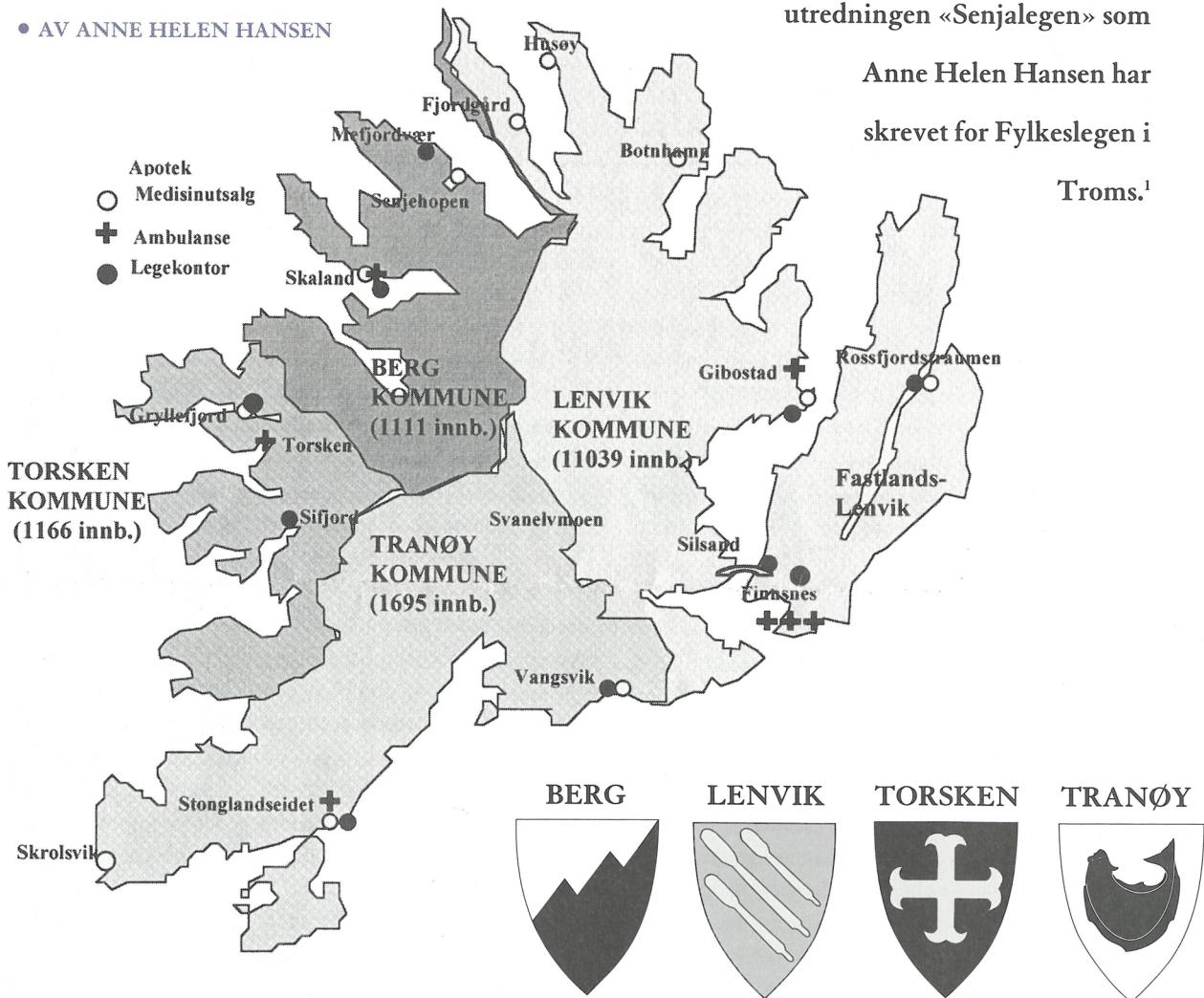


# INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM legetjenesten – ikke bare om natten

Interkommunalt samarbeid om legetjenesten er ikke bare aktuelt for legevakt, men kan også bli nødvendig for legetjenesten på dagtid. Mange små kommuner sliter med å få til et stabilt legetilbud til befolkningen, og det er avgjørende for fremtidens legetjeneste i disse kommunene at re-

kruttering og stabilitet styrkes. Dette skjer best gjennom oppbygning av robuste allmennmedisinske fagmiljøer. På Senja i Troms er interkommunalt samarbeid nødvendig for å skape et slikt fagmiljø og dermed rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Dette er hovedkonklusjonen i

• AV ANNE HELEN HANSEN



utredningen «Senjalegen» som

Anne Helen Hansen har  
skrevet for Fylkeslegen i  
Troms.<sup>1</sup>



## Anne Helen Hansen

kommer opprinnelig fra Lødingen i Nordland.

Hun er spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tromsø. For tiden har hun permisjon fra sin praksis ved Kroken Legekontor, og arbeider som ass. fylkeslege i Troms.

Anne Helen Hansen har utarbeidet rapporten «Senjalegen» som er en utredning om interkommunal legetjeneste på Senja.

Det har de senere år vært vanskelig å rekruttere leger til allmennmedisin både i Norge og internasjonalt.<sup>2</sup> Den vanskelige situasjonen merkes sterkest i distrikturen. I Troms er det kommunene Berg og Torsken som har hatt det vanskeligst. Et økende antall vikarer har betjent befolkningen, og i fjor byttet de lege mer enn en gang i måneden. De fleste vikarene kom fra utlandet.

### Forbedring og videreutvikling

Den dårlige legedekningen har skapt behov for en gjennomgang av legetjenesten i området med tanke på forbedring og videreutvikling. Fylkeslegen i Troms har fått midler fra Sosial- og helsedepartementet til å utrede mulighetene for interkommunal legetjeneste på Senja. Vi har utviklet flere alternative modeller for organisering av legetjenesten, og alle modellene innebærer samarbeid mellom to eller flere kommuner. Formålet med endret organisering er å skape større fagmiljø og bedre rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Endret organisering kan være interessant for flere små kommuner med marginal rekruttering.

I utredningen «Senjalegen» blir disse modellene presentert og drøftet. Utredningen er gjennomført i samarbeid med de aktuelle kommunene og har underveis vært drøftet i en egen referansegruppe. Rapporten vil bli gjengjeld for politisk behandling, og den fremtidige organiseringen av legetjenesten vil bli et resultat av politiske prosesser i kommunene. Vi vil her presentere den modellen som etter vår vurdering best sikrer rekruttering og stabilitet i legetjenesten i disse små kommunene. Men først en liten geografisk realitetsorientering....

### Senja – vill og vakker

Senja er Norges nest største øy. Naturen er vill og vakker, og øya har blitt kalt et Norge i miniatyr. Her finner vi kommunene Berg (i nordvest), Torsken (i sørvest), Tranøy (i sørøst) og

deler av Lenvik (i nordøst). Senja har bruforbindelse til Finnsnes, byen i Midt-Troms. På yttersida (Berg og Torsken) er øya preget av mange fjorder som i liten grad har vegforbindelse seg i mellom. I dag er området mellom Svanelvmoen og Silsand øyas trafikk-knutepunkt idet alle eksisterende veier fra fjordene møtes i dette området.

Kommuneinndelingen bærer preg av at sjøen i tidligere tider var hovedferdselsåre. Både Berg og Torsken kommuner er delt i to av dype fjorder og høye fjell. For å komme med bil fra nordre Berg til kommunenesenteret i søndre del av kommunen, må man reise 110 km gjennom både Lenvik og Tranøy kommuner. I nordre Berg bor om lag halvparten av kommunens befolkning. Det er håp om at internveier mellom de nordre og søndre deler av kommunene skal stå ferdig om noen år.

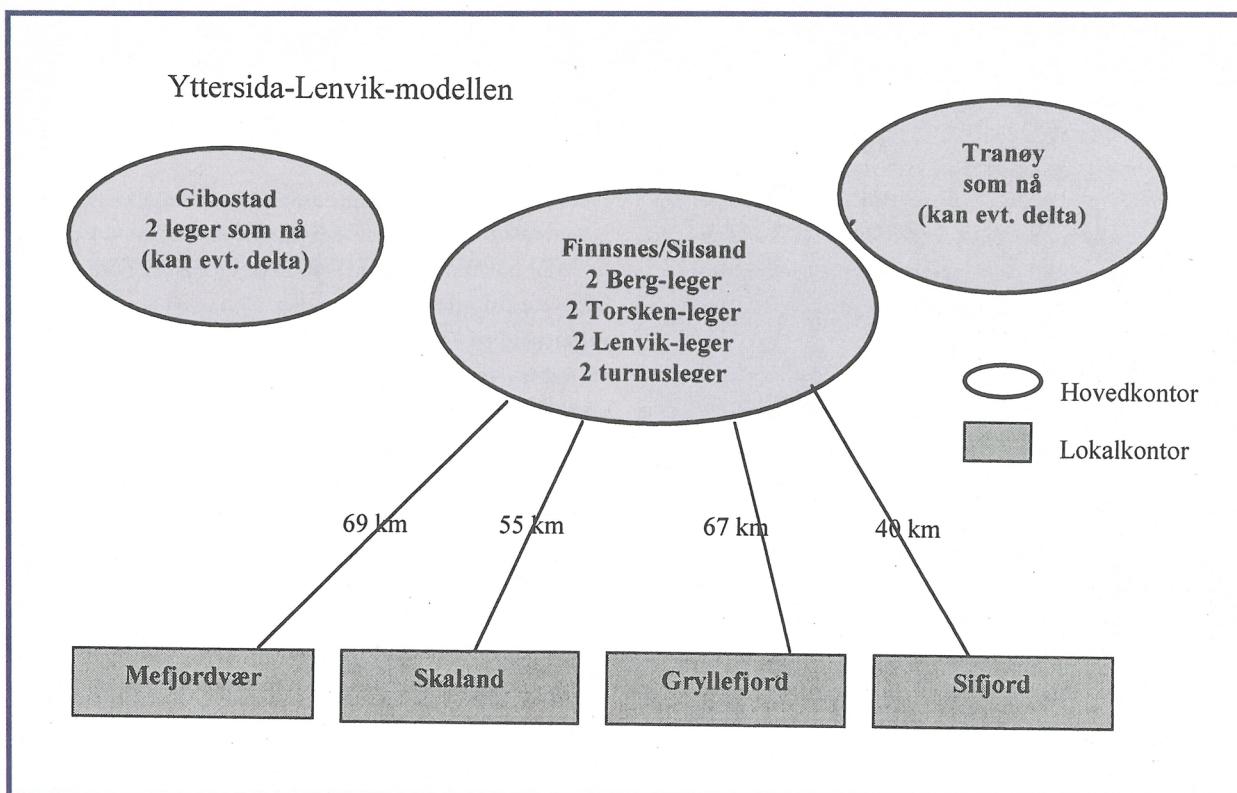
Mange pendler over kommunegrensene i forbindelse med arbeid, skolegang og fritidsaktiviteter. Reisetiden til Finnsnes er stort sett mindre enn en time uansett hvor man befinner seg på Senja, og det er enda kortere til Silsand. Det er større avstand fra viktige områder i Berg og Torsken til eget kommunesenter, enn til Silsand/Finnsnes-området. Fremkommeligheten begrenses i perioder vinterstid av uvær og rasfare.

### Hovedkontor og lokalkontor

Her presenteres den modellen som er størst og minst sårbar for fravær, og som vi mener kan sikre rekruttering og stabilitet i de små kommunene; den såkalte Yttersida-Lenvik-modellen. Modellen innebærer et samarbeid mellom tre kommuner; Lenvik, Berg og Torsken. Vi tenker oss 2 leger fra hver av disse kommunene pluss 2 turnusleger samlet på et sentralt hovedkontor på Finnsnes/Silsand. På grunn av bosetningsmønsteret må lokalkontorene bestå som i dag. Reisingen til de ulike lokalkontorene vil innebære slitasje, men kommunene kan kompensere dette med å legge transportvilkårene godt til rette praktisk og økonomisk. Hvorfor vil vi anbefale denne modellen for å bedre legetilbuddet til befolkningen? Hva er fordelene med interkommunalt samarbeid om legetjenesten? Vi vil her ta for oss de viktigste momentene i denne diskusjonen.

### Fagmiljø, rekruttering og stabilitet

Yttersida-Lenvik-modellen med 6 leger pluss 2 turnusleger er størst blant våre modeller og vil gi det minst sårbare fagmiljøet. Store kontorer vil gi mulighet for faglige møter, legene vil kunne konsultere hverandre og det vil samlet være store faglige ressurser i miljøet. Unge leger vil kunne nyte godt av eldre kollegers erfaringer. For å rekruttere må faglig isolasjon unngås da dette skremmer leger fra distrikturen.<sup>3,4</sup>



*Erfaringene fra fastlegeforsøket tilsier at det bør være minimum 3 faste leger på et legekontor for å sikre kontinuerlig drift i forbindelse med ulike typer fravær. Et stort miljø har muligheter for fleksible løsninger både på kort varsel og på lengre sikt. I det nye avtaleverket for fastlegeordningen har den enkelte privatpraktiserende lege rett (ikke plikt) til å begrense åpningstiden til 28 timer pr uke ved full kurativ praksis.<sup>5</sup> Dette bidrar til at små legekontor ikke alltid kan ha lege tilgjengelig i vanlig åpningstid. Større legekontor vil også være mindre sårbarer når det gjelder hjelpepersonell, hvilket vil være positivt både for legesekretærene, legene og pasientene.*

Det er i Norge alminnelig enighet om at den mest hensiktsmessige størrelsen på en legepraksis er 4–5 leger.<sup>6</sup> Større praksiser vil ofte føre til at presset på resepsjon og laboratorium blir for stort. I Yttersida-Lenvik-modellen kan hovedkontoret imidlertid tåle et større antall leger fordi flere leger til enhver tid har andre oppgaver enn kurativt arbeid på hovedkontoret. Hensiktsmessige planløsninger og organisasjon kan også bidra til at det kan utvikles større enheter enn tidligere antatt.<sup>6</sup>

Fagmiljøets lokalisasjon har også stor betydning for rekruttering og stabilitet. Lokalisering av hovedkontoret til Finnsnes eller Silsand vil være gunstig, da det allerede er et stort miljø både faglig og sosialt i dette området. Etablering av hovedkontoret sentralt vil også gjøre at legene i større

grad tør å satse på privat praksis. Flere undersøkelser har vist at privatpraktiserende leger er mer stabile enn fastlønnsleger.<sup>7</sup>

### Ressurskommuner

Med støtte fra Sosial- og helsedepartementet har Universitetet i Tromsø nylig etablert en forsøksordning med såkalte «ressurskommuner», hvor universitetet og kommunene samarbeider om medisinerutdanningen.<sup>8</sup> Sosial- og helse-departementet vurderer å øke de økonomiske tilskuddene til dette. Yttersida-Lenvik-modellen gir plass til to turnusleger, og er gunstig med tanke på å komme i betraktnsing som «ressurskommune» og få adgang til særlige økonomiske stimuleringstiltak. *Kontoret vil kunne bli attraktivt for turnusleger og for undervisning av legestudenter. Begge deler er viktig for rekruttering av leger og for utvikling av et godt faglig miljø.*

### Nærhet og tilgjengelighet

Når det gjelder geografisk nærhet vil den nye modellen gi et tilbud på lokalkontorene i Berg og Torsken som sannsynligvis blir bedre enn i dag.

Befolkningen i uvårsutsatte områder i Berg og Torsken er særlig bekymret over å bli avsondret fra tilgang til medisinsk hjelp i krisesituasjoner.<sup>9</sup> Det viktige i slike situasjoner må være å ha en lege på vakt som kjenner de lokale forhold og som enten kjenner pasienten personlig eller har tilgang

til journalopplysninger på data. Det er også viktig å ha en godt utbygd ambulansetjeneste som kan iverksette medisinske tiltak etter delegering fra lege.

*Nærhet i betydningen at legen og pasienten kjenner hverandre, krever stabile leger. Brukerundersøkelser viser at pasienter legger stor vekt på å kunne møte samme lege ved hver konsultasjon.<sup>10</sup>* På dette punkt kan legetjenesten til befolkningen i mange små kommuner forbedres vesentlig.

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

### Kvalitetssikring

Befolkningen skal være sikret en kvalitetsmessig trygg legetjeneste. Medisinsk arbeid vil ha best kvalitet når det utøves i et faglig fellesskap hvor kolleger kan gi hverandre råd og veiledning. *Det kan synes som om det er en sammenheng mellom tilgangen til et familjø og hvilke legetyper som rekrutteres til en kommune.<sup>11</sup>* For mange små kommuner vil legetjenestens kvalitet sikres bedre ved en interkommunal organisering.

### Samfunnsmedisinsk arbeid

Det vil være fordelaktig med felles kommunelege I for flere kommuner. Det er mange felles problemstillinger for kommunene i en region, og man kan dra nytte av stordriftens fordeler. I Yttersida-Lenvik-modellen er det god kapasitet til samfunnsmedisinsk arbeid. Det viktigste for dette arbeidet er kjennskap til regionen. Dette opparbeides over tid. Den modellen som best gir rekruttering og stabilitet, vil også best ivareta det samfunnsmedisinske arbeidet.

### Legevakt

Det ble høsten 2000 inngått en ny landsdekkende avtale om legevakt. Den innebærer honorering i form av fast lønn til leger som har tilstede vakt om natten (kl 23–08) på en interkommunal vaksentral, og ikke avlønning etter stykkprisordning som tidligere. Avtalen medfører store vaktdistrikter og vil føre til økende samarbeid mellom kommunene og redusert vaktbelastning for den enkelte lege. Avtalen gir legene rett til fri med lønn eller praksiskompensasjon 2–4 timer dagen etter vakt, eller hele dagen i vaktdistrikter med et befolkningsgrunnlag på mer enn 60 000 mennesker.<sup>12</sup> Dette vil ha stor betydning for legetjenesten på dagtid og vil gjøre små enheter enda mer sårbarer på dagtid enn tidligere. Det vil være en fordel for små legekontor at mange leger

inngår i legevaktordningen, slik at hver lege tar relativt sjeldent fri etter vakt. Det fremgår av avtaleverket i forbindelse med fastlegeordningen at legene normalt ikke bør ha vakt oftere enn hvert 3. døgn.<sup>13</sup>

Det er viktig for små kommuner å få til stabilitet i legetjenesten dersom de ønsker legevaktssamarbeid med kommuner som har stabile leger. Stabile leger ønsker ikke at pasienter som skulle vært behandlet på dagtid skyves over til vaktarbeid på kveld og natt. Med et jevnt godt legetilbud i en region vil alle kommunene høste gevinst av legevaktssamarbeid idet sjeldnere vakt er viktig for rekrutteringen av faste leger. De kommunene som er tidlig ute med å legge til rette for dette, vil få et konkurransefortrinn når det gjelder å skaffe nye leger.

### Økonomi

Det vil koste om lag 1,5 mill kr (eksl. moms) å utstyre et 6-legesenter i Yttersida-Lenvik-modellen med nytt utstyr til dagens pris. Prisen pr utstyrt legeplass er høyere når færre leger inngår i fellesskapet.<sup>14</sup>

Det er stor økonomisk gevinst ved stordrift og ved å unngå de ekstra utgiftene som bruk av korttidsvikarer medfører. En legetjeneste med to faste leger og en turnuslege etter Yttersida-Lenvik-modellen vil gi Berg og Torsken kommuner en legetjeneste til samme kostnad som i år 2000, men med nesten tre ganger så mange legeårsverk.

Det er grunn til her å ta med noen betraktninger omkring legeavlønning og økonomiske vilkår, da dette kan være en viktig faktor i forbindelse med rekruttering. Ved inngåelse av fastlegeavtaler har høy lønn vært et viktig virkemiddel for mange små kommuner for å sikre seg leger. Bø kommune (Vesterålen) har for eksempel valgt å lønne nyutdannede leger i lønnstrinn 70 samtidig som legene er innvilget en rekke øvrige gunstige ordninger. Kommuner som har problemer med rekruttering bør vurdere å tilby legene noe gunstigere vilkår enn det som oppnås i nabokommunene.

### Konklusjoner

Det er landets kommuner som har ansvar for å gi befolkningen en tilfredsstillende helsetjeneste. Det blir viktig for kommunene å organisere legetjenesten slik at rekruttering og stabilitet sikres. I små kommuner gjøres dette sikrest ved interkommunalt samarbeid. Dette vil gi økonomiske stordriftsfordeler også til små kommuner. Legekontorer med mindre enn 3 leger er ikke å anbefale når distriktene i fremtiden skal utvikle en moderne, faglig forsvarlig og stabil legetjeneste. Erfaringene fra fastlegeforsøket, avtaleverket for fastlegeordningen samt den nye legevaktavtalen tilsier at små legekontorer også i forbindelse den daglige drift vil

bli mer sårbarere enn tidligere. Dette skyldes blant annet problemer med å skaffe vikar i forbindelse med fravær av ulik art, privatpraktiserende legers rett til redusert åpningstid og legenes rett til fri etter vakt.

#### Referanser

1. Hansen A H. Senjalegen – en utredning om interkommunal legetjeneste på Senja. Fylkeslegen i Troms. Tromsø februar 2001.
2. Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crossland, L: Why doctors leave rural practise. Aust J Rural Health 1997; 5, side 198-203.
3. Olsen A G. Hvilke faktorer får leger til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Universitetet i Tromsø 1998.
4. Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crossland L. Why doctors leave rural practice. Australian Journal Rural Health (1997) 5; 198-203.
5. Kommuneavtalen ASA 4310 pkt 13.1.
6. Kvamme, Jan-Ivar. Etablering av legepraksis i fastlegereformens rike. Utposten nr 3 – 2000. Side 10-13.
7. Olsen A G. Hvilke faktorer får leger til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Universitetet i Tromsø 1988. Side 41.
8. Aaraas, Hasvold, Andersen, Swensen, Straume. Legeflukten fra distrikturene. Universitetet i Tromsø. Betenkning. Side 6.
9. Johansen A-M. Uten lege dør vi. Troms Folkeblad 29. april 2000, side 6.
10. Kvamme OJ, Hjortdahl P. Den gode allmennpraksisen - norske pasientar sine vurderinger og prioriteringar. Tidsskrift Nor Lægefør nr 18/1997; 117: 2607-9.
11. Bjørkli V. Uholdbar legeordning. Troms Folkeblad 26. februar 1999, side 6.
12. Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 8. Legevakt i interkommunal vaksentral i tiden 2300-0800.
13. Særavtalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 7.
14. Hansen A H. Senjalegen – en utredning om interkommunal legetjeneste på Senja. Fylkeslegen i Troms. Tromsø februar 2001.

## Smittsomme sykdommer. Utfordringer i en storby

### Tuberkulose, hepatitt og HIV – og møtet med pasienten

Kurs for allmennleger, smittevernleger og andre ansatte innen smittevern

*Tid:* 28. og 29.mai 2001.

*Sted:* Vestre Aker kirkes menighetshus, Oslo

*Kursavgift:* kr. 900,-

*Påmeldingsfrist:* 1. mai 2001

#### Målsetting:

- øke kompetanse vedrørende tuberkulose, hepatitt og HIV
- fremme samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten for disse pasientene
- remme kommunikasjon med personer tilhørende risikogrupper

Kurset er søkt godkjent som emnekurs.

*Kurskomité:* overlege Reidun Brunvatne, sykepleier/antropolog Ragnhild Magelssen og teknisk arrangør Tove Rutle

*Programmet fåes ved henvendelse til:* Tove Rutle, RMR kursarrangør, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Tlf. 63 97 32 22, fax 63 97 16 25 og e-mail [rmtov@online.no](mailto:rmtov@online.no)

## UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail [rmtov@online.no](mailto:rmtov@online.no)

**Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN  
Det koster kr. 375,- pr år!**

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....

