

Interkommunalt samarbeid i samfunnsmedisin

– utfordringer og overveielser

■ **HELGE LUND** • *kommuneoverlege i Os, Røros og Holtålen*

ÅSE INGEBORG BORGOS • *kommuneoverlege i Tynset*

HÅKON SPÆREN HENNINGSEN • *kommunelege 1, Alvdal*

TOM SUNDAR • *kommunelege 1, Rendalen*

Samfunnsmedisinen i distriktskommuner er ofte preget av sårbarhet og varierende kvalitet på grunn av små fagmiljøer, lav stabilitet i stillingene og mangelfull fraværdekning ved ferie og permisjoner. For å løse lovpålagte oppgaver innen smittevern og miljørettet helsevern, må små kommuner samarbeide. Denne artikkelen drøfter ulike spørsmål og organisatoriske løsninger rundt samfunnsmedisinsk samarbeid – basert på et prosjektarbeid i Nord-Østerdal.

Kommunene Alvdal, Folldal, Os, Rendalen, Tolga og Tynset i Hedmark, og Holtålen og Røros i Sør-Trøndelag, utgjør en geografisk enhet betegnet som «Fjellregionen». Med ca. 23 000 innbyggere kan regionen i folketall sammenliknes med en mindre norsk by (TABELL 1), mens de åtte kommunenes samlede areal er større enn Rogaland og bare litt mindre enn Buskerud. Spredt bosetting og store avstander skaper en rekke utfordringer for utøvelse og organisering av helsetjenester – også innen samfunnsmedisin.

Fjellregionen har to sentre, Tynset og Røros, med hvert sitt sykehus tilhørende ulike helseforetak – henholdsvis Sykehuset Innlandet og St. Olavs hospital. Trass i fylkes- og foretaksgrenser, samarbeider kommunene i regionen på flere områder: Røros og Holtålen har felles intermediæravdeling ved Røros sykehus. Røros, Holtålen og Os har interkommunal legevakt med base på Røros. De øvrige kommunene i Fjellregionen har interkommunal legevakt med Tynset som base. Mattilsynet på Tynset dekker Hedmarks-

kommunene, mens Mattilsynet på Røros dekker de to Trøndelagskommunene.

I fjor initierte Fjellregionen et prosjekt for å utrede interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske tjenester. En arbeidsgruppe bestående av kommuneleger – deriblant artikkelforfatterne – fikk i oppdrag å kartlegge behovet for felles kommuneoverlege og synliggjøre fordeler og ulemper ved en fler-/interkommunal løsning. Gruppen leverte nylig sin innstilling der vi tar til orde for å ansette felles kommuneoverlege, etablere et eller



TABELL 1. Kommuner i Fjellregionen

KOMMUNE	INNBYGGERTALL*
Folldal	1 647
Alvdal	2 450
Tynset	5 572
Rendalen	1 936
Tolga	1 671
Os	2 025
Røros	5 593
Holtålen	2 021
Samlet	22 915

*Per 1.10.2012

«Tynset-regionen» 13 275 innbyggere

«Røros-regionen» 9 639 innbyggere

to «samfunnsmedisinske kraftsentre» samt oppnevne lokale faglige «brohoder», dvs. leger i 20 prosent samfunnsmedisinsk stilling i hver enkelt kommune. Vi kommer tilbake til forslagene senere i artikkelen. Først, la oss se på noen premisser.

Lovhjemlede samfunnsmedisinske oppgaver

Opgavene som tilligger stillingen som kommuneoverlege (kommunelege 1) er blitt mer komplekse de siste årene (SE FAKTABOKS). Kvaliteten i det faglige arbeidet varierer fra kommune til kommune, ofte avhengig av hvem som innehar stillingen som kommuneoverlege/kommunelege 1. Noen kommuner opplever rekrutteringssvikt i samfunnsmedisin og må nedprioritere smittevern og miljørettet helsevern, trass i at dette er lovpålagte oppgaver.

Det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet er vidtrekkende og er beskrevet og regulert i en rekke lover, forskrifter og offentlige meldinger: *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelse-loven) 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 – med stor vekt på forebyggende tiltak. Også samhandlingsreformen fremhever kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Folkehelse-lovens § 27 tilplikter kommunen å ha en eller flere (over)leger i stilling som medisinsk faglig rådgiver og som – på kommunens vegne – treffer avgjørelser i hastesaker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Flere kommuner kan



Samfunnsmedisinske oppgaver som tilligger kommuneoverlege

- Lokal helsemyndighet
- Medisinsk faglig rådgiver
- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Helseovervåking
- Planarbeid
- Samarbeid med helseforetak og statlige myndigheter
- Fremme kontakt mellom kommunene og 2.-linjetjenesten
- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsemessig beredskap
- Kvalitetssikring og tilsyn
- Samarbeid med fastlegene og legevaktjennesten
- Administrative oppgaver

samarbeide om ansettelse av kommuneoverlege for å ivareta samfunnsmedisinske oppgaver.

Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunens ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester, samtidig som kommunene gis større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Smittevernloven pålegger kommunene å ha smittevernlege med ansvar for å utarbeide forslag til smittevernplan som vedtas av kommunestyret.

Miljørettet helsevern er et sentralt samfunnsmedisinsk arbeidsfelt, omtalt i folkehelse-loven samt i egen 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*. Miljørettet helsevern krever samarbeid med teknisk etat, da det finnes bestemmelser om meldeplikt for virksomheter, gransking, konsekvensutredninger osv. Imidlertid blir mye viktig og lovpålagt arbeid forsømt å grunn av manglende

stillingshjemler eller kompetanse, så som tilsyn med barnehager, skoler, svømmehall, campingplasser, solarier m.m.

«Marginal samfunnsmedisin i småkommuner»

Stadig flere kommuner velger fler-/interkommunale ordninger for å løse sine oppgaver innen samfunnsmedisin og miljørettet helsevern. I Nord-Gudbrandsdal har Sjøk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja gått sammen om én koordinator (www.nglms.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse). Interkommunale løsninger er etablert eller under utprøving i Østfold, Hallingdal, Værnesregionen, Vestfold, Rogaland og Midt-Troms.

Hesledirektoratets rapport *IS-1633 Gjennomgang av miljørettet helsevern i kommunene* fra 2009, påpeker i kapittel 3.1:

«Det benyttes for lite ressurser i miljørettet helsevern i forhold til utfordringer og oppga-

Spredt bosetting og store avstander i distriktskommuner skaper utfordringer for utøvelse og organisering av helsetjenester – også innen samfunnsmedisin. Bildet er fra Rendalen i Hedmark. FOTO: TOM SUNDAR



ver. Særlig er det for lav kompetanse innen miljørettet helsevern i de små kommunene. Rapportens generelle funn er at miljørettet helseverntjenesten fungerer dårlig i de minste kommunene, dette funnet bekreftes av at mange av de små kommunene heller ikke har klart å svare på undersøkelsen. Dette er også et uttrykk for en marginal samfunnsmedisin i småkommunene. Undersøkelsen er relativt entydig på at oppbyggingen av miljørettet helseverntjenesten de siste årene i hovedsak har foregått i de store kommunene og i interkommunale samarbeid. I små kommuner som står utenfor interkommunale samarbeid har tjenesten mange steder blitt bygget ned. Dette er et funn som bør være aktuelt å vurdere ved utvelgelse av hvilke kommuner det bør føres tilsyn med.»

Altså er det en ønsket utvikling, både politisk og medisinskfaglig, at det opprettes samarbeidsløsninger for miljørettet helsevern og samfunnsmedisinske oppgaver slik at kommunen kan løse lovpålagte oppgaver på en

faglig og samfunnsmessig tilfredsstillende måte. Følgende avsnitt er hentet fra en prosjektrapport i Indre Østfold:

«Kommunene må på bakgrunn av dette (les: nytt regelverk/folkehelselov/helse- og omsorgstjenestelov) styrke sin medisinskfaglige kompetanse og kapasitet. Særlig vil det være viktig å ha oversikt over helsetilstanden i egen befolkning og hvilke helsetjenester det er behov for. Kommunenes politiske og administrative ledelse må ha et faglig godt beslutningsgrunnlag for å styre ressursbruken effektivt og med nødvendige prioriteringer.

Kommunene skal også medfinansiere pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det blir derfor viktig at kommunene har oversikt over hvordan disse midlene brukes, samtidig som kommunens egen helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten samarbeider godt. Både i samhandlingsreformen og i forarbeidene til lovverket understrekes det at en styrking av kommuneoverlegefunksjonen er en viktig forutsetning for at kommunene skal kunne løse pålagte oppgaver innen helsesektoren.

Kommuneoverlegene i alle kommunene får et betydelig ansvarsområde og krevende oppgaver. Mange av disse oppgavene vil være ganske like i den enkelte kommune. Prosjektgruppen mener at det vil gi klare fordeler både faglig og ressursmessig om det etableres et godt og forpliktende samarbeid mellom kommuneoverlegene i Indre Østfold.»

Bakgrunnen for interkommunalt samarbeid er – som det fremgår over – at de lovpålagte oppgavene som tilligger kommuneoverlegefunksjonen, er blitt så omfattende at de ikke lenger kan løses godt nok av leger i samfunnsmedisinske bistillinger i den enkelte kommune. Dette gjelder ikke bare distriktskommuner, men også kommuner i sentrale strøk.

Hvordan løse oppgavene?

Denne erkjennelsen øker behovet for samfunnsmedisinske samhandlingsarenaer. Det er ulike former for samarbeid og samhand-

ALTERNATIV	OMRÅDE	SAMARBEIDENDE KOMMUNER	FORDELER	ULEMPER
1	Hele Fjellregionen	Alle i Fjellregionen	Samlet kompetanse i én enhet	For store avstander fysisk og «mentalt»; må forholde seg til to fylkeslegeembeter og helseregioner. Det må være to hele stillinger
2	Tynset	Tynset, Rendalen, Tolga, Follidal, Alvdal	Naturlig enhet med felles legevakt/distrikt i dag	Få
	Røros	Røros, Os, Holtålen	Felles kommuneoverlege og legevakt i dag	Må forholde seg til to mattilsyn, to fylkesleger og to helseregioner
3	Tynset	Tynset, Rendalen, Tolga, Follidal, Alvdal, Os	Én fylkeslege, én helseregion og ett mattilsyn å forholde seg til	Os i annet vakt-distrikt i dag. Os har tradisjon for å samarbeide nordover, har felles kommuneoverlege med Røros og Holtålen i dag
	Røros	Røros, Holtålen	Én fylkeslege, én helseregion og ett mattilsyn å forholde seg til Felles legevakt og kommuneoverlege i dag	Denne enheten blir liten dersom man legger til grunn anbefalingen om én hel stilling som kommuneoverlege per 10000 innbyggere

TABELL 2. Alternativer for samfunnsmedisinsk samarbeid i Fjellregionen.

ling, men det finnes ingen enkel oppskrift fra sentrale helsemyndigheter på hvordan arbeidet skal organiseres.

Behovet for fler-/interkommunale kommuneoverleger synes berettiget. Dette bør være *faglige stillinger* konsentrert rundt miljørettet helsevern, smittevern, beredskapsplanlegging og teknisk hygiene – stillinger som i størst mulig grad er fritatt for budsjett- og personalansvar. Kommuneoverlegen er en faglig premissleverandør i utformingen av allmennlegetjenesten og i alle spørsmål som angår kommunehelsetjenesten. Kommuneoverlegen må trekkes med i relevant planarbeid slik at lovverkets intensjoner blir ivarettatt. Ansvaret for legevakt og akutt-

medisinsk samarbeid via AMK er betydelig, og kan med fordel delegeres til annen lege.

Medisinsk faglig rådgiving og folkehelsearbeid

Noen vil hevde at interkommunalt samarbeid er en måte å unngå kommunesammenslåing på, ettersom samarbeidsutredninger ofte beskriver delegering av myndighet og ulike former for politisk styring av samarbeidet (politiske nemnder etc.). Fra et distriktfaglig ståsted, mener vi det ikke er tilstrekkelig for samarbeidende kommuner å opprette stillingshjemer for felles kommuneoverlege.

Kommunene må også etablere «samfunnsmedisinske kraftsentre». Med det mener vi enheter som ivaretar tverrfaglighet og sikrer en operativ forankring for legene og annet fagpersonell. Naturlige samarbeidspartnere i slike interkommunale enheter vil være kommuneoverlege, folkehelsekoordinator, mattilsyn og helsekonsulent/teknisk hygieniker. Stillingsstørrelsene justeres avhengig av størrelsen på regionen som skal betjenes. Skjematisk vil en samfunnsmedisinsk enhet omfatte følgende faggrupper:

Kommuneoverlege	Helsekonsulent / Teknisk hygiene
Mattilsyn	Folkehelsekoordinator

Nærhet til Mattilsynet – som finnes på Tynset og Røros – er viktig for å skape samfunnsmedisinske kraftsentre.



Helsekonsulentens arbeidsområder vil omfatte miljørettet helsevern, primært tilsynsoppgaver: for eksempel tilsyn med drikkevann i samarbeid med Mattilsynet; tilsyn med badeanlegg, campingplasser, overnattings- og serveringssteder, skoler og barnehager, frisørsalonger, solarier og utesteder (hygiene, røykeforbud). Folkehelsekoordinatorens oppgaver vil omfatte forebyggende helsearbeid og drift av tiltak for å bedre folkehelsen, for eksempel etablering av frisklivssentraler.

Samarbeidsformer

Det finnes en rekke modeller for samfunnsmedisinsk samarbeid. De mest kjente er kjøp av tjenester kommuner imellom; samarbeid etter kommuneloven § 27 – eget styre; interkommunalt selskap; aksjeselskap; stiftelser; samkommune og vertskommunemodell. Vi går ikke inn på de enkelte modellene her, men nevner at vertskommunemodellen er den mest vanlige samarbeidsformen (personlig meddelelse ved Anders Smith, Helsedirektoratet). Modellen går ut på at en kommune overlater visse oppgaver med dertil hørende beslutningsmyndighet til en annen kommune, vertskommunen. Dette innebærer et avtalebasert samarbeid mellom to eller flere kommu-

ner – men ikke etablering av en egen juridisk person. Modellen ivaretar delegering av myndighet innen miljørettet helsevern som innbefatter smittevern og beredskapsplanlegging.

Samarbeidsmodell med lokale «brohode-leger»

Arbeidsgruppen for samfunnsmedisinsk samarbeid i Nord-Østerdal/Fjellregionen har vurdert flere alternativer for organisering (TABELL 2). Vi tar til orde for å opprette to kommuneoverlegehjemler i denne regionen, hver med tilknytning til et samfunnsmedisinsk kraftsentrum. To stillingshjemler anses nødvendig for å betjene åtte kommuner i det som geografisk sett er en stor region. I diskusjonen om antall stillinger viser vi også til et policydokument fra Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA), som sier:

«Kommuneoverlegestillingen bør ikke være mindre enn 19 timer, og i kommuner med flere enn 10 000 innbyggere, bør det være full stilling. Det er behov for å styrke kompetanse og timetall for kommuneoverlegefunksjonene.»

Videre mener arbeidsgruppen at hver av de samarbeidende kommunene bør ha én lege i 20 prosent samfunnsmedisinsk stilling, dvs. en lege som fungerer som et «brohode» mel-

lom det interkommunale samfunnsmedisinske kraftsentrum og den enkelte kommune. Denne legen vil også kunne ivareta samfunnsmedisinske oppgaver lokalt når interkommunal kommuneoverlege har fravær. «Brohode-legene» vil dessuten oppfylle stillingskrav for spesialisering i samfunnsmedisin – noe som antas å virke rekrutterende i vårt distrikt.

Nærhet til Mattilsynet – som finnes på Tynset og Røros – er viktig for å skape samfunnsmedisinske kraftsentre. Til hvert av disse sentrene knyttes en helsekonsulent og folkehelsekoordinator. Vårt standpunkt bygger også på det faktum at Fjellregionen innehar to likeverdige store handelssentre som på flere områder konkurrerer om å være ledende. Det er en realitet som vil prege lokaliseringdebatten om hvor en felles kommuneoverlege skal ha sete. Hadde det vært ett senter i regionen, ville nok anbefalingen gått i retning av å etablere ett samfunnsmedisinsk kraftsentrum hvor kommuneoverlegen hadde sin arbeidsplass.

De faglige innspillene er levert. Nå gjenstår en politisk saksprosess som blir spennende å følge i tiden som kommer.

 Helge.Lund@os.kommune.no