
Kommuneoverleger i spagat

LEDER

THERESE RENAA

thereserenaa@gmail.com

Therese Renaa er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Oslo, fastlege og kommuneoverlege i Sel kommune.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kommunene må utnytte kommuneoverlegenes kompetanse på en bedre måte.

Kommuneoverlegene har fått mye oppmerksomhet under koronapandemien. Vi har fått vist at samfunnsmedisinsk kompetanse og kjennskap til lokale forhold sikrer effektiv håndtering av pandemien i landets kommuner. Smittevern er likevel kun én av flere oppgaver som kommuneoverlegene skal håndtere. Kommunale ledere har uttrykt takknemlighet for smittevernlegenes innsats under pandemien, men er ofte mindre bevisste på hvordan kommunen kan nyttiggjøre seg kommuneoverlegenes lokale samfunnsmedisinske kompetanse i planlegging og daglig drift. Studien av Bettina Fossberg og Jan Frich som nå publiseres i Tidsskriftet, belyser dette (1).

Kommunehelsetjenesteloven av 1984 la ansvaret for det lokale helsetilbudet på kommunene (2). Kommunene ble pålagt å ha én eller flere kommuneleger som skal dekke kommunens behov for samfunnsmedisinsk rådgivning. Vanligvis brukes tittelen kommuneoverlege om stillingen, selv om lovverket omtaler det som kommunelege. Loven definerer oppgaver som er tillagt kommunelegen, men organiseringen av kommunelegefunksjonen er opptil hver kommune. Det har ført til store lokale variasjoner i hvordan kommunene legger til rette for at kommunelegen skal få løst sine oppgaver.

Særlig i små og mellomstore kommuner har kommunelegefunksjonen vært stemoderlig behandlet over tid. Det har vært et generasjonsskifte etter tidligere distriktsleger, som ofte regjerte som småkonger i kommuneadministrasjonen. Stillingen som kommuneoverlege er ofte besatt av en «kombilege» som også jobber som fastlege i kurativ legevirkksomhet. Slike stillinger er små og uten et

tydelig innhold. Kommunen har da ikke stilt krav til samfunnsmedisinsk kompetanse, lagt til rette for fagutvikling eller tilført tilstrekkelige ressurser. I mange kommuner foreligger det ingen stillingsbeskrivelse.

Problemene med å rekruttere fastleger fører til at det pasientrettede arbeidet sluker arbeidstiden. Nærheten til kommunal helsetjeneste kan være en fordel, men slike tette bånd kan utfordre kommuneoverlegenes faglige uavhengighet. Under pandemien har dette vist seg å være en sårbar modell som påfører legene uholdbar arbeidsbelastning. Kombilegene har håndtert smittevernarbeid og vaksinerings på toppen av lange arbeidsdager som fastlege og legevaktlege. I tillegg har de vært pålagt døgnskuttetlig smittevernberedskap, ofte med uavklart avlønning.

«Kommuneoverleger står i spagat mellom behovet for autonomi og behovet for å ha påvirkningskraft»

I mange kommuner er stillingen som kommuneoverlege dimensjonert til 20 % eller mindre, til tross for at samarbeidsavtalen mellom KS og Legeforeningen anbefaler minst 50 % kommuneoverlegestilling også i små kommuner (3). Selv om mange kommuneoverlegestillinger er økt under pandemien, er det usikkert om kommuner som tidligere har definert behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse ned til 2,5 timer i uka, vil videreføre økningen i stillingsstørrelse når pandemien er over.

I de store bykommunene er det vanligvis større stillinger og mer ordnede forhold, men også der har pandemien ført til urimelig arbeidsbelastning over lang tid. Få kommuner har hatt planer for skuttetlig samfunnsmedisinsk beredskap og avtaler om avlønning. Mange store kommuner organiserer kommunelegefunksjonen utenom kommunedirektørens stab og har dermed ikke sikret seg samfunnsmedisinsk kompetanse inn i kriseledelse og overordnet beredskapsarbeid.

Bettina Fossberg og Jan Frich har gjort en kvalitativ studie av kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle, sett fra et ledelsesperspektiv (1). Studien ble gjennomført før koronapandemien rammet Norge. Kommuneoverlegene beskriver en krevende balanse mellom rollen som overordnet samfunnsmedisinsk rådgiver i kommunen og forventningen om at kommuneoverlegen skal involveres i enkeltsaker innen kommunens helse- og omsorgstilbud. Studien viser at formell plassering i kommuneorganisasjonen og kommuneledelsens forståelse av behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse avgjør hvor godt kommunelegen klarer å løse sine oppgaver.

Spesielt i små og mellomstore kommuner er det vanskelig for kommunelegen å unngå at arbeidstiden blir brukt til å håndtere kliniske problemstillinger. Kommuneoverlegene opplever å være usynlige for kommuneadministrasjonen. De verdsetter autonomien, men savner et faglig fellesskap og tilgang til viktige beslutningsarenaer. Utydelige rammer og forventninger fra kommunen gir frihet til personlig utforming av stillingen, men gir også store lokale variasjoner.

Funnene i studien samsvarer med andres erfaringer. Kommuneoverleger står i spagat mellom behovet for autonomi og behovet for å ha påvirkningskraft. Mens kommuneoverleger i kommuner strever med å få innpass i møte med ambisiøse kommunale ledere, strever kommuneoverleger i andre kommuner med å ivareta sin uavhengighet og integritet. Større kommuner har ofte flere kommuneoverleger og et fagmiljø som gjør det mulig å bygge kompetanse innen avgrensede samfunnsmedisinske områder. I små og mellomstore kommuner er kommuneoverlegene samfunnsmedisinske poteter som må håndtere mange ulike problemstillinger. Verdien av formelle og uformelle samfunnsmedisinske møteplasser for kompetansedeling og kollegastøtte er blitt tydeligere under pandemien og er til hjelp.

Kommuneoverlegen er en ressurs som kan utnyttes bedre ved økt bevissthet i kommunene. Strukturelle forhold påvirker kommuneoverlegens handlingsevne. Nærhet til kommunens ledelse og tilstrekkelig stillingsstørrelse er avgjørende. Kloge kommuner etterspør samfunnsmedisinsk kompetanse innen alle områder, gir kommuneoverlegen tydelige oppgaver og ivaretar kommuneoverlegens autonomi.

LITTERATUR

1. Fossberg BC, Frich J. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0589. [CrossRef]
2. LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_5 Lest 10.1.2022.
3. Den norske legeforening. SFS 2305 ("Særavtalen"). <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-i-kommunen/KS-leger-ansatt-i-kommunen/sentrale-avtaler/sfs-2305-Saeravtalen/> Lest 10.1.2022.

Publisert: 18. januar 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0025
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. februar 2026.