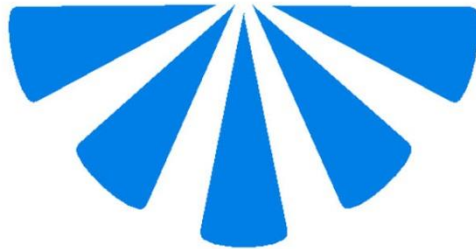


LINDESNES | REGIONEN



UTREDNING FELLES KOMMUNEOVERLEGE I LINDESNESREGIONEN

Høringsdokument mai 2014.

Sammendrag

Oppgavene som ligger til kommuneoverlege har blitt mer omfattende de siste årene, og flere av kommunene har strevd med å rekruttere leger til disse stillingene og samfunnsmedisinsk arbeid. En del av utfordringsbildet i regionen er at den er liten, og i flere av kommunene bærer samfunnsmedisinen preg av små fagmiljøer og stor sårbarhet ved permisjoner, ferie og annet fravær. Helsenettverket har derfor begynt arbeidet med å utrede mulighet for felles kommuneoverlegeressurser i regionen for en bedre utnyttelse av ressursene og kunne få et sterkere felles samfunnsmedisinsk fokus.

Rådmannsutvalget i regionen fattet 9.4.14 følgende vedtak: *«Rådmannsutvalget ber Helsenettverket arbeide videre med å utrede og foreslå en ordning med felles kommuneoverlege for Lindesnesregionen. Det forutsettes at det tas lokale hensyn»*

Innhold

Sammendrag.....	1
1. Innledning	3
2. Helsefaglige samarbeidsarenaer i regionen.....	4
3. Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten	4
3.1 Samfunnsmedisin omfatter blant annet følgende fagområder	5
4. Samfunnsmedisinske oppgaver i kommunehelsetjenesten – hvorfor trenger vi interkommunalt samarbeid?.....	6
4.1 Nasjonale vurderinger og anbefalinger	8
5. Vurdering av de ulike oppgavene	9
6. Framdriftsplan og momenter som må på plass.....	10

1. Innledning

Lindesnesregionen er et samarbeids – og interesseorgan for kommunene Audnedal, Åseral, Marnardal, Mandal og Lindesnes. Lindesnesregionen ledes av et råd bestående av ordførerne i deltakerkommunene. Regionen har til sammen ca. 25000 innbyggere fordelt på de 5 kommunene. Med unntak av Mandal med ca. 15000 innbyggere, består regionen av små landkommuner med fra ca. 1000 – 5000 innbyggere.

Lindesnesregionen skal legge til rette for at kommunene kan yte kostnadseffektive helse og omsorgstjenester av høy faglig kvalitet hvor hovedmålene er

- Gode, samordna helse – og omsorgstjenester
- God folkehelse

Regionplanen for Lindesnes skal ha fokus på de oppgavene regionen skal løse i fellesskap fordi dette fører til bedre tilbud til innbyggerne, mer rasjonell drift og bedre kvalitet.

Det er etablert samarbeidsordninger på flere områder innenfor helse – og omsorgssektoren. Helsenettverket består av helse – og omsorgssjef / kommunalsjef fra hver kommune. Kommunalsjefene har faste møter med kommuneoverlegene i hver av kommunene, og i tillegg har Helsenettverket tre-fire årlige møter med alle kommuneoverlegene samlet.

Oppgavene som ligger til kommuneoverlege er blitt mer omfattende de siste årene, og flere av kommunene har strevd med å rekruttere leger i disse stillingene og samfunnsmedisinsk arbeid. En del av utfordringsbildet i regionen er at den er liten, og i flere av kommunene bærer samfunnsmedisinen preg av små fagmiljøer og stor sårbarhet ved permisjoner, ferie og annet fravær. Helsenettverket har derfor begynt arbeidet med å utrede mulighet for felles kommuneoverlegeressurser i regionen for en bedre utnyttelse av ressursene og kunne få et sterkere felles samfunnsmedisinsk fokus.

Rådmannsutvalget i regionen fattet 9.4.14 følgende vedtak:

"Rådmannsutvalget ber Helsenettverket arbeide videre med å utrede og foreslå en ordning med felles kommuneoverlege for Lindesnesregionen. Det forutsettes at det tas lokale

2. Helsefaglige samarbeidsarenaer i regionen

Lindesnesregionen samarbeider på flere felt innen helse – og omsorg, og Helsenettverket har faste samarbeidsmøter.

2013 vedtok alle kommunestyrene å etablere Lindesnesregionens medisinske senter (LRMS) som i første omgang skal ivareta legevakt og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud for samtlige 5 kommuner. LRMS vil få sin lokalisering til tidl. Mandal sykehus.

Noen av områdene Helsenettverket ser det er viktig å samarbeide om er medisinskfaglig samarbeid, folkehelse, rus og psykiatri.

Gjennom samarbeidsavtalen som alle kommunene i regionen har inngått med SSHF, forplikter partene seg til å samarbeide gjennom regionale samarbeidsutvalg (RS). Det er et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom SSHF og den enkelte kommuneregion på Agder. I januar 2012 ble det opprettet et Regionalt samarbeidsutvalg i Lindesnesregionen i tråd med Samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene og helseforetaket.

Det er bred enighet om at kompetanseheving og kompetansedeling må stå sentralt innenfor alle satsningsområder

3. Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten

Det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet er vidtrekkende og er beskrevet og regulert av en rekke lover, forskrifter og offentlige meldinger:

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester** (helse- og omsorgstjenesteloven), som begge trådte i kraft i 2012, gir kommunene ansvar for et mer omfattende folkehelsearbeid enn tidligere. Det er lagt stor vekt på forebyggende tiltak, og Folkehelseloven slår fast i § 27 at kommuner kan samarbeide om ansettelse av kommuneoverlege for å ivareta samfunnsmedisinske oppgaver. Videre sier

samme lov i § 9 vedr. miljørettet helsevern som er lagt til kommunen, kan delegeres til et interkommunalt selskap.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Helse – og omsorgstjenesteloven § 5-5 sier at flere kommuner kan samarbeide om ansettelse av kommunelege. Den enkelte kommune avgjør om det skal samarbeides om felles kommunelege, men dersom kommunelegen skal fatte vedtak som innebærer offentlig myndighetsutøvelse, er det etter dagens regelverk bare vertskommunemodellen som kan benyttes.

Smittevernloven regulerer arbeidet med smittevern, og alle kommuner skal ha en smittevernlege som har ansvar for å utarbeide forslag til smittevernplan som vedtas i kommunestyret.

Miljørettet helsevern er et sentralt samfunnsmedisinsk arbeidsfelt som er omtalt i folkehelseloven samt i en separat forskrift. Kommunene pålegges å føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

3.1 Samfunnsmedisin omfatter blant annet følgende fagområder

Punktene er hentet fra Prop 90 L (2011), Innspill fra Hamarregionen og Fjellregionen samt innspill fra kommuneoverlegene i Lindesnesregionen

- 1) Statistisk og epidemiologisk arbeid.
 - a) Ha oversikt over sykkelighet og dødelighet
 - b) Se utviklingstendenser som har helsemessige konsekvenser
 - c) Leverer statistiske oppgaver til sentrale myndigheter
 - d) Fokus på grupper med spesielle helsemessige behov
 - e) Masseundersøkelser og helsekontroller av spesielle grupper for å kartlegge sykdom

- 2) Forebyggende medisin, sosialmedisin.
 - a) Prinsipper for planlegging av ulike helsetjenester
 - b) Prinsipper og metoder for helseopplysning
 - c) Sosialmedisinske problemstillinger som misbrukerproblematikk, fysiske og psykiske funksjonshemninger, uførhet og rehabilitering

- 3) Miljørettet helsevern
 - a) Smittevern
 - b) Forurensningsproblematikk luft, vann, støy, stråling osv
 - c) Kjemiske miljøfaktorer
 - d) Sosiale miljøfaktorer som bomiljø, trafikk, nærmiljø med mer
 - e) Hygiene og helseforhold knyttet til bygninger og boliger, offentlige institusjoner

- 4) Helseplanlegging
 - a) Planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetjenester
 - b) Beredskapsarbeid
 - c) Gi premisser til samfunnsplanlegging

Det er en lang rekke aktører som bidrar til å løse disse oppgavene i kommunen, men det er innenfor disse områdene det er særlig viktig å ha samfunnsmedisinsk kompetanse og samarbeid med kommunelegen.

Andre områder som må ivaretas av kommunelegen, som ikke er offentlig allmennpraksis:

- Medisinsk faglig rådgivning og veiledning
- Undervisning, veiledning, tilsyn og opplæring av helsepersonell
- Fatte vedtak om tvungen undersøkelse etter Psykisk helsevernlovens § 3-1

4. Samfunnsmedisinske oppgaver i kommunehelsetjenesten – hvorfor trenger vi interkommunalt samarbeid?

Samhandlingsreformen stiller krav om å utvikle felles behandlingstilbud sammen med bl.a sykehuset og distriktpspsykiatriske sentre (spesialisthelsetjenesten). I like stor grad krever reformen økt samhandling mellom kommunene. Interkommunale tilbud vil være aktuelt både innenfor forebyggende helsetjenester, og for pasientgrupper med ulike behov. Det vil være nødvendig å etablere tilbud til innbyggerne innenfor folkehelse, forebyggende behandlingstiltak, rehabiliteringstjenester, eldremedisin og behandling av andre brukere med relativt omfattende behov for kommunale pleie – og omsorgstjenester.

Helsenettverket mener at kommuneoverlegefunksjonen i framtida må delta mer aktivt i kommunal planlegging, styring og evaluering av kommunens daglige leveranser av helsetjenester. Dette området vil ha et kontinuerlig fokus med stadig økende behov i årene framover. En sterkere samordning av et geriatrisk kompetansemiljø i regionen vil være en mulig måte å møte disse utfordringene på. Styrket medisinsk – faglig rådgivning, tilsyn og tverrfaglig innsats i forhold til pleie – og omsorgssektoren blir derfor spesielt sentralt. Nylig innført forskrift med verdighetsgaranti understreker dette.

Kvaliteten i arbeidet kan variere fra kommune til kommune og avhenger ofte av personen som innehar stillingen og kapasitet i forhold til andre oppgaver som skal ivaretas. Samtidig med rekrutteringssvikt i samfunnsmedisin, har mange mindre kommuner nedprioritert arbeidet med miljørettet helsevern, trass i at dette er en lovfestet oppgave.

I dagens ordning har hver kommune ansvar for å rekruttere og tilsette personell i samfunnsmedisinske stillinger. Som i de fleste distrikts strøk, har regionen sine kommuneoverlegestillinger besatt av leger i kombinerte stillinger der fastlegearbeidet ofte blir prioritert og utgjør hovedtyngden av stillingsinnholdet. I vår region er det kun en av kommuneoverlegene spesialist i samfunnsmedisin. Det er følgelig behov for å styrke kompetansen på området.

Det har særlig vært problematisk å rekruttere leger til samfunnsmedisinske stillinger. Dette har mange årsaker, men i denne sammenhengen vil vi peke på faglig isolasjon og lite nettverk å spille på. En felles samfunnsmedisinsk enhet eller et tettere faglig nettverk mellom kommunene vil kunne bedre dette forholdet. Mange problemstillinger er felles i alle

kommuner, og ved å utvide arbeidsområdet til flere kommuner vil erfaringsgrunnlaget og dermed kompetansen øke.

Dagens ordning er sårbar. Hvis nøkkelpersonell i en samfunnsmedisinsk stilling blir syk eller slutter, vil ikke andre i samme kommunen kunne dekke arbeids- og ansvarsområdet. Gjennom et interkommunalt samarbeid vil dette kunne ivaretas i større grad og dermed blir sårbarheten mindre.

En ulempe ved en regional samfunnsmedisinsk tjeneste vil være at det blir større avstand til innbyggere og samarbeidspartnere i kommunene. Samfunnsmedisin skal være en integrert tjeneste og influere på en rekke andre prosesser og virksomheter, noe som blir lettere gjennom daglig kontakt.

Det er ikke noe i lovene som tilsier at en kommunelege bare kan ha kommunelegeoppgaver i en kommune. Tvert i mot som det sies både i Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven at kommuner kan samarbeide om denne tjenesten. Det som er utfordringen, er når en kommuneoverlege skal fatte vedtak om offentlig myndighetsutøvelse at vedkommende ikke kan være ansatt i et interkommunalt selskap, men må ha en ordning med vertskommunemodell.(Helse og omsorgstjenesteloven § 5-5) Dette tolkes slik at felles kommunelege(r) ikke kan ansettes i det nyetablerte LRMS, men det må velges en vertskommune av de samarbeidende kommuner i regionen. Det er imidlertid ingenting i veien for at kontor og base kan være i lokalene til LRMS.

Mange steder har man vurdert interkommunalt samarbeid rundt samfunnsmedisinske oppgaver, men det er lite erfaring med samarbeid om kommunelegeoppgaver.

Det viktigste i dette arbeidet er kjennskap til regionen. Dette opparbeides over tid. Den modellen som gir best rekruttering og stabilitet, vil også best ivareta det samfunnsmedisinske arbeidet.

4.1 Nasjonale vurderinger og anbefalinger

Samfunnsmedisinsk kompetanse må få en sentral plass i den nye Samhandlingsreformen. Nasjonale myndigheter, legeforeningen og blant kommuneoverlegene selv er det påpekt at funksjonen som samfunnsmedisiner i kommunene ikke er tilstrekkelig utbygd.

Allerede i 1999 i forbindelse med innføring av Fastlegeordningen, foreslo Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) i egen i Ot.prp tiltak som skal styrke samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene. Departementet anmodet kommunene om en økning av stillingsressursene til kommuneoverlegefunksjonen. Det pekte også på interkommunale løsninger. Det ble videre angitt en veiledende ressursdimensjonering som sier at kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere bør ha en kommuneoverlege i halv stilling med stedfortreder, og kommuner med mer enn 10.000 innbyggere bør ha kommuneoverlege i full stilling. Helsenettverket mener at felles ressurser til kommuneoverlege vil gi stordriftsfordeler i form av felles planer og systemer, for eksempel en smittevernplan som kan brukes i alle regionens kommuner i stedet for å lage en i hver kommune.

I 2007 påpekte et utvalg nedsatt av Helsedirektoratet utfordringene med dårlig utbygd kommuneoverlegefunksjon i kommunene. Av gruppens mange forslag var et at interkommunalt samarbeid kan være et grep som sikrer økt tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse. Lansering av Samhandlingsreformen og planlagt iverksettelse av nasjonal helse – og omsorgsplan understreker dette.

5. Vurdering av de ulike oppgavene

Hvilke oppgaver kan ivaretas regionalt, og hvilke oppgaver bør tas i den enkelte kommune? Lindesnesregionen er en liten region med knappe 25 000 innbyggere, noe som gjør at den bør være rimelig oversiktlig sammenlignet med andre større kommuner og kommunesammenslutninger. Avstanden mellom ytterpunktene (ca. 10 mil) kan være en utfordring. Det er lite som tilsier at ikke oppgavene som er listet opp i kap 4, kan ivaretas interkommunalt. Spørsmålet er hvordan regionen skal løse dette i forhold til problemstillingen vertskommunemodell og om stillingen skal deles opp. Dersom regionen velger å dele opp stillingen, må det tas stilling til om det skal være en eller flere vertskommuner, og om oppgavene skal fordeles mellom stillingene. Fordelene med å dele opp stillingen f.eks. i to 50 % stillinger, er at de kan vikariere for hverandre i ferier og fravær og samtidig ha mulighet til å diskutere faglige spørsmål med en kollega. På den andre siden vil en 100 % stilling ha mer kontinuitet og den som innehar den stillingen vil være fullt dedikert til de oppgavene som ligger til stillingen uten å måtte kombinere den med andre oppgaver.

6. Framdriftsplan og momenter som må på plass

En felles kommuneoverlege bør også ha en koordinatorfunksjon og ha ansvar for kommuneoverlegeforum, fastlegeforum og folkehelsekoordinatorforum.

Etableres faglige nettverk av nøkkelpersonell innen samfunnsmedisin; samfunnsmedisinere, helsesjefer, avdelingsingeniører innen miljørettet helsevern med møter en til to ganger årlig for å drøfte faglige saker av felles interesse, samt drøfte prinsipielle saker for å tilstrebe felles løsning på samme problemstilling.

Felles beredskapsplan for psykososialt kriseteam.

Egen prosjektgruppe bør utrede beredskapsvaktordning og lager utkast til felles plan.

Ved etablering av felles kommuneoverlege i Lindesnesregionen, kan vi da gå fra dagens ordning til en fullt integrert regional samfunnsmedisinsk tjeneste med en gang? Kan en felles kommuneoverlege etableres raskt med overtakelse av alle samfunnsmedisinske oppgaver, eller bør etableringen skje trinnvis? Hvor mange stillingshjemler kreves for at alle samfunnsmedisinske oppgaver skal løses i et regionalt samarbeid? Hva med de som innehar disse stillingene og funksjonene i dag? Dette er spørsmål som må drøftes i de enkelte kommuner og i regionen.

De fleste av oppgavene som ligger til en kommuneoverlege er likt i alle kommuner. Ved å etablere en felles tjeneste for alle kommuner med en gang, slipper man dobbeltarbeid, og felles systemer kan etableres ved oppstart. Anbefalingen er derfor å favne hele regionen fra starten og få det integrert i alle kommuner framfor å starte bare med noen kommuner. Det vil bli vanskelig å få til en full stilling med det siste alternativet.

I de fleste av kommunene i regionen er det i dag personer som er ansatt i disse stillingene i dag i varierende stillingsstørrelser. Ved å samle ressursene til en felles kommuneoverlege, må det gjennom høringer i kommunene og gjennomføres drøftinger med de kommuneoverlegene som innehar denne funksjonen i dag. Det må også gjennom en grundig vurdering hvor mange årsverk som skal til for å dekke denne funksjonen i regionen. Man tenker seg anslagsvis mellom 1 og 1,5 årsverk i regionen kan ivareta disse funksjonene. Det ikke tatt stilling til kostnadsrammene omkring en eller flere felles kommuneoverlegehjemler.