



Innspill til Helsedirektoratet om tiltak for å styrke kommuneoverlegefunksjonen.

Sandnessjøen 23.10.20

LSA takker for muligheten til å komme med innspill til Helsedirektoratets kartlegging om kommuneoverlegenes situasjon. Vi er glade for at det synes å være en gjensidig enighet om virkelighetsoppfatningen som sier at kommuneoverlegene i denne langvarige helsekrisen har opplevd en betydelig belastning. Samtidig er den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene per i dag for lite robust. Vi kjenner igjen svarene som foreligger i den nasjonale kartleggingen.

Vi er bedt om å komme med synspunkt på følgende;

1. Hva er største belastninger på kommuneoverlegene i pandemien?
2. Hva er viktigste ressurs "flaskehalser" og belastninger for kommuneoverlegene i pandemien?
3. Hva kan vi iverksette av tiltak for nå å avlaste kommuneoverlegene? Hvilke løsninger kan iverksettes for å øke kommuneoverlege kapasitet og tilgjengelighet - uten samtidig merbelastningene på kommuneoverlegene? (større stillinger? flere stillinger?, utpeke stedfortredere?, økt støttepersonell?, interkommunalt samarbeide/vaktordning frem til kl. 22.00 ??)

Generelt mener LSA at kommunenes unnfallenhet med tanke på kontinuitetsplanlegging av den samfunnsmedisinske beredskapen er beklagelig, og at dagens situasjon dessverre er et produkt av at dette ikke har vært prioritert over år. For å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen, og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern, bør det etableres forpliktende beredskapsordninger for samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene i «normaltid».

Det må i tillegg planlegges ordninger for beredskapsvakt og overtidsarbeid ved langvarige krisesituasjoner som den pandemien vi nå står i, samt å sikre kontinuitet i den samfunnsmedisinske kompetansen som bør være tilgjengelig for kommunen gjennom krisen.

Vi forsøker i det videre å gi litt mer utfyllende informasjon på hvert spørsmål:

Spørsmål 1)

LSA får helt klart tilbakemelding fra våre medlemmer om at det kommuneoverlegene opplever som mest krevende i denne pandemien er selve arbeidsbelastningen. Dette gjelder kommuneoverleger i både små og store kommuner, og i alle deler av landet. Kommuneoverlegene forteller om lite, om noe, fritid, kontinuerlig beredskapsarbeid, der man er tilgjengelig for arbeidsgiver 24/7, i måneder i strekk. Det å gå i stadig beredskap for en mulig positiv prøve, som kan bli varslet når som helst på døgnet, og som krever umiddelbar oppstart av smittesporingsarbeid, oppleves belastende for de aller fleste. Mange kommuneoverleger har i år ikke fått tatt ut ferie, og har vært tilgjengelig for arbeidsgiver hver time av døgnet fra mars og fram til i dag. Ofte skjer denne belastningen som følge av kommunens «forventning» til sin kommuneoverlege, og uten forutgående avtaler om avklart

arbeidstid eller økt kompensasjon. Avspasering av lange arbeidsdager eller avvikling av ferie er ikke mulig når det ikke er andre kommuneoverleger til å overta jobben ved ens eget fravær.

Det store informasjonsbehov både eksternt til media og generelt til befolkning, samt internt i organisasjonen innebærer mye arbeid for alle kommuneoverleger, også de som er i kommuner med ingen eller lite smitte.

Kommuner som ikke ser verdien av arbeidet som egen kommuneoverlege legger ned i denne spesielle tiden, og som er motvillig med tanke på kompensasjon for usedvanlig mye arbeid uten muligheter for avspasering, tærer også på motivasjonen til å være i langvarig beredskap for våre medlemmer. Dette er en risiko for framtidig samfunnsmedisinsk kontinuitetsevne og for rekruttering innen det samfunnsmedisinske faget.

Det er i perioder uten langvarig krise det er nødvendig å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet til samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Dersom det hadde vært opparbeidet bedre kapasitet, stedfortrederfunksjon, organisert beredskap og mulighet for spesialistutdanning, ville grunnlaget for å håndtere krisesituasjoner vært annerledes.

Spørsmål 2)

Kommuneoverlegens viktigste ressurs er samarbeidet med annet helsepersonell, FHI og andre kommuneoverlegekollegaer. Flaskehalsen er kapasitet på testing og smittesporing når utbruddet rammer. Belastningen er det voldsomme arbeidstrykket som eksisterer selv uten pågående utbrudd. Det er et enormt behov for oversikt, rapportering og informasjon, samt en forventningen til kommuneoverlegens allestedsnærværende beredskap. Kommuner med manglende støttetjenester til TISK-arbeid er også en utfordring for kommuneoverlegenes arbeidssituasjon.

En stedfortreder for kommuneoverlegen er en nødvendighet, og særlig i tider med langvarig krise. Det er imidlertid viktig at stedfortreder og andre leger i smittevernarbeid har store nok stillinger for å kunne være tilgjengelig nok for arbeidet pandemihåndteringen krever.

Det er behov for å utvikle standardisert kommunikasjonsmaterieell til ulike instanser, for eksempel skoler/barnehager og helseinstitusjoner, for å avlaste de mangfoldige henvendelsene og spørsmålene til kommuneoverlegen..

Det er en stor belastning for kommuneoverlegene å være kontinuerlig tilgjengelige for kommunene, uten å være i en formalisert beredskapsordning, som vil sikre fritid og hvile også for denne legegruppen.

Spørsmål 3)

Dette er et spørsmål det dessverre ikke finnes mange enkle svar på, da det vil være en stor utfordring å styrke tjenesten kortsiktig. LSA mener at større kapasitet er viktig i kommuneoverlegestillingene. Dette betyr større stillinger og flere kollegaer. Men det tar tid å bygge kapasitet og kompetanse. Det er dessverre ikke en «pool» med arbeidsledige samfunnsmedisinere der ute som bare venter på å bli ansatt av kommunene. Skal samfunnsmedisinske stillinger styrkes med umiddelbar virkning, tror vi legene i hovedsak må hentes fra fastlegekorpset, der det allerede er fastlegekrise med egne oppgaver knyttet til pandemihåndteringen. Om en skal omdisponere fastleger kortvarig i lokale utbrudd er det viktig at disse er opplært på forhånd, og at det er avklarte kompensasjonsordninger på plass. I små kommuner er det umulig å trekke på fastlegerressurser, da disse er mer enn nok opptatt med dagarbeid og legevakt. Her må det andre løsninger til.

Støttepersonell er viktig, og støttepersonellet utøver nødvendig i arbeidet, særlig under utbrudd. Imidlertid vil de samfunnsmedisinske vurderingene, avgjørelsene og ansvaret være vanskelig å delegere til annet personell enn kommuneoverlegen.

Støttepersonell må læres opp fortløpende, og det må være robuste planer for omdisponering av nødvendig kompetanse med kort varsel. En må ha ordninger for opplæring av andre enn helsepersonell som kan utføre visse oppgaver. En egen organisering av koronatiltak i større kommuner kan være klokt når beredskap går over i driftsfase over lengre tid.

Vi i LSA tror at å få mer ordnede beredskapsvaktforhold er det viktigste tiltaket for å bedre kommuneoverlegens situasjon kortsiktig. Vi får nå meldinger fra våre medlemmer om at flere kommuner nedskalerer beredskapen betydelig. Dette gjør det mye mer krevende å øke beredskapen igjen under lokale og regionale utbrudd.

Interkommunalt samarbeid kan være et godt alternativ for mange kommuner.

LSA mener det er avgjørende å øke stillingsstørrelsen til kommuneoverlegene. Det må være tilstrekkelig kommuneoverlegeressurser i hver kommune til å sikre nødvendig og forsvarlig samfunnsmedisinsk arbeid. LSA mener det må være minimum 50% stilling i alle kommuner, 100% stilling i kommuner fra 5000 innbyggere, og at antall stillinger i store kommuner beregnes i hver kommune etter vurdering av forsvarlig samfunnsmedisinsk arbeid som bl.a smittevernlov, folkehelseloven, psykisk helsevernloven og beredskapsloven.

Styret i LSA er glad for at dette temaet utredes av Helsedirektoratet, og stiller gjerne på et webmøte for å drøfte både kortsiktige og langsiktige tiltak videre.

Med vennlig hilsen

Styret i LSA
Kirsten Toft
leder