

Helsedirektoratet  
Postboks 220, Skøyen  
0213, Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400461

Dato: 15-10-2024

## **Høring: Nasjonal veileder for kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen**

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet utkast til en Nasjonal veileder for kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. Hensikten med veilederen er å gjøre det lettere for kommunen å organisere og styrke kommunelegetjenesten. Legeforeningen takker for anledningen til å avgi følgende høringsuttalelse om utkastet. Høringsuttalelsen er vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen.

Legeforeningen vil innledningsvis vise til resolusjon vedtatt av Legeforeningens landsstyremøte 3. juni 2022<sup>1</sup>. Budskapet i denne er følgende:

- Kommuneoverlegens rolle må tydeliggjøres og sikres reell innflytelse
- Kommunene må ta ansvar for å planlegge og organisere for en forsvarlig kommuneoverlegefunksjon. Det må være tilstrekkelige stillingsstørrelser, kapasitet, kompetanse, stedfortredere og administrativ nærhet til beslutningstakere.

### **Legeforeningen mener:**

- Veilederen har en god struktur og lesbarhet for kommuneledelsen som den primære målgruppa for veilederen.
- Veilederen oppleves for generell og for lite førende. Legeforeningen er klar over at dette henger sammen med gjeldende lov- og forskriftsverk, men etterlyser likevel mer tydelige føringer for kommunene der det er mulig.
- Veilederen må gi klarere uttalelser om nødvendig kapasitet. Det vises bl.a. til Koronakommisjonen som har belyst at den samfunnsmedisinske kapasiteten generelt er for lav.
- Vi savner forslag til normering av stillingsstørrelse i kommunene.
- Veilederen er ikke presis nok når det gjelder stedfortrederfunksjonen. Det er nødvendig med en lovendring for å gjøre kommunene forpliktet til å skaffe stedfortreder med nødvendig kompetanse.
- Kravet til, og behovet for tydelige og ordnede beredskapsordninger bør spisses mer, og kanskje med eksempler på hvordan dette kan løses.
- Det bør forskriftsfestes at alle kommuneoverleger skal være spesialister i samfunnsmedisin eller i spesialistutdanning.

---

<sup>1</sup> Legeforeningen 2022. [Sak 18 - Resolusjon om kommuneoverlegen \(legeforeningen.no\)](#)



- Veilederen må være klarere på kommunenes ansvar for brukervennlige digitale verktøy til journalføring og samhandling for smittevern, smittesporing, oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse m.m.
- Kommuneoverlegen vil i forbindelse med enkelte oppgaver yte helsehjelp. Det må ikke skapes usikkerhet om kommuneoverlegens rolle rundt disse oppgavene, og heller ikke om helsepersonellovens anvendelsesområde og at en kommuneoverlege i egenskap av sin autorisasjon arbeider etter helsepersonellovens bestemmelser.
- Det er presserende at helsemyndighetene synliggjør ansvaret for medisinsk faglig ledelse av allmenne tjenester bedre enn i dag.

## **Behov for en revidering av lov og forskrift**

Arbeidet med å tydeliggjøre kommuneoverlegens rolle stopper ikke med denne veilederen. Det er avgjørende at veilederen gis formalkraft gjennom revidering av lov- og forskrift. Slik Legeforeningen ser det burde flere av anbefalingene til kommunene formuleres som pålegg. Det vises videre til oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet:

*"Foreslå endringer i lov og forskrift som er aktuelle for å legge til rette for å innhente og benytte kommuneoverlegens medisinskfaglige vurderinger og råd i kommunens saksbehandling, spesielt med tanke på at behandling av saker som omfatter flere sektorer er i tråd med kravet om samfunnsmedisinsk kompetanse og forsvarlig saksbehandling."*

Det er enkelte uklarheter knyttet til skal og bør formuleringer i veilederen. I kapittel 2 står i anbefaling 1 at "Kommunen BØR ha rutiner for internkontroll med oppgaver i kommunelegefunksjonen". I den påfølgende setningen er ordlyden: Kommunen SKAL ha internkontroll med kommunelegefunksjonen for å sikre at lover og forskrifter følges. Anbefalingen blir slik utydelig og anbefalingen vil av kommuneledelsen kunne leses som "bør" og ikke "skal" ha internkontroll. Legeforeningen foreslår derfor en omformulering av anbefalingen til: "Kommunen skal ha internkontroll for kommunelegefunksjonen og dette bør det foreligge rutiner for".

De samme uklarhetene kan leses i anbefaling 5 om at kommunen bør ha rutiner for å sikre involvering av kommunelegefunksjonen i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Her bør formuleringen være: "Kommunelegefunksjonen skal involveres i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og det bør foreligge rutiner for dette".

I anbefaling 6 sies det at kommunen skal ha rutiner for å inkludere kommunelegefunksjonen i arbeidet med beredskapsplaner og krisehåndtering. Formuleringen burde vært: "Kommunelegefunksjonen skal involveres i arbeidet med beredskapsplaner og krisehåndtering og det bør foreligge rutiner for dette".

## **Betegnelsen kommuneoverlege krever en avklaring**

Det skrives i høringsbrevet at veilederen baseres på gjeldende rett. Dette er bakgrunnen for at «kommunelege» er benyttet i veilederen. Det vises videre til at regjeringen i Meld. St. 15 (2022–2023) kapittel 10.4 skrevet at regjeringen vil foreslå å endre benevnelsen "kommunelege til kommuneoverlege i regelverket". Hvis endringen gjennomføres av Stortinget, vil også dette bli endret i veilederen. Legeforeningen ønsker en snarlig avklaring, og anbefaler at begrepet kommuneoverlege må benyttes.



## Grenseoppgangen mellom behandler og medisinsk faglig rådgiver

Det er behov for en tydeliggjøring av kommuneoverlegens funksjon og rolle. I gjeldende lover og forskrifter er kommunelegen ikke kun en saksbehandler innen folkehelse og samfunnsmedisinske spørsmål/utfordringer på gruppenivå. I kapittel 1, Kommunelegefunksjonens oppgaver etter lov og forskrift, står følgende: "Selve kommunelegefunksjonen har ikke lovpålagte oppgaver som inkluderer å yte helsehjelp til enkeltpersoner eller annet klinisk legearbeid". Legeforeningen mener denne setningen bør nyanseres. Kommuneoverlegen kan også yte helsehjelp i forbindelse med enkeltsaker innenfor smittevern, tuberkuloseforskriften og som settrekvirent for A og B preparater, arbeid med bekymringsmeldinger og annet. Legeforeningen ber om at Helsedirektoratet utreder dette ytterligere og ser da hen til annen relevant lovgivning. Dette kan med fordel omtales nærmere.

## Styrk kravene til kompetanse

Interessen for samfunnsmedisin er større enn noen gang idet faget markerer 40 år som legespesialitet. Samfunnsmedisinerne har fått økt innflytelse innen helseledelse, helserett, tjenestepanlegging og beredskap. Selv om koronapandemien viste at kommuneoverlegene er uunnværlige i sine lokalsamfunn, er det likevel grunn til å spørre om samfunnsmedisinsk kompetanse blir høyt nok verdsatt i Norge<sup>2</sup>.

I kapittel 2 "Anbefalinger til kommunelegefunksjonen" er det en bør-formulering om at "kommunelegen bør være spesialist eller under spesialisering i samfunnsmedisin". I Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten<sup>1</sup> §3 er det et krav om at kommunen skal sikre at leger som tiltrer fastlegehemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven har spesialistgodkjenning i allmenntillegisin eller er under spesialisering i allmenntillegisin (med noen få unntak). Det ville vært viktig for faget samfunnsmedisin og kvaliteten på det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene om lignende krav etableres for samfunnsmedisin. Veilederen bør tydeliggjøre overfor kommunene hvilke krav som stilles for å være en registrert utdanningsvirksomhet. Se konkret tekstforslag under spørsmål 14.

## Det er behov for klarere føringer om nødvendig kapasitet i kommunelegefunksjonen

På dette området er det behov for konkrete råd. Det er en rekke lovpålagte oppgaver som gjør at selv i den minste kommunen i Norge er det behov for kommuneoverlege i full stilling. Om dette løses ved å dele på to ansatte i halv stilling, at to kommuner går sammen om en fulltids kommunelege eller hva som er mest praktisk for kommunene må de selv avgjøre, men oppgavemengden med tanke på lovkrav tilsvarer minst en hel stilling. En stilling må være av en slik størrelse at det er mulig å gjennomføre spesialisering i samfunnsmedisin.

## Digitalisering for økt kvalitet i kommunale helsetjenester

Kommuneoverlegene har store digitale utfordringer. De savner god funksjonalitet som understøtter lovlig digital kommunikasjon av personsensitive opplysninger knyttet til smittevern, smittesporing, tvangsvedtak m.m. Kommuneoverlegene har behov for et datasystem for sitt kliniske samfunnsmedisinske arbeid, mest relevant for smittevern, tvungent psykisk helsevern, medisinsk faglig rådgivning til andre kommunale tjenester vedr. enkeltpasienter, og i noen grad folkehelse/miljørettet helsevern for eksempel når det gjelder legionella. Den enkleste veien frem er å

<sup>2</sup> Michael 2024:21:307-312. [Samfunnsmedisin – spesialitet i medvind | Tidsskriftet Michael \(michaeljournal.no\)](https://michaeljournal.no)

ha et brukervennlig elektronisk pasientjournalssystem som tilbyr alle nasjonale digitale samhandlingsløsninger. Alternativt må kommunens saksbehandlingssystem få bedre brukervennlighet og det etableres full digital samhandlingskapasitet til dette systemet etter gjeldende NHN-standarder.

Mange fastleger etterlyser mulighet for tettere kontakt med kommuneoverlege og mulighet for sikker digital kommunikasjon om enkeltpasienter. Det bør utarbeides bedre system i meldingsarbeidet til MSIS slik at melding til kommunelege ikke går på papir. Det er positivt at kommuneoverlegene er koblet på i myndighetenes forbedringsarbeid her.

De fleste kommuneleger har heller ikke system som sikrer god ivaretagelse av de meldingene de mottar, slik at man ivaretar personvernet på en god måte. Veilederen kunne gjerne beskrevet hvordan dette og enkelte andre oppgaver bør håndteres i praksis. Alternativt kan det utarbeides en separat veiledning rettet mot hvordan man løser gjengangerutfordringer som f.eks. journalføring og oppgaver i gråsonen mellom forvaltning, rådgivning og pasientbehandling.

Det er relativt sjelden en fastlege eller sykehjemslege har behov for å kontakte en kommuneoverlege, men de gangene behovet er der er kommunens allmennleger avhengig av at kommuneoverlegen har god tilgjengelighet, kompetanse og veiledningsmulighet. Bruk av Norsk Helsenetts standard for dialogmelding vil være et personvernmessig trygt valg.

## **Kvalitetsforbedring og ledelse**

Kommunen har ansvar for at forskriften om kvalitetsforbedring og ledelse i kommunale helse og omsorgstjenester<sup>3</sup> følges. Den stiller krav til kommunens ansvar for planlegging, gjennomføring, evaluering og endring av alle helsetjenestene i kommunen. Kommunelegens naturlige rolle som den viktigste ressursen for å følge opp dette bør tydeliggjøres i veilederen, og spesielt er vi opptatt av hvordan godt samarbeid mellom kommunelegen og de øvrige legetjenestene i kommunen kan sikres.

En av anbefalingene i kapittel 2 handler om at "Kommunelegefunksjonen bør plasseres slik at den tverrsektorielle rollen ivaretas". Vi savner en tydeliggjøring av kommunens ansvar for å tilrettelegge også for et godt samarbeid mellom kommuneoverlegen og kommunes helsetjeneste. Jevnlige samarbeidsfora/møteplasser bør tilstrebes. Kommuneoverlegen er kommunens medisinskfaglige rådgiver og må ha et godt samarbeid med utøvere av de individrettede helsetjenestene i kommunen. I mange kommuner opplever man lite samarbeid eller synlighet for hverandre. Dette temaet virker det som at veilederen har valgt å ikke beskrive. Legeforeningen mener veilederen ville blitt enda bedre og viktigere om dette perspektivet hadde blitt beskrevet bedre. Variasjonen er her betydelig - i noen kommuner er kommuneoverlegen (for) distansert fra kommunens operative helsetjenester, i andre kommuner er kommuneoverlegen (for) tett knyttet til kommunens kliniske tjenester og strever med å ivareta sin tverrsektorielle rolle.

Fra arbeidsmedisinsk ståsted er det viktig å sikre rutiner for samarbeid mellom kommunelegefunksjonen, næringslivet generelt og bedriftshelsetjenesten (BHT) ved bedriftslegen, spesielt med mål om å utveksle informasjon som underlag for beslutninger både innenfor miljørettet helsevern, smitte og beredskapssituasjoner som angår kommunens virksomheter som kan kreve tverrsektorielle vurderinger av helsekonsekvenser.

---

<sup>3</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

## **Allmennlegetjenesten i kommunene må ledes**

Ledelse av helse- og omsorgstjenester er omfattende og komplekst. At kommunene i liten grad vektlegger medisinsk kompetanse i lederlinjen, er utfordring. Dette går igjen utover både kvalitet og effektivitet. Legeforeningen viser til rapporten "Pasientens primærhelsetjeneste må ledes (2017)"<sup>4</sup>.

Kommunen har eksempelvis er betydelig medisinskfaglig ansvar for egne tjenester som ikke er omtalt i veilederen. Dette ansvaret tilligger kommunen, men ikke nødvendigvis kommuneoverlegen. Ansvaret omfatter bl.a. fastlegeordningen, legevakt, sykehjem, fengsels-, asyl-, skole- og rushelsetjenester. I tillegg har kommunene de senere årene blitt tilført nye oppgaver knyttet til spesialistutdanning av leger og oppfølging av tilsynsmyndighetenes faglige pålegg overfor leger i kommunen. Ansvaret for slik faglig ledelse av allmennlegetjenester ligger nå i lederlinjen. Linjeleder har i få kommuner legekompentanse, og i de fleste kommuner spiller kommuneoverlegen en avgjørende rolle for at kommunen skal ivareta dette ansvaret. Legeforeningen mener dette burde vært omtalt i et eget kapittel i veilederen. Legeforeningen frykter at valget som her er gjort kan føre til at faglig ledelse av allmennlegetjenesten blir enda mindre vektlagt i kommunene fremover. Det er presserende at helsemyndighetene synliggjør ansvaret for medisinskfaglig ledelse av allmennlegetjenester bedre enn i dag. Det kan gjøres som en videreutvikling av veilederen eller gjennom andre normerende produkter og tiltak opp mot allmennlegetjenesten.

## **Behov for nasjonal oversikt gjennom rapportering**

Veilederen mangler en anbefaling om at kommunene skal rapportere inn kommuneoverlegeressurser, slik at det er mulig å ha nasjonal oversikt over ressursen. Antall årsverk til funksjonen bør inngå, og en kontaktliste gjøres tilgjengelig slik at kommuneoverlegene kan finne kolleger i hele landet i krisetid og til hverdags.

## **Utfyllende kommentarer til de ulike spørsmålene:**

### **Veilederens struktur og generelle kommentarer til kapittel 1**

#### **Spørsmål 4: Er overordnet struktur på veilederen hensiktsmessig?**

Legeforeningen oppfatter veilederen som ryddig og fornuftig strukturert. Det er naturlig nok en veileder med mange henvisninger til lovpålagte krav og føringer for kommuneoverlegens plikter og oppgaver i kommunen. Likevel fremstår veileder som konkret og lettfattelig. Det er lett å søke seg frem til det man leter etter, og beskrivelsene under hvert avsnitt er kortfattet og opplysende. Referansene er lett å følge videre, dersom det er behov for det. Vi opplever at denne veilederen har en god struktur for kommuneledelsen som den primære målgruppa for veilederen.

Det innledes med å spesifisere at kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet samt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det kan for enkelte kommunalt ansatte oppleves som om folkehelsearbeidet ikke er noe de arbeider kontinuerlig med, selv om kommunelegen er medisinskfaglige rådgiver og bør være løpende involvert i saker. Det anses å være fornuftig å presisere innledningsvis oppgaven med å være medisinskfaglig rådgiver på tvers av alle sektorene i kommunen og ta med korte eksempler på dette f.eks. innen folkehelsearbeid og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det kunne vært en tydeligere innledning til praktisk bruk av veileder – altså fremheve internkontrolltilnærmingen ytterligere. Tydelige anbefalinger er bra, men det er vanskelig å skjønne at de praktiske eksemplene er sentrale siden disse ligger skult under punktene. Kunne vært løftet opp i innledningen eller i en slags "bruksanvisning" for de som ikke er like stø i juridisk språk? Dette gjelder små

---

<sup>4</sup> [Pasientens primærhelsetjeneste må ledes.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

kommuner som har lite juridisk kompetanse og vil kunne gjelde en del av de som har ansvar for gjennomføring av pliktene etter lovverk i større kommuner.

### Spørsmål 5: Har du noen generelle kommentarer til kapittel 1 om kommunelegens oppgaver etter lov og forskrift?

Det er generelt en god struktur og fin og grundig oversikt. For å støtte kommuneoverlegen mer i sitt arbeid, kunne evt. veilederen hatt noe mer utfyllende kommentarer og evt. også eksempler på enkelte av punktene som kommuneoverlegen skal og kan gjøre. Det står at kommuneoverlegen har en sektorovergripende rolle i kommunen, og som et ledd i kommunes forebyggende folkehelsearbeid bør det også informeres om at kommuneoverlegen involveres i relevante prosesser på en systematisk måte som ansvarlig medisinskfaglig rådgiver

I kap.1 Kommunelegefunksjonens oppgaver etter lov og forskrift står følgende: "Selve kommunelegefunksjonen har ikke lovpålagte oppgaver som inkluderer å yte helsehjelp til enkeltpersoner eller annet klinisk legearbeid". Legeforeningen mener denne setningen må justeres. Kommuneoverlegen kan også yte helsehjelp i forbindelse med enkeltsaker innenfor smittevern, tuberkuloseforskriften og som setterekvirent for A og B preparater, arbeid med bekymringsmeldinger og annet. Dette kan med fordel omtales nærmere. Legeforeningen ber om at Helsedirektoratet utreder dette ytterligere og ser da hen til annen relevant lovgivning.

Det er behov for at fagmiljøene drøfter grenseoppgangen mellom kommunelegens funksjon som medisinskfaglig rådgiver vs. rollen som behandler av enkeltpasienter.

### Spørsmål 6: Er det andre forhold eller detaljer ved kapittel 1 om kommunelegefunksjonens oppgaver etter lov og forskrift som du vil kommentere på?

Skal-oppgavene gitt i lov og forskrift er greit beskrevet. Men de mer generelle oppgavene som rådgivning av tjenestene kunne vært beskrevet med flere eksempler. I tillegg til tjenesteutvikling og tjenestekvalitet (i alle sektorer), er det også i prinsipielle enkeltsaker viktig at kommuneoverlegen bidrar med systemrettet medisinskfag rådgivning.

Under punktet om miljørettet helsevern må det spesifiseres et ansvar for tilsynsvirksomhet i skoler og barnehager. For en rekke kommuneoverleger er interessekonflikten mellom kommunen som virksomhetseier og kommuneoverlegens tilsynsarbeid utfordrende, og den bør omtales og forklares. Videre er det antakelig klokt å spesifisere relevante forskrifter, da det særlig under miljørettet helsevern er flere aktuelle å referere til. Under smittevern finnes det også for kommuneoverlegene klinisk legearbeid overfor enkeltpasienter, for eksempel i forbindelse med tuberkulose. I øyeblikket fremstår veilederen som at kommuneoverlegen ikke utøver noen form for individrettet helsehjelp eller klinisk arbeid i det hele tatt.

## Kapittel 2 - Anbefalinger til kommunelegefunksjonen

### Spørsmål 7: Har du noen generelle kommentarer til kapittel 2 om anbefalinger?

Gitt at anbefalingene må ta utgangspunkt i gjeldende lovverk, er disse godt inndelt og løftet opp. Det kan være vanskelig å forstå innholdet i anbefalingene før en åpner den praktiske informasjon. Dette kunne inngått i en "bruksanvisning". Det savnes en anbefaling, evt. henvisning til kunnskap" om dimensjonering av kommunelegefunksjonens stillingsstørrelse, selv om anbefalingen om internkontroll og risikovurdering bør kunne avdekke om dimensjoneringen av stillingen er tilstrekkelig utfra behovet og oppgavene. Dette kunne komme som forslag til normering under "praktisk informasjon".

## Kommunen bør ha rutiner for internkontroll med oppgaver i kommunelegefunksjonen

### Spørsmål 8: Anbefaling 1: Har du kommentarer til denne anbefalingen?

Myndighetene bør ha en plan for/krav til å følge opp om kommunene faktisk har gjennomført risikovurderingen som anbefales.

### Spørsmål 10: Anbefaling 1: Har du kommentarer til "praktisk informasjon"?

Det er bra at kommunelegens deltakelse i internkontroll av kommuneoverlegens funksjon er løftet opp. Det er fare for at denne oppgaven delegeres til kommuneoverlegen uten at lederlinjen er koblet på. Ledelsens ansvar samt internkontroll som prosess og forankring i tjenesten, bør løftes opp ytterligere. En klarere formulering vil være "Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig når internkontrollen med kommunelegefunksjonen skal planlegges og gjennomføres. Det er derfor naturlig at kommunelegen involveres i dette".

## Kommunelegen bør være spesialist i samfunnsmedisin eller i spesialisering i samfunnsmedisin

### Spørsmål 12: Anbefaling 2: Har du kommentarer til denne anbefalingen?

Det er bra at det kommer en presisering rundt forventningen om at kommunelegen skal være spesialist eller i spesialisering. Legeforeningen anbefaler at dette forskriftsfestes på lik linje med kravet om spesialisering i andre legestillinger i kommunehelsetjenesten. Det vises videre til innledende kommentar. Veilederen kan med fordel si noe om fremdriften i spesialiseringen. Slik den er formulert nå, sier den ikke noe om forventningene til progresjon i spesialiseringssløpet. Det bør kunne forventes at arbeidsgiver legger opp til et spesialiseringssløp som ikke forsinker kandidatens spesialistutdanning. Likeledes bør det forventes at spesialistkandidaten også følger en normal progresjon på sitt spesialiseringssløp uten unødvendige forsinkelser.

### Spørsmål 13: Anbefaling 2: Har du kommentarer til formuleringen av kortversjon av anbefalingen eller teksten i utvidet anbefaling?

Legeforeningen mener at det bør være særlig gode grunner til å fravike anbefalingen om spesialistutdanning, og foreslår følgende presisering i teksten (store bokstaver): Relevant erfaring som kommunelege eller annen relevant arbeidserfaring kan KUN UNNTAKSVIS OG etter en konkret vurdering AV LEGENS KOMPETANSE kompensere for spesialisering i samfunnsmedisin.

I teksten står følgende: "Kommunen skal sørge for at kommunelegen får påkrevd videre- og etterutdanning." Det finnes generelt få muligheter for videre- og etterutdanning etter ferdigstilt spesialisering i samfunnsmedisin. Dette bør innføres på nasjonalt hold. Denne anbefaling må henge sammen med tilbud på dette området – evt. spesifisere nyttige videre- og etterutdanninger som f.eks. helserett, saksbehandling etc.

### Spørsmål 14: Anbefaling 2: Har du kommentarer til "praktisk informasjon"

Her bør følgende presiseres: Kommuner som ansetter kommuneoverlege som er i spesialistutdanning må oppfylle krav til registrert utdanningsvirksomhet i samfunnsmedisin. Det innebærer at kommunen må ha et system som sikrer legen i spesialisering faglig forsvarlige rammer og tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømning i utdanningsløpet. Det er krav om at kommunen søker om registrering og blant annet utarbeider overordnet utdanningsplan, individuell utdanningsplan og engasjerer en veileder for legen som er i spesialisering. Planene for utdanningsløpet må registreres hos Helsedirektoratet, og spesialisering kan først starte opp når søknad om registrering er godkjent.

Samlis-kontorene<sup>5</sup> har maler for slike planer og kan gi råd, veiledning og bistand til planlegging og registrering.

Begrunnelse: Kommunens plikt til å ha internkontroll med kommunelegefunksjonen følger av kommuneloven § 25-1 (lovdata.no). Krav til registrerte utdanningsvirksomheter følger av spesialistforskriftens §§ 19, 21, 23, 25 (lovdata.no). Plikt til internkontroll med kommunelegefunksjonen følger også av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 (lovdata.no) og 4-2 med tilhørende forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (lovdata.no). Kommunen skal gjennom sin internkontroll sikre at lov og forskrift blir fulgt.

Det er positivt at forskjellen mellom folkehelsearbeid og samfunnsmedisinsk arbeid er beskrevet. Det er viktig at kommunen får føringer på at det ikke er tilstrekkelig å ansette en folkehelsekoordinator eller en fastlege for å dekke kommuneoverlegefunksjonen.

## Kommunens internkontroll bør beskrive hvordan nødvendig kapasitet i kommunelegefunksjonen skal ivaretas i normalsituasjon og ved kriser

### Spørsmål 16: Anbefaling 3: Har du kommentarer til denne anbefalingen?

Det er viktig at de statlige myndighetene begrenser seg når det kommer til omfang og detaljeringsgrad når det kommer til veiledere, men for at en veileder skal kunne støtte det behovet en kommune har for veiledning i ressurstildeling til disse stillingene, tenker vi at det kan være fornuftig med mer detaljer. For enkelte kommuner kan det være utfordrende å vurdere hvor mye ressurser som skal avsettes til kommuneoverlegefunksjonen. Det kan være lett at det blir en salderingspost i en trang kommuneøkonomi.

Legeforeningen synes stedfortrederfunksjonen bør beskrives mer konkret. Noen kommuner benytter legevakten eller en fastlege som stedfortreder, men dette kan være problematisk dersom disse ikke har tilegnet seg kompetanse på hva som ligger til funksjonen. Her bør man presisere at stedfortreder-funksjonen skal organiseres med konkrete leger med tilstrekkelig kompetanse og fullmakter til å løse oppgavene som ligger til kommuneoverlegen. Legeforeningen mener det også bør vises til eksempler på beredskapsordninger i normalsituasjon og ved kriser. Her kan en for eksempel under "bakgrunn" si noe mer om aktuelle faktorer som bør vurderes med hensyn til kapasitet – altså noen flere eksempler. Et eksempel er at det ikke er et lineært forhold mellom behov for kommuneoverlege og befolkningsstørrelse, da en del oppgaver må utføres uavhengig av hvor stor kommunen er.

Dermed kunne det vært et tilsvarende skal-krav til kompetansen for leger som skal ansettes i kommunelegestilling. Det kan argumenteres med at det er vanskelig rekrutteringssituasjon etc., men det argumentet er også gjeldende for allmennmedisin. De som har kombinasjonsstillinger, kan ha parallelle utdanningsløp og det er ikke tidsbegrensning på hvor lang tid utdanning kan ta. Krav om spesialisering ville også gitt en rettighet for leger som ansettes i disse stillingene slik at de var sikret relevant utdanning og dermed kompetanse. I veilederen skriver man at kommunen skal sikre at kommuneoverlegen har kompetanse og ferdigheter til å utføre oppgaven som er lagt til kommuneoverlegen med god argumentasjon, og vi forstår at lovverket i dag ikke gir anledning til sterkere formuleringer. Vi vil allikevel anbefale at Helsedirektoratet foreslår en forskriftsfesting som tydeliggjør at kommuneoverleger skal være spesialister i samfunnsmedisin eller under spesialisering til å bli det.

---

<sup>5</sup> <https://www.samlis.no/>



### Spørsmål 18: Anbefaling 3: Har du kommentarer til "praktisk informasjon"?

Her bør det settes inn eksempler på dimensjonering og kontinuitetsplan for kommuneoverlegen, slik at kommunene får mer føring på hva nødvendig kapasitet faktisk betyr.

## Kommunelegefunksjonen bør plasseres slik at den tverrsektorielle rollen ivaretas

### Spørsmål 20: Anbefaling 4: Har du kommentarer til denne anbefalingen?

En tverrsektoriell rolle kan ivaretas fra mange nivåer i en organisasjon. Men det oppleves som at særlig punktene som trekkes frem i veiledere om hovedprinsippene for beredskapsarbeid; ansvarsprinsippet, likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samvirkeprinsippet, tilsier en relativt sentral organisering av kommuneoverlegen. Kommunene må selv stå fritt til å organisere seg slik de finner mest hensiktsmessig, men noe klarere føringer på hvor man tenker at den samfunnsmedisinske kompetansen som kommunelegene bringer til bords burde være organisert for å best yte den funksjonen som både er nødvendig og forventet hadde blitt satt pris på. En slik organisering vil være på linje med den konkrete anbefalingen om at kommuneoverlegen skal være en del av kommunens kriseledelse. Vi ser kanskje heller ikke at punktet klart svarer ut ønsket om "Eksempler på hensiktsmessig organisatorisk plassering av kommunelegefunksjonen", som vi tenker kunne vært enda mer konkrete med eksempler.

### Spørsmål 22: Anbefaling 4: Har du kommentarer til "praktisk informasjon"?

Her bør man gi gode eksempler på hva som menes med en organisatorisk plassering av kommuneoverlege som sikrer tverrfaglighet. Det er ikke sentral plassering å plassere kommuneoverlegen under kommunalsjef helse eller liknende. Vi mener også det her bør presiseres at det er formålstjenlig at kommuneoverlegens rådgiverfunksjon har en sentral rolle i/tilgang til i kommunens ledergruppe.

### Spørsmål 23: Anbefaling 4: Har du kommentarer til "begrunnelse"?

Dette kapitlet beskriver behovet for sentral plassering av kommunelege uten å direkte pålegge det – hvilket vi antar er viktig for kommunene. Likevel kan forsvarlighetsbegrepet beskrives nærmere. Hva er forsvarlig? Når vil det bli uforsvarlig – eksempler?

## Kommunen bør ha rutiner for å sikre involvering av kommunelegefunksjonen i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

### Spørsmål 24: Anbefaling 5: Har du kommentarer til denne anbefalingen?

Vi savner en presisering av kommuneoverlegens viktige rolle i planstrategiarbeidet. Her bør kommunen være klar over det viktige bidraget kommuneoverlegen kan ha, både i utarbeidelse/analyse av oversikt over folkehelsen som skal ligge til grunn for planstrategien, men også som rådgiver inn i selve arbeidet med planstrategien.

### Spørsmål 27: Anbefaling 5: Har du kommentarer til "begrunnelse"?

Legeforeningen savner begrepet strategisk folkehelsearbeid (kontra den mer direkte som foregår i miljørettet helsevern). Involvering i sektorene utenfor helse kan med fordel også løftes i større grad.



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

## Kommunen bør ha rutiner for å inkludere kommunelegefunksjonen i arbeidet med beredskapsplaner og krisehåndtering

### Spørsmål 28: Anbefaling 6: Har du kommentarer til denne anbefalingen?

Det er bra at kommuneoverlegens funksjon i beredskapsarbeid presiseres her. Det er sjelden det oppstår en krise i kommunen uten at samfunnsmedisinerens kompetanse er relevant.

### Spørsmål 29: Anbefaling 6: Har du kommentarer til formuleringen av kortversjon av anbefalingen eller teksten i utvidet anbefaling?

Når det står oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer bærer dette preg av lærebokstoff og generiske definisjoner, og teksten vil være tjent med å beskrive spesifikke områder hvor det er viktig med fokus på. Eksempler er innvandring, rus og psykiatri, fattigdom, vold og kriminalitet, manglende sosial integrering, mangel på fysisk aktivitet, kroniske lidelser, økt bruk av sykemelding / NAV. Alle disse eksemplene faller inn under et område som kan knyttes til behov for medisinsk faglig rådgivning og involvering av andre kommunale sektorer.

### Spørsmål 31: Anbefaling 6: Har du kommentarer til "begrunnelse"

Savner at beredskapsordninger nevnes siden det er snakk om både beredskapsplanlegging og krisehåndtering. Bør man her løfte opp psykososial kriseberedskap og EPS?

## Kommuner kan samarbeide med andre kommuner om kommunelegefunksjonen

### Spørsmål 33: Anbefaling 7: Har du kommentarer til formuleringen av kortversjon av anbefalingen eller teksten i utvidet anbefaling?

Legeforeningen anbefaler at man her også drøfter ulemper i forhold til interkommunalt samarbeid slik at kommunen kan ta en helhetlig vurdering av dette: hvilke oppgaver er det en fordel/forutsetning at man innehar lokal kjennskap/kunnskap og hvor det nødvendig med tett kontakt med ledelse administrativt eller i organisasjonen.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Eirik Nikolai Arnesen  
seksjonssjef/lege

Gorm Hoel  
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

---