

Rapport - Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen

Samanstilling og vurdering av rapportane frå fylkesmannsembeta

HOD har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge "Kommunelegeressursene" med ansvar for smittevernet i kommunene. Vedlagt følger en sammenstilt rapport over svar fra alle fylkesrapporter med vurderinger av kommunelegeressursene med ansvar for smittevernet i kommunene. Vurderingene er basert på datagrunnlag fra 314 av 356 kommuner.

Kartlegging metode

HOD ba Helsedirektoratet kartlegge "kommunelege" ressursene med ansvar etter folkehelselovens § 27 og ansvar for smittevernlovens § 7-2. Folkehelseloven, smittevernloven og HOD, omtaler alle denne ressursen som "kommunelege".

Kommunelegefunksjonen betegnes også som "medisinsk faglige rådgiver" og "kommuneoverlege". Helsedirektoratet presiserte i kartlegging/spørreskjema, at kartleggingen gjaldt kommunelegefunksjon med ansvar for oppgaver etter folkehelselovens § 27 og smittevernloven § 7-2 som skal bistå kommunen i håndtering av smittevern- og beredskapsarbeid under koronaepidemien. Dette er også tydelig understreket i to møter med fylkesmennene før gjennomføring av spørreundersøkelsen, og formidlet til kommunene. Følgende tekst ble satt inn som forord til spørreundersøkelsen;

Nasjonal kartlegging - kommunelegefunksjonen under koronapandemien

Kommunelegefunksjonen er ein svært kritisk og sårbar ressurs for ei vellukka kommunal og nasjonal handtering av smittevern- og beredskapsarbeidet under koronapandemien. Kravet til å ha kommunelege følgjer av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5, folkehelseloven § 27 og smittevernloven § 7-2. Det er ikkje stilt noko eksplisitt krav om kor stor kommunelegeressurs kommunane skal ha, og vi har ingen systematisk kunnskap om hvor stor kommunelegeressurs som faktisk finnes i kommunane. Det er ein utilfredsstillande situasjon. Vi veit imidlertid at mange kommunar berre har tilsett kommunelege i små deltidsstillingar. Helse- og omsorgsdepartementet ynskjer å auke kunnskapen rundt desse forholda, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjere ei nasjonal kartlegging. Denne gjennomførast med bistand frå fylkesmennene, som sender ut dette kartleggingskjemaet og samanstillar funna på fylkesnivå før framsending til Helsedirektoratet. Svarfrist for kommunane: Torsdag 10. september kl 1500.

Kartleggingen er utført på grunnlag av et spørreskjema i Microsoft Forms med 10 spørsmål som belyser kommune(over)legefunksjonen. Spørsmålene kommunene har besvart belyser;

- Hvor mange personer som er ansatt som kommune(over)leger i kommunene
- Samlet kommune(over)lege stillingsprosent i kommunene
- Om kommune(over)legefunksjonen er styrket etter at pandemien kom til Norge
- Om kommunene har utpekt en stedfortreder/vararepresentant for kommune(over)legen
- Om kommunene har tilgjengelighet til kommune(over)legen utover normal arbeidstid ved avtalt "vaktordning" eller beredskapstillegg i arbeidsavtalen med kommune(over)legene
- Om kommunene har et interkommunalt vakt samarbeid om kommune(over)legefunksjonen
- Om kommune(over)legene har samfunnsmedisinsk- eller annen relevant tilleggskompetanse
- Hvor mange års erfaring kommune(over)legene har i stillingene
- Om kommunene har kontinuitetsplanlegger med tanke på kommune(over)legefunksjonen, og ved dette er bevisst hvordan de benytter ressursen
- Hvordan kommunene vurderer sine kommune(over)legeressurser

Fylkesmennene har formidlet spørreundersøkelsen til kommuneleger/kommuneoverleger med smittevernansvar i kommunen, og til kommunedirektører/rådmenn i kommunene. Fylkesmennene har nylig kartlagt hvem som er kommune(over)leger i alle kommuner, og har formidlet spørreundersøkelsen til kommune(over)legene og til kommunedirektørene. Vi oppfordret til at spørsmål 12 om hvordan kommunen vurderer sin kommunelegeressurs, ble besvart av kommunedirektøren /rådmannen og/eller relevant kommunalsjef. Link til spørreundersøkelsen finnes her;

<https://forms.office.com/Pages/ShareFormPage.aspx?id=jqVvilNR-kuai1c9mFpBhjnDgfwUoqpBlxVA0VtmneRUQUwyQTRUTThXSDBBOEIRMFVXSjRWVFFOWS4u&sharetoken=BrB9FmochtCEO7AQBqqvZ>

Alle fylkesmenn har sammenstillet svar fra sine kommuner i en for alle fylker lik rapport mal.

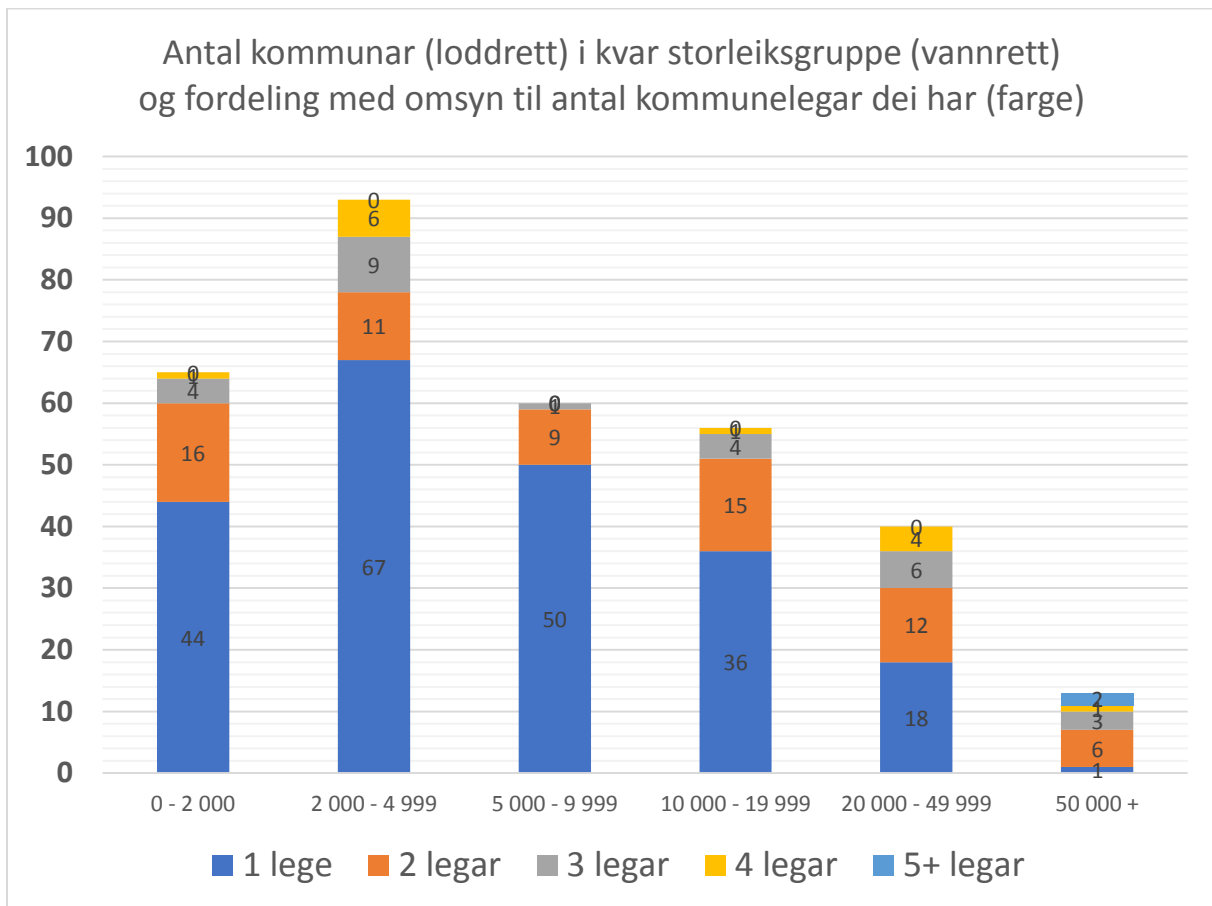
Inndelinga av kommunane etter storleik bygger på *Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall* <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/115>. Når vi omtaler kommunegruppene, gjør vi dette med nummerering fra 1 til 6, der gruppen med nummer 1 er gruppen med færrest innbyggere osv. til gruppe 6, som er gruppen med flest innbyggere.

Helsedirektoratets rapporteringen består av 10 fylkesrapporter presentert i en felles mal for å lette sammenstilling av alle fylkesrapporter. Sammenstilling gir svar/funn på de enkelte spørsmål. Svar/funn vurderes deretter mot en "rimelig kommunal norm/standard" for hva det er rimelig å forvente at kommunene har av kommune(over)lege samfunnsmedisinsk ressurser for en vellykket kommunal- og nasjonal håndtering av smittevern- og beredskapsarbeidet under koronaepidemien.

Pga. kort tid til gjennomføring av undersøkelsen, er noe av rapporten skrevet i norsk bokmål og andre deler på nynorsk.

Vi oppsummerer i det videre funnene fra de ulike spørsmålene;

Samanstilling – antall kommunelegar i kvar kommune fordelt på kommunestorleik



Funn

To tredelar av kommunane har tilsett ein person i kommunelegestilling, og me finn kommunar med berre ein kommunelege i alle kommune storleikar.

Kommunar med intill 2000 innbyggjere i gruppe ein, har rett over snittet med ein lege i 68% av kommunane. I dei andre gruppene, frå 2 til 6, ligg denne prosenten på 72, 83, 64, 45 og 8. 40 kommunar har tri eller fleire kommunelegar. 15 av 314 kommunar har fire eller fleire kommunelegar.

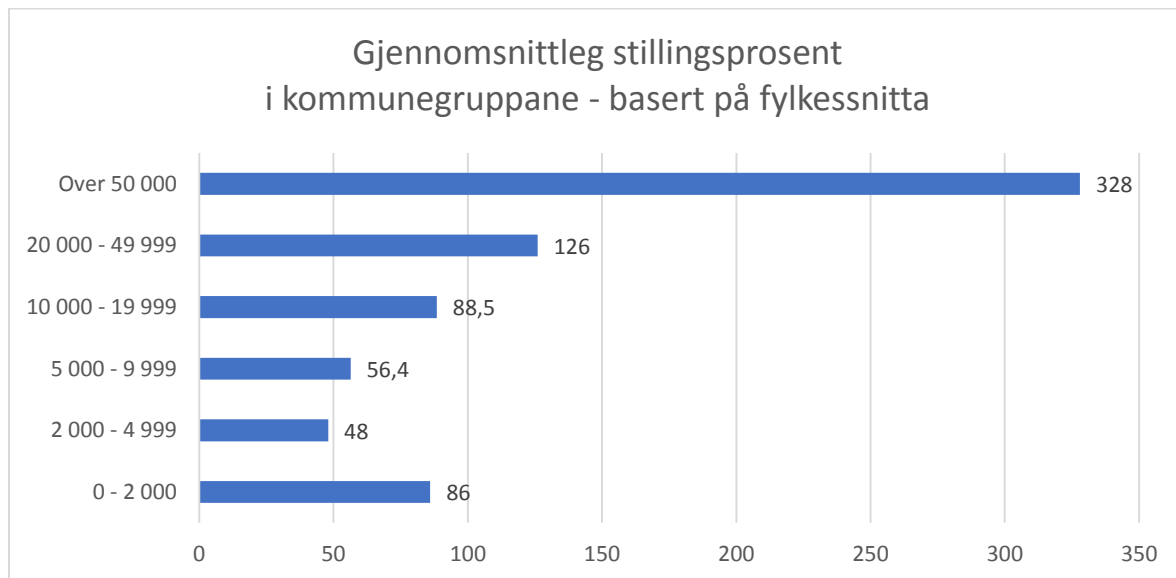
Norm

Kommunene skal etter folkehelseloven § 27 og smittevernloven § 7-2, organisere seg slik at de har nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse til å ivareta oppgaver etter folkehelseloven. Det er meget viktig for landet at kommunene under en pandemi, har en robust organisering av kommune(over)legerressursen, og tilstrekkelig tilgang til ressursen til enhver tid og over tid, for å ivareta befolkningens behov for helse- og smittevern beredskap

Vurdering med konklusjon

Funnene viser at jo større kommunene er, jo flere leger er ansatt. Det er god beredskap at flere personer er ansatt og deler på stillingene. Kommune(over)legerressursen må kunne stå i smittehåndtering over tid. Organiseringen i flere små kommuner kan virke sårbar ved bare å ha en lege. Dette kan styrkes ved forhåndsavtalt interkommunalt samarbeide om organisering av ressursen, og om gjensidig bistand ved større smitteutbrudd mm.

Samla stillingsprosent for kommunelegefunksjonen



Funn

Tallene viser, som forventet, at jo større kommunen er, jo større er stillingsprosenten. Tala her er et uvekta snitt basert på fylkesrapporteringane. Dei innrapporterte tala inkluderar dei styrkingane, faste og mellombels, som så langt er iverksette sidan pandemien braut ut. Det nasjonale snittet for dei 314 kommunane ligg på 92,2% kommunelegestilling. På fylkesnivå ligg snittet frå 57,8% (Agder) til 132,2% (Viken).

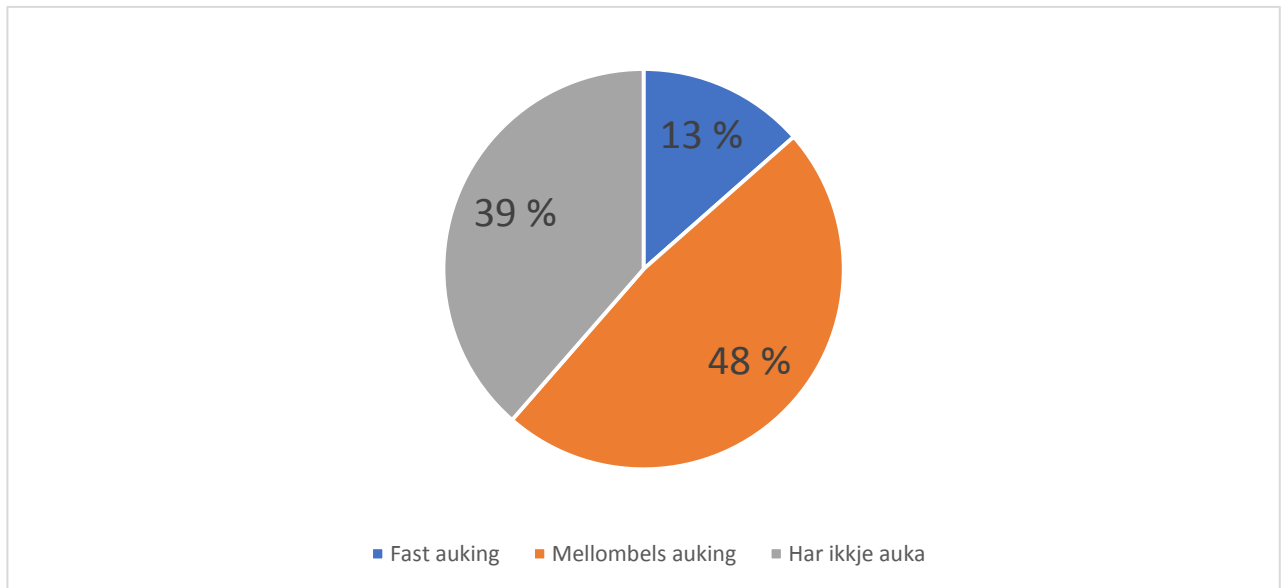
Norm

Stillingsstørrelse bør være tilstrekkelig til at kommune(over)legen(e) kan ivareta samfunnsmedisinske oppgaver i beredskapsplanlegging og krisehåndtering. Viktige oppgaver er revisjon av smittevern- og pandemiplan, samhandling med kommunens kriseledelse og operative virksomheter, samarbeide med nabokommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner og fylkesmenn m.fl., og gi kommunen nødvendige samfunnsmedisinsk råd for en vellykket håndtering av pandemi utfordringer.

Vurdering med konklusjon

Vår vurdering er at stillingsstørrelsene i de fleste kommune størrelsesgrupper er marginale for å ivareta smittevernet under en pandemi, og raskt bør økes for at ressursen skal kan bistå kommunene over tid uten å bli overbelastet. Eit grunnleggjande sett med oppgåver som i liten/ingen grad påverkast av kommunestorleiken ligg i kommune(over)legestillinga.

Styrking av kommunelegefunksjonen i samband med pandemien



Funn

61 % av kommunane har styrka kommune(over)legefunksjonen i samband med pandemien. Noe styrkingen har skjedd ved bruk av overtid og ved en omfattande uregistrert og dels forventa dugnadsinnsats.

Me har ikkje sett på styrking av støttefunksjonar for avlasting av kommune(over)legen på oppgåver som kan delegerast. Her ligg nok også ei styrking som mange kommunar har gjennomført, men ikkje rekna med i denne rapporteringa.

Det er klart indikert i rapporteringa at mellombels styrking har medført ned-/og bortprioritering av andre oppgåver eller omfattande ekstraarbeid.

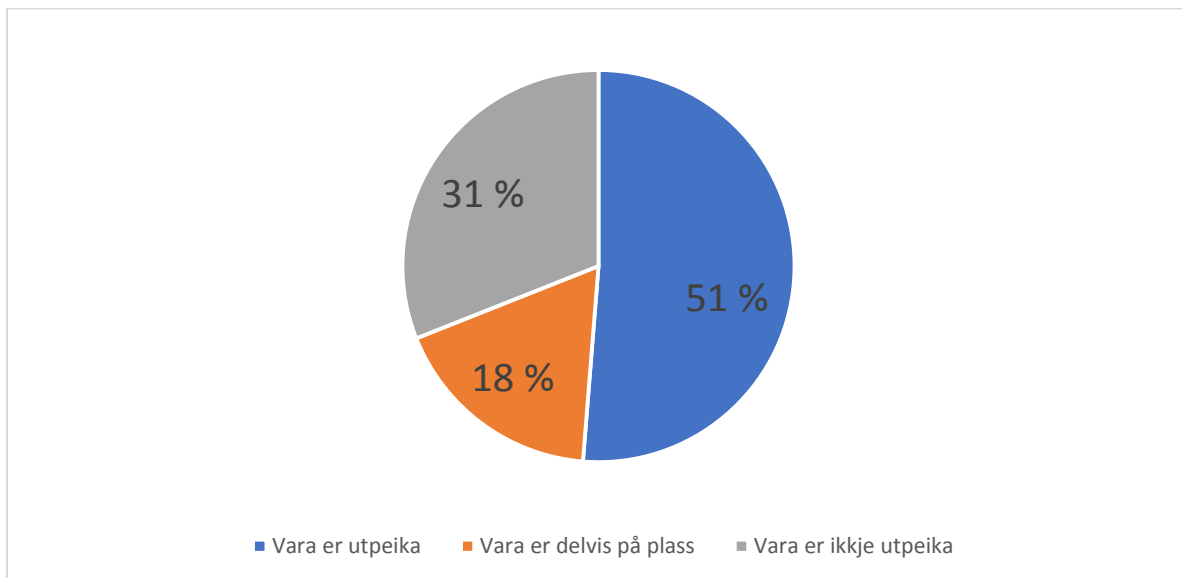
Norm

Tilstrekkelig omstilling og økning av viktige beredskapsfunksjoner, er meget viktig for å stå i kriser over lang tid. Tilstrekkelig kapasitet av kommune(over)legeressursen er meget viktig under en pandemi, og det er viktig å øke ressursen slik at den har kapasitet til å ivareta kommunes behov for smitte- og beredskapsoppgaver.

Vurdering med konklusjon

Det synes ikke tilfredsstillende at kun 61% av kommunene har økt kommune(over)legeressursen under pandemien. Pandemien gir et betydelig økt arbeidspress, og vi tilrår alle kommuner raskt å styrke funksjonen ved betydelig økte stillingsprosentar for å kunne møte utfordringer ved økt smitte- og krisehåndtering, og sikre kommune(over)lege ressursene nødvendig restitusjon og hvile.

Vara/avløysar for kommuneoverlegefunksjonen



Funn

Halvparten av kommunane har fått på plass ein vara for kommunelegefunksjonen. 18% har dette delvis på plass, medan ein snau tredel ikkje har dette i orden.

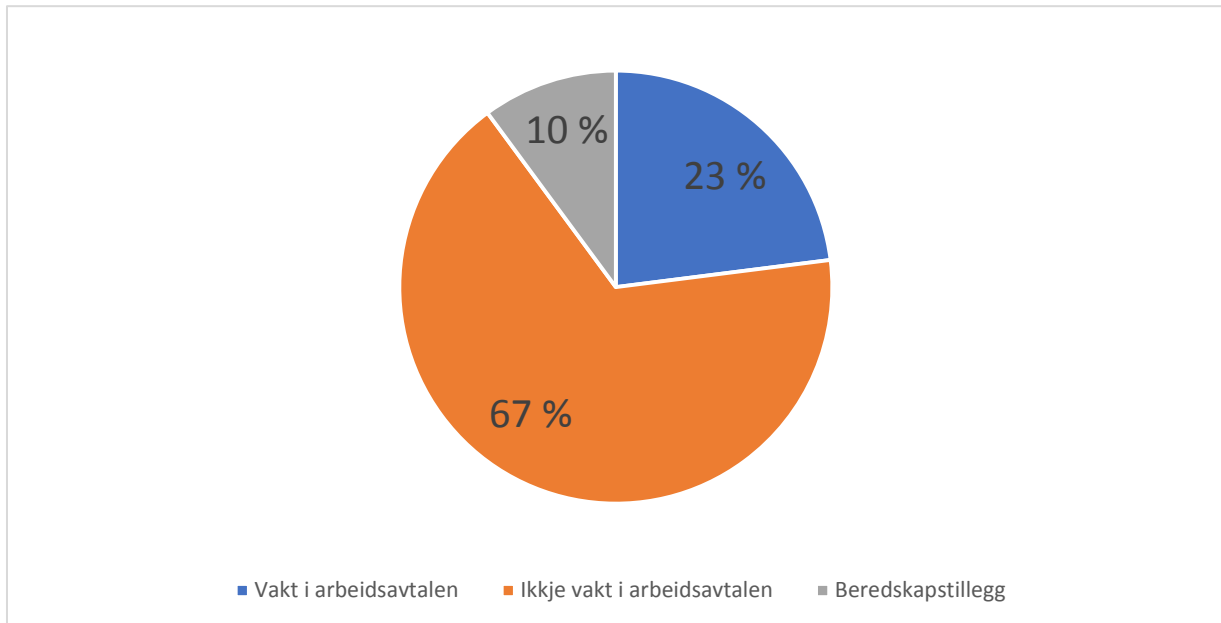
Norm

Alle kommunelegar skal ha oppnevnt ein vara, anten frå eigen organisasjon eller gjennom eit formalisert interkommunalt samarbeid på kommunenivå

Vurdering med konklusjon

At berre halvparten av kommunane har utpeika vara for kommunelegen, gjør at den andre halvparten av kommuner er sårbare for å miste tilgang til svært viktig samfunnsmedisinsk-, og smittevern kompetanse. Dette er ikke tilfredsstillende i forhold til folkehelselov §§ 28 og 30 krav til kommunene om beredskapsplan og internkontroll for å sikre at folkehelse- og smittevern oppgaver etter folkehelseloven blir ivaretatt. Siden vi er nå er et halvt år ute i en pandemi og det er fare for økt smitte, er det nødvendig at alle kommuner raskt oppnevner vara/stedfortredere for kommune(over)legerressursen.

Tilgjengelegheit for kommunelegefunksjonen utover normal arbeidstid - formell vaktordning



Funn

To tredjedeler av kommunelegane har ikkje avtale om vakt i arbeidsavtalen sin. Den siste tredelen fordeler seg med 10% som har eit beredskapstillegg for å vere tilgjengelege utanom arbeidstida og 23% som har vaktordning gjennom arbeidsavtalen sin.

Fordelinga av svara avviker ein god del frå fylke til fylke. Dei nordlegaste fylka er på topp når det gjeld å ha formelle vaktordningar på plass.

I Troms og Finnmark er dette på plass i 64% av kommunane, og i Nordland i 48% av kommunane. Vestfold og Telemark er nedst med berre snaut 9% kommunar som har avtale om vakt.

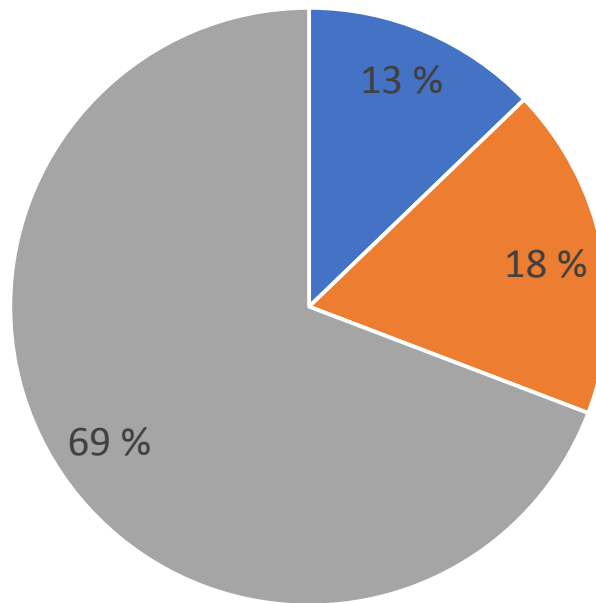
Norm

Det vil under en pandemi oppstå smitteutbrudd i mange kommuner som raskt må kunne slåes ned. Erfaringer fra smitteutbrudd i Østfold, Fredrikstad/Sarpsborg, Hamar, Lillehammer, Oslo/Viken og i Bergen, viser at rask testing, isolering, smitteoppsporing og karantene (TISK), er viktig for smittekontroll. Alle kommuner bør derfor ha avtaler/planer som sikrer tilgang til kommune(over)legen utover normal arbeidstid i form av en vaktordning/avtale.

Vurdering med konklusjon

Det er ikke tilfredsstillende at et flertall av kommunene ikke har etablert formelle vaktordninger / avtaler som sikrer tilgang til kommune (over)legens utenom normal arbeidstid. Kommune(over)legestillinga er en kritisk kompetanse i kommunen med omfattande fullmakter som ikkje utan vidare kan delegerast.

Interkommunalt vaksamarbeid



■ Formalisert interkommunalt vaksamarbeid ■ Uformelt interkommunalt vaksamarbeid
■ Ikkje vaksamarbeid

Funn

Berre 13% av kommunane har eit formelt interkommunalt samarbeid om kommune(over)legefunksjonen. Meir enn to tredjedelar av kommunane har ikkje noko vaksamarbeid, korkje formelt eller uformelt. Ingen av fylka skil seg spesielt ut.

Dei færreste av kommunane (40 av 314) har meir enn to personar i kommunelegestilling, og må samarbeide interkommunalt for å ha ei robust vaktordning.

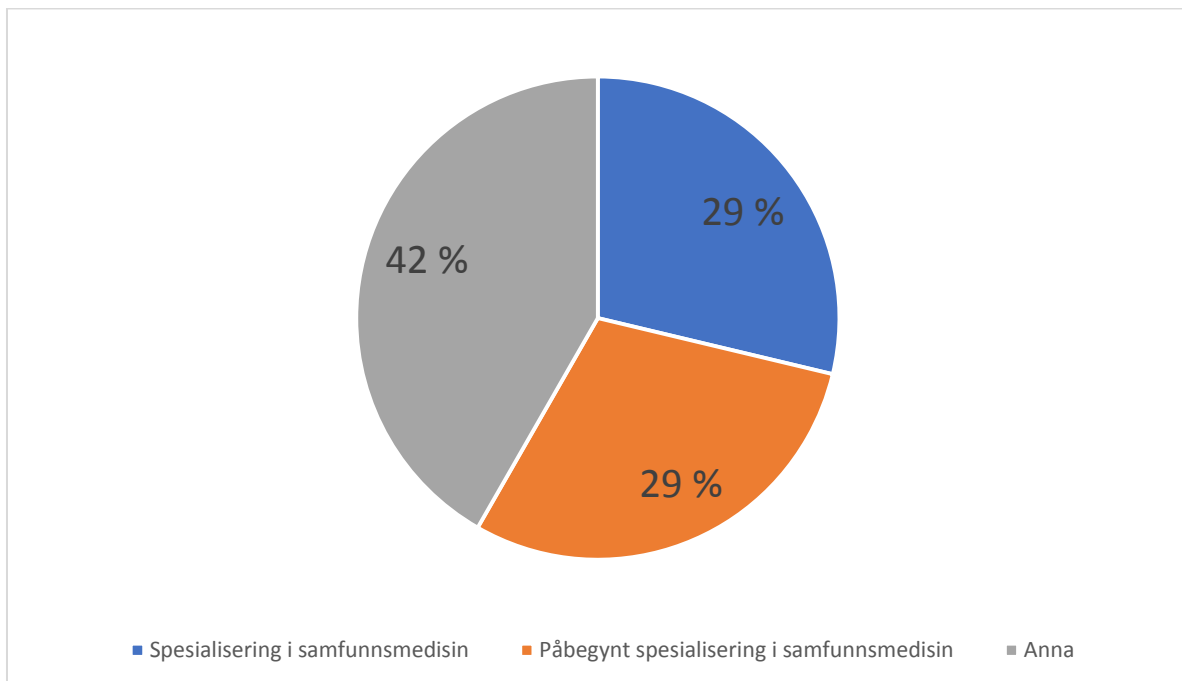
Norm

Kommunar som ikkje har stor nok kommunelegeressurs til å kunne ivareta ei eiga vaktordning som sikrar uavbroten tilgang på kompetansen og fullmaktene til som ligg i funksjonen, bør sikre tilgang til kommune(over)lege ressurs ved å inngå avtale med ein eller fleire kommunar. Eit uformelt samarbeid om kommune(over)legeressursen er ikkje tilfredsstillande pga. dei omfattande fullmaktene som er knytta til funksjonen.

Vurdering med konklusjon

Det er ikke tilfredsstillende at det er så få kommuner som har inngått formaliserte avtaler, særlig gjelder dette de små kommunene som bare har 1 lege tilgjengelig. Avtaler om interkommunalt samarbeid må inngås der dette er naudsynt.

Tilleggskompetanse



Funn

Godt over halvparten av kommune(over)legene har, eller er i ferd med å ta spesialisering i samfunnsmedisin. Mange kommune(over)leger har betydelig tilleggskompetanse ved at de er erfarne leger med spesialisering i allmenntilleggskompetanse.

Fordelinga er nokså lik frå fylke til fylke, men Vestland skil seg positivt ut med heile 86% som har (46%) eller er i ferd med å gjennomføre (40%) spesialisering i samfunnsmedisin.

Ei utfordring som har kome fram i kartlegginga, er at ein ikkje kan spesialisere seg i samfunnsmedisin med ei kommunelegestilling på 20% - og dette med liten stillingsprosent gjeld jo sær mange.

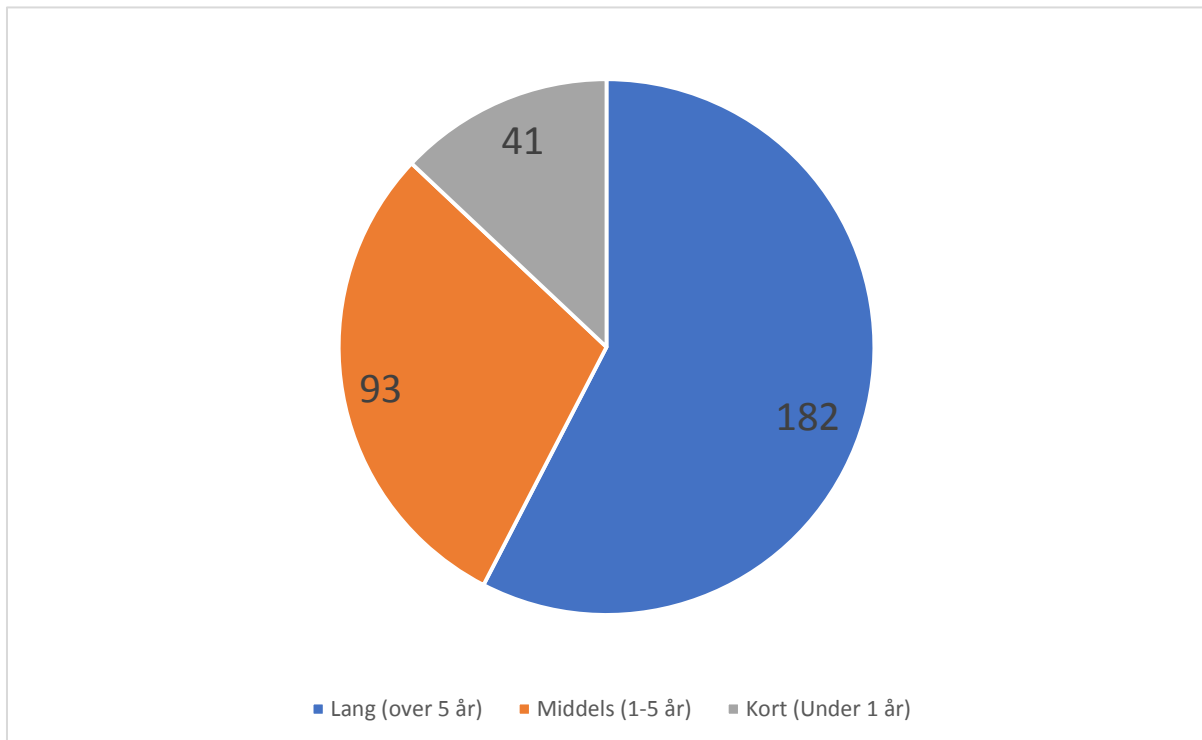
Norm

For å ivareta de samfunnsmedisinske oppgaver etter smittevernlov, folkehelselov, helseberedskapslov mm. forsvarlig og bidra i kommunens krisehåndtering, bør kommune(over)legen ha samfunnsmedisinsk spesialitet, eller i det minste være i spesialisering i samfunnsmedisin.

Vurdering med konklusjon

Det er ikke faglig tilfredsstillende at 42 % av kommunene har kommune(over)legen ikke har påbegynt spesialisering i samfunnsmedisin. Disse kommunene bør avtale med sine leger at slik spesialisering påbegynnes, og legge til rette for interkommunalt samarbeide og rådgivning med spesialister i samfunnsmedisin i nabokommuner. Kommunen må sikre at stillingsstorleik er tilstrekkelig til å skaffe seg kompetansen.

Erfaring som kommunelege



Funn

Tilnærminga knytta til kva for tid ein treng i organisasjonen for å vere nok kjent med strukturar og personell til å kunne gje eit verdifullt bidrag inn i krisehandteringa frå dag 1.

Frå tilbakemeldingane som er gitt ser det ut til å vere ein klar samanheng mellom generelle legerekrutteringsproblem og rekruttering av kommune(over)lege, og det er gjennomgåande kortare erfaring som kommune(over)lege i kommunar med rekrutteringsproblem. Store kommunar med heile stillingar og eit godt fagmiljø ser ut til å halde på kommunelegane over tid, sjølv om ein og finn kommune(over)legar med lang erfaring i mindre kommunar. Her ser me jo óg at høg samla stillingsprosent og at ein er fleire om stillinga(ne), ser ut til å vere vel så sannsynleg i dei minste kommunane som i større kommunar, jamfør dei to fyrste figurane.

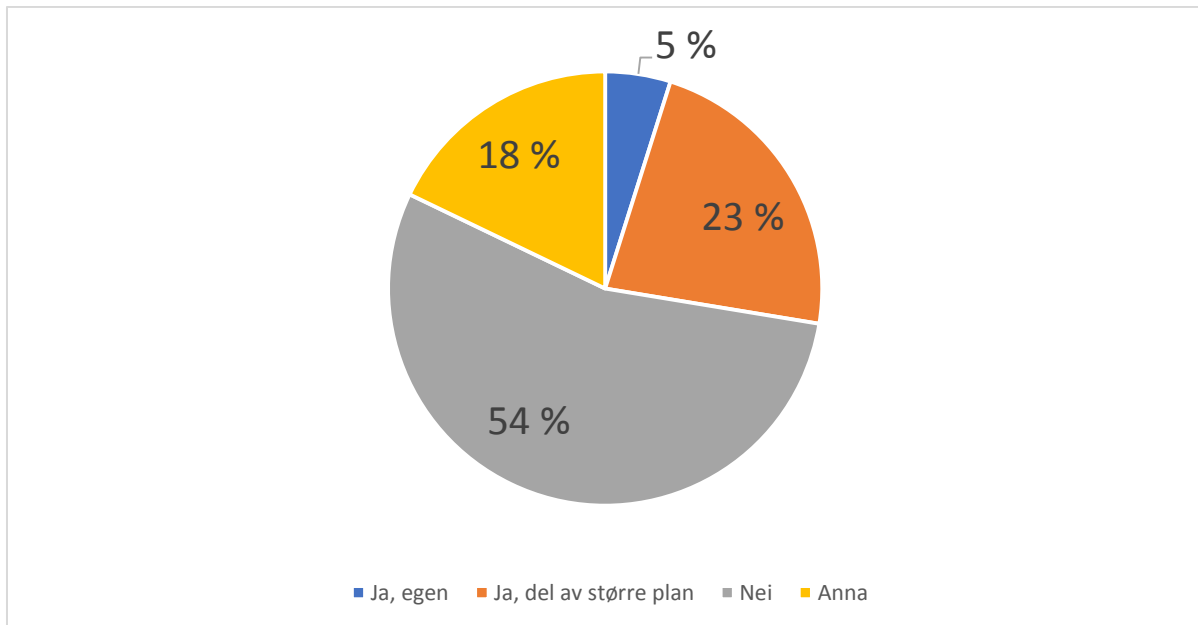
Norm

Kommune(over)legen skal gi kommunen medisinsk faglige råd, og får økt samfunnsmedisinske kompetanse med lang tid i stillingene. Større kommuner har beredskapsansvar for mange mennesker, og bør tilstrebe å ha erfarne kommune(over)leger.

Vurdering med konklusjon

Det er tilfredsstillende at 87 % av kommune(over)legene har middels til lang erfaring. Dette betyr at mange har god samfunnsmedisinsk erfaringskompetanse.

Kontinuitetsplan



Funn

Berre drygt fjerdedelen av kommunane har kontinuitetsplanlagt med tanke på kommunelegefunksjonen, og då i hovudsak som del av større kontinuitetsplan.

Fylka ligg jamnt over på rundt ein fjerdedel av kommunane som har kontinuitetsplanlagt for kommunelegefunksjonen. Troms og Finnmark skil seg positivt ut med 43%.

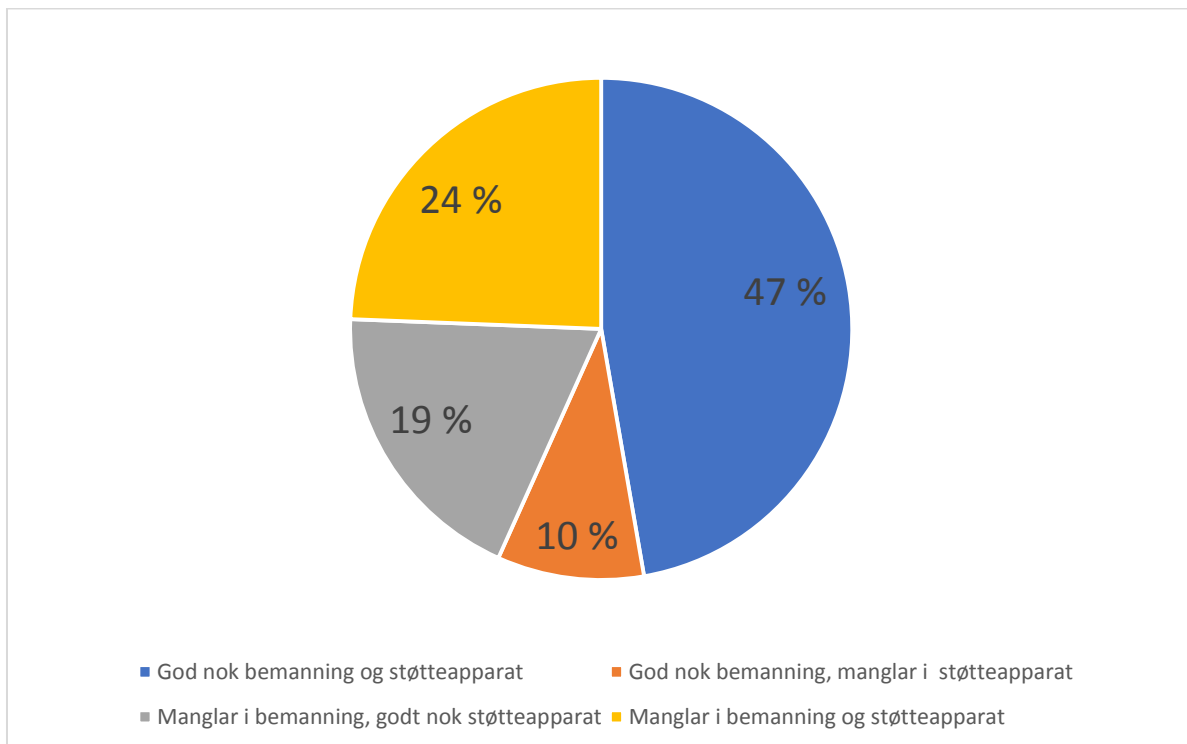
Norm

Kommunene skal etter folkehelselovens § 28, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 5-2 og 5-5 og helseberedskapsloven § 2-2, ha beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven mm. som sikrer befolkningen nødvendig helsetjenester i kriser og smittevern. Alle kommuner bør på dette grunnlag ivareta kommunelegefunksjonen i sin kontinuitetsplanlegging.

Vurdering med konklusjon

Kartleggingen viser at bare 28 % av kommunene har kontinuitetsplanlagt for kommune(over)legefunksjonen, og dette er ikke tilfredsstillende. Beredskaps- og kontinuitetsplaner er en viktig støtte i pandemi krisehåndtering, og har vært mye etterspurt i pandemien. Det kan virke som at beredskaps- og kontinuitetsplanlegging er sårbare prosesser i kommunene.

Kommunane sine egne vurderingar av kommunelegeressursen



Funn

Grunnlaget her er tal frå 7 av 10 embete, og det har vore naudsynt med god kommunekunnskap og eit tolkningsrom for å kunne plassere svara frå kommunane i desse fire kategoriane.

Snaut halvparten av kommunane er nøgde med ressursane dei har på plass, mens drygt halvparten peiker på manglar. Om me ser nærare på mangelkategoriane svarar 43% av kommunane at det er manglar i bemanninga (kommunelege), medan 34% svarar at det er manglar i støtteapparatet.

Norm

Mer enn 6 måneder ut i en pandemi med gjentatte krav til kommunene om å etablere tilstrekkelig helse- og smittevern beredskap, er det å forvente at alle kommuner har etablert forventet beredskap og skulle være fornøyd med sin kommune(over)lege ressurs/beredskap.

Vurdering med konklusjon

Det er ikke tilfredsstillende at halvparten av kommunene ikke er fornøyd med sin kommune(over)lege ressurs/beredskap, men samtidig ikke et overraskende funn sett i lys av den mangelfulle kontinuitets planlegging for funksjonen. At færre finner mangler i støtteapparatet enn i kommune(over)lege bemanninga, kan skyldes at samlet smittetrykk så langt har vært lavt, slik at kapasiteten på støttefunksjoner enda ikke har utfordret.

Oppsummering

Kommune(over)legen er ein kritisk ressurs for kommunane i deres pandemi håndtering, både med omsyn til kompetanse og med omsyn til mynde/fullmakter. Det er dermed viktig å sikre at ein har robuste løysingar på plass for å dekke meir akutte behov for funksjonen, til dømes ved sjukdom og for å kunne oppbemanne ved store hendingar/smitteutbrudd.

Kartleggingen viser at kommune(over)lege funksjonen har lang erfaring, men flere bør ha relevant spesialisering (samfunnsmedisin).

Samla stillingsstorleik i den einskilde kommunen varierar mykje. Ein stor del av dette kan forklarast med kommunestorleik, men me finn óg store skilnader blant jamnstore kommunar. Gjennomsnittleg har kommunane i underkant av ei full stilling (92%).

To tredeler av kommunane har berre ein person tilsett i kommune(over)legestilling, og berre 13% av kommunane har tri eller fleire kommune(over)legar, som er eit absolutt minimum for å «klare seg sjølv». Dette inneber at det for dei aller fleste kommunane er naudsynt å samarbeide interkommunalt. Samtidig finn me at berre 13% av kommunane har eit formelt vaksamarbeid på plass. Me finn óg at berre halvparten av kommunane har ei formell ordning for vara/avløysar.

Det synes ikke tilfredsstillende at kun 61% av kommunene har økt kommune(over)legeressursen under pandemien. Pandemien gir et betydelig økt arbeidspress, og vi tilrår alle kommuner raskt å styrke funksjonen ved betydelig økte stillingsprosenter for å kunne møte utfordringer ved økt smitte- og krisehåndtering, og sikre kommune(over)lege ressursene nødvendig restitusjon og hvile.

Manglande varig styrking av kommune(over)legefunksjonen under pandemien i heile 87% av kommunane, kan sjåast i samanheng med at berre 28% har ivareteke denne funksjonen i kontinuitetsplanlegginga si. Dette kan medføre sårbar kommunal beredskap, fortsatt personellslitasje og at andre viktige oppgåver nedprioriterast på ubestemt tid.

Berre 47% av kommunane meiner at dei har god nok bemanning og støtteapparat, og det vert viktig å bistå kommunane med kontinuitetsplanlegging, tilrettelegge og motivere for arbeidet med å få på plass bedre og mere robuste løysingar for kommune(over)legefunksjonen i alle kommunar.

Helsedirektoratet takker Jan Ruud hos fylkesmannen i Vestfold og Telemark for hans store bidrag til denne kartleggingen.