imidlertid usikker på enkelte legevikarer som har vært ansatt. En fastlege tok til orde for at man burde hatt en lege til stede på Silsand hele tiden, slik at kvalitetsproblemer bedre kan fanges opp. En fastlege oppfatter det slik at leger definerer sitt veiledningsbehov selv. «*Hvis man ikke definerer et behov, så får man ikke veiledning*.» Det å ha mulighet for kontinuerlig veiledning var det flere leger som ytret ønske om.

Fastlegene fremhevet at de er en gruppe leger på Silsandkontoret og at det alltid er noen å spørre eller forhøre seg med. Ikke alle var enige i at det er så gode muligheter for kollegaveiledning på hovedkontoret: «*Du jobber stort sett alene både på utekontor og på Silsand. Hvis jeg hadde kommet hit som nyutdannet hadde jeg nok syns det var ganske utfordrende*.»

Flere leger nevnte at når legene får mer tilhørighet til kontor og pasient, tar man et større ansvar og tenker mer langsiktig, noe som påvirker kvaliteten. Det ble hevdet at hvis lister betjenes av legevikarer over lengre tid, oppdager man noen uheldige mønster, for eksempel dårlig oppfølging av høyt blodtrykk eller utskriving av for mye B-preparater. Det ble fremhevet at det er de med kroniske sykdommer som har drar de største fordelene. De som stort sett er friske, er ikke så avhengige av stabilitet i legetjenesten.

Noen leger oppfattet at kapasitetsutfordringer også kan bli kvalitetsutfordringer, hvis dagene blir presset.

Hjelpepersonellet oppfattet også kvaliteten på legetjenesten som god. Flere trakk frem betydningen av at det er stabilitet blant fastlegene, noe som gjør arbeidet mye greiere. Bofast hjelpepersonell pekte også på fordelen med at de kjenner pasientene godt: «*For eksempel en gammel pasient som vi kjenner så godt, som vi vet at ikke klager. Hadde vi ikke kjent han, ville vi sendt han hjem. Men han var syk.*»

6.2 Brukervurderinger

I en evaluering av Senjalegen er det viktig å inkludere brukerne av legetjenesten sitt perspektiv. Kvalitet målt gjennom pasienttilfredshet kan uttrykke flere forhold: 1) egenskaper ved pasientene (forventninger til tjenesten), 2) prosesser i møtet mellom helsepersonell og pasient (informasjon og opplevelse av omsorg), 3) strukturelle og organisatoriske forhold ved legetjenesten, samt 4) opplevelse av resultatet av behandlingen.

I denne evalueringen har vi valgt å undersøke punkt 2 og 3 nærmere med vekt på erfaringer med fastlegetjenesten og fastlegen. For å ha et sammenlikningsgrunnlag for Senjalegen, har vi tatt utgangspunkt i Innbyggerundersøkelsen med tilhørende brukerdel om fastleger som

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) gjennomførte i 2015. Dette er nærmere beskrevet i metodekapitlet (se kap. 1.4.4).

I det videre presenterer vi og sammenlikner svar fra brukerundersøkelsen av Senjalegen og av den landsomfattende undersøkelsen fra Difi. Analysen er strukturert slik at vi først presenterer og sammenlikner resultater om Senjalegen med resultater for hele landet. Deretter presenterer vi resultater som gjelder personer som er bosatt i småkommunene på Senja, med resultater fra den landsomfattende undersøkelsen som gjelder for personer som er bosatt i små kommuner i hele landet (dvs. kommuner med under 5 000 innbyggere).

6.2.1 Erfaring med fastlegetjenesten

Tabell 11 viser at respondentene som svarte om Senjalegen, i gjennomsnitt var noe mindre fornøyd med åpningstider, avstand til fastlegekontor, ventetiden på telefon og på å få time, og noe mer fornøyd med lokalenes generelle tilstand sammenliknet med de som svarte i den landsomfattende undersøkelsen. Men forskjellene er små og ikke statistisk signifikante (p-verdi > 0,05). En forskjell i gjennomsnitt betegnes som statistisk signifikant (p-verdi < 0,05), dersom det er lite sannsynlig at forskjellen har oppstått tilfeldig. Vi regner altså forskjeller som ikke er statistisk signifikante, som om de kan ha oppstått tilfeldig. Det er bare forskjeller som er statistisk signifikante som regnes som reelle forskjeller.

Vi finner samme resultat om vi bare sammenlikner de som er bosatt i småkommunene på Senja, med de som er bosatt i småkommuner på landsbasis (se Tabell 12). De som er bosatt i småkommunene både på Senja og i hele landet, var gjennomgående omtrent like fornøyd med alle de fem forholdene det er spurt om når det gjelder fastlegetjenesten, sammenliknet med alle som er spurt om Senjalegen og hele det landsomfattende materialet (se Tabell 11 og 12).

Respondentene var gjennomgående minst fornøyd med ventetiden på telefon, både på Senja og i resten av landet.

Tabell 11: Tenk på din erfaring med fastlegetjenesten i Senjalegen. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende forhold? (Svarskala: 1= svært misfornøyd – 7 = svært fornøyd). Sammenlikning av Senjalegen med svar fra hele landet.

Erfaring med:	Senjalegen		Hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Åpningstidene	5,71	90	5,76	4 088	0,800
Avstanden fra fastlegekontoret til der du bor	5,75	92	6,04	4 094	0,117
Lokalenes generelle tilstand	6,18	90	5,92	4 085	0,081
Ventetiden på telefon	4,81	97	4,73	3 759	0,664
Ventetiden på å få time	5,16	98	5,24	4 005	0,694

Tabell 12: Tenk på din erfaring med fastlegetjenesten i Senjalegen. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende forhold? (Svarskala: 1= svært misfornøyd – 7 = svært fornøyd). Sammenlikning av svar fra respondenter bosatt i småkommunene på Senja med svar fra respondenter bosatt i småkommuner i hele landet.

Erfaring med:	Småkommuner på Senja		Småkommuner i hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Åpningstidene	5,46	61	5,72	404	0,274
Avstanden fra fastlegekontoret til der du bor	5,64	61	5,99	395	0,162
Lokalenes generelle tilstand	6,00	61	5,88	392	0,187
Ventetiden på telefon	4,52	65	4,93	362	0,129
Ventetiden på å få time	4,88	66	5,12	391	0,365

Respondentene som svarte om Senjalegen, var like fornøyd som resten av landet, med muligheten for å snakke med fastlegen og med å legge fram sin sak uforstyrret for legen (se Tabell 13). De var signifikant mer fornøyd med muligheten for å legge fram din sak uforstyrret for legesekretæren på forkontoret/venterommet og å fremføre en klage til eller på fastlegen.

Vi fant omtrent samme resultat om vi bare sammenlikner de som er bosatt i småkommunene på Senja, med de som er bosatt i småkommuner på landsbasis (se Tabell 14). Igjen ser vi at de som er bosatt i småkommunene både på Senja og i hele landet, oppgir større vanskeligheter med de fire forholdene det er spurt om, sammenliknet med alle som er spurt om Senjalegen og hele det landsomfattende materialet (se Tabell 13 og 14). Forskjellene er imidlertid ikke signifikante.

Tabell 13: Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? (Svarskala: 1= svært vanskelig – 7 = svært lett). Sammenlikning av Senjalegen med svar fra hele landet.

	Senjalegen		Hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Å snakke med fastlegen	6,04	93	6,04	4 087	0,998
Å legge fram din sak uforstyrret for legen	6,45	93	6,26	4 032	0,100
Å legge fram din sak uforstyrret for legesekretæren på forkontoret/venterommet	5,93	89	5,26	3 509	<0,001
Å fremføre en klage til/på fastlegen	5,63	40	4,51	4 086	0,001

Tabell 14: Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? (Svarskala: 1= svært vanskelig – 7 = svært lett). Sammenlikning av svar fra respondenter bosatt i småkommunene på Senja med svar fra respondenter bosatt i småkommuner i hele landet.

	Småkommuner på Senja		Småkommuner i hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Å snakke med fastlegen	5,82	62	5,92	394	0,675
Å legge fram din sak uforstyrret for legen	6,31	62	6,18	382	0,438
Å legge fram din sak uforstyrret for legesekretæren på forkontoret/venterommet	5,71	58	5,52	337	0,414
Å fremføre en klage til/på fastlegen	5,17	24	4,54	393	0,250

6.2.2 Erfaring med fastlegen

De som har svart om Senjalegen, var gjennomgående mer fornøyd enn folk i hele landet med fastlegens faglige kompetanse, muligheten for rask behandling, oppfølgingen og alt i alt med fastlegen (se Tabell 15). Men forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Hvis vi bare ser på respondentene fra småkommunene, er resultatet det samme (se Tabell 16). Men igjen ser vi samme tendens som tidligere – at respondentene i småkommunene er mindre fornøyd enn materialet sett under ett både i Senjalegen og på landsbasis (se Tabell 15 og 16). Men igjen er det ikke-signifikante forskjeller.

Tabell 15: Tenk på den erfaringen du har med fastlegen. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende forhold? (Svarskala: 1= svært misfornøyd – 7 = svært fornøyd). Sammenlikning av Senjalegen med svar fra hele landet.

Erfaring med:	Senjalegen		Hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Fastlegens faglige kompetanse til å gi deg god behandling	6,35	83	6,13	4 025	0,116
Fastlegens mulighet til å behandle deg raskt	6,09	80	5,89	3 959	0,214
Fastlegens evne til å følge deg opp	6,06	84	5,77	3 808	0,092
Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med denne fastlegen?	6,28	86	6,14	4 188	0,335

Tabell 16: Tenk på den erfaringen du har med fastlegen. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende forhold? (Svarskala: 1= svært misfornøyd – 7 = svært fornøyd). Sammenlikning av svar fra respondenter bosatt i småkommunene på Senja med svar fra respondenter bosatt i småkommuner i hele landet.

Erfaring med:	Småkommuner på Senja		Småkommuner i hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Fastlegens faglige kompetanse til å gi deg god behandling	6,25	64	5,98	384	0,131
Fastlegens mulighet til å behandle deg raskt	6,00	62	5,73	377	0,162
Fastlegens evne til å følge deg opp	5,94	65	5,72	364	0,305
Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med denne fastlegen?	6,26	65	6,01	408	0,156

Respondentene hadde høy grad av tillit til fastlegen både i Senjalegen og i hele landet (se Tabell 17). Det samme gjelder for respondentene fra småkommunene (se Tabell 18). Det var så å si ingen forskjell mellom respondenter bosatt i småkommunene på Senja og hele Senjalegen når det gjaldt spørsmål om tillit til fastlegen.

Tabell 17: Tenk på den erfaringen du har med fastlegen. Hvor stor eller liten tillit har du til denne fastlegen? (Svarskala: 1= svært liten tillit – 7 = svært stor tillit). Sammenlikning av Senjalegen med svar fra hele landet.

Erfaring med:	Senjalegen		Hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Hvor stor eller liten tillit har du til fastlegen?	6,31	84	6,13	4 157	0,220

Tabell 18: Tenk på den erfaringen du har med fastlegen. Hvor stor eller liten tillit har du til denne fastlegen? (Svarskala: 1= svært liten tillit – 7 = svært stor tillit). Sammenlikning av svar fra respondenter bosatt i småkommunene på Senja med svar fra respondenter bosatt i småkommuner i hele landet.

Erfaring med:	Småkommuner på Senja		Småkommuner i hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Hvor stor eller liten tillit har du til fastlegen?	6,30	64	6,01	400	0,103

Når det gjelder hvorvidt fastlegen er nær opp til idealet, ga respondentene som svarte om Senjalegen høyere vurderinger enn resultatene på landsbasis. Dette gjelder både for hele Senjalegen og for respondenter fra småkommunene på Senja (se Tabell 19 og 20). Men forskjeller i vurderingene var ikke statistisk signifikante.

Tabell 19: Tenk deg den ideelle fastlegen. Hvor nær opp til dette idealet er fastlegen du har erfaring med? (Svarskala: 1= svært fjernt fra idealet – 7 = svært nær idealet). Sammenlikning av Senjalegen med svar fra hele landet.

Erfaring med:	Senjalegen		Hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Hvor nær opp til dette idealet er fastlegen du har erfaring med?	6,05	76	5,89	4 046	0,303

Tabell 20: Tenk deg den ideelle fastlegen. Hvor nær opp til dette idealet er fastlegen du har erfaring med? (Svarskala: 1= svært fjernt fra idealet – 7 = svært nær idealet). Sammenlikning av svar fra respondenter bosatt i småkommunene på Senja med svar fra respondenter bosatt i småkommuner i hele landet.

Erfaring med:	Småkommuner på Senja		Småkommuner i hele landet		p-verdi
	Gj.snitt	n	Gj.snitt	n	
Hvor nær opp til dette idealet er fastlegen du har erfaring med?	6,0	56	5,79	394	0,272

6.3 Oppsummering

Kvaliteten på Senjalegen vurderes å være god både blant politikere, ansatte og brukere av Senjalegen. Respondentene på Senja var signifikant mer fornøyd enn respondentene i den landsomfattende undersøkelsen med muligheten for å legge fram sin sak uforstyrret for legesekretæren på forkontoret/venterommet og å fremføre en klage til eller på fastlegen. På alle de øvrige elementene som ble vurdert, var vurderingen av legetjenesten blant respondentene på Senja på nivå med vurderingene på landsbasis.

7 Senjalegen i dag og i fremtiden

I dette kapitlet beskrives informantenes syn på framtidsutsiktene for Senjalegen, og hva de pekte på som sannsynlige alternativer til dagens organisering. Dette suppleres av beregninger av fremtidig behov for konsultasjoner med allmennlege.

7.1 Framtidig legebehov i de små kommunene

Basert på befolkningsframskriving av antall innbyggere og andelen eldre, har vi regnet på fremtidig legebehov i de tre små kommunene, med utgangspunkt i at eldre innbyggere i gjennomsnitt har flere konsultasjoner hos fastlege per år enn yngre[21]. Antallet konsultasjoner er gjennomsnittlig 2,6 per år for en gjennomsnittsbefolkning, men varierer fra gjennomsnittlig 5,2 per år for aldersgruppen 80-89 år, og 4,2 per år for aldersgruppen 67-79 år, til 1,2 per år for 6-15 år og 1,6 for gruppen 16-19 år.

Konklusjonen på vår utregning er at antallet konsultasjoner det vil være behov for i neste tiårsperiode ikke faller så raskt som innbyggertallet er beregnet å falle de kommende ti år, fordi andelen eldre i befolkningen øker. Dette gjelder for Torsken og Tranøy, hvor SSBs befolkningsframskriving spår en befolkningsnedgang på henholdsvis 7,2 og 4,3 prosent de neste ti år. Utregningen viser at behovet for konsultasjoner vil falle med henholdsvis 4,7 og 2,5 prosent i samme periode. For Berg har SSB antatt en befolkningsvekst på 0,4 prosent de neste ti år, og utregningen viser at behovet for konsultasjoner vil øke med 2,5 prosent.

7.2 Framtidsutsiktene for utekontororganiseringen

Det ble pekt på at utekontor er viktig for beredskapsfølelsen til innbyggerne. Det ble stilt spørsmål ved hva man skulle gjøre med akuttsituasjonene uten utekontor.

Det er kun veien til ett av utekontorene, Stonglandseidet, som ikke er så utsatt i vintervær. Fra de øvrige stedene med utekontor ble det hevdet at man ikke pendler til Finnsnes på grunn av tidvis vanskelig framkommelighet og skredfare. Det ble imidlertid pekt på at Sifjord nå får rassikring, og at det derfor blir sikrere å kjøre pasienter derfra til legekontor på Silsand.

For å tilpasse seg det faktum at det er få legetimer på utekontordagene, ble det foreslått at man i fremtiden er mer kritisk til hvem som absolutt må ha timen sin på utekontoret, og at dette tilbudet må være for de som trenger et tjenestetilbud nært. Det ble vist til at de øvrige kan reise inn til legekontoret på Silsand.

Det var en utbredt oppfatning om at det ikke vil være et alternativ å gå tilbake til den gamle modellen, med separat legetjeneste i hver av de små kommunene. For det første på grunn av rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer; man så det ikke som realistisk å klare å rekruttere leger til solopraksis, og fryktet nye vikarstafetter. Et annet argument som har kommet de siste årene, er at det har blitt nye og mer omfattende krav til drift av legetjenesten. Dette gjelder for eksempel spesifikke kvalitetskrav, men også krav om at legetjenesten i større grad skal integreres med øvrige helsetjenester i kommunen. Egen legetjeneste i hver småkommune ble i liten grad sett som et realistisk alternativ, men var likevel det mange sammenlignet med når de mindre positive sidene (som for eksempel kostnadene) ved dagens Senjalege ble diskutert.

For Tranøy, som er den største av de tre småkommunene, ble det av enkelte sett på som aktuelt med egen legetjeneste med to fastleger, med lege som er kvalifisert for å ta samfunnsmedisinske oppgaver. Det ble imidlertid ikke sett som aktuelt å ha en kommunal

[21] Multipliserer med gjennomsnittlig antall konsultasjoner per person i ulike aldersgrupper, hentet fra SSB Allmennlegetjenesten, 2014. *https://www.ssb.no/fastlegetj*. SSBs framskrivingsalternativ MMMM for 2015 er lagt til grunn. Utregningen forutsetter at terskelen for å søke lege ikke endres i perioden. Se vedlegg 3, Tabellene 1-3.

todelt legevaktordning. Samtidig ville det bare være aktuelt med to fastleger såfremt størstedelen av innbyggerne i Tranøy bruker disse legene, noe det ble hevdet at de ikke gjorde da Tranøy hadde egen legetjeneste med legekontor på Stonglandseidet og utekontor i Vangsvik. Det vil være sannsynlig at kun innbyggerne i sør vil bruke legekontoret på Stonglandseidet i sør og at de om lag 900 innbyggerne i den nordlige delen av Tranøy fortsatt vil bruke legekontorene på Silsand og Finnsnes.

En annen modell som ble trukket fram som mulig, var et samarbeid i kun de tre små kommunene. Et argument som ble fremmet til fordel for dette, var at tjenesten som i dag kjøpes av Lenvik oppfattes som en kostbar legetjeneste.

Det ble vist til at hvis rammebetingelser skal være som i dag, og generalistkommuneprinsippet fortsatt skal ligge til grunn, så er det bare ett svar på fremtidig organisering av tjenestetilbudet, og det er endring av kommunestrukturen. I utredningen av fremtidig kommunestruktur i regi av Midt-Troms regionråd, utredes også andre modeller enn de fire som Lenvik kommune har vedtatt utredet, som er inndeling som i dag, Lenvik og tre Senjakommuner, Lenvik og legevaktsamarbeidskommunene, og alle åtte medlemskommuner i Midt-Troms regionråd. Informantene ga jevnt over inntrykk av at de er forsont med tanken om at det kommer til å bli kommunesammenslåing av de tre småkommunene og Lenvik, og med eventuelt andre kommuner i tillegg. Noen informanter forutsatte at en kommunesammenslåing ikke vil bety noe for tjenestetilbudet så lenge avstandene og bosettingen er den samme; når det finnes skoler, barnehager, sykehjem og bedrifter i de små kommunene, ses det på som nødvendig å opprettholde utekontor i Senjalegen. Det ble fremholdt at utekontorstrukturen er fremtidsrettet, nødvendig og en bærekraftig organisering. En informant begrunnet dette ved å peke på at «*geografien endres jo ikke ved kommunesammenslåing*». Uansett kommunesammenslåing eller ikke, så ble det vist til at det må være noen utekontordager både for NAV og allmennlegetjenesten, fordi det er nødvendig å snakke med folk der folk bor og arbeider. Andre pekte på at selv om Senjalegen i dag oppfattes som et godt tilbud, så er det en lite effektiv utnyttelse av legers og til dels hjelpepersonells arbeidsdag å bruke flere timer på å kjøre bil.

Det ble sett som helt uaktuelt å gå tilbake til den gamle modellen for legevakt, med legevaktsamarbeid mellom Torsken og Berg på den ene siden, og Tranøy og Lenvik på den andre. I dag stilles det helt andre krav til både bemanning og kvalitet på legevakt, med sykepleiere som vurderer om henvendelser kan vente, og som jobber på en annen måte enn tidligere. Denne beredskapen koster.

En del av informantene delte frykten for at man ved en eventuell kommunesammenslåing ikke bare kommer til å effektivisere bort administrasjonen i de små kommunene, men at tjenestetilbudet reduseres, og at man gradvis vil redusere antallet utekontor i allmennlegetjenesten og legge ned de minste sykehjemmene. Enkelte fryktet at legetjenestens tilstedeværelse i de små kommunene kommer til å reduseres til kun visitt på sykehjem. Det ble trukket frem at transport i ambulanse inn til legekontoret på Silsand vil måtte øke hvis utekontor legges ned.

En ordfører pekte på at sentraliseringspolitikken egentlig passer småkommunene veldig bra, i den forstand at småkommuner ikke skal være nødt til å tenke på alt, i betydning hele spekteret av tjenester. Han trodde at nettopp legetjenesten vil tvinge fram en annen type tenking. En annen informant pekte på at hvis en ny kommune blir større enn de fire kommunene eller like stor, vil Senjalegen som begrep ikke bli det samme, i betydningen et hovedkontor og fire utekontor i tre kommuner. Det vil da vil bli en felles legetjeneste for alle innbyggerne i den nye storkommunen og finansieringsmodellen vil endres fordi alle listeinnbyggerne er fra samme kommune.

7.3 Oppsummering

Eldre innbyggere har i gjennomsnitt flere konsultasjoner hos fastlege per år enn yngre. På bakgrunn av SSB's befolkningsframskrivinger, har vi beregnet at behovet for legekonsultasjoner vil falle med henholdsvis 4,7 og 2,5 prosent i Tranøy og Torsken i løpet av den neste tiårsperioden, og øke med 2,5 prosent i Berg.

Det eksisterer mange ulike oppfatninger av hvordan legetjenesten på Senja bør se ut i fremtiden. Egen legetjeneste i hver småkommune ble i liten grad sett som et alternativ, men var likevel det mange sammenlignet med når de mindre positive sidene ved dagens Senjalege ble diskutert. Kommunesammenslåing for de tre småkommunene med Lenvik og eventuelt andre kommuner ble sett på som sannsynlig av mange. Man fryktet at dette vil føre med seg et redusert tilbud ved utekontorene, enten ved at flere eller alle pasientene må reise til Silsand for konsultasjon.

8 Samfunnsøkonomisk analyse

Denne delen av rapporten dokumenterer en samfunnsøkonomisk analyse av Senjalegen. Metoden er nærmere beskrevet i kapittel 1.4.5. På bakgrunn av rapporteringen i kapittel 7, baserer vi de samfunnsøkonomiske beregningene på to alternative måter å organisere legetjenesten for småkommunene på Senja (Nullalternativet og Alternativ 1). I tillegg settes det opp en beskrivelse av et Alternativ 2 til dagens organisering av Senjalegen.

Det vi kaller **Nullalternativet** er Senjalegen slik denne tjenesten er organisert i dag. Det vil si en desentralisert legetjeneste med utekontor og et sentralisert fagmiljø og administrasjon.

Alternativ 1 innebærer en mer sentralisert legetjeneste. Alle konsultasjoner flyttes til Silsand, mens det offentlige legearbeidet fortsatt foregår i småkommunene i tilknytning til helsestasjon, sykehjem og NAV-kontor. Bakgrunnen for at Alternativ 1 er et mulig alternativ, er synspunkter på at ordningen med utekontor er lite effektiv fordi Senjalegene til sammen bruker 29 timer per uke av arbeidstiden til å kjøre bil til og fra utekontor. Med dagens bosetting er imidlertid småkommunene avhengige av at det er lege til stede på sykehjem og helsestasjon samt i møter med lokale NAV-kontor, altså det som omfattes av det offentlige legearbeidet. Antallet timer kjøring i arbeidstiden kan reduseres hvis alle øvrige konsultasjoner flyttes til Silsand. Alternativet innebærer at alle som i dag konsulterer lege eller mottar andre former for tjenester på et utekontor, må reise til Silsand for dette. En annen mulighet kunne være å legge ned noen av utekontorene, men ikke alle. I valg av alternativer har vi imidlertid tatt hensyn til at analysen skal være overførbar til andre kommuner. Dette er et argument for å forenkle Alternativ 1 slik at alle pasientkonsultasjoner med leger eller tjenester fra hjelpepersonell ved utekontor sentraliseres, og selve utekontoret legges ned.

Alternativ 2 er den gamle modellen med egen legetjeneste i hver av de fire kommunene. Dette er en ordning som informanter sammenlignet dagens Senjalege med, til tross for at man innså at tiden er forbi for å ha en slik organisering. Dette er likevel den organiseringen av legetjenester som man har erfaring med i småkommunene.

Vårt perspektiv er et systemperspektiv. Vi er opptatt av helsevesenets organisering og samfunnsøkonomiske kostnader, ikke nytte og kostnader for enkeltindivider eller enkeltinstitusjoner. I analysen forutsetter vi i utgangspunktet at alternativene har samme helseeffekt. Dette er en forutsetning som senere diskuteres.

I Nullalternativet forutsetter vi at behandlingsgraden målt som konsultasjoner hos fastlege ikke innebærer noe overforbruk av helsetjenester. Dette gjør at vi regner samme kostnad for alle konsultasjoner når disse i Alternativ 1 flyttes fra utekontor til Silsand.

Det er kun de kostnadsaspektene ved de to alternativene (Nullalternativet og Alternativ 1) som er forskjellige, som tallfestes. Det vil si at kostnadene ved Senjalegen i dag sammenlignes med kostnader og eventuelle besparelser som vil oppstå hvis man legger ned utekontorene (Alternativ 1).

8.1 Nullalternativet: Senjalegen i dag

Nullalternativet er en beskrivelse av dagens situasjon og utgjør sammenligningsgrunnlaget for å beskrive og tallfeste øvrige alternativer. Nullalternativet er altså Senjalegen slik denne tjenesten er i dag, med konsultasjoner på Silsand og de fire utekontorene, samt offentlig legearbeid i tilknytning til utekontorene. Senjalegemodellen er grundig beskrevet tidligere i denne rapporten. I dette avsnittet oppsummeres de relevante kostnadene ved nullalternativet (dvs. de kostnadene som ikke er til stede i Alternativ 1). Disse er:

- Husleie: Kostnader knyttet til husleie på utekontor
- Medisinsk-teknisk utstyr: Kostnad for ekstra medisinsk-teknisk utstyr på utekontorene

- Lønnskostnader: Kostnader knyttet til lønn: legenes lønnstillegg for å reise ut og lønnskostnader til hjelpepersonell som det antas at man ikke vil ha behov for ved en nedleggelse av utekontor
- Transportkostnader: Kostnader knyttet til transport (leiebiler) av lege og hjelpepersonell til og fra utekontor
- Åpningstid:
    - Kostnader knyttet til kortere lister for fastlegene fordi de pendler til utekontor: lavere inntjening
    - Kostnader knyttet til kortere arbeidsdag/åpningstid for hjelpepersonell på ett av kontorene

8.2 Alternativ 1: En sentralisert legetjeneste

I dette alternativet tar vi utgangspunkt i et scenario hvor det ikke er fire utekontor, men fortsatt sykehjem, helsestasjoner og NAV-kontor i de små kommunene. Videre beskrives og beregnes følgende kostnader og gevinster ved Alternativ 1 som er forskjellige fra Nullalternativet:

- Husleie: utvidelse (utbygging) av Silsand legekontor og økte husleieutgifter sett opp mot sparte utgifter til husleie på utekontorene
- Medisinsk-teknisk utstyr: sparte utgifter på utekontorene
- Lønnskostnader: forutsetter et lavere (halvert) lønnstillegg for Senjalegene fordi de reiser mindre ut
- Transportkostnader: I utgangspunktet antok vi at en sentralisert legetjeneste kunne innebære dårligere ambulanseberedskap i småkommunene. Informasjon fra Senjalegene tyder imidlertid på at ambulansene i området brukes forsvinnende lite til bestilt transport av pasienter inn til utekontorene. UNN har ikke tilgjengelige fortegnelser som viser hvor mange pasienter per uke eller år som fraktes med ambulanse til utekontorene[22].
- Transportkostnader: Bortfall av en del av behovet for leiebil.
- Åpningstid: økte inntekter på grunn av lengre pasientlister/lengre åpningstid

Forutsetninger

I Alternativ 1 vil behovet for hjelpepersonell på utekontorene falle bort og man må overføre eller rekruttere hjelpepersonell til Silsand. Det er anslått at det kun blir behov for å overføre en hjelpepersonellstilling (100 prosent) til Silsand.[23] Dette innebærer en reduksjon av hjelpepersonell som tilsvarer 130 prosent stilling. Det forutsettes videre samme kostnad i begge alternativer knyttet til det offentlige legearbeidet.

Kostnadene og besparelsene beregnes per år. Det forutsettes 48 normaluker per år med åpent legekontor.

8.2.1 Husleiekostnader

Hvis Alternativ 1 skal realiseres, er det anslått at hovedkontoret på Silsand må utvides med en ekstra skadestue og større venteromskapasitet. I tillegg vil det være behov for å leie flere

[22] Ambulansesjef ved UNN, Per Øivind Sørgård, 9.10.2015.
[23] A Ustad 9.10.2015

parkeringsplasser. Hovedkontoret disponerer i dag et lokale på totalt 420 m^2 og 19 parkeringsplasser. I 2014 var den årlige husleien 1 782 kroner[24] per m^2. Det antas at det ekstra arealbehovet[25] vil være 50 m^2. Lokalene på Silsand har tidligere vært bygget om. Denne ombyggingen resulterte i at de årlige husleiekostnadene steg med 15 prosent i en periode på 5 år. Vi antar at det er rimelig å regne med en tilsvarende økning i husleien, noe som vil gi en husleiepris på 2 049 kroner per m^2. Den årlige husleien for utvidelsen på Silsand vil da beløpe seg til **102 450 kroner** per år.[26]

Når det gjelder utekontorene og sparte utgifter til husleie hvis Alternativ 1 realiseres, har vi valgt å gjøre beregninger med utgangspunkt i et standard arealbehov. Vi antar at et utekontor har behov for arealer til 1 skadestue, 1 resepsjon, 1 venterom og 2 legekontor og 1 laboratorium. Dette arealbehovet[27] antas å utgjøre 90 m^2. Det antas videre en standard husleiekostnad på 891 kroner per m^2 (halvparten av kostnaden på Silsand). Den lavere husleiekostnaden begrunnes med at den bygningsmessige standarden på lokalene som i dag brukes til utekontor, er lavere enn ved hovedkontoret på Silsand. I Alternativ 1 antas det dermed at den årlige sparte husleiekostnaden ved å legge ned utekontorene vil beløpe seg til **320 760 kroner**.

Med Alternativ 1 reduseres den årlige husleiekostnaden med **218 310 kroner**.

8.2.2 Kostnader ved medisinsk-teknisk utstyr

Ved samling av alle konsultasjonene på Silsand blir det innsparinger med hensyn til færre lisenser (data, ekg, spirometri), mindre lagerkostnader, inntil 20 færre datamaskiner og skrivere, tre celletellere mindre, og færre apparater for lokale prøver (på hvert kontor gjelder dette crp, inr, u-stix, sr, vippe etc.). I tillegg kommer kontroller og serviceavtaler på en del av utstyret. Det har ikke latt seg gjøre å prissette kostnadene ved det medisinsk-tekniske utstyret.

8.2.3 Reduserte lønnskostnader

Vi antar at en samling av legetjenesten på Silsand uten utekontor, vil endre legenes lønnsmodell. Det er imidlertid vanskelig å tenke seg at man uten at det har konsekvenser for stabiliteten, vil kunne fjerne lønnstillegget som legene i dagens ordning har, for å dekke utekontorene. Men vi antar at det er rimelig å tenke at lønnstillegget på kr 50 000 per år, i første omgang halveres. For 5 legestillinger, vil det si en årlig besparelse i Alternativ 1 på **125 000 kroner**. Estimatet forutsetter at de øvrige delene av lønnsmodellen holdes fast.

En samling av legetjenesten på Silsand, antas å redusere behovet for hjelpepersonell med 130 prosent stilling. Vi legger til grunn at hjelpepersonell lønnes som sykepleier med en grunnlønn på 423 156 kroner[28], hvor årlige sosiale kostnader på 23 prosent kommer i tillegg[29]. Den årlige kostnadsbesparelsen ved å redusere behov for hjelpepersonell er beregnet til **676 626 kroner**.[30]

Den samlede lønnskostnadsbesparelsen ved å legge ned utekontorene er beregnet til **801 626 kroner**.

[24] Inkludert leiekostnad (inkl. leie av parkeringsplasser), felleskostnader, direkte kostnader og ombyggingskostnader.

[25] Følgende antas: Areal for skadestue og venterom 20 m^2 per enhet. Ekstra parkeringsplasser tilsvarer en leiepris på 10 m^2 ekstra.

[26] Leie av p-plasser inngår i husleien.

[27] Det antas 15 m^2 per enhet.

[28] Tall fra KS tariffområde per 1.12.2014.

[29] Beregnet med utgangspunkt i tall fra ssb.no/statistikkbanken: Arbeidskraftkostnader.

[30] (423 156 kr * 1,23) * 1,3 = 676 626 kr

8.2.4 Reduserte kostnader for leiebil

Med Alternativ 1 faller en del av behovet for leiebil bort. Det forutsettes at offentlig legearbeid foregår med utgangspunkt i fordelingen i Tabell 21, som er en oppsplitting av det offentlige legearbeidet (jfr. Tabell 5) i arbeid som foregår henholdsvis i småkommunene, og i ubundet tid som kan gjøres på Silsand. Vi antar at dette innebærer at Senjalegen klarer seg med en leiebil og ikke to, som i dag. Det vil si at årlig leiebilkostnad halveres, fra 231 000 kroner[31] til **115 500 kroner**.

Tabell 21: Omfanget av offentlig legearbeid som medfører at legen reiser til småkommunene (Alternativ 1)

	Offentlig legearbeid i småkommune	Offentlig legearbeid med utgangspunkt i Silsand	Sum offentlig legearbeid	Ant. timer reising i arbeidstid, lege eller turnuslege
Skaland (Berg)	5,5	2,5	8 t	2
Stonglandseidet (Tranøy)	6,5	3,5	10 t	2[32]
Sifjord (Torsken)	3,5	2	5,5 t	2
Gryllefjord (Torsken)	4,5	2	6,5 t	3
Totalt	20 t	10 t	30 t	9

8.2.5 Gevinst ved økt åpningstid

Tabell 5 viser at legene og turnuslegene på utekontor i gjennomsnitt gjør 1,24 konsultasjoner per arbeidstime. Som en forenkling, ser vi her bort fra telefonkonsultasjonene. Vi antar at inntjeningspotensialet i gjennomsnitt per konsultasjon er kr 293[33]. Det går i dag med 29 timer i reisetid per uke til og fra utekontor (se Tabell 5). Uten utekontor, men med fortsatte offentlige oppgaver i småkommunene, vil reisetiden kunne reduseres med 20 timer per uke. Denne tiden kan uten utekontor, brukes til pasientbehandling. Vi antar at utekontorene er betjent i 48 uker i året. Det betyr at bortfall av reisetiden til og fra utekontorene resulterer i en estimert årlig gevinst i Alternativ 1 på **348 787 kroner**[34]. Vi forutsetter i denne beregningen at effektiviteten på hovedkontoret vil være den samme som på utekontorene. I dag er det noe høyere effektivitet målt i antall konsultasjoner per arbeidstime på utekontorene enn på hovedkontoret (med henholdsvis 1,24 og 1,19 konsultasjoner per arbeidstime, jfr. Tabell 2).

8.2.6 Transportkostnader

I dette avsnittet beregnes årlige transportkostnader i Alternativ 1. De omfatter kostnader til transport for pasienter og eventuelle ledsagere, som oppstår fordi de ikke lenger får tjenester ved utekontor og må reise til Silsand for konsultasjon. Et utgangspunkt er oversikten over årlig

[31] Linn A Kristensen, anslag for utgifter til leiebil inkl. drift 2015 per 13.10.2015.

[32] Vi forutsetter at lange arbeidsdager på Stonglandseidet for å gjøre unna det offentlige legearbeidet på en dag, kan avspaseres time mot time.

[33] Estimatet bygger på regnskapstall for 2014 hvor den samlede inntjeningen (HELFO-refusjon og egenandeler) i Senjalegen var på 3,7 mill kroner. Tabell 2 viser at det i løpet av vanlig arbeidsuke gjennomføres til sammen 263 konsultasjoner i Senjalegen. Vi antar at det er 48 vanlige arbeidsuker i løpet av et år, dvs 12 624 konsultasjoner per år. Dette gir en estimert inntekt på 293 kroner per konsultasjon.

[34] 20 timer*1,24 konsultasjoner*293 kroner per konsultasjon*48 uker = 348 782 kroner per år

konsultasjonskapasiteten ved utekontor, fremstilt i Tabell 22 som er laget med basis i Tabell 5.

Tabell 22: Antall nye reiser til Silsand forutsatt Alternativ 1, for pasienter og ledsagere

	Antall lege-konsultasjoner	Antall kons. med kun hjelpe-personell	Total	Antall reiser for ledsagere
Skaland (Berg)	1 296	1 296	2 592	259
Stonglandseidet (Tranøy)	1 296	864	2 160	216
Sifjord (Torsken)	672	144	816	82
Gryllefjord (Torsken)	816	576	1 392	139
Totalt på utekontor	4 080	2 880	6 960	696

Hvilke reiser for pasient og ledsager regnes med?
I dette avsnittet skal vi komme frem til hvor mange pasienter og ledsagere som må reise til Silsand, gitt at alle konsultasjoner sentraliseres dit.

Antall konsultasjoner
Utgangspunktet for å beregne transport- og tidskostnader, er antall legekonsultasjoner på utekontor (se andre kolonne i Tabell 22) og antall konsultasjoner hvor pasienten kun konsulterer hjelpepersonell (se tredje kolonne i Tabell 22). Det kan diskuteres om det er riktig å forutsette at alle konsultasjoner som kun foregår med hjelpepersonell, alternativt ville resultert i en reise til Silsand, siden det ikke er nødvendig med lege i disse konsultasjonene.

Andel pasienter med ledsager
Andelen pasienter som trenger ledsager, er viktig å fastslå for å kunne beregne de totale transport- og tidskostnadene. Det finnes ikke registreringer av dette. Barn (inntil 18 år) og eldre, hvis det vurderes som nødvendig, har krav på ledsager. Datagrunnlaget for å estimere hvor stor andel av pasientene som kommer til fastlege på utekontor med ledsager, er mangelfullt. Fra spesialisthelsetjenesten vet vi at ledsagerandelen ligger på over 20 prosent i flere studier som er gjort (oppsummert i Abelsen og Gaski 2003, side 10-11). Basert på informasjon fra Pasientreiser[35] om at det i dag på kortere reiser (til Finnsnes) er en ledsagerandel på rundt 10 prosent, antar vi at ledsagerandelen for pasienter fra småkommunene som reiser til legekontoret på Silsand, også vil ligge på 10 prosent (antall reiser for ledsager er estimert i siste kolonne i Tabell 21).

Transportkostnader med buss, drosje og egen bil
Med transportkostnader menes pasient og ledsagers utgifter til transport. Kostnaden regnes fra de fire utekontorene og inn til Silsand og tilbake. Pasienten har rett til dekning av utgifter ved reise til fastlege innenfor pasientens bostedskommune eller samarbeidende kommune (Helse- og omsorgsdepartementet: Syketransportforskriften, paragraf 4a). Retten omfatter utgiftsdekning tilsvarende taksten for billigste transport med rutegående transportmiddel. Pasienten har videre rett til å få dekket annen transport enn med rimeligste rutegående transportmiddel ved behov for øyeblikkelig hjelp, når helsetilstanden gjør det nødvendig, når kommunikasjonsmessige forhold gjør det nødvendig eller dersom bruk av annen transport ikke er dyrere enn rutegående transportmiddel. Hvis bil benyttes som annen transport, dekkes 2,50 kroner per kilometer for pasienten og 0,45 kroner per kilometer for ledsager eller annen passasjer (paragraf 5). Det forutsettes at det ikke er diettkostnader i forbindelse med pasienttransporten. I utgangspunktet setter vi opp tre alternative transportmåter; buss, egen bil og drosje.

[35] Transportadministrator KV Eidesen, 6.10.2015

Alternativ a: bruk av buss
Hvis en pasient skal reise med buss tur/retur Silsand fra henholdsvis Stonglandseidet, Sifjord, Gryllefjord eller Skaland, settes reisekostnadene lik prisen for bussbilletten[36].

Alternativ b: bruk av drosje
Vi antar at utekontordagene delvis erstattes med fast oppsatt drosjetransport mellom utekontorstedene og Silsand, hvis legetjenesten sentraliseres til Silsand. Det forutsettes at det er maksimum 3 passasjerer i hver drosje. Netto kostnad for drosjeturene er beregnet til henholdsvis 1 550 kroner, 1 700 kroner, 2 000 kroner og 1 400 kroner fra Stonglandseidet, Skaland, Gryllefjord og Sifjord[37]. Kostnader forbundet med å administrere en fast oppsatt drosjetransport kommer i tillegg. Pris for dette er ikke beregnet.

Alternativ c: bruk av egen bil
Transportkostnader ved bruk av egen bil beregnes med utgangspunkt i at avstanden tur/retur Silsand fra utekontoret på Skaland er 108 km, Stonglandseidet er 92 km, Sifjord er 80 km og Gryllefjord er 128 km, og at satsene er 2,50 kroner per kilometer for pasient, 0,45 kroner per kilometer for ledsager[38]. En reise, forutsatt en pasient i bilen, koster da henholdsvis 270 kroner, 230 kroner, 200 kroner og 320 kroner fra de fire stedene. Hvis det er med en ledsager i bilen, blir det ekstrakostnader på henholdsvis 49 kroner, 41 kroner, 36 kroner og 58 kroner.

Antatt transportmiddelfordeling
Pasienter vil bli henvist til å ta buss hvis de vil ha transporten dekket og er for friske til å få drosje. Med bakgrunn i den lange ventetiden (se avsnitt om tidskostnader), anser vi likevel buss som et mindre gunstig transportalternativ for mange. Vi har i vårt regneeksempel antatt at 25 prosent av pasientene reiser med buss, 25 prosent reiser med drosje og 50 prosent reiser med egen bil (uavhengig av om dette dekkes). Den høye andelen med drosje er begrunnet med at 43 prosent av konsultasjonene som flyttes til Silsand i Alternativ 1, vil være med pasienter som er 67 år eller eldre. Våre beregninger gir 14 drosjeturer (5 fra Skaland + 4 fra Stonglandseidet + 2 fra Gryllefjord + 3 fra Sifjord) i uka mellom utekontorene og Silsand (henholdsvis 3, 3, 2 og 2 som erstatning for konsultasjon med lege på utekontor, og henholdsvis 2, 1, 0, og 1 som erstatning for konsultasjoner med hjelpepersonell).

Med utgangspunkt i denne transportfordelingen, er transportkostnader for pasienter beregnet til å utgjøre til sammen **2 292 475 kroner** for ett år. Dette er fordelt slik: 261 835 kroner for de som reiser med buss, 1 128 000 kr for de som reiser med drosje og 902 640 kr for de som reiser med egen bil[39].

Transportkostnader for ledsagere antas å bygge på samme transportfordeling, Det forutsettes at ledsagere betaler voksenbillett når buss benyttes, at det er kapasitet til at ledsager sitter på med samme drosje som pasienten hvis det benyttes drosje, og i samme bil som pasienten, hvis det benyttes egen bil.

[36] Bussbillett tur/retur vil være 210 kroner for voksen/105 kroner for barn/honnør for Stonglandseidet, Gryllefjord og Skaland, og 170/85 kroner for reisende fra Sifjord. Forenklet regnes det for alle reisene 203 kr for voksenbillett og 102 kroner for barn/honnør tur/retur Silsand fra utekontor (www.tromskortet.no).
[37] Anslaget på pris på lengste og korteste reise er gjort av Pasientreiser, basert på at det er inntil 3 passasjerer i drosjen og 1-2 timers venting på Silsand.
[38] Syketransportforskriften, paragraf 5.
[39] Buss: Forutsatt aldersfordeling som i Tabell 5 i Vedlegg 3: 52 % av 1740 reiser med halv billett (102 kr) og 48 % av 1740 med full billett (203 kr), til sammen 92290 + 169 545 kr = 261 835 kroner. Drosje: ((Skaland 5 x 1700 kr) + (Stonglandseidet 4 x 1550 kr) + (Sifjord 2 x 1400 kr) + (Gryllefjord 3 x 2000 kr)) x 48 uker = 23 500 kr hver uke x 48 uker = 1 128 000 kr per år. Egen bil: Skaland 270 kr per reise x 1296 reiser, Stonglandseidet 230 kr per reise x 1080 reiser, Sifjord 200 kr/reise x 408 reiser, Gryllefjord 320 kr/reise x 696 reiser, til sammen 902 640 kroner.

Transportkostnader for ledsagere er beregnet til å utgjøre 35 322 kroner for buss[40], og 16 334 kroner for egen bil[41]. Til sammen blir dette **51 656 kroner** for ett år.

De samlede årlige transportkostnadene for pasienter og ledsagere er beregnet til å utgjøre **2 344 131 kroner**.

8.2.7 Tidskostnader

Det forutsettes at reisene foregår innenfor normalarbeidstiden. Netto tidstap defineres som den tiden det tar å reise fra ett av utekontorene, og tur/retur Silsand.

Med bruk av buss, vil netto tidstap forenklet sett være 6 timer for alle utekontor.[42] Ved bruk av drosje, er det beregnet noe større tidstap, forutsatt inntil 3 passasjerer i hver drosje som alle skal til konsultasjon. Netto tidstap beregnes til 3 timer for Skaland, Stonglandseidet og Sifjord, og 4 timer for Gryllefjord. Tiden for selve konsultasjonen er ikke regnet med i netto tidstap. Forenklet settes tidstapet per pasient til 3,2 timer fra alle fire steder. Ved bruk av bil, forutsettes netto tidstap for en pasient som må reise til Silsand og tilbake i stedet for til ett av utekontorene, å være 2 timer for Skaland, Stonglandseidet og Sifjord, og 3 timer for Gryllefjord. Forenklet settes tidstapet per pasient til 2,2 timer fra alle steder. Tabell 23 oppsummerer netto tidstap per konsultasjon per pasient med de tre ulike transportmåtene.

Tabell 23: Transportmiddelfordeling og netto tidstap per konsultasjon

Transportmiddelfordeling	Netto tidstap for en reise til Silsand i stedet for til utekontor (Alternativ 1)
25 % reiser med drosje	3,2 t
50 % reiser med egen bil	2,2 t
25 % reiser med buss	6,0 t

Det samlede årlige netto tidstapet for pasientene, finnes ved å multiplisere antallet konsultasjoner hvor pasienter må reise til Silsand, med netto tidstap. Til sammen utgjør årlig netto tidstap da **23 664 timer.**[43] I tillegg kommer årlig netto tidstap for ledsagere, som forutsatt at 10 prosent av pasientene har ledsagere, er beregnet til **2 366 timer**. Til sammen er årlig netto tidstap for pasienter og ledsagere beregnet til **26 030 timer**.

Produksjonstap og tap av fritid for pasienter

Tidstapet regnes som produksjonstap eller som tap av fritid. For yrkesaktive som ikke er sykemeldte, og for ledsagere som er yrkesaktive, regnes tidstapet som produksjonstap. For pasienter og ledsagere som ikke er yrkesaktive, regnes tidstapet som tap av fritid. For yrkesaktive som er sykemeldte, er det ikke rimelig å regne tidstapet som tap av fritid, fordi pasienten da normalt får sykepenger. Tap av fritid kan ses som kontroversielt å inkludere i en samfunnsøkonomisk analyse som denne. I sensitivitetsanalysen gjøres det derfor beregninger hvor tap av fritid tas ut.

For å regne ut produksjonstapet, må vi vite hvor stor andel av pasientene som er yrkesaktive. Slike registreringer finnes ikke. Vi har tidligere beregnet at 67,7 prosent av konsultasjonene

[40] 0,10 x 1 740 reiser x 203 kr = 35 322

[41] Skaland 49 kr/reise x 130 reiser, Stonglandseidet 41 kr/reise x 108 reiser, Sifjord 36 kr/reise x 41 reiser, Gryllefjord 58 kr/reise x 70 reiser, til sammen 16 334 kroner.

[42] Brutto tidstap er beregnet til henholdsvis 8 timer, 5 timer, 6 timer eller 8 timer (avrundet til nærmeste hele time) på denne reisen, i gjennomsnitt 6,75 timer når man ser alle fire steder under ett. http://www.tromskortet.no

[43] (0,25 x 6960 konsultasjoner) x 3,2 t + (0,50 x 6960) x 2,2 t + (0,25 x 6960) x 6 t= 5 568+7 656+10 440 = 23 664 timer.

på årsbasis i Senjalegen foregår på Silsand og 32,3 prosent foregår på utekontorene (se kap. 2.4.5). Vi tar hensyn til at det i dag i noen grad gjøres en prioritering av de eldste og sykeste for time på utekontor, forenklet til personer over 67 år. Vi antar at 43 prosent av alle pasienter 67 år og eldre, bruker utekontorene (se Vedlegg 3 Tabell 5). Resultatet av beregningen er at 1 958 (48 prosent) av konsultasjonene med lege på utekontor og 1 382 av konsultasjonene med hjelpepersonell, antas å være med folk i yrkesaktiv alder. Til sammen gir dette 3 340 konsultasjoner i året med pasienter i yrkesaktiv alder.

Vi må også regne ut uføreandelen og tar utgangspunkt i befolkningssammensetningen. Uføreandel for de tre kommunene er forenklet regnet å være 18,8 prosent[44] for alle tre småkommuner. Vi trekker også ifra en andel på 5,8 prosent som vi antar er sykemeldt[45], og står igjen med at 75 prosent av innbyggerne i alderen 18-66 år er reelt yrkesaktive.

Vi regner da et produksjonstap for 2 505 konsultasjoner på utekontor (3 340 konsultasjoner x 0,75). Produksjonstapet regnes som gjennomsnittlig arbeidskraftkostnad for arbeidsgiver[46], som er beregnet til å være 344 kroner per time. Antallet timer tapt produksjon for pasientene vil da avhenge av transportmåte til Silsand. Forutsatt at 25 prosent bruker buss, 25 prosent bruker drosje, og halvparten bruker egen bil, er verdien på netto produksjonstap beregnet til **2 929 848 kroner**.[47]

For 4 255 konsultasjoner (de uføre pluss de som ikke er yrkesaktive) regnes tidstapet som tap av fritid. Verdien for tap av fritid settes lik gjennomsnittlig nettolønn, som er beregnet til å være 159 kroner per time.[48] Verdien på netto tap av fritid for pasientene, er beregnet til **2 300 253 kroner** (forutsatt at 25 prosent reiser med buss, 25 prosent med drosje og halvparten reiser med egen bil)[49].

Verdien av årlig produksjonstap og tap av fritid for pasienter er til sammen beregnet å tilsvare **5 230 101 kroner**.

Produksjonstap og tap av fritid for ledsagere
Størrelsen på tidstapet for ledsagere er tidligere beregnet til 2 366 timer. For å regne ut verdien av tidstapet for ledsagerne, bygger vi på en forutsetning om at ledsagerne utgjør et gjennomsnitt av befolkningen i småkommunene som er i alderen 18 til 66 år. Det vil si at 75 prosent av disse er reelt yrkesaktive. Verdien på produksjonstapet for ledsagerne blir da **610 428 kroner** og verdien på tap av fritid **94 049**[50]. Til sammen blir verdien på tidstapet for ledsagerne **704 477 kroner**.

Produksjonstap og tap av fritid for pasienter og ledsagere summeres til **5 934 578 kroner**.

Tabell 24 oppsummerer de estimerte transport- og tidskostnadene for pasienter og ledsagere som en nedleggelse av utekontorene vil innebære.

[44] Per 30.06.2015 var uføreandelen 20,8 prosent i Tranøy, 17,4 prosent i Torsken og 16,7 prosent i Berg (NAV, Uføretrygd).
[45] NAV 2015, 2. kvartal, Andel arbeidstakere med sykefravær.
[46] Tabell 3.5 i NOU 2010:04 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2011, tyder på at den gjennomsnittlige arbeidskraftkostnaden i 2009 var 286 kroner. Det leggs til en lønnsstigning fra 2009 til (SSB lønnsstatistikk), noe som gir en timepris på 344 kroner i 2014.
[47] ((0,25 x 2 505 x 6 t) + (0,25 x 2 505 x 3,2 t) + (0,5 x 2 505 x 2,2 t)) x 344 kr/t= 2 929 848 kr
[48] Verdien av tapt fritid settes lik gjennomsnittlig månedslønn per oktober 2009, 40 % skatt og 160 t/mnd. Timesatsen blir da 132 kr/t, og inkludert lønnsstigning fra 2009 til 2014 gir dette en timesats på tap av fritid på 159 kr/t.
[49] ((0,25 x 4255 x 6 t) + (0,25 x 4255 x 3,2 t) + (0,5 x 4255 x 2,2)) x 159 kr/t = 14 467 t x 159 kr/t= 2 300 253 kr
[50] Forenklet regner vi (0,75 x 2 366 timer x 344 kr/t) = 610 428 kr for produksjonstapet og (0,25 x 2 366 t x 159 kr/t) = 94 949 kr tap av fritid.

Tabell 24: Oppsummering av årlige transport- og tidskostnader for pasienter og ledsagere (målt i kroner)

	For pasienter	For ledsagere	Total
Sum transportkostnader	2 292 475	51 656	2 344 131
Produksjonstap	2 929 848	610 428	3 540 276
Tap av fritid	2 300 253	94 049	2 394 302
Sum tidskostnader	*5 230 101*	*704 477*	*5 934 578*
Sum transport- og tidskostnader	**7 522 576**	**756 133**	**8 278 709**

8.3 Alternativ 2: hver kommune med egen legetjeneste

Alternativ 2 er den gamle ordningen med egen legetjeneste på dagtid i hver av kommunene. I dette avsnittet beskrives alternativet sammenlignet med dagens Senjalegeorganisering, ved at vi peker på kostnadene, uten å regne på dem, og beskriver også forutsetninger som Alternativ 2 bygger på.

I Alternativ 2 forutsettes det at deler av pasientgrunnlaget i de tre små kommunene velger fastlege på Silsand eller Finnsnes, da de vil forutse og frykte ny vikarstafett hvis hver kommune skal organisere sin egen legetjeneste.

Det antas at husleiekostnadene i småkommunene vil øke. Dette skyldes at flere utekontor i dag ikke holder tidsmessig standard. Ved organisering av egen legetjeneste i småkommunene antas det at det vil være behov for oppgradering. Utgifter til medisinsk-teknisk utstyr antas også å stige noe som følge av økte lagerkostnader. Det forutsettes at hver småkommune må kunne tilby en 100 prosent stilling til aktuelle leger, og at dette innebærer deltakelse i Finnsnes legevakt. Dette vil innebære økt åpningstid ved legekontorene utover de 1-2 dagene per uke som er i dag, noe som fører med seg behov for hjelpepersonell i større stillinger og dermed økte lønnskostnader til hjelpepersonell. Kostnader knyttet til en antatt økt vikarbruk (honorar til vikarbyrå, hjemreiser kost og transport innad i kommunen for vikar, administrative og økonomiske kostnader knyttet til å administrer vikarbruken, fri bolig for legene, renhold av boligen ved legebytte samt opplæring av legene i lokale rutiner).

Transportkostnadene knyttet til transport av leger og hjelpepersonell til utekontor, som i dagens Senjalege, vil falle bort. På grunn av antakelsen om at en del av pasientene vil ønske fastlege på Silsand eller Finnsnes for å unngå vikarleger, vil det tilkomme ekstra transport- og tidskostnader for en del av pasientene.

8.4 Sammenstilling og diskusjon

8.4.1 Er Senjalegen (Nullalternativet) samfunnsøkonomisk lønnsom?

Tabell 25 oppsummerer beregningene som er gjort i kapittel 8.2. Den viser gevinster og kostnader[51] per år med en sentralisert legetjeneste som beskrevet i Alternativ 1 sammenliknet med dagens organisering av Senjalegen (Nullalternativet). Oppsummeringen viser at kommunene årlig kan redusere sine direkte kostnader med drøyt 1,5 millioner kroner ved en ytterligere sentralisering av legetjenesten. Dette fører imidlertid til at langt større kostnader samlet sett skyves over på andres budsjett. Det er beregnet at en sentralisering vil innebære samlede årlige kostnader i form av transportkostnader og tidstap for pasienter og ledsagere

[51] Konsumprisindeksen økte med 2,1 prosent fra sept 2014 til sept 2015. https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser

på nær 8,3 millioner kroner. Kostnadene er i størrelsesorden mer enn fem ganger så stor som gevinsten. Den samlede årlige kostnadsøkningen for samfunnet ved realisering av en mer sentralisert legetjeneste med Alternativ 1, er beregnet til nær 6,8 millioner kroner.

Tabell 25: Sammenstilling av gevinster og kostnader ved Alternativ 1 sammenliknet med Nullalternativet.

Beskrivelse	*Gevinster (kr.)*	*Kostnader(kr.)*
Husleiekostnader (2015)	218 310	
Lønnskostnader (2014-15)	821 626	
Transportkostnader personell	115 500	
Kostnader knyttet til åpningstid	348 787	
Transportkostnader pasienter og ledsagere		2 344 131
Produksjonstap pasienter og ledsagere		3 540 276
Tap av fritid pasienter og ledsagere		2 394 302
Totalt	**1 504 223**	**8 278 709**

I tillegg til kostnadene som er tallfestet (Tabell 25) kommer noen ikke-tallfestede kostnader (Tabell 26).

Tabell 26: Sammenstilling av kostnader og gevinster som ikke er tallfestet

Kostnader	Gevinster
Transportkoordinering: Kostnader forbundet med å administrere en fast oppsatt drosjetransport fra småkommunene til Silsand	**Medisinsk teknisk utstyr:** Innsparinger (færre lisenser for data, ekg, spirometri), mindre lagerkostnader, inntil 20 færre datamaskiner og skrivere, tre celletellere mindre, og færre apparater for lokale prøver (crp, inr, u-stix, sr, vippe etc.). Kontroller og serviceavtaler på en del av utstyret.

De store gevinstene ved å ha dagens organisering av Senjalegen med utekontor, ligger hos arbeidsgivere i småkommunene som ville få et produksjonstap på til sammen 3,5 millioner kroner per år hvis utekontorene sentraliseres, og hos pasienter og ledsagere som alternativt ville tape fritid til en verdi av 2,4 millioner kroner. Videre spares offentlige budsjetter (HELFO) for et betydelig beløp per år i de transportkostnader som ville blitt refundert, og pasienter spares for transportkostnader som ikke ville blitt refundert.

De største kostnadene ved dagens organisering av Senjalegen ligger hos småkommunene, som finansierer en legetjeneste som på grunn av modellen med hoved- og utekontor har ekstra lønnskostnader, husleiekostnader og transportkostnader for personell, samtidig som de går glipp av en del inntekter knyttet til at åpningstiden er redusert.

8.4.2 Sensitivitetsanalyse

Usikkerheten i beregningene av kostnader og gevinster nødvendiggjør en sensitivitetsanalyse. I denne analysen angir vi alternative estimat for de mest usikre kostnadselementene. Det er likevel en del begrensninger i sensitivitetsanalyser (Drummond et al. 1997), som i hovedsak dreier seg om følgende:

1) De som gjennomfører undersøkelsen, bestemmer selv hvilke variabler og hvilke alternative verdier som inkluderes i sensitivitetsanalysen, noe som bevisst eller ubevisst kan føre til seleksjonsskjevhet.

2) Tolkningen av sensitivitetsanalysen er tilfeldig fordi det ikke finnes retningslinjer for hvilken grad av variasjon i resultatene som er et akseptabelt bevis for at analysen er robust.
3) Å variere usikre variabler enkeltvis, medfører risiko for feilaktig å utelukke interaksjon mellom flere usikre variabler.

Disse begrensningene gjør at analysen må tolkes med varsomhet.

De fleste antakelsene som er gjort i kostnads- og gevinstberegningene ved realisering av Alternativ 1, gjelder transport- og tidskostnader for pasienter og ledsagere. Årsaken til dette er at det ikke eksisterer noen registreringer knyttet til slike hypotetiske kostnader. Det er også gjort antagelser knyttet til legenes lønnskostnader og husleiekostnadene på utekontor.

I beregningene er det antatt at husleiekostnaden er halvparten så høy på utekontor sammenliknet med nivået på Silsand. Dette fordi dagens bygningsstandard er lavere på utekontorene. Det er imidlertid ingen åpenbar grunn til at standarden skal være lavere. I sensitivitetsanalysen har vi derfor lagt inn samme husleiekostnad på utekontor som på Silsand.

Som basisestimat, har vi antatt at nedleggelse av utekontor vil medføre at legenes lønnstillegg for å betjene utekontor halveres. Dette bygger på en skjønnsmessig vurdering om at full fjerning trolig vil ha noen omkostninger i form av økte stabilitetsutfordringer blant legene. I sensitivitetsanalysen har vi lagt inn besparelsen som en full fjerning av lønnstillegget vil gi.

Det finnes heller ikke registreringer som kan sier noe om hvordan reisene fordeler seg mellom buss, drosje og bil. Vi har valgt å regne på kostnadseffekter ved to ulike alternative fordelinger mellom transportmidler. Basisestimatet er at 25 prosent reiser med henholdsvis buss og drosje og 50 prosent reiser med egen bil. Det er mest tidseffektivt om flere reiser med egen bil. Et lavt estimat for transportkostnader er derfor å redusere andelen som reiser med drosje til 10 prosent, som er det dyreste transportalternativet, og øke andelen som reiser med egen bil til 80 prosent. Dette alternativet er samtidig et alternativ som gir mindre tidskostnader. Det er videre satt opp et høyt estimat, hvor transportalternativet er 33 prosent med hvert av de tre transportmidlene buss, drosje og egen bil.

Det er ulike oppfatninger av om kostnader ved tap av fritid skal inkluderes i samfunnsøkonomiske analyser. Vi har i sensitivitetsanalysen sett på hvilket utslag det gjør å helt se bort fra tap av fritid.

Gitt husleieøkning på utekontor og full fjerning av lønnstillegget for leger (se Tabell 27), vil gevinsten i Alternativ 1 kunne øke til 1,95 millioner kroner. Hvis vi antar lavt estimat på transportfordeling vil de samlede transport- og tidskostnadene kunne reduseres med 1,69 millioner kroner til 6,59 millioner kroner. Med disse forutsetningene er dagens Senjalege (Nullalternativet) fortsatt samfunnsøkonomisk lønnsom. Ved et høyt estimat på transportfordeling vil de samlede transport- og tidskostnadene kunne øke med nær 1 million kroner til 9,3 millioner kroner.

Tabell 27: reise- og tidskostnader under varierende forutsetninger

Kostnads-element	Basisestimat	Variabelt estimat		Kostnadsendring i forhold til basisestimat	
		Lavt	**Høyt**	**Lavt**	**Høyt**
Husleie-kostnader utekontor	891 kroner per m^2		1 792 kr per m2		+ 320 760 kr
Lønns-kostnader (leger)	Halvert tillegg for pendling til utekontor	Tillegg fjernes		- 125 000 kr	
Transport-kostnader	Kostnader for ledsager ved 10% av reisene	Ikke inkludert		- 51 656 kr	
Transport-og tidskostnader	Transport-fordeling 25% buss + 25% drosje + 50% egen bil	Transport-fordeling 10% buss + 10% drosje + 80% egen bil	Transport-fordeling 33% buss + 33% drosje + 33% egen bil	Transportkostnad: - 435 888 kr Tidskostnad: - 1 256 422 kr **Totalt: - 1 692 310 kr**	+ 363 461 kr + 632 476 kr **+ 995 937 kr**
Produksjons-tap	Produksjonstap for ledsager ved 10% av reisene	Ikke inkludert		- 610 428 kr	
Tap av fritid	Tap av fritid for pasient er inkludert	Ikke inkludert		- 2 300 253 kr	
	Tap av fritid for ledsager er inkludert	Ikke inkludert		- 94 049 kr	

8.4.3 Avslutning

Som en forutsetning for den samfunnsøkonomiske analysen, har vi forenklet sagt at alternativene har samme helseeffekt. Vi har tidligere i rapporten (kap 4.7) vist til at bruk av vikarer kan føre med seg negative effekter på helsa. Først og fremst gjelder dette kronisk syke, hvor det hevdes at vikarleger gjerne nøyer seg med å gi medisin for symptomlindring i stedet for å lage en mer langsiktig behandlingsplan. Forutsatt Alternativ 2, hvor det er sannsynlig med utstrakt bruk av vikarer, kunne vi ikke forutsette at helseeffekten er den samme uansett organisering. Den samfunnsøkonomiske analysen inneholder derfor ikke noen sammenligning av kostnader i Alternativ 2 med de øvrige alternativene. En annen grunn er at det av informantene ble sett som lite realistisk å gjeninnføre Alternativ 2.

Vi har forutsatt at Nullalternativet og Alternativ 1 har samme helseeffekt. Dette er en forutsetning som kan diskuteres, Vi vil peke på to faktorer som reduserer nytten ved Alternativ 1 sammenlignet med Nullalternativet. For det første at pasienten slipper å reise til Silsand for å komme til fastlege gitt dagens organisering, og for det andre at befolkningen føler en sikkerhet med at det er lege regelmessig til stede i kommunen. Dette er to faktorer som ikke kan prissettes. På den andre siden vil vi peke på to mulig gevinster knyttet til Alternativ 1. Det første er muligheten for at stabiliteten blant fastlegene øker, da fastlegene slipper å reise. Det andre er en mulighet for at den faglige kvaliteten øker ved å sentralisere alle konsultasjonene. Vi kjenner ikke til studier hvor det er dokumentert at den faglige kvaliteten øker ved sentralisering. Noen vil imidlertid argumentere for at en sentralisert legetjeneste innebærer større muligheter for å konsultere kollegaer eller veileder i vanskelige tilfeller.

9 Diskusjon

Har dagens versjon av Senjalegen gitt et godt resultat?

Spørsmålet om dagens versjon av Senjalegen har gitt et godt resultat, gjelder både stillingsstabiliteten, organiseringen, kompetansen og kvaliteten, i tillegg til samfunnsøkonomi. Vi har kartlagt at til sammen 27 ulike leger har vært ansatt i fem Senjalegestillinger i løpet av de seks første driftsårene; 12 av disse i fast stilling og 15 som vikarer. Sett fra pasientenes ståsted, har de møtt en lege i fast stilling 70 prosent av tiden, hvis alle utekontorer ses under ett. Spørsmålet er om dette resultatet er å betrakte som et godt resultat. For Torsken, som var den kommunen med størst grad av vikarstafett før Senjalegen ble etablert, kan perioden fram til september 2009 knapt sammenlignes med dagens stabilitet i legetjenesten. Det er ikke tvil om at stillingsstabiliteten i Sifjord, på Skaland og den ene stillingen på Stonglandseidet er et veldig godt resultat, sett fra arbeidsgivers side, og langt over hva man i dag kan forvente i kommuner på størrelse med Torsken og Berg. Sett fra pasientenes ståsted oppfattes imidlertid stabiliteten som noe lavere, på grunn av vikarbruk ved faste legers utdannings- og fødselspermisjoner. Stabiliteten har vært lavere i de to øvrige stillingene, men likevel er fire av de seks årene i Gryllefjord betjent av til sammen kun to leger, mens det i den siste stillingen på Stonglandseidet har vært to leger med ett år hver i stillingen, på det beste.

Det er ikke bare økt stillingsstabilitet som er en del av resultatet; også økt kompetanse blant legene har fulgt med. Alle Senjalegene er i dag spesialist eller er under spesialisering i allmennmedisin. Dette er veldig forskjellig fra situasjonen med vikarstafett. Informanter fra administrativ og politisk ledelse i småkommunene oppfatter at legetjenesten har blitt kvalitativt veldig mye bedre. Spørreundersøkelsen blant pasienter viser at man med Senjalegen har utviklet en legetjeneste som kvalitetsmessig er fullt på høyde med den som tilbys pasienter ellers i landet.

«Pakken» som småkommunene kjøper fra Lenvik kommune, har underveis vokst og blitt mer helhetlig og større. Baksiden av medaljen er at kostnadene har steget i takt med dette. Småkommunene har måttet betale det legetjenesten etter hvert har kostet. De ser at sammenlignet med den legetjenesten som de hadde før, er dagens legetjeneste isolert sett mye dyrere. Samtidig er de fornøyde med tjenesten. Småkommunene bærer kostnadene for en forbedret legetjeneste og pasientene (innbyggerne) tar ut gevinsten.

Organiseringen av Senjalegen koster naturlig nok mer enn det et «vanlige» legekontor uten utekontor ville kostet. Blant informantene er det stilt spørsmål ved om det koster mer enn det smaker. Hver uke bruker legene og turnuslegene til sammen 29 timer til reising i arbeidstiden, pluss at hjelpepersonell reiser seks timer hver uke. Det vil si at man «reiser bort» nesten en hel stilling. Dette oppfattes i seg selv ikke som god ressursbruk, men er prisen som betales for å ha utekontor. Det er vanskelig å peke på noe alternativ til dagens organisering som ville utnyttet ressursene bedre.

I den samfunnsøkonomiske analysen har vi beregnet de direkte merkostnadene for utekontor årlig til å utgjøre drøyt 1,5 millioner kroner, sammenlignet med en situasjon hvor man sentraliserer legetjenesten til Silsand. Kostnadene er imidlertid bare en femtedel av den beregnede gevinsten ved dagens organisering. Av den årlige gevinsten av Senjalegen, er det beregnet at arbeidsgivere sparer 3,5 millioner kroner, som er verdien av yrkesaktives produksjon, og pasienter og ledsagere henter ut en gevinst på 2,4 millioner kroner i form av at de slipper transport- og tidskostnader for å dra til Silsand for å komme til lege. Lite av gevinsten synes altså direkte på småkommunenes budsjetter. Isolert sett, kan legetjenesten derfor se kostbar ut fra et småkommuneperspektiv.

Utfordringen med å tenke i et samfunnsperspektiv handler om å få hver «etat» til å tenke utover sitt budsjett og se helheten. Det er ofte ikke lett når det skal prioriteres med knappe ressurser og mange gode formål trenger finansiering. Sammenlignet med det som vil være

tilfelle etter en eventuell kommunesammenslåing, er småkommunene i dag i en maktposisjon som gjør at de kan bestemme hvorvidt utekontororganiseringen skal opprettholdes. En velfungerende og tilgjengelig legetjeneste ses i dagens samfunn på som en selvfølge. Nedleggelse av utekontor i småkommunene kan trolig redusere kommunenes attraktivitet som bosted både for eksisterende og nye innbyggere. Det at det er langt til legetjenester, kan også ha negativ innvirkning for mulig etablering av ny næringsvirksomhet. Verdien av en velfungerende legetjeneste er vanskelig å tallfeste og trolig lett å undervurdere.

Referanser

Abelsen B, Gaski M. Samfunnsøkonomisk analyse av spesialistpoliklinikken i Alta. Alta: Norut Alta-rapport 2003:3.

Abelsen B, Karlsen Bæck U-D (red). Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Rapport nr. SF 2005:6. Tromsø: Norut Tromsø.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeforening 2015

Bärnighausen T, Bloom D. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC Health Service Research, 2009, 9:86. doi:10.1186/1472-6963-9-86

Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. 2010. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. Australian Journal of Rural Health, 18, 102-109.

Cabana MD, Jee SH. 2004. Does continuity of care improve patient outcomes? Journal of Family Practice, 53, 974-80.

Carson DB, Schoo A, Berggren P. The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Health Policy. Tilgjengelig online 14 August 2015. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.001

Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT). Innbyggerundersøkelsen 2015. Hva mener innbyggerne? Difi-rapport 2015: 5 og 2015:6. *www.difi.no/innbyggerundersokelsen*

Direktoratet for økonomistyring. 2014. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Oslo: Fagbokforlaget og DIraktoratet for økonomistyring. http://dfo.no/Documents/FOA/publikasjoner/veiledere/Veileder_i_samfunns%c3%b8konomiske_analyser_1409.pdf

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. 1997. Methods for the economic evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press.

Fylkeslegen i Troms. Senjalegen. En utredning om interkommunal legetjeneste på Senja. Tromsø, 2001.

George AL, Bennett A.2005. Case studies and theory development in the social sciences. MIT Press, Cambridge, Massachusetts London, England.

Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, Issue 6. Art. No.:CD005314. Available: *www.thecochranelibrary.com*

Helse- og omsorgsdepartementet 2008. Forskrift om dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). *https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-07-04-788*

Holte, JH. 2015. Remuneration and organization in general practice: Three essays on doctors' preferences. Avhandling for phd-graden i helsevitenskap. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.

Kehlet K, Aaraas IJ. The Senja Doctor: developing joint GP services among rural communities in Northern Norway. Rural and Remote Health 15: 3101. (Online) 2015.

Kehlet K. Utvidet veiledning av leger under spesialisering i allmennmedisin. Utposten 2014, 5.

Kehlet K, 2009. Senja – Norges første helsekommune. Utposten nr. 3, 2009 *http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=PYE0QLNoXis%3d&tabid=480&mid=1119*.

Kvale S. 2001. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Services Research 2008; 8: 9. doi: 10.1186/1472-6963-8-19

McPake B, Scott A, Edoka I. 2014. Analyzing Markets for Health Workers: Insights from Labor and Health Economics. Directions in Development. Washington DC, World Bank. License: Creative Commons Attribution CC 3.0 IGO.

Münderlein M, Ybema JF, Koster F. 2013. Happily ever after? Explain-ing turnover and retirement intentions of older workers in The Netherlands. Career Development International 18(6):548–68.

Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses, OECD Health Working Papers, No. 69, 2014. OECD Publishing. *http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*

Skoglund E. 2013. Leger til folket. Tidsskr Nor Legeforen, 133, 1847 – 50.

Sosial- og helsedirektoratet. 2003. Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger. IS-13/2003.

Kommunal- og regionaldepartementet. Veileder. Vertskommunemodellen i kommuneloven § 28 a flg. 2011.

WHO. 2010. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf

Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural and Remote Health, 2009; 9: 1060.

Vedlegg 1: Tema for intervjuguider

Tema 1: Forklare etablering og utvikling av Senjalegen
Hvor kom ideen (og inspirasjonen) om legesamarbeid fra? (Lokalt/utenfra?)
Hvordan forklarer du det at etableringen av Senjalegen ble et faktum?
Hva og hvem var drivkreftene?
Hva hemmet utvikling av legesamarbeidet i perioden før Senjalegen ble etablert?
Hva var stemningen i din kommune før etableringen av Senjalegen, hva ble diskutert?
Kan du beskrive utviklingen av legevaktsamarbeidet i Senjakommunene, sett fra ditt ståsted?
Kan du beskrive overgangen fra tidligere legetjeneste og frem til implementeringen av utekontorene (2009) sett fra ditt ståsted?
Har Senjalegen blitt slik som man tenkte i etableringsfasen?

Tema 2: Hvordan fungerer organiseringen
Om praksisstørrelse og fagmiljø
Om arbeidstid, listelengde og åpningstid
Om arbeidsavtalene til Senjalegen
Om de økonomiske insentivene
Om legevaktbelastning
Om vertskommunerollen og driften av Senjalegen
Om IT, telefonsystem og lokaler
Om sommerstenging
Samfunnsmedisin
Om kvaliteten

Tema 3: Muligheter for fagutvikling og utvikling av kompetanse

Tema 4: Hvordan oppfattes Senjalegen i dag/ framtidsutsikter for ordningen

Tema 5: kostnader og gevinster
Hvilke kostnader spares, sammenlignet med den gamle ordningen?
Hvilke gevinster ser du i Senjalegen?
Hvem høster gevinstene?
Hvem bærer kostnadene?

Vedlegg 2: Spørreskjema i pasientundersøkelse

*=spørsmål som kun er stilt på utekontorene

SPØRRESKJEMA TIL BRUKERE AV LEGEKONTORET

Vi ber deg svare på noen spørsmål om med fastlegetjenesten i Senjalegen/på Senja. Hvis du både har erfaring som personlig bruker og erfaring som pårørende, ber vi deg svare ut fra *din* erfaring som personlig bruker.
Noen spørsmål vil kanskje være vanskelige å svare på, og i så fall kan du krysse av for "Vet ikke". Spørsmålene har svaralternativer gradert fra -3 til +3, der -3 er dårligste poeng og +3 er beste poeng. Sett et kryss i den ruten som best passer med det du mener.

1. Tenk på din erfaring med fastlegetjenesten i Senjalegen/på Senja. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende forhold?

	Svært misfornøyd						**Svært fornøyd**	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Vet ikke
Åpningstidene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*Avstanden fra dette fastlegekontoret til der du bor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avstanden fra fastlegekontoret på Silsand til der du bor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ventetiden på telefon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ventetiden på å få time på dette fastlegekontoret	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*Ventetiden på å få time på fastlegekontoret på Silsand	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lokalenes generelle tilstand	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende?

	Svært vanskelig						**Svært lett**	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Vet ikke
Å snakke med fastlegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Å legge fram din sak uforstyrret for legen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Å legge fram din sak uforstyrret for legesekretæren på forkontoret/venterommet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Å fremføre en klage til/på fastlegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Oppgi din alder …… år

4. Kjønn: ☐ mann ☐ kvinne

5. Tenk på den erfaringen du har med fastlegen. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende forhold?

	Svært misfornøyd						Svært fornøyd	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Vet ikke
Fastlegens faglige kompetanse til å gi deg god behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fastlegens mulighet til å behandle deg raskt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fastlegens evne til å følge deg opp	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Svært misfornøyd						Svært fornøyd	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Vet ikke
6. Tenk tilbake på de erfaringene du har med denne fastlegen. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med denne fastlegen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Svært fjernt fra idealet						Svært nær idealet	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Vet ikke
7. Tenk deg den ideelle fastlegen. Hvor nær opp til dette idealet er fastlegen du har erfaring med**?**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Svært liten tillit						Svært stor tillit	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Vet ikke
8. Hvor stor eller liten tillit har du til denne fastlegen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. I hvilken kommune er du bosatt?

10. ☐ Lenvik ☐ Torsken ☐ Berg ☐ Tranøy ☐ Annen kommune

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare!

Vedlegg 3 Tabeller om befolkningsframskriving og konsultasjoner

Tabell 1-3 viser antallet konsultasjoner i dag og hva vi beregner for 2025, fordelt på aldersgrupper, med utgangspunkt i nasjonale tall for gjennomsnittlig antall konsultasjoner per person i ulike aldersgrupper (multiplikatoren er hentet fra SSB Allmennlegetjenesten, 2014, og tilpasset). Fremskrevet befolkning er hentet fra SSB, MMMM-alternativet.

Tabell 1: Beregning av antallet legekonsultasjoner i dag og i fremtiden, fordelt på aldersgrupper, Tranøy

Alders-gruppe	Befolkning 2015	Fremskrevet befolkning 2025	Multipli-kator	Beregnet antall konsultasjoner	Fremskrevet antall konsultasjoner
0-17	313	300	1,5	469,5	450
18-49	501	455	2,3	1152,3	1046,5
50-66	373	328	3,2	1193,6	1049,6
67-79	240	278	4,2	1008	1167,6
80-89	94	95	5,2	488,8	494
90 -	23	22	3,3	75,9	72,6
SUM	1544	1478		4388,1	4280,3
		=95,7% av bef-2015			

Tabell 2: Beregning av antallet legekonsultasjoner i dag og i fremtiden, fordelt på aldersgrupper, Torsken

Alders-gruppe	Befolkning 2015	Fremskrevet befolkning 2025	Multiplikator	Beregnet antall konsultasjoner	Fremskrevet antall konsultasjoner
0-17	149	153	1,5	223,5	229,5
18-49	304	232	2,3	699,2	533,6
50-66	224	213	3,2	716,8	681,6
67-79	143	145	4,2	600,6	609
80-89	52	65	5,2	270,4	338
90 -	12	12	3,3	39,6	39,6
SUM	884	820		2550,1	2431,3
		=92,8% av bef-2015			

Tabell 3: Beregning av antallet legekonsultasjoner i dag og i fremtiden, fordelt på aldersgrupper, Berg

Alders-gruppe	Befolkning 2015	Fremskrevet befolkning 2025	Multiplikator	Beregnet antall konsultasjoner	Fremskrevet antall konsultasjoner
0-17	158	170	1,5	237	255
18-49	353	321	2,3	811,9	738,3
50-66	212	197	3,2	678,4	630,4
67-79	127	157	4,2	533,4	659,4
80-89	46	52	5,2	239,2	270,4
90 -	9	12	3,3	29,7	39,6
SUM	905	909		2529,6	2593,1
		100,4% av bef-2015			

Tabell 4: Beregnet antall og andel konsultasjoner med fastlege per aldersgruppe for Tranøy, Torsken og Berg

Alders-gruppe	Befolkning 2015	Beregnet antall konsultasjoner 2015 (SSB)	Prosentandel
0-17	620	930	10
18-49	1158	2663	55
50-66	809	2589	
67-79	510	2142	35
80-89	192	998	
90 -	44	145	
SUM	3333	9467	100

På bakgrunn av data om fødselsår blant et utvalg pasienter på utekontor (N=246), beregner vi at 9 prosent av konsultasjonene gjennom et år på utekontor er med barn og ungdom (0-17 år), 48 prosent er med personer i yrkesaktiv alder (18-66 år), og 43 prosent er med eldre pasienter (67 år og eldre). Denne fordelingen er litt forskjellig fra beregningen som er gjort i Tabell 4 med bakgrunn i befolkningsstrukturen og nasjonale tall for antall legebesøk per år per aldersgruppe, ved at det er en noe større andel konsultasjoner med eldre pasienter på utekontorene (43 prosent, sammenlignet med 35 prosent som var forventet). De antatt 4080 årlige konsultasjonene med lege på utekontor fordeles på disse tre aldersgruppe ved at ni prosent (tilsvarer 367 konsultasjoner) er med barn/ungdom, 48 prosent (1958 konsultasjoner) er med personer i yrkesaktiv alder, og 43 prosent (1755 konsultasjoner) er med eldre pasienter. Forenklet fordeles konsultasjonene med hjelpepersonell etter samme fordelingsnøkkel.

Tabell 5: Antall og andel konsultasjoner per aldersgruppe forutsatt Alternativ 1

Alders-gruppe	Andel konsulta-sjoner per aldersgruppe	Beregnet antall konsultasjoner med lege på utekontor (32,3%) og Silsand (67,7%)	Andel konsultasjoner med lege på utekontor[52]	Beregnet antall konsultasjoner med lege på utekontor	Beregnet antall kons. med hjelpe-personell	Total
0-17 år	10	1262	9	367	259	626
18-66 år	55	6943	48	1958	1382	3340
67 år-	35	4418	43	1755	1238	2993
SUM	100	12624	100	4080	2880	6960

[52] Basert på fødselsår i et utvalg som består av 246 konsultasjoner i perioden juni-september, alle utekontor er representert.