

Utvikling av kommunelegefunksjonen

**Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt i brev av 24.10.07 fra
Sosial- og helsedirektoratet**

Avgitt til Helsedirektoratet 1. juli 2008

Innhold

Utvikling av kommunelegefunksjonen	1
Innledning	8
Sammendrag og særmerknader	9
1 Mandatet for arbeidsgruppen	22
2 Fra helserådsordfører til kommunelege	23
2.1 Helserådsordføreren - helserådstjenesten	23
2.2 Smittevernet før 1984	24
2.3 Loven om kommunehelsetjenesten og andre lovendringer av betydning for kommunelegefunksjonen	26
2.4 Den nye loven og allmennlegetjenesten	27
3 Utviklingen etter 1984 - stoda i dag	29
3.1 Utviklingen av legetjenesten i kommunene generelt – herunder allmennlegetjenesten	29
3.1.1 Kommunelegetjenesten	29
3.2 Enda et brudd på "aksen" – endringene i den statlige helseforvaltningen 1992	31
3.3 Den faglige utviklingen	32
3.3.1 Spesialiteten i samfunnsmedisin	32
3.3.2. Forskning og utdanning, Universitetenes rolle	33
3.4 Fastlegeordningen	36
3.5 Legetjenesten og forholdet til øvrig kommunal helsetjeneste	37
3.5.1 Forholdet mellom samfunnsmedisinske og allmenntjenestemedisinske offentlige legeoppgaver	37
3.5.2 Forholdet mellom fastlegene og øvrig kommunal helsetjeneste	38
3.5.3 Forholdet mellom kommunelegen og fastlegene	39
3.5.4 Forholdet mellom kommunelegen og øvrig kommunal helsetjeneste	39
3.6 Kommunelegens oppgaver etter smittevernloven og etter andre lover	40
3.7 Kommunelegens oppgaver i forhold til legevaksordninger	40
3.8 Kommunelegen og folkehelsearbeidet, herunder miljørettet helsevern	41
3.8.1 Begrepsavklaringer	41
3.8.2 Folkehelsearbeidet	42
3.8.3 Miljørettet helsevern	42
3.8.4 Helse i planlegging	42
4 Lovverket	43
4.1 Kommunelegens oppgaver i henhold til kommunehelsetjenesteloven	43
4.1.1 Medisinsk faglig rådgiver m.m.	43
4.1.2 Oppgaver i henhold til delegert myndighet innen miljørettet helsevern	44

4.2	Kommunelegens oppgaver i henhold til smittevernloven	44
4.3	Kommunelegens oppgaver kan fordeles på flere leger	50
4.4	Kommunelegens lovpålagte oppgaver på andre områder	51
4.5	Sentrale avtaleverk som omhandler kommunelegens oppgaver og ansvar	58
4.6	Lokale avtaler og regler	59
4.7	NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	59
5	Kommunelegens roller og arbeidsoppgaver	61
5.1	Kommunens behov for å se samspillet mellom helse og samfunn – kommunens behov for samfunnsmedisinsk arbeid	61
5.2	Lokal helsemyndighet	62
5.2.1	Myndighetsutøvelse	63
5.2.2	Godkjenningsinstans	64
5.2.3	Meldingsinstans	65
5.2.4	Sikkerhetsnett i individuell behandling	66
5.3	Medisinsk-faglig rådgiver	67
5.3.1	Rådgivning overfor kommunens administrative og politiske organer	68
5.3.2	Rådgivning overfor helsetjenesten	69
5.3.3	Rådgivning overfor befolkningen	70
5.3.4	Nærmere om rådgivning i forebyggende og helsefremmende arbeid	71
5.3.5	Nærmere om rådgivning i forbindelse med helseovervåking	71
5.3.6	Nærmere om rådgivning i planarbeid	72
5.3.7	Nærmere om rådgivning ved samarbeid med helseforetak / stat	72
5.3.8	Nærmere om rådgivning i miljørettet helsevern	73
5.3.9	Nærmere om rådgivning i smittevern	74
5.3.10	Nærmere om rådgivning i forbindelse med helsemessig beredskap	74
5.3.11	Nærmere om rådgivning i forbindelse med kvalitetssikring og tilsyn	74
5.3.12	Medisinsk rådgivning som bidrag ved helhetlig evaluering og koordinering	75
5.3.13	Rådgivning i sosialmedisinsk arbeid	76
5.3.14	Rådgivning i kommunens samarbeid med fastlegene	76
5.4	Administrasjon	77
5.4.1	Kommuneoverlegens plassering på det kommunale organisasjonskartet	77
5.4.2	Organiseringen av kommunal samfunnsmedisin	77
6	Hvorfor svikter rekrutteringen av kommuneleger?	78
6.1	Årsaker til sviktende rekruttering	78
6.1.1	Liten rekruttering til primærlegetjenesten generelt	78
6.1.2	Mindre interesse for fagfeltet samfunnsmedisin	79
6.1.3	Uklarhet omkring struktur, innhold og krav	79
6.1.4	Ulike former for organisering og kombinasjoner med annet legearbeid	81
6.1.5	Ulike avlønnings og støttefunksjoner	82

6.1.6	Spinkelt faglig miljø	83
6.1.7	Den samfunnsmedisinske tilhørighet	84
6.2	Mange års bekymring	85
6.2.1	Sammendrag	88
7	Utvikling og fremtidige arbeidsoppgaver. Anbefalinger og konklusjoner	88
7.1	Kommunenes behov for kommunelege	89
7.1.1	Oppgaver kommunen må ha en lege til å gjennomføre	89
7.1.2	Oppgaver der kommunen bør ha ansatt en lege for å gi råd eller ha ansvar for gjennomføring av oppgavene	90
7.1.3	Oppgaver der kommunen kan ha ansatt en lege for å gi råd eller ha ansvar for å utføre oppgavene	96
	Ledelse	96
	Samarbeid med frivillige organisasjoner	96
8	Forslag til tiltak for å styrke kommunelegerollen	97
8.1	Målsetting og ansvar	97
8.2	Begrep	98
8.3	Regelverk og veiledere	99
8.3.1	Lovverk	99
8.3.2	Annet lovverk	100
8.3.3	Andre styringsdokumenter - veileder for kommunene om det samfunnsmedisinske fagfeltet	100
3.3.1	<i>Nærmere om innholdet i veilederen – kommunens rolle i gjennomføringen av helsepolitikken</i>	102
3.3.2	<i>Nærmere om det kommunale nivået i styringssirkelen</i>	103
8.4	Organisering av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen, utøvd av kommunelegen	104
8.4.1	Innledning	104
8.4.2	Interkommunalt samarbeid	104
8.4.3	Kombinasjonsstillinger	106
8.4.4	Arbeidsvilkår, lønn	106
8.4.5	Faglig miljø og nettverk	107
8.4.6	Faglig miljø og nettverk - fylkesmannens helseavdeling	108
8.4.7	Lokale helsemeldinger	109
8.4.8	Faglig miljø og nettverk - Helsedirektoratets rolle	111
8.5	Utdanning og forskning	112
8.5.1	Grunnutdanningen	112
8.5.2	Videreutdanning – spesialiteten samfunnsmedisin	112
8.5.3	Forskning	115
8.6	Finansieringen av primærlegetjenesten – forslag til forbedringer	117
8.6.1	Problembeskrivelse	117
8.6.2	Finansieringen av privat fastlegetjeneste i et fordelingsperspektiv	118
8.6.3	Hva må gjøres?	119
8.6.4	Nærmere om et forslag til finansieringsordning for primærlegetjenesten	120
8.6.5	Finansiering av ordningen	121
9	Økonomiske og administrative konsekvenser	122

9.1	Økonomiske konsekvenser av arbeidsgruppens forslag	122
9.1.1	En ønsket økning av årsverk utført av kommuneleger	122
9.1.2	Økning av faglig kompetanse – videreutdanning	122
9.1.3	Forslaget om å ta i bruk Finnmarksmodellen, jf. kap. 724 post 21	123
9.1.4	Økonomiske konsekvenser av forslagene til økonomisk løsning	125
9.2	Administrative konsekvenser	126
	Referanser	127
	Vedlegg	128
	Nærmere omtale av utviklingen fra helserådsordfører til kommunelege.	128

Innledning

I St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Føkehelsepolitikken* er det pekt på problemer knyttet til samfunnsmedisinen og legerollen, særlig i relasjon til folkehelsearbeidet. Om samfunnsmedisinen sies det bl.a.:

Det er særlig tre problemer knyttet til samfunnsmedisinen: For det første har den medisinske legespesialiteten uklar profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger rundt om i landets kommuner.

Sosial- og helsedirektoratet la i 2005 fram en handlingsplan for utvikling av samfunnsmedisinen. Når det gjelder kommunelegefunksjonen i framtida, følger denne planen to strategiske linjer: For det første å høyne det faglige innholdet i spesialiteten samfunnsmedisin, og for det andre å tydeliggjøre kommunelegens rolle i den kommunale forvaltningen. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 26.06.06 fastsatt nye regler for gjennomføringen av spesialiteten samfunnsmedisin.

I Rapport 2007 fra Sosial- og helsedirektoratet, *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*, har direktoratet tatt opp problematikken knyttet til kommunelegens rolle og innholdet i kommunelegefunksjonen. Her heter det på side 105 at Sosial- og helsedirektoratet særlig vil legge vekt på at "*kommunelegefunksjonen styrkes i kommunene. Forankringen i kommunene må være tydelig. Fylkesmannen/fylkeslegen kan bidra til kompetanse i kommunene ved at det etableres systemer for veiledning og oppfølging av kommuneleger i alle fylker.*"

For å komme videre i arbeidet med disse problemene har direktoratet i brev av 24.10.07 invitert en rekke instanser til å oppnevne medlemmer av en arbeidsgruppe.

Disse er oppnevnt:

Rådmann Grethe Løken, Engerdal kommune

Fra KS:

Rådmann Anna Welle, Saltdal kommune
Kommuneoverlege Vegard Vige, Kristiansand kommune

Fra Legeforeningen:

Kommuneoverlege Barbro Kvaal, Trøgstad kommune
Kommuneoverlege Øystein Lappegard, Hol og Ål kommuner
Kommuneoverlege Einar Braaten, Øvre Eiker kommune, vara.

Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet:

Fylkeslege Svein Lie, Vestfold.

Nasjonalt folkehelseinstitutt:

Overlege Øistein Løvoll

Universitetet i Oslo:

Kommunelege/universitetslektor Jo Telje, Nord Fron kommune

Universitetet i Bergen:

1. amanuensis Sturla Gjesdal, Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Universitetet i Tromsø:

Forsker Svein Steinert, Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk- og naturvitenskapelige universitet:

(Ingen oppnevnt)

Seniorrådgiver Anders Smith har ledet arbeidsgruppen, med rådgiver Barbro Onsøien og seniorrådgiver Hans Ånstad som sekretariat..

Sammendrag og særmerknader

Bakgrunnen for denne utredningen er omtalen av problemer knyttet til samfunnsmedisinen og legerollen, særlig i relasjon til folkehelsearbeidet, i St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Videre har Sosial- og helsedirektoratet i Rapport 2007 Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren tatt opp problematikken knyttet til kommunelegens rolle i den kommunale forvaltningen.

Disposisjonen for rapporten tar utgangspunkt i mandatet for arbeidsgruppen.

1. Mandatet for arbeidsgruppen

Her gjennomgås mandatet som er fastsatt i brev av 24.10.07 fra Sosial- og helsedirektoratet.

Viktige punkter er at gruppen skal gjennomgå lovverket for å kartlegge roller og

oppgaver for kommunelegen. Videre skal gruppen kartlegge mulige årsaker til at rekrutteringen til kommunelegestillinger svikter, og den skal vurdere forholdet mellom kommunelegen, fylkesmannens helseavdeling og de sentrale helsemyndighetene, inkludert samhandling mellom kommunene og helseforetakene.

Med denne bakgrunnen skal gruppen fremme forslag til å løse de problemene som denne kartleggingen identifiserer.

2 Fra helserådsordfører til kommunelege

I dette kapitlet finnes en historisk gjennomgang av utviklingen fra Sundhedsloven av 1860 og smittevernet før 1984.

Viktige punkter er at det med hjemmel i Sundhedsloven ble opprettet sunnhetskommisjoner i alle norske kommuner, med statlig ansatte embetsleger som ordfører. I 1912 fikk vi loven om de offentlige legefóretninger som bl.a. innebar at vi fikk et hierarkisk oppbygget legevesen med medisinaldirektøren på toppen.

På 1970-tallet kom det krav om større folkevalgt representasjon i helserådene, samtidig med krav om utbygging av den primære helsetjenesten, kombinert med et forslag om samordning av sosialtjenesten og helsetjenesten. Dette var innledningen til arbeidet med en lov om helsetjenesten i kommunene.

I mars 1981 ble Ot. prp. nr. 36 (1980-81) *Om lov om helsetjenesten i kommunene* lagt fram. Primærhelsetjenesten skulle være *kommunens* ansvar, og som en oppfølging av dette, skulle distriktslegene ikke lenger være ansatt i staten, de ble *kommuneleger*.

Smittevernet før 1984 var basert på egne lover for bekjempelse av tuberkulose, rottebekjempelse, kjønnsykdommer m. v.

Den nye loven innebar bl.a. at aksene fra sentrale myndigheter via fylkeslegene til distriktslegene ble brutt. Det ble understreket i lovframlegget at kommunene selv må bestemme sin administrasjonsordning og dermed den plass kommunelegene skulle ha.

Departementet la imidlertid stor vekt på at fylkeslegene skulle veilede og gi råd overfor kommunene, og at fylkeslegekontorene skulle bygges ut og styrkes med henblikk på denne utvidede oppgaven.

Av forskjellige grunner skjedde ikke dette slik som forutsatt, og kommunelegene ble i mange kommuner usikre på sin rolle og sine oppgaver.

Den nye loven innebar et kompromiss når det gjelder organisering og innpassing av privat allmennlegetjeneste og fysioterapitjeneste, og disse hovedhensyn ble lagt til grunn for den ordningen som ble vedtatt av Stortinget høsten 1982:

- Hensynet til krav om innflytelse fra kommunen når det gjaldt lokalisering, volum etc.
- Hensynet til at privat praksis må gis frihet for den enkelte yrkesutøver til å utforme sin arbeidssituasjon.

For å stimulere legene til å gå inn i den kommunale helsetjenesten som privatpraktiserende, ble privat praksis støttet med et såkalt driftstilskudd som var ment å skulle dekke ca. 40 % av de samlede gjennomsnittlige inntektene i privat praksis. De

resterende 60 % ble forutsatt dekket av pasientenes egenandel og stykkprisrefusjon fra trygden.

Et vesentlig poeng er at denne ordningen innebærer at staten etter 1984 har støttet den kurative delen av helsetjenesten i kommunene, mens alt forebyggende arbeid, herunder også lønnsutgifter til kommunelegetjenesten, ble rent kommunale utgifter.

3. Utviklingen etter 1984 – stoda i dag

I dette kapitlet viser arbeidsgruppen til at det også er oppnevnt en annen arbeidsgruppe som skal drøfte utviklingen av allmennlegetjenesten. Denne gruppen vil legge fram tall m. v. som viser utviklingen av denne delen av legetjenesten i sin utredning som vil bli lagt fram juni 2008.

Forskeren Betty Pettersen har i sin doktoravhandling (ISM skriftserie nr. 97, 2008) opplyst at selv om antall kommuneleger økte fra 505 i 1994 til 555 i 1999, ble den estimerte totale arbeidstiden redusert med 3,7 % i dette tidsrommet.

Av SSBs statistikk fremgår det at det i år 2000 ble utført til sammen 250 legeårsverk innenfor områdene miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid og administrasjon. Senere har det vært en jevn nedgang, slik at det i 2006 ble utført 219 årsverk.

Fylkeslegeetaten opplevde en gjennomgripende endring i og med opprettelsen av Statens helsetilsyn i 1992. Dermed ble fylkeslegekontorenes funksjon endret til i alt vesentlig å bli en del av tilsynsmyndigheten. Arbeidsdelingen når det gjelder saker som angår Statens helsetilsyn og saker som angår Sosial- og helsedirektoratet, har etter opprettelsen vært under gradvis endring.

Tilgangen på nye spesialister i samfunnsmedisin har vært kraftig synkende de siste årene, og gjennomsnittsalderen er bekymringsfull høy. Uten en økning av spesialister vil vi om få år ikke ha kompetente leger til å fylle stillingene verken i kommuner eller den statlige helseadministrasjonen.

Kapittel 3 inneholder også en kortfattet beskrivelse av den akademiske samfunnsmedisinen som forvaltes av fagmiljøer ved universitetene. Senter for distriktsmedisin i Tromsø kan bli en viktig link mellom akademisk og anvendt samfunnsmedisin.

Fastlegeordningen som ble innført i 2001, har hatt betydelige positive effekter på befolkningens legetilbud.

I fastlegeordningen er privat stykkprisfinansiert praksis den vanligste tilknytningsformen til kommunene. Dette gjør at kommunene må betale de private legene ekstra for deltagelse i annet kommunalt legearbeid. Dette kan bidra til at fastlegene fortøner seg som lite samarbeidsvillige og lite fleksible. I mange kommuner synes situasjonen å være at helsetjenesten planlegges, administreres, utvikles og drives med praktisk talt totalt fravær av fastlegene.

Legetjenesten og forholdet til øvrig kommunal helsetjeneste er omtalt, og det

konstateres at kommunelegens lovfestede posisjon som medisinsk-faglig rådgiver er viktig for kommunenes oppbygging og dimensjonering av de ulike helse- og omsorgstjenestene.

Til slutt i dette kapitlet omtales kommunelegen og folkehelsearbeidet, herunder miljørettet helsevern.

4 Lovverket

I dette kapitlet er det gitt en oversikt når det gjelder lovverket og kommunelegens oppgaver:

- Medisinsk-faglig rådgiver
- Oppgaver i henhold til delegert myndighet innen miljørettet helsevern
- Kommunelegens oppgaver i henhold til smittevernloven
- Lovpålagte oppgaver på andre områder.

Videre er det gitt en oversikt over sentrale avtaleverk som omhandler kommunelegens oppgaver og ansvar.

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* (Bernt-utvalgets innstilling) er omtalt, og arbeidsgruppen peker på at denne utredningen drøfter viktige forhold når det gjelder kommunelegefunksjonen i fremtiden. Utredningen følges for tiden opp i Helse- og omsorgsdepartementet med henblikk på et nytt lovverk.

5 Kommunelegens roller og arbeidsoppgaver

Det ligger en stor utfordring i samspillet mellom den enkeltes helse og samfunnets utforming av levekår og hjelpetjenester. Det dreier seg om å kartlegge befolkningens *behov* for helsetjenester, hvilke *ressurser* som samfunnet setter inn for å møte behovet, *hvordan* ressursene brukes, *resultatene* og hvilken *nytte* de oppnådde resultatene representerer.

Utviklingen siden 1984 slik den er beskrevet i kapittel 3 og de endringer som er gjort i flere deler av lovverket og i praksis, er bakgrunnen for den nærmere beskrivelsen av kommunelegens roller og arbeidsoppgaver i dette kapitlet.

Dette omfatter følgende oppgaver:

1. Lokal helsemyndighet
2. Medisinsk-faglig rådgivning, bl.a. på områdene nedenfor:
3. Forebyggende og helsefremmende arbeid
4. Helseovervåking
5. Planarbeid
6. Samarbeid med helseforetak / stat
7. Miljøretta helsevern
8. Smittevern
9. Helsemessig beredskap
10. Kvalitetssikring og tilsyn

11. Helhetlig evaluering og koordinering
12. Sosialmedisinsk arbeid
13. Samarbeid med fastlegene
14. Administrative oppgaver

6. Hvorfor svikter rekrutteringen av kommuneleger?

Det har gjennom de siste 15 årene i sentrale styringsdokumenter stadig blitt uttrykt bekymring for kommunelegen og samfunnsmedisinens plass i kommunene (kap.3.8). Manglende rekruttering har både indirekte bakgrunn i generelle trekk i samfunnsutviklingen (kap. 3.1 og 3.2) og mer direkte i de forhold som er knyttet til selve stillingene (kap. 3.3). Her pekes det spesielt på uklare og omfattende arbeidsoppgaver som ikke er i tråd med de ressurser som er avsatt, kommunenes organisering og manglende tilrettelegging for kommunelegens funksjoner med den nødvendige tilgjengelighet og nødvendige støttefunksjoner. Videre nevnes vanskene som ligger i kombinasjonsstillinger med administrative lederoppgaver eller kurative oppgaver, og en avlønning som ikke er konkurransedyktig med fastlegene, - som er det eneste arbeidsalternativet for leger i distrikts-Norge. Videre et manglende fagmiljø og faglig tilhørighet.

7 Utvikling og fremtidige arbeidsoppgaver. Noen anbefalinger og konklusjoner

Kommunens plikter og behov og kommuneoverlegenes arbeidsoppgaver vil stadig være i endring og utvikling. Arbeidsgruppen trekker i dette kapittelet fram noen av de utviklingstrekk som vil ha betydning i årene fremover og gir begrunnelser for hvorfor det bør sikres at kommunene utnytter den kompetansen som kommuneoverlegene representerer.

Kommunens behov kan deles inn i tre grupper av oppgaver: oppgaver der kommunen henholdsvis må, bør og kan benytte kommunelege med kompetanse som spesialist i samfunnsmedisin.

Opgaver som forutsetter at kommunen må ha ansatt en lege til å gjennomføre oppgavene:

- vern mot smittsomme sykdommer, smittevernloven, inkludert medisinsk faglig rådgivning
- miljørettet helsevern, kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, inkludert medisinsk faglig rådgivning
- vedtak om undersøkelse, lov om psykisk helsevern
- helsemessig beredskap, inkludert medisinsk faglig rådgivning. Kommunens beredskapsbehov tilsier dessuten at det er en kommunelege i rollen.

Opgaver der kommunen bør ha ansatt en lege til å gi råd eller ha ansvar for gjennomføring av oppgavene

- annen medisinsk faglig rådgivning
- ivareta helsehensyn i kommunal planlegging
- faglig samordning av helsetjenester
 - internt i kommunen, i og mellom oppgaver/faggrupper som kommunen har ansatt eget personell til å utføre eller inngått avtale med (fastleger og

- fysioterapeuter)
- mellom kommunens tjenester og andre, først og fremst helseforetakene
- overvåking av helsetjenesten i kommunen
- overvåking av sykdomsforhold i kommunen
- faglig kvalitetssikring i kommunen etter internkontrollforskriften
- sosialmedisinske oppgaver, spesielt i forbindelse med rusmisbruk og tilgrensende problemer

Oppgaver der kommunen kan ha ansatt en lege til å gi råd eller ha ansvar for gjennomføring av oppgavene:

- Ledelse av kommunale avdelinger eller enheter
- Samarbeid med frivillige organisasjoner
- Annet forebyggende og helsefremmende arbeid

Innholdet i må-, bør- og kan-oppgavene er nærmere omtalt i kapitlet, og det understrekes bl.a. at det koordinerende arbeidet for å ha trivsel og helse som mål i utviklingsarbeidet i kommunen må ligge hos rådmannen. Kommunelegen kan bidra med medisinsk-faglig rådgivning i et samfunnsmedisinsk perspektiv.

8 Forslag til tiltak for å styrke kommunelegerollen

Alle kommuner må ha den nødvendige faglige plattform for å ivareta samspillet mellom helse og samfunn og mellom individets behov for tjenester og samfunnets helsetjenester.

Arbeidsgruppen foreslår derfor i dette kapitlet tiltak med disse mål:

- a) Å sikre og styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene
- b) Å styrke rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene

Arbeidsgruppen foreslår tiltak som angår *begrepet* kommunelege, forslag som angår *regelverket, organiseringen av arbeidet, faglig miljø og nettverk, utdanning og forskning* og *finansieringen* av primærlegetjenesten, herunder kommunelegetjenesten.

Forslag og tiltak som arbeidsgruppen fremmer i dette kapitlet:

Begrepet "kommunelege" er uklart, det forveksles bl.a. med fastleger eller fastlønte allmennleger.

I Ot. prp. nr. 99 om fastlegeordningen foreslo departementet at partene vurderte å innføre betegnelsen kommuneoverlege i alle kommuner for å framheve stillingens spesielle karakter.

- *Arbeidsgruppen mener at begrepet kommunelege slik innholdet er lagt gjennom lov om kommunehelsetjeneste bør byttes ut med begrepet kommuneoverlege.*

Arbeidsgruppen mener at regelverket må sikre at de funksjoner som i dag er tillagt

kommunelegen blir ivaretatt, modernisert og tydeliggjort. Så lenge kommunen er pålagt oppgaver av samfunnsmedisinsk natur som må utføres av lege, vil det ikke være forsvarlig å fjerne et lovfestet krav til kommunen om at denne funksjonen må dekkes.

- *Arbeidsgruppen går inn for å videreføre en forankring av kommunelegen (kommuneoverlegen) i lovverket (jf. forslag i pkt. 8.2 om å endre stillingsbetegnelsen).*

Arbeidsgruppen regner med at kommunehelsetjenesteloven vil gjennomgå en revisjon i forbindelse med oppfølgingen av Bernt-utvalgets forslag, og at det er nødvendig å reformulere beskrivelsen av de krav til funksjoner som er tillagt kommunelegen.

Arbeidsgruppen foreslår derfor følgende formuleringer i en revidert lov:

- *Kommunen ansetter en eller flere kommuneoverleger for å ivareta de samfunnsmedisinske oppgaver som er tillagt kommunen eller kommuneoverlegen gjennom lov eller forskrift.*

Det bør utarbeides en *veileder* etter mønster fra veilederen om kommunal norm for sykehjemsleger.

- *Arbeidsgruppen foreslår at det bør utarbeides en veileder for kommunene om det samfunnsmedisinske fagfeltet.*

Arbeidsgruppen beskriver *styringssirkelen* som består i å formidle til departementet situasjonen i befolkningens helsetilstand og utviklingen i helsetjenesten som et grunnlag for å forvalte departementets ansvar for gjennomføringen av regjeringens helsepolitikk, "følge med"-ansvaret.

Videre omtales direktoratets rolle som iverksetter av politikken. Denne rollen må spilles i en avveining mellom lokal frihet i kommunene og hensynet til nasjonal styring og koordinering.

Styringssirkelen er en kjede av administrative strukturer som er avhengig av at alle ledd i kjeden fungerer maksimalt, herunder også kommunene.

Det må forventes at kommunene aktivt bruker Styrings- og informasjonshjulet i sitt arbeid. Som eksempel vises det til omtale av bruken av Hjulet i Hol og Ål kommuner.

I mange små kommuner er det erfaring for at det er hensiktsmessig å organisere *interkommunale* ordninger.

- *Arbeidsgruppen mener at interkommunalt samarbeid kan være et alternativ for å få en solid samfunnsmedisinsk helsetjeneste i de små kommunene, og at det bør komme statlige føringer og økonomiske incitament for å få dette gjennomført.*
- *Arbeidsgruppen mener at det bør gis sentrale føringer om at kommunenes samfunnsmedisinske arbeid bør forankres nær rådmannen.*

Arbeidsgruppens medlemmer oppnevnt av KS er ikke enig i dette. KS er av naturlige grunner ikke positive til forslag som krever unntak for kommunens rett til selv å bestemme hvordan organisere sine tjenester. Det vises til særmerknad nedenfor.

I dag er det til liten nytte for kommunelegene å ha spesialistkompetanse i samfunnsmedisin.

- *Arbeidsgruppen anbefaler at i de avtaler som partene inngår, må spesialistkompetanse vektlegges sterkere. Arbeidsgruppen mener at statlige instanser og større kommuner må gå foran og gi verdi til det å inneha en spesialistkompetanse i samfunnsmedisin.*
- *Arbeidsgruppen mener at avlønningen av samfunnsmedisinske stillinger i kommunene bør ligge på nivå med kurativt legearbeid for å kunne være konkurransedyktig.*

Arbeidsgruppens medlemmer oppnevnt av KS er ikke enig i at utredninger anviser lønnsnivå, verken faktisk i form av kronebeløp eller relativt i forhold til andre grupper. Det vises til særmerknad nedenfor.

Kommuneoverleger bør være en del av et lokalt faglig miljø, og det må bygges opp et nettverk som binder små interkommunale samarbeidsordninger opp mot de større ressursbasene, f.eks. slik Trondheim kommune samarbeider med NTNU om en ressursbase innen sin region.

- *Arbeidsgruppen mener at det må være en kommunal oppgave å finne fram til og etablere interkommunale løsninger for egen kommune. Det må være en statlig oppgave å legge til rette for slike interkommunale løsninger, gi incentiver for oppbygging av ressursbaser og å bygge opp og drive de samfunnsmedisinske nettverk.*

Fylkesmannen bør etter arbeidsgruppens oppfatning tildeles et hovedansvar for oppbyggingen av samfunnsmedisinen ute i de enkelte fylkene.

- *Arbeidsgruppen mener at Fylkesmannen skal tillegges følgende ansvar i forhold til den kommunale samfunnsmedisinen:*
 - a. *Etablere og drive samfunnsmedisinske nettverk,*
 - b. *Bidra med kompetanse på forvaltning, jus, plan og miljø,*
 - c. *Koble samfunnsmedisinen opp til andre statlige innsatsområder hos Fylkesmannen*
 - d. *Etablere et nytt system for tilsyn gjennom standardiserte, årlige tilbakemeldinger fra kommuneoverlegene*

- *Arbeidsgruppen foreslår at Fylkesmannen får i oppdrag fra Helsedirektoratet å:*
 - *støtte opp under etableringen av interkommunale, lokale fagmiljø innen samfunnsmedisin*
 - *initiere og støtte oppbyggingen av ressursbaser i fylkene*
 - *etablere og drive samfunnsmedisinske nettverk*

Arbeidsgruppen legger stor vekt på tiltaket *lokal helsemelding*, som vil ha flere formål:

- Et lokalt styringsformål
- Et sentralt tilsynsformål
- Et sentralt styringsformål.

➤ *Arbeidsgruppen foreslår at det igangsettes et prosjekt i Helsedirektoratet for å utrede bruken av en lokal helsemelding som et ledd i statens styringssystem.*

Arbeidsgruppens medlemmer oppnevnt av KS er ikke enig i dette forslaget. Det vises til særmerknad nedenfor.

I det oppbyggingsarbeidet som nå forhåpentligvis vil komme, er det helt avgjørende å få en egen sentral drivkraft, og denne drivkraften bør etter arbeidsgruppens mening ligge i Helsedirektoratet.

Det er et problem at samfunnsinteresserte mediserestudenter i løpet av studietiden mister interessen for samfunnsmedisin til fordel for kliniske fag.

➤ *Arbeidsgruppen foreslår at det blir igangsatt en utredning for å styrke samfunnsmedisinen i mediserutdanningen, herunder å fornye det faglige grunnlaget for praktisk samfunnsmedisinsk arbeid ved hjelp av de kommunale ressursbasene, Fylkesmannen og tredjelinjeinstansene, og hvordan samfunnsmedisinsk forskning kan involveres på lik linje med basalfagene på forskningslinjene.*

Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt nye regler for spesialiteten samfunnsmedisin fra 1.07.06, og i dette kapitlet omtales hovedelementer i de reviderte reglene.

På kommunenivå er det et problem å få organisert tjenesten etter et mester/svenn-opplegg, så inntil videre må denne delen av utdanningen foregå slik som den har vært organisert siden 1984. Men i Finnmark fungerer i praksis fylkesmannskontoret som "mester" for utdanningskandidatene i dette fylket.

➤ *Arbeidsgruppen foreslår å utvide ordningen i Finnmark til å gjøre den gjeldende for alle 18 fylkeslegekontorer som et ledd i styrkingen av utdanningen i spesialiteten samfunnsmedisin. Videre vil arbeidsgruppen anmode Helsedirektoratet om å medvirke til at det blir opprettet utdanningsstillinger i den statlige helseforvaltningen, eller med andre ord at det opprettes utdanningsstillinger etter mønster av opplegget i direktoratet i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn, i RF'ene og i HF'ene.*

Arbeidsgruppen mener at forskning med bakgrunn i praktisk samfunnsmedisin må få større prioritet. De medisinske fakultetene må ta opp denne problematikken med helsemyndighetene.

➤ *Arbeidsgruppen anbefaler at de medisinske fakultetene, i samarbeid med helsemyndighetene (Helsedirektoratet/ HOD) og eventuelt Dnlf, utarbeider en handlingsplan som omfatter:*

- *Pedagogisk utvikling av samfunnsmedisinsk undervisning i profesjonsstudiet i medisin. Det er særlig viktig at studentene får et godt innblikk i anvendt samfunnsmedisin i løpet av praksisperiodene i kommunehelsetjenesten. Videreføring av en ordning med studentstipend.*
- *Videreutvikling av samfunnsmedisinsk forskning som er relevant for kommunehelsetjenesten.*
- *Styrking av akademisk kompetanse blant samfunnsmedisinere. Utvikling av veilederkompetanse i forhold til anvendt samfunnsmedisin.*
- *Etablering av et eget forskningsprogram i regi av NFR for anvendt samfunnsmedisinsk forskning, i likhet med tidligere satsinger på allmennmedisin, psykiatri og klinisk psykologi.*
- *Man bør satse på unge medisinere og tilby et karriereprogram som består av en mastergradsutdanning ved norsk eller utenlands universitet med muligheter for en dr. gradsutdanning deretter. Det bør være økonomiske insentiver, både i form av studiestøtte, men også meritterende gevinster ved oppnådde grader.*
- *Ordningen med allmennpraktiker/primærlegestipend bør videreføres, og det bør opprettes et samfunnsmedisinsk forskningsfond*

Finansiering av primærlegetjenesten – forslag til forbedringer

Etter kommunehelsetjenesteloven er kommunen ansvarlig for å skaffe innbyggerne en helsetjeneste der leger er sentrale medarbeidere. For å løse disse oppgavene skal kommunene sørge for deltjenester, bl.a. allmennlegetjeneste, legevaktordninger, og kommunen skal ansette en eller flere kommuneleger.

Den kurative legetjenesten er i finansiell henseende i en særstilling i og med at folketrygden yter stykkprisgodtgjørelse til dekning av utgifter til legetjenester.

Dette er et problem i forhold til de såkalte offentlige allmennlegetjenestene og kommunelegefunksjonen som utelukkende er en kommunal utgift, og dermed nødvendigvis får en annen stilling i prioriteringssammenheng enn den kurative legetjenesten i den enkelte kommune.

Fordelingsproblemene når det gjelder utgifter til legetjenester er tatt opp i NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.*

I denne utredningen er det opplyst at små kommuner hadde gjennomgående høyere utgifter (både brutto og netto) per innbygger enn store kommuner. Eksempelvis hadde kommuner med mindre enn 2000 innbyggere 2 337 kroner i utgifter per innbygger i 2002, mot 478 kroner i kommuner med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere. Det er opplyst i utredningen at Helse- og omsorgsdepartementet mener at de store forskjellene i hovedsak skyldes at det er behov for bedre legedekning i forhold til innbyggertall i små kommuner for å kunne ivareta nødvendig vaktbredsrap.

Arbeidsgruppen går derfor inn for at det blir utredet en finansieringsordning med sikte på:

- Å sikre kostnadsnøytralt valg og prioritering av legetjenester i kommunene.

- Å redusere de store utgiftsforskjellene mellom små og store kommuner når det gjelder legetjenester.

Tidligere bidro staten med et såkalt fastlønnstilskudd til de kommuner som ønsket å satse på fastlønnede leger som et alternativ til privat allmennpraksis. Denne ordningen falt bort i og med innføringen av fastlegeordningen. Den innebar i enkelte henseender en mulighet for at kommunene i en viss utstrekning kunne prioritere legetjenester kostnadsnøytralt, samtidig som det var mulig å støtte kommuner med store utgifter til legetjenester på grunn av vaktordningene.

Arbeidsgruppen vil imidlertid foreslå en modifisert ordning som også ivaretar et ønske om kostnadsnøytral prioritering for kommunene når det gjelder den totale primærlegetjenesten, ikke bare den kurative legetjenesten, samtidig som den innebærer en mulighet for å støtte småkommunene som har legevaktproblemer.

Forslaget går ut på at det etableres en beregningsmåte for tildeling av et samlet *primærlegetilskudd* til en kommune. Størrelsen på dette samlede tilskuddet fremkommer ved å multiplisere det nødvendige antall primærlegeårsverk (eksklusive antall fastleger som driver privat praksis) i en kommune med et gjennomsnittsbetrag som svarer til en normert legelønn i fastlønnen kommunal stilling.

Fra denne summen må det trekkes de inntekter som vedkommende kommune har hatt på disse primærlegene i form av pasienters egenbetaling og trygderefusjoner.

Restbeløpet må danne et utgangspunkt for å beregne et statlig primærlegetilskudd som utbetales kommunen i etterhånd.

Dette forslaget innebærer ingen endringer i forhold til kommunenes organisering av fastlegeordninger basert på privat praksis.

Representantene oppnevnt av KS er ikke enig i dette forslaget. Det vises til særmerknad nedenfor.

9. Økonomiske og administrative konsekvenser av arbeidsgruppens forslag

Arbeidsgruppen har ikke forsøkt å beregne et framtidig behov for kommunelegestillinger, bl.a. fordi dette er avhengig av kommunenes prioritering.

Som et regneeksempel er antydning at å bringe kapasiteten opp til det nivå vi hadde i 1999, vil bety ca. 30 nye årsverk i tillegg til de 219 vi har i dag. Kommunenes kostnader pr. stilling (lønn, kontorutgifter, hjelpepersonell) er antydning til ca. 1 mill. årlig.

En ønsket økning av 30 nye årsverk vil derfor koste kommunene ca. 30 mill. i tillegg til dagens utgifter.

Bevilgningene på statsbudsjettet til *Finnmarksmodellen*, jf. kap. 724 post 21 har de siste årene vært ca. 1 mill. årlig. Arbeidsgruppen foreslår at dersom ordningen utvides, bør hvert fylkeslegekontor få ca. 1,5 mill. årlig.

Med andre ord vil ordningen, dersom den blir utvidet til å gjelde hele landet, koste ca. 25 mill. årlig.

Arbeidsgruppen antar at det er en rekke spørsmål knyttet til den konkrete utformingen av forslaget om en ny finansieringsordning for primærhelsetjenesten og at dette må utredes nærmere. Det er derfor ikke hensiktsmessig å antyde noe om økonomiske konsekvenser på det nåværende tidspunkt.

De administrative konsekvenser av forslagene til arbeidsgruppen består i hovedsak i forslag til virkemidler for å styrke styringssirkelen i helseadministrasjonen:

Fylkesmannens/fylkeslegens rolle i styringssirkelen vil bli styrket, jf. forslag om økt bemanning og styrking av rådgivningsfunksjonen.

Kommunenes rolle i gjennomføringen av helsepolitikken vil bli styrket, jf. at denne rollen etter arbeidsgruppens oppfatning er avhengig av at signalene fra sentralt nivå blir oppfattet og tolket på en for kommunen hensiktsmessig måte. Forslagene som tar sikte på å styrke kommunelegefunksjonen må klart sees på denne bakgrunnen.

Arbeidsgruppens flertall støtter i hovedsak forslagene i rapporten.

Medlemmene oppnevnt av KS, rådmann Anna Welle og kommuneoverlege Vegard Vige har disse særmerknadene:

1) Om årlig helsemelding fra kommuneoverlegen til fylkeslegen:

Kommunelegen er ansatt i kommunen, og må fungere i forhold til de interne rapporteringslinjer som er i kommunens egen organisasjon. Rapportering som skiller seg fra disse linjene skaper ugreie og uklarhet i forhold til myndighetsstruktur, og et slikt krav til særmelding fra kommunelegen kan ikke aksepteres.

Alle rapporter som kommunen som sådan skal avgj til statlige og andre forvaltningsorgan må følge samme mønster og følge samme linjer. Slike rapporter avgis i dag primært i KOSTRA. Rapportering av data som er relevant for kommunelegetjenesten, og som fylkeslegene selvsagt kan benytte i sine medisinalmeldinger, og SSB integrere i "hjulet", må gjerne etterspørres fra kommunen, men må integreres i KOSTRA-rapporteringen.

Det er en del andre faginstanser i kommunen som også har selvstendig fagansvar og som eksterne instanser kan ønske særreporter fra, og om alle slike eksterne ønsker skulle etterkommes risikerer kommunen et virvar av ulike rapporteringer, med betydelig risiko for uklarhet, manglende oversikt og sprikende rapporter med innhold som kan være dårlig samordnet, og som ikke er tilpasset kommunens beslutningslinjer. Kommunen har behov for, og må kreve, at alle rapporteringsplikter mot statlig nivå er samordnet og følger samme system.

KS mener at det ikke skal utarbeides egne rapporter for kommunelegene men at kommunen må etterspørre rapporteringen

Alle rapporteringer fra kommunelegen bør skje via målfastsettinger som er nedfelt i kommunens økonomi- og virksomhetsplaner, lederavtaler og årsmeldinger.

Rapporteringen må reflektere over sammenhengen i de kommunale tjenestene og dens tverrfaglighet, og synliggjøre kommunelegens handlingsrom i det kommunale systemet.

2) Om organisering

KS er av naturlige grunner ikke positive til forslag som krever unntak for kommunens rett til selv å bestemme hvordan organisere sine tjenester. Det kan gjerne stilles opp funksjons- og kvalitetskrav i forhold til de oppgaver kommunen skal løse, men ikke anvises organisasjonsmessige løsninger. KS mener prinsipielt at gamle myndighetsakser ikke ønskes reetablert.

3) Om lønn

Utredningen bør IKKE anviser lønnsnivå, verken faktisk i form av kronebeløp eller relativt i forhold til å sammenligne med andre grupper (her fastleger). Det er, og må være, kommunen i forhandling med en ansatt kommunelege, og i ansettelsesprosess med en kommunelege, som må avgjøre lønnsnivå. Et høyt lønnsnivå kan oppnås der kommunen kan forsvare det ut fra et opplevd behov for denne kompetansen, ikke ved at det gis noen sentral "norm", og kommunen må i denne sammenheng forholde seg til de betingelser som foreligger i det konkrete arbeidsmarkedet og i det fremforhandlede avtaleverk. KS mener prinsipielt at kommunelegens lønn og finansieringen av denne er et forhandlingsspørsmål.

4) Om finansiering / primærlegetilskudd

For KS er dette ikke et spiselig forslag. KS har et klart standpunkt i forhold til at all finansiering av kommunene bør skje i form av rammer og frie driftsmidler, ikke ved øremerkede tilskudd som begrenser muligheten for lokal prioritering. Særlig i en situasjon der økonomien er trang vil øremerking i forhold til et godt formål medføre større problemer med å gjennomføre et annet, og det blir vanskeligere for kommunen å sette prioriteringen inn i en helhetlig sammenheng.

1 Mandatet for arbeidsgruppen

Sosial- og helsedirektoratet har i brevet av 24.10.07 fastsatt følgende mandat for arbeidsgruppen:

Gruppen skal:

- gjennomgå Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om vern mot smittsomme sykdommer med henblikk på å kartlegge den rolle og de oppgaver som er tillagt kommunelegen, jf. Kommunehelsetjenestelovens § 3-5 (Medisinsk-faglig rådgivning) og Smittevernlovens § 7-2
- gjennomgå andre lover hvor oppgaver for kommunelegen er omtalt
- kartlegge mulige årsaker til at rekrutteringen til kommunelegestillinger svikter
- vurdere forholdet mellom kommunelegen, fylkesmannens helseavdeling og de sentrale helsemyndigheter, inkludert samhandling mellom kommunene og helseforetakene

Gruppen skal videre fremme forslag med sikte på å løse problemer som denne kartleggingen identifiserer. I tillegg kan også andre relevante problemer taes opp til drøfting. Gruppen skal drøfte økonomiske og administrative konsekvenser av sine forslag.

Gruppens arbeid må sees i sammenheng med annet utredningsarbeid som vil gå parallelt:

- Utredning om utvikling av legetjenestene i kommunene
- Gjennomgang av miljørettet helsevern som bebudet i St. meld. nr. 16.

Det er oppnevnt en arbeidsgruppe som skal drøfte utviklingen av allmennlegetjenesten, jf. brev av 26.09.07 til KS og Den norske legeförening. Det forutsettes at de to gruppene tar sikte på å samordne forslag som angår både allmennlegetjenesten og kommunelegetjenesten, f. eks. ved felles møter når slike saker drøftes.

Folkehelsemeldingen varslet en bred og grundig gjennomgang av miljørettet helsevern, både når det gjelder lovgrunnlag, faglig innhold, kompetanse og forvaltning. Dette berører innholdet i kommunelege 1-funksjonen. Arbeidsgruppen forventes å kunne gi innspill som er relevante for denne gjennomgangen.

Frist for ferdigstilling av rapport: 17. mars 2008.

2 Fra helserådsordfører til kommunelege

2.1 Helserådsordføreren - helserådstjenesten

Da Norge fikk Sundhedsloven i 1860, skjedde det etter flere tiårs befatning med en sykdom som man på det tidspunktet enda ikke kjente årsaken til, nemlig koleraen som første gang ble registrert i Norge i 1832. Diskusjonen hadde gått om dette var en sykdom som skyldtes miasmer ("jorddunster") eller om den hadde noe med berøring å gjøre. Oppfatningen gikk mer og mer i retning av det siste og at drikkevannets beskaffenhet hadde en betydning. Følgelig hadde koleraen noe med infrastrukturen i samfunnet å gjøre.

Sundhedsloven hadde bestemmelser om opprettelse av sunnhetskommisjoner i hver eneste norske kommune. Byene skulle ha sunnhetskommisjoner som bestod av magistraten eller en annen representant for administrasjonen, byingeniøren samt tre andre valgt av kommunestyret. Den statlig ansatte embetslegen, stadsfysicus, skulle lede arbeidet.

På landet skulle kommisjonen også ledes av embetslegen. Videre skulle den settes sammen av hele kommunestyret eller av så mange av dets medlemmer som kommunestyret "ved Commissionens Oprettelse og senere efter hvert nyt almindelig Valg av Formænd og Representanter dertil udvælger". Etter hvert kom det også to til som *ikke* skulle sitte i kommunestyret, og fra 1931 ble det – etter påtrykk fra Norske Kvinners Nasjonalråd – bestemt at det skulle sitte minst én kvinne i det som etter hvert hadde fått betegnelsen *helsrådet*.

Sunnhetskommisjonenes arbeid ble møtt med mye motstand utover på 1800-tallet, dels fordi man fryktet at de tiltakene som ble foreslått, ble for dyre, dels også fordi befolkningen ville ha seg frabedt et slikt "embetsstyre". Aktiviteten hos embetslegene varierte også en del ettersom disse legenes kurative arbeid hadde en tendens til å ta overhånd. På slutten av 1800-tallet var det særlig bolighygiene, personlig hygiene og ernæring som utgjorde arbeidet for sunnhetskommisjonene. I 1898 ble det nedsatt en legekommisjon som skulle se på hele embetslegeordningen., og etter lange og intense diskusjoner ble *Loven om de offentlige legefóretninger* vedtatt av Stortinget i 1912. Fra da av og utover fikk vi et hierarkisk oppbygget legevesen med medisinaldirektøren på toppen, dernest amtsleger (kalt fylkesleger fra 1918), stadsfysici, stadsleger og distriktsleger.

Diskusjonene rundt loven om de offentlige legefóretningene dels revitaliserte og dels startet en rekke av det 20. århundres viktigste helsepolitiske debatter. Spørsmålet om hvilken myndighet og hvilket forvaltningsnivå som skulle ha arbeidsgiveransvar for de offentlige legene – kommune eller stat – var et slikt tema. I forlengelsen av dette kom diskusjonen om distriktslegenes stillingsbetegnelse, også kalt "honnørspørsmålet". Andre temaer var spørsmålet om fastlønnsordninger, om størrelsen på de offentlige

utgiftene knyttet til primærhelsetjenesten, om legedistriktenes inndeling, om helserådenes sammensetning og funksjon, og om å styrke den kollegiale styringsformen (fagstyret) på sentralt nivå. Loven av 1912 tok også distriktpolitiske hensyn. Den betydde en revitalisering av helserådsarbeidet og bidro slik til å legge det faglige fundamentet for det senere så aktive folkehelsearbeidet.

Karl Evang som var blitt medisinaldirektør i 1938, ville bygge ut distriktslegeordningen og styrke fylkeslegene, særlig på den sosialmedisinske siden. På 1970-tallet kom det krav om større folkevalgt representasjon i helserådene, på bekostning av fagstyret. Målet for reformvirksomheten skulle være "en desentralisering og demokratisering forbundet med en praktisk og effektiv administrasjonsordning". Det kom krav og forslag om å bygge ut den primære helsetjenesten, forslag om samordning mellom helse- og sosialsektoren og forslag om bedre samordning mellom helsetjenesten i og utenfor institusjon. Helserådene ble tappet for oppgaver og mistet mye av sin politiske betydning. Helserådene ble ikke nedlagt – ikke formelt. Selv i lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982 het det at rådet skulle bestå (§1-3). Men lenger ute i loven stod det at "Kommunestyret kan opprette styre, utvalg eller nemnd for bestemt saklig og/eller stedlig arbeidsområde innen helsetjenesten" (§3-2). Etter som tiden gikk, ble helserådet stadig mer amputert. Utover i 1980-årene overtok helse- og sosialstyret, sammen med en del andre kommunale utvalg og organer, det meste av styringen. Dette skjedde samtidig med at spørsmålet om distrikts- og stadslegenes ansettelsesforhold kom opp. Det mest problematiske her var utvilsomt spørsmålet om *kommunal* versus *statlig* ansettelse av legene.

Odelstingsproposisjon 36 (1980-81) *Om lov om helsetjenesten i kommunene* forelå i mars 1981. Her var betegnelsen *distriktslegetjenesten* byttet ut med *helsetjenesten i kommunene*. Det var et klart uttrykk for at primærhelsetjenesten skulle være et kommunalt ansvar. Saken ble imidlertid utsatt, og etter regjeringsskiftet samme høst kom det en ny Ot. prp. nr. 66(1981-82). Distriktslegene fikk ikke beholde sin tilknytning til staten, de ble ikke automatisk helsesjefer, og de fikk ikke beholde distriktslegetittelen.

Ordet *helserråd* ble beholdt i den nye kommunehelsetjenesteloven, i hvertfall i noen år. Men i og med lovendringen i 1987 og innføringen av kapittel 4a om miljørettet helsevern, ser vi at nettopp denne betegnelsen har overtatt for betegnelsen *helserrådstjeneste*.

2.2 Smittevernet før 1984

Utviklingen av det offentlige legevesen fra 1860 og utover med sunnhetskommisjoner, helseråd, distriktsleger og fylkesleger er på de aller fleste punktene historien om utviklingen av smittevernet i Norge. Denne utviklingen er ledsaget av egen lovgivning som starter med Lov av 16. mai 1860 om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. På 1900-tallet fikk vi følgende lover som nærmere regulerte de smittsomme sykdommer:

- Lov av 8. mai 1900 angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme
- Lov av 1. juli 1946 nr. 1 om rottebekjempelse
- Lov av 12. desember 1947 nr. 15 om røntgenundersøkelse ved skjermbilledfotografering

- Lov av 12. desember 1947 nr. 16 om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose
- Lov av 12. desember 1947 om åtgjerder mot kjønnsykdommer
- Lov av 19. desember 1952 nr. 1 om vern mot overføring av smittsom sykdom fra utlandet m.v.
- Lov av 26. november 1954 nr. 2 om vaksinasjon.

Men også sykehusloven, folketrygdloven, kommunehelsetjenesteloven, næringsmiddelovgivningen, straffeloven og flere andre lover hadde betydning for tiltak i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Det kan ikke her gis en uttømmende oversikt over aktuelle problemer innen smittevernet de siste 150 årene. På den annen side skal det minnes om at de første offentlige legene ble ansatt lenge før 1860, og det på bakgrunn av pestutbruddene (den første offentlige legen i Bergen i 1603 og i Kristiania i 1618). Og så tidlig som på slutten av 1700-tallet og begynnelsen av 1800-tallet fikk man banebrytende tiltak mot kopper i form av koppevaksinasjon.

Frem til århundreskiftet år 1900 var det bekjempelse av kroniske sykdommer som lepra og tuberkulose som skapte behov for særskilte bestemmelser som ga hjemmel for iverksettelsen av egnede tiltak utover de som den mer generelle sunnheitsloven var innrettet for. For tuberkulosens vedkommende ble dette fulgt opp av lovverk i 1947 slik som oversikten ovenfor viser.

Forut for kjønnsykeloven av 1947 hadde det gått langvarige debatter om tiltak mot "venerisk smitte og offentlig usedelighet".

Spanskesyken opptrådte i årene etter den 1. verdenskrig. Det var en influensaepidemi som hjemsøkte hele verden. Senere, i 1957 og 1968 fikk vi igjen føling med alvorligere varianter som resulterte i et stort sykefravær og adskillige dødsfall, særlig blant eldre folk og personer som var svekket på forhånd.

Utbredelsen av kikhoste og difteri og fremstilling av effektiv vaksine mot disse to sykdommene samt mot stivkrampe, førte til vaksinasjonsloven av 1954. Videre skal nevnes poliomyelittepidemiene, og spesielt de store epidemiene omkring 1950-årene hvor mange tusen ble angrepet årlig. I oktober 1956 startet vaksinasjon med den såkalte SALK-vaksinen.

På midten av 1970-tallet fikk Norge en ny, ubehagelig overraskelse: smittsom hjernehinnebetennelse som opptrådte epidemisk i et omfang vi ikke kjente siden begynnelsen av 1940-tallet.

Det mest alvorlige som har skjedd på det infeksjonsepidemiologiske område i senere tid synes å være HIV-epidemien som har vært kjent siden 1981.

Andre infeksjonssykdommer som også har påkalt oppmerksomhet i vårt land og i mange andre land de senere år, har vært nye former for influensa (fugleinfluensa), SARS,

hepatitt A, hepatitt B, enterohemorhagisk E- coli (EHEC) ,salmonelloser samt legionellainfeksjoner og –utbrudd.

2.3 Loven om kommunehelsetjenesten og andre lovendringer av betydning for kommunelegefunksjonen

Loven om helsetjenesten i kommunene som ble satt ut i livet i 1984, var innledningen på en ny tid for de tidligere distriktslegene som nå var blitt kommuneleger. Som omtalt i pkt. 2.1 *Helserådsordføreren – helserådstjenesten* ble aksene fra sentrale myndigheter – Helsedirektoratet i første rekke – til kommunelegene via fylkeslegen brutt.

Dette var en gjennomgripende endring, en endring som var begrunnet slik i Ot. prp. nr. 36 (1980-81) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*:

- *Det er av vesentlig betydning å få en mest mulig samlet og helhetlig legetjeneste for befolkningen i kommunene. Med en statlig distriktslegeordning i en for øvrig kommunalt organisert distriktshelsetjeneste vil man få en oppsplittet legetjeneste. Denne ville dels bestå av statlige distriktsleger (minst 1 i hver kommune), dels av kommunalt ansatte leger og dels av privatpraktiserende leger. Dette vil være uheldig bl.a. fordi man dermed får tre forskjellige avansementbaner, og derav følgende forskjellige krav til kvalifikasjoner. Tilbud når det gjelder videre- og etterutdanning vil kunne bli forskjellig, og mulighetene for å delta kunne variere. Kvaliteten på legetjenesten vil på denne måten kunne veksle fra kommune til kommune, noe som ville være uheldig fra befolkningens synspunkt, men det ville også være uheldig sett fra kommunens side, fordi kvaliteten på øvrige deler av det kommunale tilbud er avhengig bl.a. av en god legetjeneste.*
- *Et kommunalt ansvar for distriktshelsetjenesten vil stille kommunen overfor nye og større oppgaver enn tidligere, også administrativt sett. Kommunene må derfor utvikle den administrative kapasitet for å ivareta de nye funksjonene. Det vil klart bryte med vanlige administrative prinsipper dersom en statlig tjenestemann blir sjef for en kommunal etat og dermed ansvarlig for å forberede saker for politiske organer i kommunen.*
- *Mange kommuner, særlig de mindre, vil utvilsomt se seg tjent med at både den faglige og den administrative ledelse av kommunens helsetjeneste tillegges en lege. Å kombinere en slik funksjon med statlig tilknytning må være uheldig.*
- *Statens behov for tilsyn og kontroll med helsetjenesten i kommunene må kunne ivaretas av fylkeslegen i samarbeid med kommunalt ansatte leger. Departementet har vanskelig for å se at de statlige oppgavene på dette området er av et slikt omfang og en slik karakter at ikke dette skulle fungere tilfredsstillende. Det kan vises til andre samfunnssektorer (f. eks. skolesektoren, bygningskontrollen m. v.) hvor kommunale tjenestemenn ivaretar statlige oppgaver på grunnlag av opptrukne retningslinjer fra statlige myndigheter. Departementet kan ikke se at argumentene er sterke nok for at helsesektoren her bør stå i en særstilling.*

Departementet var også opptatt av kommunelegens rolle i den kommunale helseadministrasjonen:

Det følger av departementets standpunkt om at kommunene selv må bestemme sin administrasjonsordning for helsetjenesten, at man heller ikke fastlegger hvem som skal være den ansvarlige administrative leder for helsetjenesten i kommunene. Departementet har forutsatt at en lege tilsatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvaret for helsetjenesten.

Departementet var også oppatt av helseforvaltningen på fylkesnivå. Om fylkeslegene heter det bl.a.:

Fylkeslegene og deres stab av fagfolk vil også ha viktige oppgaver i forbindelse med den generelle veiledning og rådgivning overfor kommunene i helsefaglige spørsmål. Fylkeslegeetaten vil også ha viktige veiledningsoppgaver overfor kommunene i planarbeidet og vil stå sentralt i arbeidet med den skjønnsmessige fordeling av tilskott til kommunene innenfor rammefinansieringssystemet. D e p a r t e m e n t e t forutsetter at det må skje en utbygging og styrking av fylkeslegekontorene, slik at de kan løse de oppgavene som her er nevnt.

Selv om den formelle, statlige aksene var brutt, la med andre ord departementet til grunn at det burde være fullt mulig å bevare en faglig akse fra statlige myndigheter til kommunenivået, ved at fylkeslegen *veiledet* kommunene. Et viktig poeng her er at departementet signaliserte en utbygging og en styrking av fylkeslegekontorene for å sette dem i stand til å utføre dette arbeidet.

Sentrale myndigheter fulgte ikke opp disse intensjonene, dels av formelle grunner som at kommunene var selvstendige forvaltningsenheter, dels at Kommunenes Sentralforbund var den instans som burde bygge opp et apparat som tok vare på veiledningsfunksjonen. Senere skjedde det endringer i den sentrale forvaltningen som ytterligere aksentuerte problemet med den manglende veiledningen, problemer som i de senere år har blitt stadig større, se pkt. 3.2 nedenfor.

2.4 Den nye loven og allmennlegetjenesten

Om allmennlegetjenesten skriver departementet i Ot. prp. nr. 36 at organisasjonen av allmennlegetjenesten preges av flere svakheter, bl.a.:

- *Ansvar for almenlegetjenesten er ikke klart og entydig fastlagt.*
- *Det sterke private innslag medfører at det offentlige ikke har tilstrekkelige styringsmidler.*
- *For svak bemanning sammenlignet med sykehussektoren.*
- *Ujevn geografisk fordeling.*
- *Mangelfull koordinering mellom legetjenesten og øvrige sektorer av helse- og sosialtjenesten på lokalplanet.*

Dette synes å ha like stor gyldighet fortsatt.

De løsninger som departementet fremmet i Ot. prp. nr. 36 når det gjelder organisering og finansiering av allmennlegetjenesten, falt ikke i god jord i Legeforeningen. Dette skyldtes i hovedsak at det ble fremmet forslag om at også den private legetjenesten og fysioterapitjenesten skulle finansieres av *kommunene*. Med andre ord skulle ikke Folketrygden bidra til finansieringen av allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten, disse pengene skulle overføres til de kommunale rammene og slik danne grunnlag for å dekke kommunenes utbetalinger til de privatpraktiserende.

Vesentlig på grunn av de sterke reaksjonene fra legene vedtok Stortinget våren 1981 at Ot. prp. nr. 36 ikke skulle behandles i vårsesjonen 1981.

Høsten 1981 ble det regjeringsskifte. Den nye regjeringen fremmet Ot. prp. nr. 66 (1981-82) våren 1982. Forslagene la i alt vesentlig til grunn at hovedprinsippene i Ot. prp. 36 skulle følges opp, bortsett fra finansieringen av privat praksis.

Ot. prp. nr. 66 la til grunn følgende to hovedhensyn når det gjaldt privat praksis:

- Hensynet til krav om innflytelse fra den ansvarlige instans på lokalisering, volum etc.
- Hensynet til at privatpraksis gis frihet for den enkelte yrkesutøver til å utforme sin arbeidssituasjon.

For å stimulere legene til å gå inn i den kommunale helsetjenesten som privatpraktiserende var det nødvendig med en delvis finansiering fra kommunene. Denne delvise finansieringen ble skjønnsmessig fastsatt til ca. 40 % av de samlede, gjennomsnittlige inntektene til privat praksis, og skulle utbetales som et såkalt *driftstilskott* til de legene og fysioterapeutene som gikk inn i et avtaleforhold til en kommune. De resterende 60 % ble forutsatt dekket av pasientenes egenandel og stykkprisutbetalinger fra trygden.

Kommunene måtte få statlig støtte også til finansieringen av fastlønnede stillinger, og løsningen på dette var at kommunene skulle få refundert 75 % av utgiftene til fastlønnet allmennlege- og fysioterapitjeneste, fratrukket egenandeler fra pasientene, et såkalt *fastlønnstilskott*.

Et vesentlig poeng er at forslagene i Ot. prp. nr. 66 innbærer at staten etter 1984 har støttet den kurative delen av helsetjenesten i kommunene, mens alt forebyggende arbeid, herunder også *lønnsutgifter til kommunelegetjenesten*, ble rent kommunale utgifter. Det er vel gode argumenter for at staten heller burde støtte det forebyggende arbeidet som kommunene alltid vil ha problemer med å prioritere fordi resultatene ofte ikke kommer før etter mange år, kanskje 20 eller 30 år. Etterspørselen etter kurative tjenester vil alltid være så stort at kommunene vil prioritere denne delen av helsetjenesten.

St. meld. nr. 41 (1987-88) *Nasjonal helseplan* tok opp denne problematikken. Det ble i denne meldingen lagt fram et forslag om en revurdering av finansieringsordningen, i hovedsak var dette forslaget begrunnet i at den var på tvers av en politikk for forebyggende arbeid, men også at andre personellgrupper ikke ble brukt i kommunehelsetjenesten i den grad som ønskelig siden lønnsutgiftene var rent kommunale. Som eksempel ble nevnt spesielt jordmødre.

Under stortingsbehandlingen av St. meld. Nr. 41 (1987-8) sa det borgerlige flertallet seg tilfreds med ordningen som den var.

I St. meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* ble finansieringsordningen og organiseringen av legetjenesten spesielt vurdert. Etter å ha drøftet ordningene konkluderte departementet med at:

Departementet vil elles ikkje gå inn for store endringar i ordningane no, men vil gjere framlegg om at det blir gjort ei utgreieing av ulike måtar å organisere lege- og fysioterapitjenester på.

Dette ble fulgt opp i NOU 1992:10 *Finansieringsordninger for allmennlege- og fysioterapitjeneste*, men denne utredningen fikk liten oppmerksomhet.

Grunnen var nok at det i *Røynslemeldinga* ble tatt opp et annet forslag:

Departementet er kjent med at Den norske lægeforening i prinsippet vil gå inn for at eit listepasientsystem bør prøvast ut ved forsøksordningar. Departementet er samd i at det vil vere nyttig å få prøvd ut ordninga, og vil nedanfor skissere korleis ein kan tenkje seg ei utforming av prøveopplegget.

Dette var startskuddet for fastlegeordningen. Den har fått stor betydning også for kommunelegenes arbeid, noe arbeidsgruppen tar opp til nærmere vurdering under pkt. 3.4 *Fastlegeordningen*.

At finansieringen av kommunelegene ble (og er) forskjellig fra den kurative legetjenesten er et problem som arbeidsgruppen kommer tilbake til i kap. 8 om finansieringen av primærlegetjenesten.

3 Utviklingen etter 1984 - stoda i dag

3.1 Utviklingen av legetjenesten i kommunene generelt – herunder allmennlegetjenesten

Som nevnt i omtalen av mandatet i innledningen til denne rapporten har Sosial- og helsedirektoratet i brev av 26.09.07 til KS og Den norske legeforening oppnevnt en arbeidsgruppe som skal drøfte utviklingen av allmennlegetjenesten. Denne gruppen legger fram sin rapport sommeren 2008. I sin rapport vil gruppen legge fram tall m. v. som viser utviklingen innen denne delen av legetjenesten.

3.1.1 Kommunelegetjenesten

Betty Pettersen beskriver i sin doktorgradsavhandling (ISM skriftserie nr. 97, 2008)

utviklingen innenfor lokal samfunnsmedisinsk legetjeneste.

Om utviklingen skriver hun i sammendraget bl.a. følgende:

Resultater

Selv om antallet leger i lokal samfunnsmedisin økte fra 505 i 1994 til 555 i 1999 (10 %) ble den estimerte totale arbeidstid til samfunnsmedisin redusert med 3,7 % fra 8715 timer i 1994 til 8386 timer per uke i 1999. Majoriteten av legene arbeidet i kombinerte posisjoner (87 %) og de reduserte sin arbeidstid i samfunnsmedisin med i gjennomsnitt 2,6 timer per uke fra 1994 til 1999. Reduksjonen var avhengig av avlønningsform, hvorvidt de hadde spesialitet i samfunnsmedisin og kommunestørrelse. De reduserte sine oppgaver innenfor administrasjon og ledelse og evaluerte sin ledelseskompetanse heller konservativt og lavere i 1999 enn i 1994. Mange hadde supplerende ledelsesutdanning i tillegg til sin medisinske utdanning og spesialistutdanning. Antall lokale samfunnsmedisinske stillinger økte med 15 % fra 1994 til 2002, og kvinner doblet sin representasjon i den samfunnsmedisinske arbeidsstokken. Turnover per år økte fra 9 % til 14 % fra 1994 til 2002, og andelen vakanser økte fra 1 % i 1994 til 6% i 2002. En stabil kjerne av leger var i samfunnsmedisinsk stilling gjennom hele perioden, og utgjorde om lag en tredjedel av alle samfunnsmedisinere i 2002. Dette er de mest erfarne samfunnsmedisinere, men de er også de som snart skal erstattes. Yngre leger syntes å forsøke samfunnsmedisinske stillinger, men sluttet fort. Spesialitet i samfunnsmedisin syntes å være rekrutterende og stabiliserende. Der var noen signaler på bedre fremtidig stabilitet blant samfunnsmedisinere i 2002 enn tidligere.

- - - - -

Konklusjon

Lokalt samfunnsmedisinsk arbeid var på stress i den aktuelle perioden. På tross av økt antall stillinger og flere leger i stillingene økte gjennomtrekken i stillingene, og stillingene ble fragmentert. Det ble utført mindre samfunnsmedisinsk arbeid, til fordel for klinisk arbeid. Engasjement i administrasjon og ledelse ble tonet ned for samfunnsmedisinere. Strukturelle reformer i klinisk medisin syntes å bidra til disse endringene, men også prosesser knyttet til reformer i offentlig administrasjon, faglig utvikling og utviklingen av den medisinske profesjonen er viktige for å forstå funnene i denne studien. Tiltak rettet mot både kapasitets- og kompetansebygging er nødvendige for å bedre situasjonen.

Tall vedrørende utviklingen etter 1999 finnes i SSBs statistikk vedrørende kommunehelsetjenesten, *Legeårsverk etter virkeområde*. Kommuneleger har utført arbeid innenfor tre hovedområder, *Miljørettet helsevern, Annet forebyggende arbeid og Administrasjon*.

I år 2000 ble det utført til sammen 250 årsverk innenfor de nevnte tre områdene. Senere har det vært en jevn nedgang, slik at det i 2006 ble utført 219 årsverk.

Tross en økning både i antall leger og stillinger i lokal samfunnsmedisin, har det altså vært en nedgang i antall legeårsverk i tidsrommet 2000 – 2006.

- *Arbeidsgruppen legger til grunn for sine tilrådinger og konklusjoner bl.a. de funn og de vurderinger Betty Pettersen har gjort i sitt arbeid vedrørende utviklingen når det gjelder kommunelegetjenesten. Utviklingen etter 1999 belyst med tall fra SSB viser at nedgangen har fortsatt fram til 2006.*

3.2 Enda et brudd på "aksen" – endringene i den statlige helseforvaltningen 1992

I november 1990 besluttet Sosialdepartementet å iverksette en organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltningen. Bakgrunnen for denne beslutningen var helsepolitiske mål trukket opp i St. meld. nr. 41 (1987-88) *Nasjonal helseplan*, og St. meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*.

Det ble oppnevnt en styringsgruppe under ledelse av daværende departementsråd Jon Ola Norbom for denne organisasjonsgjennomgangen.

Forslagene som ble fremmet av gruppa var i hovedsak følgende:

1. Det etableres et Senter for samfunns- og miljørettet forebygging, utgjøres av Folkehelsa og Forebyggingsavdelingen i Helsedirektoratet
2. Det etableres et Senter for individrettet forebygging, utgjøres av Statens helseundersøkelser, Statens ernæringsråd, Statens tobakkskaderåd og Rusmiddeldirektoratet.
3. Det etableres et Senter for helsetjenestekompetanse, basert på helsetjenesteavdelingen i Helsedirektoratet og helsetjenesteforskningsenheten ved Folkehelsa.
4. Fylkeslegene knyttes direkte til Sosialdepartementet.
5. Det etableres et Statens legemiddelverk
6. De statlige sykehus, styringen samordnes med planleggingen av nytt rikshospital
7. Sosialdepartementet inndeles i en Helseavdeling og en Forebyggingsavdeling.

Høringen var stort sett positiv til disse forslagene, bortsett fra at Helsedirektoratet mente at det ikke burde trekkes konklusjoner fra Norbom-utvalgets innstilling.

I vår sammenheng er det et viktig poeng at forslaget om at fylkeslegene skulle knyttes direkte til departementet, ble støttet av et flertall av høringsinstansene. Departementet konkluderte slik når det gjelder fylkeslegefunksjonen i framtida:

Fylkeslegene legges direkte under departementet. Fylkeslegene gis økte oppgaver av forvaltningsmessig art og må bygges opp til å kunne føre tilsyn med utøvelsen av den nasjonale helsepolitikk på fylkes- og kommunenivå. Etaten skal også ha funksjon som kompetanseorgan, både innen kurativt og forebyggende arbeid.

Da saken ble behandlet i Stortinget den 15. juni 1992 ble resultatet etter en lang og dramatisk debatt at Helsedirektoratet skulle opprettholdes som institusjon, men med endret funksjon og navn, *Statens helsetilsyn*. Det ble gjennomført en organisatorisk

endring til en 2-nivåmodell, i og med at forebyggingsinstitusjonene ble knyttet direkte til departementet, noe som vel er det formelle grunnlaget for at departementet i 2002 opprettet Sosial- og helsedirektoratet. I debatten ble det understreket fra flertallets side at fylkeslegene skulle tillegges det statlige tilsynsorganet, nemlig Statens helsetilsyn.

Dermed ble enda en viktig bit av den faglige aksen fra sentrale helsemyndigheter endret, i og med at fylkeslegekontorenes funksjon ble endret til i all hovedsak å bli en del av tilsynsmyndigheten. Funksjonen som kompetanseorgan som departementet hadde ment å bygge ut, ble sterkt nedtonet.

For kommunelegefunksjonen har det i årene etter dette vedtaket i Stortinget hatt negative følger, i og med at en faglig 2. linjestøtte fra fylkeslegekontorene ble tydelig redusert.

3.3 Den faglige utviklingen

3.3.1 Spesialiteten i samfunnsmedisin

På 1800-tallet ble begrepet offentlige gjøremål brukt om legenes arbeid utover pasientbehandlingen. I 1912 kom lov om utøvelse av offentlige lægeforretninger som dannet grunnlaget for distriktslegenes arbeid. Etter andre verdenskrig ble det mer vanlig med begrepet offentlig legearbeid, mens samfunnsmedisin først kom inn i vanlig språkbruk i 1970-tallet og da som en fornorskning av det engelske uttrykket *community medicine*.

Den første innstillingen om Samfunnsmedisinen i Norge ble lagt frem i 1980 av et utvalg fra Offentlige Legers Landsforening med forslag om konkret videre- og etterutdanning. Et nytt utvalg foreslo opprettelse av egen spesialitet, og dette ble vedtatt i 1984.

Høsten 2004 laget Magne Nylenna i Sosial og Helsedirektoratet en "Rapport om samfunnsmedisinenes muligheter og problemer i Norge" og fremla en rekke konkrete tiltak for å styrke samfunnsmedisinenes rolle i Norge.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) la i oktober 2003 fram sin Utredning nr. 3 *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin*.

Etter flere endringsforslag og justeringer vedtok Helse- og omsorgsdepartementet regler om en ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin, og disse reglene ble gjort gjeldende fra 1. juli 2006.

Hovedpunktene er krav om 4 års samfunnsmedisinsk tjeneste og ett års klinisk tjeneste, og gjennomføring av et veiledet utdanningsprogram over tre år. I tillegg kreves 270 timer obligatoriske kurs samt eget kurs i administrasjon og ledelse.

Det er utarbeidet en detaljert "Målbeskrivelse for spesialiteten samfunnsmedisin".

Endringene innebærer en større faglig tyngde i utdanningen og skifter fokus fra

primærhelsetjenesten alene til også helseforetak og sentral helseforvaltning.

I pkt. 8.5.1 er utforming og innhold i spesialistutdanningen omtalt nærmere.

For tiden er det 438 yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin under 70 år i Norge, men over halvparten av disse arbeider i ikke-samfunnsmedisinske stillinger.

En undersøkelse fra 2003 (Aasland og Akre) viste at under halvparten av leger som hadde lederstillinger i primærhelsetjenesten, var spesialister i samfunnsmedisin.

Tilgangen på nye spesialister har vært kraftig synkende, og i 2002 og 2003 ble bare fire nye spesialister godkjent hvert år. Hovedtyngden av dagens spesialister fikk sin godkjenning etter overgangsordningene på 1980-tallet etter lang og tro tjeneste som distriktsleger, men med begrenset faglig videreutdanning.

Gjennomsnittsalderen er bekymringsfull høy.

Uten en kraftig økning i spesialistkandidater vil vi om få år ikke ha kompetente leger til å fylle samfunnsmedisinske stillinger verken sentralt eller i kommunene.

3.3.2. Forskning og utdanning, Universitetenes rolle

Akademisk samfunnsmedisin forvaltes av fagmiljøene ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Senter for distriktsmedisin knyttet til Universitet i Tromsø, kan bli en viktig link mellom akademisk og anvendt primærmedisin, særlig i utkantområdene der problemene i kommunelegetjenesten er størst. I tillegg utøves samfunnsmedisinsk forskning ved institusjoner som Folkehelseinstituttet, Nasjonalt Kunnskapssenter, Kreftregisteret m.fl.

Aina Schiøtz hevdet i 2001 at "samfunnsmedisin som akademisk disiplin synes å ha manglet et samlende teoretisk fundament – med klare teorier, begreper og analyseredskaper." Det foreligger imidlertid en rekke utredninger, artikler og rapporter som prøver å definere faget og legge grunnlag for "akademisering". Legeforeningen gikk inn og støttet opprettelse av to professorater ved Universitetet i Oslo og NTNU, dette er videreført med faste stillinger ved NTNU.

Fagfeltet samfunnsmedisin kan deles i basalfag og anvendt samfunnsmedisin. De samfunnsmedisinske basalfagene er epidemiologi, medisinsk statistikk, sosialmedisin og preventiv medisin. Kunnskapshåndtering eller evidence based medicine er også blitt et sentralt fagfelt. Andre fag som kan inkluderes, er helseøkonomi, medisinsk historie og andre samfunnsvitenskaplige emner, tradisjonelt definert som "medisinsk sosiologi".

Trygdemedisin har også en betydelig plass på alle universitetene, og tilhører anvendt samfunnsmedisin. Anvendt samfunnsmedisin kan i stor grad defineres ut fra det kommuneleger og andre utøvere av faget gjør, eller forutsettes å gjøre, med epidemiologi og kunnskapshåndtering som grunnlag.

Helse- og omsorgsdepartementet har også definert anvendt samfunnsmedisin ut fra oppgavene som er nedfelt i gjeldende lovgivning: kommunehelseslov, smittevernlov, plan- og bygningslov osv. I tillegg omfatter anvendt samfunnsmedisin administrasjon/ledelse og saksbehandling.

Universitetenes samfunnsmedisinske aktiviteter

Grunnutdanning: undervisning i profesjonsstudiet (medisin):

Noe felles curriculum eksisterer ikke, men ved alle de fire universitetene består undervisningen av en kjerne teoretisk stoff som formidles ved forelesninger. Dette suppleres ved praktisk utplassering i 4-8 uker hos kommuneleger og allmennleger. Studentene forventes også å skrive en samfunnsmedisinsk oppgave under utplasseringen.

Ved Universitetet i Oslo gis undervisningen i samfunnsmedisin i 10. semester, i nest siste året. Studentene har en bolk med teoretisk undervisning først, deretter utplassering i primærhelsetjenesten i 6 uker, og så en ny teoretisk bolk til slutt hvor erfaringer fra den praktiske perioden blir gjennomgått og drøftet. De fleste studenter har praksis ute hos kommuneleger, mens de som er plassert hos fastleger i byer, har avtale med samfunnsmedisinere om egen veiledning noen dager. Samlet sett får praksisperioden svært god evaluering fra studentene, selv om mange får erfare stor frustrasjon og manglende samfunnsmedisinsk miljø hos sine praksislærere.

I Bergen gis fire ukers teoretisk undervisning i siste semester, delt på forbyggende medisin og sosialmedisin. Tema relatert til kommunehelsetjenesten utgjør omtrent halvparten av dette. Siste semesteret omfatter også fire ukers utplassering i primærhelsetjenesten, primært vinklet mot klinisk allmennmedisin.

Ved NTNU har undervisningen i samfunnsmedisin over de siste årene klart økt i omfang og med større vekt på kommunal samfunnsmedisin. I tillegg til smittevern blir kommunelegerollen belyst, og dette får meget god evaluering av studentene. Den samfunnsmedisinske oppgaven som studentene skriver i løpet av utplasseringen, viser at både mangfoldet og kvaliteten på det samfunnsmedisinske arbeidet som utføres i kommunene er større enn hva vi har "viten" om.

Ved Universitetet i Tromsø har samfunnsmedisinen fortsatt en sentral plass i studieplanen, men ikke så sentral som ved oppstarten i 1973. I første studieår er alle studenter utplassert to dager hos allmennlege. I andre studieår gis en integrert undervisning i basalfag, kliniske fag og samfunnsmedisinske fag organisert i organ- og temakurs. I en valgfri periode på 4 uker kan studentene selv velge opplegg, og noen velger samfunnsmedisinske tema. Samfunnsmedisin del 1 omfatter 4 uker. Tredje studieår har mindre samfunnsmedisin. I fjerde studieår gis hoveddelen av den teoretiske undervisningen i kurset Samfunnsmedisin del 2 som varer 7 uker. I femte og sjette studieår er alle studentene utplassert 8 uker i kommunehelsetjenesten. De fleste studentene er i distriktskommuner, men dessverre er tilgangen på lokal veiledning i samfunnsmedisin dårlig i mange kommuner. Studentene skal også skrive 5. års oppgave med samfunnsmedisinsk tema. Forskerlinjen skal øke rekrutteringen av medisinere til forskning, men få velger i dag samfunnsmedisin. I Tromsø er utfordringen å gi grunnutdanningen det samfunnsmedisinske innhold som studieplanen legger opp til. Det betyr at studentene i større grad bør inspireres til å skrive om eller forske på samfunnsmedisinske emner.

Tilleggs kurs for utenlandsstudenter: Det gjennomføres i Norge to tilleggs kurs for

utenlandsstudenter: Et tradisjonelt kurs ved Universitet i Oslo og et ved NTNU eller UiT som samarbeider om en nyere kursmodul. Kurset som Tromsø og Trondheim har ansvaret for, er primært utviklet for å gi undervisning i nasjonale fag for studenter som tilhører oppkjøpsordningen. Etter hvert er det tilkommet mange studenter med utenlandsk utdanning, uten krav om tilleggskurs i nasjonale fag, som gjerne vil ta dette. Det er et webbasert kurs i 5 moduler, hvorav den siste er ei ukes samling vekselvis i Trondheim og Tromsø, hvor studentene arbeider i grupper og etter PBL prinsipper. De fire modulene er i trygdemedisin, kommunal helsetjenester, psykisk helsevern og rettsmedisin samt helsevesenets organisering, finansiering og administrasjon. På samlingen er det blant annet en dags repetisjon om kommunal helsetjeneste.

Turnustjeneste i distrikt: I målbeskrivelsen foreligger det en nokså omfattende bolk om opplæring i kommunal samfunnsmedisin. Svært mange turnusleger er utplassert i små kommuner så muligheten for kommunal samfunnsmedisinsk erfaring er stor. Den lokale veiledningen er imidlertid svært varierende. Innføring av et nasjonalt system for gruppebasert veiledning av turnusleger i regi av Fylkesmannens helseavdeling har trolig styrket det samfunnsmedisinske perspektivet. I Nord-Norge gjennomføres nå fire samlinger hvert halvår for alle turnusleger i distrikt, mens det i resten av landet er færre samlinger. Mange av veilederne har betydelig samfunnsmedisinsk erfaring, og flere er knyttet til instituttene for samfunnsmedisin ved Universitetene. Fylkesmennene mottar også midler fra Helsedirektoratet for å arrangere kompetansehevende kurs for lokale turnusveiledere.

Postgraduate utdanning/spesialistutdanning: Folkehelseutdannelsen i Tromsø er det eldste og viktigste bidraget, men også masterstudiet i helseadministrasjon i Oslo og i helseøkonomi/ helseledelse i Bergen og master i forbyggende helsearbeid ved HEMIL-senteret er aktuelle alternativ. Modulbasert kurstilbud 270 timer har erstattet Bygdøy/SIFF kurset. NTNU har tatt ansvaret for grunnkursene til spesialiteten i samfunnsmedisin ved hjelp av en 10 % stilling ved ISM. I den nye kurspakken for spesialiteten brukes oppsettet for det webbaserte tilleggskurset i nasjonale fag til å lage liknende kurstilbud innen de ulike områdene. Det er også kurstilbud ved de andre universitetene, bl.a. i epidemiologi, statistikk og infeksjonsmedisin/ smittevern.

Forskning relevant for kommunelegefunksjonen. Innen helsetjenesteforskning og epidemiologisk forskning i Tromsø og Trondheim vektlegges helsetjenesteforskning innen primærhelsetjenesten, samhandling mellom nivåene og mer klinisk epidemiologisk forskning. Betty Pettersen med veileder Roar Johnsen har studert kommunelegenes mobilitet i perioden 1994 tom 2002, innholdet i tjenesten, endring i stillingsmønster, fornøydhet, årsaker til å slutte og kompetanseutviklingen hos de "nye" kommunelegene. Under dette arbeidet er utviklingen av kommunelegerollen etter innføring av fastlegeordningen evaluert og foreligger som egen rapport i ISMs skriftserie. I forbindelse med Helseundersøkelsene i Tromsø (Tromsø 6) og Nord-Trøndelag (HUNT 3) er det laget et eget spørreskjema om bruk av og erfaringene med allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, opplevd tilgjengelighet og kvalitet hvor også portvaktfunksjonen er belyst. I Tromsødelen inngår en bolk om erfaringer med feilbehandling/feildiagnostikk i helsevesenet. Helse Nord har gitt støtte til flere samhandlingsprosjekter i Troms/Tromsø. To prosjekter gjelder kommunikasjon mellom nivåene i form av henvisninger og epikriser: Bruk av standardiserte henvisninger og strukturert oppfølging av pasienter med kreft i allmennpraksis evalueres. Et annet prosjekt studerer hvorfor noen pasienter henvises til sykehustjenesten og andre ikke. I

tillegg er det under oppstart et stort kontrollert, randomisert forsøk med såkalt ett stopp henvisning for pasienter med brokk, gallestein og pilonidal cyste.

Ved NTNU er det lagt vekt på forsøk med nye helsetjenestetilbud: Ett prosjekt undersøker nytten av forsterket sykehjem og ett studerer strukturert intervensjon for å forebygge barneallergi . Helge Garåsen (veileder Roar Johnsen) har disputert på sitt arbeid med bruk av forsterket sykehjemsavdeling. Det er planlagt to liknende studier som oppfølging av Garåsen sine arbeider, ved Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal og en kontrollert, randomisert studie med et bredere pasientutvalg med Sykehuset Levanger som samarbeidsinstans. Det planlegges også forsøk med strukturert oppfølging av eldre med behov for sykehustjenester på Helgeland. Barneallergistudien har studert effekten av strukturert intervensjon på røykeatferd, kost og inneklima på gravide og småbarnsforeldre. Det er en kontrollert studie hvor ca 14.000 barn er inkludert. Stipendiatene (veileder Roar Johnsen) leverer sine arbeider ved påsketider 2008. Anders Grimsmo er leder av NSEP og har flere pågående prosjekter om samhandling og bruk av elektroniske henvisninger og epikriser, Tom Kristensen har levert sin avhandling nylig. Jostein Holmen er leder av HUNT og har de siste årene hatt fulltidsbeskjeftigelse med å administrere planleggingen og gjennomføringen av den 3. helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

I Oslo er Romsåsprosjektet ledet av Anne Karen Jenum, eksempel på forskning med en klar profil mot og basert på samfunnsmedisin i primærhelsetjenesten. Det samme gjelder ulikhetsforskningen som har vært drevet av bl.a. Øyvind Næss, Bjørgulv Claussen og Dag Thelle. I løpet av de siste tjue årene har det også vært utført mye trygdemedisinsk forskning, først og fremst utgått fra Gruppe for trygdemedisin ved Universitet i Oslo (Bruusgaard, Tellnes, Brage m.fl.).

Et fellestrekk ved all denne forskningsaktiviteten er at den er for lite kjent ute blant praktikerne. Resultatene publiseres på engelsk, og det eksisterer ingen ordning for nasjonal formidling.

3.4 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har etter innføringen i 2001 hatt betydelige positive effekter på befolkningens legetilbud. Evalueringene av ordningen viser blant annet at rekruttering til fastlegestillinger er god, antall ledige legehjemler er betydelig redusert, også i de små kommunene, og antallet fastlegehjemler i kommunene har økt noe. Tilgjengeligheten til legetjenesten oppfattes av innbyggerne i all hovedsak som god, selv om det (stadig) er en del som opplever telefontilgjengeligheten som vanskelig. Legedekningen er forholdsvis stabil, og selv om årlig rundt 2,5 % av befolkning bytter lege, så skyldes mindre enn halvparten av byttene misnøye med legen.

Evalueringsrapportene viser at ordningen har hatt positiv effekt også på et av de forhold som på forhånd ble fremhevet som vesentlig; legetjenester til mennesker med alvorlige, langvarige og sammensatte helseproblemer slik som psykisk utviklingshemming, alvorlig rus- og/eller psykisk lidelse og andre "kronikere". Imidlertid gjenstår det fortsatt mye å ønske i forhold til det reelle legetilbudet til disse gruppene, og kommunene har i en del sammenhenger måtte etablere egne ordninger for å ivareta slike pasienter som faller

utenfor.

Fastlegeordningen har etablert to kontaktorgan, lokalt samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg, for å sikre god samhandling mellom fastlegekorpset og kommunen. Disse organene har imidlertid svært varierende funksjon fra kommune til kommune, og det er et gjennomgående problem, særlig i større kommuner, at allmennlegeutvalget tross møteplikt har lav deltakerandel.

Re-forhandling av de individuelle fastlegeavtalene, som kommunene kunne brukt til å oppnå en viss grad av styring og vinkling av legetjenestene, har vist seg vanskelig å bruke som et strategisk verktøy, og slike reforhandlinger har i liten grad funnet sted.

Fastlegeordningen har sementert privat praksis som den normale og vanligste tilknytningsform for leger. Dette har fra legeföreningens side vært hevdet å være den løsning som gir størst effektivitet – og tjenesten kan også oppfattes som svært effektiv, bedømt etter antall konsultasjoner og andre produktivitetsmål.

Kommunen har i sine planprosesser i liten grad anledning til å benytte den betydelige kompetanse som fastlegene besitter, og i de situasjoner kommunen avdekker behov for å vinkle legetjenesten mot bestemte problemområder med behov for økt innsats, så er den reelle mulighet til å gjøre slike prioriteringer liten. Legene blir av den øvrige kommunehelsetjeneste lett oppfattet som eksterne aktører, som man på grunn av deres sentrale funksjon som "portvokter" og koordinator er avhengig av uten å kunne påvirke, og som dermed lett kan oppfattes som problemskapende.

Et spesielt problemområde er den øvrige tjenestens lovpålagte arbeid med å lage kvalitetssystemer. Mange prosedyrer vil være avhengig av fastlegenes medvirkning. Man er da avhengig av å appellere til legene om å følge systemene som lages, uten at det foreligger noen instruksjonsmyndighet. Resultatet blir at man får svært varierende grad av etterlevelse mellom de ulike fastlegene.

Kommuneoverlegens kontaktevne og anseelse i fastlegekorpset blir avgjørende for hvor god kontakten med fastlegekorpset blir. Dette gjelder både i hvilken grad fastlegenes vurderinger og innspill blir tatt med i de kommunale beslutningsprosessene, og i hvilken grad fastlegene får informasjon om de utrednings-, plan- og beslutningsprosesser som pågår i kommunen og de faglige vurderinger som gjøres av andre yrkesgrupper.

3.5 Legetjenesten og forholdet til øvrig kommunal helsetjeneste

3.5.1 Forholdet mellom samfunnsmedisinske og allmennmedisinske offentlige legeoppgaver

Den kommunale legetjenesten omfatter:

1. Det offentlige legearbeidet

- a. samfunnsmedisinske oppgaver
- b. allmenntilleggsmedisinske offentlige legeoppgaver.

2. Kurativt arbeid

- a. åpen, uselektiv allmenntilleggsmedisinsk praksis
- b. legevakt

De samfunnsmedisinske oppgaver er beskrevet i kap. 5

Det allmenntilleggsmedisinske offentlige legearbeidet er individ- eller grupperettet og omfatter arbeidsoppgaver som helsestasjonslege, lege for skolehelsetjeneste / helsestasjon for ungdom, sykehjemslege og lege ved fengselsanstalter. For øvrig vil legeoppgaver knyttet til asylsøkere/flyktninger, veiledning av turnuslege og fagutviklingsarbeid ved legetjenesten kunne ligge innenfor offentlig legearbeid.

Det kurative legearbeidet er i Norge organisert gjennom fastlegeordningen. Alle fastleger har plikt til å delta i kommunalt organisert legevakt, med noen unntaksbestemmelser. Videre har alle fastleger plikt til inntil 20 % av sin avtalte arbeidstid å delta i allmenntilleggsmedisinsk offentlig legearbeid.

Ved innføringen av fastlegeordningen ble det diskutert om fastlegenes plikt til offentlig legearbeid skulle omfatte både de samfunnsmedisinske oppgaver og de allmenntilleggsmedisinske offentlige legeoppgaver. Begrunnelsen for ikke å velge en slik løsning var:

"man bør skille mellom det offentlige legearbeidet som kommunelegen (normalt kommunelege I eller kommuneoverlege) skal utføre og de oppgavene som skal deles mellom listelegene. Dels fordi det samfunnsmedisinske arbeidet ikke bør spres på for mange, og dels fordi samfunnsmedisin er en egen spesialitet som ikke alle allmenntillegger vil være kvalifisert til å utføre." (Ot.prp. 99 (1998-99) om fastlegeordninga)

Wisløff-utvalget (NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt) registrerte at på landsplan ble ikke fastlegenes tilpliktede 20 % tid utnyttet fullt ut av kommunene. De foreslo at kommunene måtte få anledning til å bruke fastlegene til samfunnsmedisinsk arbeid innenfor de 7,5 timer som kan tilpliktes. Problemet er at det er de store kommuner som ikke utnytter den tilpliktede tiden, mens det i de små kommuner ofte er slik at den tilpliktede tiden er benyttet fullt ut. Denne muligheten for kommunene til å bruke tilpliktet tid til samfunnsmedisinsk arbeid har med andre ord ikke løst problemet.

3.5.2 Forholdet mellom fastlegene og øvrig kommunal helsetjeneste

I merknader til fastlegeforskriftens § 7 slås det fast at "fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling". Erfaringene fra kommunene viser imidlertid at fastlegene i svært stor grad er fraværende i det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene (Rapport om

fastlegeordningen 2004, kap. 5.6.4). Problemet synes å oppstå av flere grunner, blant annet:

- legene selv prioriterer kurativt arbeid på kontoret og dette synes for det meste begrunnet i avlønningsformen
- det er praktisk vanskelig å legge samarbeidsmøter slik at legene kan delta fordi avtalte pasienttimer og kurativ tid alltid har prioritet
- den øvrige helsetjeneste synes i for liten grad å anerkjenne og etterspørre legens medisinsk-faglige bidrag og koordinerende ansvar

Fastlegeordningen har således resultert i at den medisinsk-faglige kunnskap i kommunene i stor grad er blitt isolert innenfor legekontorenes vegger og derfor er mangelfullt til stede som premiss for individrettede, helhetlige helse- og omsorgstiltak.

3.5.3 Forholdet mellom kommunelegen og fastlegene

For kommunelegen er fastlegene den viktigste kilde til oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som virker inn på denne. Fastlegene er derfor en viktig premissgivende gruppe for kommunelegen som medisinsk-faglig rådgiver. Fastlegene kan være en viktig gruppe for kommunelegen for å drøfte samfunnsmedisinske problemstillinger.

For fastlegene er kommunelegen et brohode inn i den kommunale forvaltning. De kan bruke kommunelegen både for å fremme sine synspunkter og for å få kunnskap om kommunale prosesser. Videre vil kommunelegen kunne avklare spørsmål rundt regelverk og lokale vedtak. Kommunelegen bør spille en viktig rolle i fordelingen og dimensjoneringen av offentlig allmenntilleggsarbeid.

Kommunelegen er ikke faglig overordnet fastlegene. Likevel kan kommunelegen ved å legge overordnede faglige og strukturelle føringer, indirekte ha betydning for den enkelte fastleges arbeidsforhold og arbeidsutøvelse. Kommunelegen kan etterspørre kvalitetssikringsarbeid og ha innflytelse på de faglige normer som den lokale legetjenesten legger til grunn for sitt arbeid.

I klagesaker vil ofte kommunelegen ha en rolle både i kartlegging av hendelsesforløp og i vurderingen av eventuelle systemfeil.

Avtaleverket sikrer kommunelegen en koordinerende funksjon i samarbeidsutvalget mellom kommunen og fastlegene. Denne oppgaven symboliserer den "mellom barken og veden"-posisjonen som mange kommuneleger føler at de har. Mange kommuneleger blir av fastlegene oppfattet som "kommunens mann", samtidig som kommunen oppfatter kommunelegen som "legenes mann". Særlig vanskelig er denne posisjonen der kommunelegen selv er praktiserende lege. De fleste kommuneleger finner det formålstjenlig å holde seg borte fra alle forhandlinger om arbeidsvilkår og lønn.

3.5.4 Forholdet mellom kommunelegen og øvrig kommunal helsetjeneste

Kommunelegen har en lovfestet posisjon som medisinsk-faglig rådgiver overfor

helsetjenesten (se kap. 5.3.) Uavhengig av denne lovfestede plikten, opplever kommuner som har en fungerende kommunelege at denne kan gi råd både på individnivå, gruppenivå og strukturnivå som kombinerer medisinsk-faglig kunnskap, samfunnsmedisinsk kompetanse og lokal kjennskap.

På individplanet er erfaringen at helsepersonell ofte kan ha behov for å løfte vanskelige faglige forhold med en kommunelege. Dette kan gå på vanskelige etiske problemstillinger som spiseforstyrrelser, samtykkekompetanse, kunnskap tilkommet gjennom komparentopplysninger, spørsmål om tvangstiltak overfor psykiatriske pasienter eller demenspasienter. Det kan også være behov for en second opinion i forhold der helsepersonell føler at ledelse eller fastlege har tatt beslutninger som er i strid med deres faglige vurdering. Videre kan det være behov for å løfte fram enkeltindividers problemstillinger som ikke kommer fram gjennom de vanlige kanaler. I de fleste spørsmål som kommunelegen får på individnivå, er det nødvendig at legen både bruker sin medisinsk-faglige kunnskap og sin samfunnsmedisinske erfaring og kompetanse.

På gruppeplan er problemstillingen ofte å skulle veie ulike gruppers behov opp mot hverandre. Det er ikke alltid de som roper høyest som har de største behovene. For kommunelegen er det viktig å få øye på den tause og usynlige køen og løfte de svakeste gruppene inn i prioriteringsarbeidet. Dette kan for eksempel være asylsøkere og flyktninger, barn av psykiatriske pasienter, personer med dobbeltdiagnose innen psykisk helse og rus, eller det kan være pasienter som faller i mellom stolene i de ordinære statlige og kommunale hjelpeordninger. Også her vil kommunelegen sitte med den viktige kombinasjonen av kompetanse innen ordinær medisin og samfunnsmedisin.

På det strukturelle planet vil kommunelegens samfunnsmedisinske kompetanse være viktig. Dette kan gjelde oppbygging og dimensjonering av de ulike helse- og omsorgstjenester, for eksempel oppbyggingen av det psykiske helsearbeidet i kommunen, eldreomsorg og legevakt.

3.6 Kommunelegens oppgaver etter smittevernloven og etter andre lover

I tråd med innføring av nye lover eller endring i eksisterende lovverk, har kommunelegene blitt tillagt nye eller endrede oppgaver. Det skal ikke her gis en utfyllende oversikt over utviklingen på lovområdet siden 1984. Det vil være tilstrekkelig å henvise til oversikten i kapittel 4 og til omtalen i kapittel 5. Sistnevnte kapittel kan sees på som en oppsummering av situasjonen for kommunelegene i dag.

3.7 Kommunelegens oppgaver i forhold til legevaktsordninger

Arbeidsgruppen som utreder allmennmedisinske tjenester, ser også på legevaktsordninger, og kommunelegens rolle vil bli omtalt nærmere i denne utredningen.

3.8 Kommunelegen og folkehelsearbeidet, herunder miljørettet helsevern

3.8.1 Begrepsavklaringer

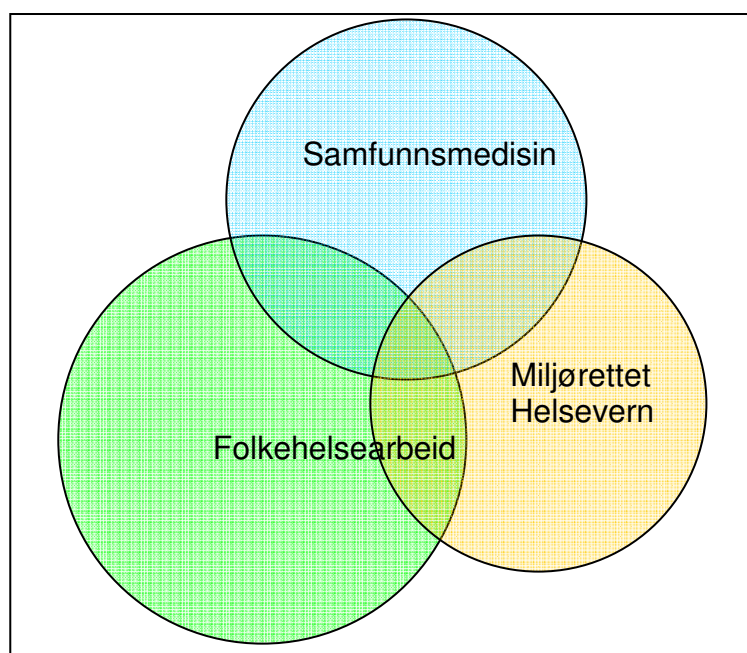
Samfunnsmedisin og folkehelse

St.meld. nr. 16 Resept for et sunnere Norge prøver å rydde i en del begreper som kan oppleves å ha overlappende innhold. Folkehelsearbeid er fellesnevneren for alle bidrag som medvirker til bedre folkehelse. Samfunnsmedisin er medisinerens – legens – medisinskfaglige begrunnede arbeid inn mot folkehelsearbeidet og enkelte andre oppgavefelt, og i kommunene er samfunnsmedisinen representert ved kommunelegen. Det brukes i stortingsmeldingen som eksempel khtjlovens § 1-4 der det er en kommunal oppgave å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som kan virke inn på denne. Både leger, annet helsepersonell, miljøvernledere, ingeniører, forskere, frivillige organisasjoner m.fl. kan bidra i dette arbeidet der ingen aktører har monopol. Kommunelegen bidrar med sin samfunnsmedisinske kunnskap inn mot denne folkehelseoppgaven.

Samfunnsmedisin og miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern omfatter faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Samfunnsmedisinen er medisinerens – legens – medisinskfaglige begrunnede arbeid inn mot det miljørettede helsevernet, og i kommunene er samfunnsmedisinen representert ved kommunelegen. En rekke fagprofesjoner kan bidra til arbeid med miljørettet helsevern, ikke minst teknisk-hygienisk personell. Khtjlovens § 3-5 understreker likevel at et arbeid innen miljørettet helsevern ikke er fullstendig før en har sikret innspill fra kommunelegen sitt medisinskfaglige ståsted.

Illustrasjon på samfunnsmedisinens forhold til folkehelse og miljørettet helsevern:



3.8.2 Folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeidet har vokst fram med ulik styrke i de ulike fylker og kommuner. Med utgangspunkt i St.meld. nr. 16 Resept for et sunnere Norge er arbeidet i stor grad organisert som et partnerskapsarbeid. Partnerskap for folkehelse dreier seg om tverrfaglig, sektorovergripende og forpliktende samarbeid på regionalt og kommunalt nivå. Stat og kommune, offentlig og frivillig sektor er partnere som skal dra i samme retning. I partnerskap for folkehelse arbeider partnerne for det samme målet, men de har ulike roller og ulikt ansvar.

Mange kommuner har gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og et beskjedent statlig bidrag opprettet stillinger som folkehelsekoordinatorer. I Buskerud har f.eks 20 av 21 kommuner slike stillinger.

St.meld. nr. 16 slår fast at leger med samfunnsmedisinsk kompetanse er viktige bidragsyttere i dagens folkehelsearbeid. Det pekes på at "kunnskap om sykdommers utbredelse og årsaker er viktig for å kunne påpeke nye samfunnsmessige drivkrefter som påvirker folkehelsen."

Videre nevnes verktøy som helseprofiler og konsekvensutredninger som sentrale verktøy i folkehelsearbeidet og at dette vil skape en klarere etterspørsel etter legens kompetanse.

3.8.3 Miljøretta helsevern

Det har vært en utfordring for kommunene å bygge opp tilstrekkelig slagkraftige enheter innen miljøretta helsevern, og i særlig grad gjelder dette de små kommunene. Enkelte store kommuner har kompetente og ressurssterke enheter. Fra Trondheim kommune er det foreslått at slike enheter kan få et mer regionalt faglig ansvar. Mange små kommuner hadde interkommunale ordninger integrert i interkommunale næringsmiddeltilsyn. Ved statliggjøringen av næringsmiddeltilsynene var det fare for disse skulle bli igjen i et vakuum og det ble på ulikt vis stimulert til en videreføring av disse. Mattilsynet inviterte til fortsatt samlokalisering, og gjennom regelverksendringer ble det mulig å delegerer oppgaver og myndighet til interkommunale enheter for miljøretta helsevern.

Departementet åpnet i St.meld. nr. 16 for at interkommunale enheter innen miljøretta helsevern kan være en naturlig forankring for kommuneleger. I stortingsmeldingen blir det pekt på at enkelte av de samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen kan egne seg for en slik plassering, f.eks mange oppgaver innen miljøretta helsevern, smittevern, epidemiologi, overvåkning og tilsynsoppgaver. Samtidig blir det pekt på at andre oppgaver vanskelig kan ivaretas i interkommunale enheter. Dette er oppgaver som krever nærhet til kommunens plan- og beslutningssystemer og andre sektorer, som rådgivnings- og medvirkningsoppgaver.

3.8.4 Helse i planlegging

Fordi svært mange faktorer som påvirker helsen befinner seg utenfor rekkevidden til helsesektoren selv, må hensyn til helse synliggjøres og ivaretas tverrsektorielt. I dette arbeidet peker St.meld. nr. 16 på behovet for at

- a) kommunehelsetjenesten sammenstiller objektiv statistikk om helsetilstand og forhold som påvirker denne. Verktøyet for dette er langt på vei på plass med Kostra, Styrings- og informasjonshjulet og Kommunehelseprofiler,
- b) det bygges opp kompetanse i kommunene på hvordan den kunnskapen de kommunale helsetjenester har om helsetilstanden og de faktorer som virker inn på denne, kan formidles og legges til grunn i sentrale plan- og beslutningsprosesser,
- c) kommunen må innhente en oversikt over hvordan innbyggerne i kommunen opplever egen helse, faktorer som virker positivt og negativt inn på denne og kommunenes tilrettelegging.

Den kommunale samfunnsmedisineren, kommunelegen, er nødvendig i dette arbeidet. Bidraget vil både være å medvirke til at helse inntar en naturlig plass i overordnet planarbeid i kommunene, men også å være et sikkerhetsnett som kan fange opp de utviklingsplaner og tiltaksplaner som ikke i tilstrekkelig grad har sikret at befolkningens helse ikke påvirkes i negativ retning.

4 Lovverket

4.1 Kommunelegens oppgaver i henhold til kommunehelsetjenesteloven

4.1.1 *Medisinsk faglig rådgiver m.m.*

§ 3-5. (Medisinsk-faglig rådgivning)

Kommunen ansetter en eller flere **kommuneleger** som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. **Kommunelege** plikter på anmodning av departementet å delta i lokal redningsentral.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten.

Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap.

Kommunelegen skal videresende dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

4.1.2 Oppgaver i henhold til delegert myndighet innen miljørettet helsevern

§ 4a-3. (Delegering av myndighet)

Myndighet og gjøremål innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunestyret, kan med unntak av den myndighet som er nevnt i § 4a-11 tredje ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven, til et interkommunalt organ eller til en annen kommune. Når kommunen har delegert myndighet til en annen kommune, skal vedtak fattet av denne stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.

Kommunestyrets myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av **kommunelegen**, dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at styrets oppgaver etter denne lov skal kunne utføres. Når kommunestyret har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelse utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.

Dette gjelder likevel ikke for kommunestyrets myndighet etter § 4a-11, tredje ledd.

4.2 Kommunelegens oppgaver i henhold til smittevernloven

I dagligtale omtales kommunelegen gjerne som *smittevernlege* når han eller hun utøver oppgaver i henhold til smittevernloven, kfr. smittevernlovens § 7 – 2 som er gjengitt i punkt 1 ovenfor. Også rollen som smittevernlege inneholder betydelige grader av rådgivning. I tillegg innebærer rollen en del utøvende oppgaver, særlig i forbindelse med oppståelse av allmennfarlig smittsom sykdom. Disse oppgavene er omtalt i andre paragrafer i smittevernloven og kan sammenfattes slik:

- være den som mottar henvendelser og meldinger
 - være den som overtar oppgaver i forbindelse med oppklaring / oppfølging / oppsporing
 - være den som ved fare for allmennfarlig smittsom sykdom utøver kommunestyrets myndighet i hastesaker:
 - erklærer møteforbud
 - stenger virksomheter som samler flere mennesker
 - stanser eller begrenser kommunikasjoner
 - vedtar isolasjon av personer i geografisk avgrensede områder eller vedtar andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil syv dager om gangen
 - gir pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler
 - være den som ved allmennfarlig smittsom sykdom erklærer yrkesforbud (sammen med spesialist utpekt av det regionale helseforetak)
 - være den som i hastesaker vedtar tvungen legeundersøkelse og eventuell kortvarig isolering (sammen med spesialist utpekt av det regionale helseforetak)
 - være den som begjærer obduksjon
-
- være den som forbereder forslag til tvangssak

Nedenfor er gjengitt de paragrafene i smittevernloven som mer detaljert omtaler

kommunens og kommunelegens rolle og oppgaver.

§ 2-2. Enkelte unntak fra taushetsplikt

Når det er overveiende sannsynlig at det er eller har vært fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom fra en smittet person, og det av hensyn til smittevernet er behov for å gi opplysninger underlagt taushetsplikt, skal legen så langt råd er, søke å oppnå medvirkning eller samtykke fra den smittede slik at nødvendige opplysninger kan bli gitt.

Er det ikke mulig å oppnå tilstrekkelig medvirkning eller samtykke fra den smittede, kan det gis opplysninger om smittestatus og andre helt nødvendige opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Legen kan gi opplysningene til

- a) helsepersonell som har ansvar for oppfølging av pasienten eller som har ansvar for at annet personell, andre pasienter eller besøkende ikke smittes, når det er overveiende sannsynlig at helsepersonellet, pasientene eller de besøkende er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,
- b) annen lege i sammenheng med smitteoppsporing etter § 3-6,

c) den som med overveiende sannsynlighet er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,

d) den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom, når opplysningene kan motvirke at sykdommen blir overført til andre, eller er avgjørende for å kunne begynne medisinsk behandling av den smitteutsatte, eller

e) den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom fordi den smittede har opptrådt klanderverdig.

Dersom faren for overføring etter bokstav c er overhengende og innlysende, skal opplysningene gis, med mindre legen vet at en annen lege gir opplysningene eller at opplysningene allerede er kjent for dem som skal ha dem.

Er legen i tvil om opplysninger bør gis etter andre ledd, kan legen forelegge spørsmålet for **kommunelegen** til uttalelse. Nekter legen å gi opplysninger, kan den som ønsker opplysninger etter andre ledd, eller **kommunelegen** forelegge spørsmålet for fylkesmannen, som kan bestemme at opplysningene skal gis.

Når opplysninger gis med hjemmel i andre ledd, skal legen informere den smittede skriftlig om at opplysningene er gitt.

Når vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan en tannlege, jordmor eller sykepleier gi nødvendige opplysninger til den smittede personens lege eller til **kommunelegen**.

Helsepersonell som mottar opplysninger etter denne paragrafen, har samme taushetsplikt som den som gir opplysningene.

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan **kommunelegen**, fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

§ 3-5. Legens plikt til å foreta undersøkelse av smittede personer

Legen skal være særlig oppmerksom på muligheten for at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom. En lege som får mistanke om at en pasient har en allmennfarlig smittsom sykdom, skal etter samtykke fra pasienten foreta eller sette i verk

de undersøkelser som er nødvendige for å bringe på det rene om det foreligger en slik sykdom. I så fall skal legen straks og i samråd med den smittede pasienten gjøre sitt for å motvirke at sykdommen blir overført til andre.

Hvis det er tvil etter første ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt ta kontakt med **kommunelegen**. Tar legen kontakt med **kommunelegen**, skal **kommunelegen** overta den videre oppklaring og oppfølging når det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.

En lege plikter å undersøke en smittet person, ta blodprøve eller foreta andre nødvendige undersøkelser, når smittevernemnda har gjort vedtak etter § 5-2 og undersøkelsen kan gjennomføres uten fare.

§ 3-6. Legens plikt til å foreta smitteoppsporing.

En lege som har sikker kunnskap eller har mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes overføring av smitte fra en person til en annen, skal foreta smitteoppsporing dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det. Legen skal i så fall spørre den smittede om hvem smitten kan være overført fra, om når og på hvilken måte smitteoverføringen kan ha skjedd og om hvem han eller hun kan ha overført smitten til.

Er vilkårene etter første ledd oppfylt skal legen, eventuelt gjennom den smittede, ta kontakt med dem som smitten kan være overført fra eller til og undersøke disse. Plikten bortfaller dersom den smittede pasienten eller de som han eller hun oppgir som smittekilder eller mulig smittet, godtgjør at aktuelle personer allerede er undersøkt eller får nødvendig behandling eller omsorg.

Dersom legen ikke ser seg i stand til å gjennomføre smitteoppsporing og oppfølging av de mulig smittede etter første og andre ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi underretning om dette til **kommunelegen** hvis hensynet til smittevernet krever det. Legen skal da også gi opplysning om smittekontakter. Det samme gjelder dersom legen har grunn til å anta at en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen som legen har gitt etter § 2-1. Legen skal alltid ta kontakt med **kommunelegen** når det er mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte, f.eks. en sykdom som skyldes overføring av smitte fra drikkevann, matvarer eller dyr.

Hvis en lege tar kontakt med **kommunelegen** etter tredje ledd, skal **kommunelegen** overta den videre oppklaring og oppfølging når det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.

Dersom **kommunelegen** får opplysninger om en smittet person som bor eller oppholder seg utenfor kommunen, skal **kommunelegen** uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi opplysningene til **kommunelegen** i den kommunen der den smittede bor eller oppholder seg, hvis hensynet til smittevernet krever det.

§ 3-8. Vaksinerings og immunisering av befolkningen

Departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer. Kommunehelsetjenesten skal tilby befolkningen dette programmet.

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert

- a) må oppholde seg innenfor bestemte områder,

- b) skal nektes deltakelse i organisert samvær med andre, f.eks. i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler,
- c) må ta nødvendige forholdsregler etter **kommunelegens** nærmere bestemmelse.

Når det ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Sosial- og helsedirektoratet påby vaksinerings etter andre ledd og tiltak etter tredje ledd.

Kongen i Statsråd kan i forskrift fastsette at helsepersonell uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal gi nødvendige opplysninger for gjennomføring av et kontrollsystem basert på vaksinasjonsregistre, og gi regler for slike registre, jf. helseregisterloven.

§ 4-1. Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta

- a) forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,
- b) stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser - eller begrensninger i aktiviteter der,
- c) Stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- d) isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,
- e) pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlaving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet.

Har kommunestyret eller Helsedirektoratet truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

Ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig. I hastesaker kan **kommunelegen**

utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e. Endret ved lov 21 des 2001 nr. 119 (i kraft 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524).

§ 4-2. *Forbud mot utførelse av arbeid m.m.*

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Ved nytt vedtak kan forbudet forlenges med opptil tre uker.

Vedtak etter første ledd skal gjøres av **kommunelegen** sammen med legen som det regionale helseforetaket har utpekt etter § 7-3 tredje ledd.

Fylkesmannen avgjør klage over vedtak. Når legene som skal gjøre vedtak etter andre ledd er uenige, skal fylkesmannen delta i avgjørelsen. Sosial- og helsedirektoratet avgjør klagen når fylkesmannen har vært med i første instans. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak etter denne paragrafen.

Når smittede personer gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan departementet i forskrift fastsette at det skal være forbudt for smittede personer å utføre et bestemt arbeid eller deler av det eller delta i undervisning.

§ 4-5. *Obduksjon*

Kommunelegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført.

Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.

§ 4-10. *Informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter*

Tjenestemenn ved politiet, skipskontrollen, losvesenet, tollvesenet og havnevesenet, på flyplasser, i næringsmiddelkontrollen og veterinærvesenet plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De plikter å bistå med gjennomføringen og overholdelsen av de bestemmelser som er gitt i denne loven eller kommunehelsetjenesteloven, eller i medhold av disse lovene.

Tjenestemenn etter første ledd skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette **kommunelegen** når de har en sterk mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom eller oppdager et tilfelle av en slik sykdom. Det samme gjelder når de blir oppmerksom på forhold som kan medføre en nærliggende fare for overføring av en slik sykdom og det åpenbart er nødvendig med hjelp eller tiltak fra helsetjenesten. Hvis **kommunelegen** ikke er til stede, skal tjenestemennene underrette fylkesmannen.

Veterinærer og veterinærmyndighetene skal straks underrette **kommunelegen** eller fylkesmannen ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker.

Næringsmiddelkontrollen skal straks underrette **kommunelegen** eller fylkesmannen ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

I tillegg til pliktene etter første og andre ledd skal politiet etter anmodning bistå med gjennomføringen av tiltak etter §§ 4-1, 4-3, 5-2, 5-3 og 5-4.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere plikter for andre myndigheter, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

§ 5-1. Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom

Den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra. Dersom overføringen kan ha skjedd ved miljøsmitte, f.eks. drikkevann, matvarer eller dyr, har vedkommende også plikt til å opplyse om dette. Dessuten har vedkommende plikt til å opplyse hvem han eller hun selv kan ha overført smitten til. Opplysningene skal gis til den undersøkende legen eller til **kommunelegen**.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir for å motvirke at sykdommen blir overført til andre og plikt til om nødvendig å la seg isolere.

§ 5-2. Tvungen legeundersøkelse - innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen eller eventuelt **kommunelegen** be en smittet person om å la seg undersøke av lege.

Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse etter første ledd, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre og såfremt undersøkelsen kan skje uten fare. Tvungen isolering kan vedtas for opptil sju dager.

Når det er forsvarlig å foreta legeundersøkelsen uten innleggelse i sykehus ut fra hensynet til den smittede eller dem som skal undersøke, kan undersøkelsen gjøres poliklinisk eller på et annet egnet sted.

Før det blir gjort vedtak om tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering, skal den smittede personen gis varsel slik at han eller hun får uttale seg om spørsmålet. Varsel kan sløyfes når det ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at undersøkelsen eller isoleringen ikke kan gjennomføres.

Vedtak etter andre og tredje ledd skal gjøres av smittevernemda, se §§ 7-5 til 7-8, etter reglene i §§ 5-5 til 5-7. Se likevel § 5-8 om hastevedtak. Det har ikke utsettende virkning dersom vedtaket bringes inn for tingretten.

Endret ved lov 14 des 2001 nr. 98 (i kraft 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1416).
Endres ved lov 1 des 2006 nr. 65 (i kraft fra den tid Kongen bestemmer).

§ 5-3. Tvungen isolering i sykehus

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen, eventuelt **kommunelegen** be en smittet person om å la seg isolere.

Dersom en smittet person motsetter seg isolering etter første ledd og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke vil føre frem, kan det gjøres vedtak om at

vedkommende skal legges inn på sykehus til isolering. Slik tvungen isolering kan bare gjennomføres når dette etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet.

Vedtak etter denne paragrafen kan gjøres for opptil tre uker. Ved nytt vedtak kan isoleringstiden forlenges med opptil seks uker om gangen inntil et år fra første vedtak.

I sammenheng med forlengelse av isoleringstiden kan det vedtas tvungen medikamentell behandling når dette kan redusere isoleringstiden vesentlig. Tvungen medikamentell behandling kan bare gjennomføres når den kan gjøre en smittet person smittefri og er uten fare eller større ubehag. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om behandlingen.

Vedtak om tvungen isolering i sykehus og medikamentell behandling gjøres av smittevernemnda, se §§ 7-5 til 7-8, etter reglene i §§ 5-5 til 5-7. Det har ikke utsettende virkning dersom vedtaket bringes inn for tingretten. Tvangsvedtaket skal oppheves av avdelingens overlege så snart vilkårene for innleggelsen ikke lenger foreligger. Smittevernemnda skal varsles så tidlig som mulig, og senest tre døgn før den smittede blir utskrevet.

§ 5-5. Forberedelse til tvangssak for smittevernemnda

En sak om vedtak etter §§ 5-2 eller 5-3 innledes ved at **kommunelegen** utarbeider forslag til tiltak etter den aktuelle paragrafen. I forslaget skal det redegjøres for de omstendigheter kommunelegen legger til grunn for det tiltak som blir foreslått.

Forslaget skal forelegges fylkesmannen, som omgående skal sende det til smittevernemnda.

Helsedirektoratet kan selv reise sak for nemnda.

§ 5-8. Hastevedtak

Hastevedtak etter § 5-2 kan gjøres av **kommunelegen** sammen med den legen som det regionale helseforetaket har utpekt etter § 7-3 tredje ledd. Blir de ikke enige, gjelder § 4-2 tredje ledd tilsvarende.

Et hastevedtak etter § 5-2 kan gjøres bare dersom de interesser som vedtaket skal ivareta, kan bli vesentlig skadelidende om vedtaket ikke blir gjort eller gjennomført straks.

§ 7-3. Det regionale helseforetakets ansvar

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.

Det regionale helseforetaket skal utpeke en sykehuslege som kan gjøre vedtak etter §§ 4-2 og 5-8 sammen med **kommunelegen**.

4.3 Kommunelegens oppgaver kan fordeles på flere leger

Kommunene står fritt til å fordele de forskjellige **kommunelege**oppgavene på det antall

leger de selv måtte ønske. Særlig i de større kommunene kan det være aktuelt å ha én lege som medisinsk faglig rådgiver i henhold til kommunehelsetjenestelovens § 3 – 5 og en annen lege som "smittevernlege". Begge disse oppgavene innebærer, som ovenfor nevnt, viktige oppgaver som rådgiver. I og med at smittevern og miljørettet helsevern ofte er nært beslektet faglig sett, vil rådgivning på ett av disse områdene lett kunne få konsekvenser også for det andre området. Dette synes klart når definisjonen av hva miljørettet helsevern omfatter, også inkluderer biologiske miljøfaktorer, f. eks. mikroorganismene. Slik sett kan det fortone seg fornuftig at en kommune i størst mulig grad søker å tilstrebe én og samme lege som **kommunelege** for de to områdene. På denne måten vil kommunen i større grad være sikret utvetydige råd.

4.4 Kommunelegens lovpålagte oppgaver på andre områder

Nedenfor følger en oversikt over andre lover og forskrifter som inneholder bestemmelser eller oppgaver for **kommunelegen**:

► *Lov om barneverntjenester (LOV 1992-07-17-100)*

► *Lov om atomenergivirksomhet (LOV-1972-05-12-28)*

Kapittel IV. Forskjellige bestemmelser.

§50. *(registrering m.m. av skader).*

Når det er inntruffet en atomulykke, kan departementet påby at alle personer som har vært i fareområdet på ulykkestiden, skal melde fra til **kommunelegen** eller politiet herom innen en fastsatt frist og gi de opplysninger som kreves for registrering av skader og skademuligheter, samt fremstille seg til legeundersøkelse etter nærmere innkalling eller kunngjøring fra helsemyndighetene.

► *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02.64)*

Kapittel 7. Meldeplikt.

§36. *Melding om dødsfall*

Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet.

Departementet gir forskrifter om erklæringene.

Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi **kommunelegen** nødvendige opplysninger om dødsårsaken. **Kommunelegen** skal gi opplysningene videre til dødsårsaksregisteret.

Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet.

Er etterforskning iverksatt for å avklare om døden er voldt ved straffbar handling, skal legen gi retten opplysninger av betydning for saken, dersom retten ber om dette.

Kapittel 11. Reaksjoner m.v. ved brudd på lovens bestemmelser.

§63. *Tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B*

Hvis legers eller tannlegers rekvirering av legemidler i gruppe A og B anses uforsvarlig,

kan Statens helsetilsyn helt eller delvis kalle tilbake retten til å rekvirere slike legemidler for en bestemt tid eller for alltid. Det samme gjelder for annet helsepersonell som i forskrift fastsatt i medhold av §11 er gitt begrenset rett til å rekvirere legemidler. Helsepersonell kan selv gi avkall på retten til å rekvirere legemidler som nevnt i første ledd ved skriftlig erklæring til fylkeslegen. Et avkall er bindende i den perioden det er gitt for. Hvis vilkårene for tilbakekallet fortsatt er oppfylt ved utløpet av fristen etter første ledd, kan Statens helsetilsyn treffe nytt vedtak etter første ledd. Når leger eller tannleger ikke selv har rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B, skal **kommunelegen**, avdelingsoverlegen eller fylkestannlegen rekvirere legemidler som er nødvendige i vedkommendes virksomhet. Disse kan også godta at et annet helsepersonell foretar rekvireringen. Vedtak om tilbakekall av rett til rekvirering er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

► Lov om erstatning ved pasientskader m.v. (LOV-2001-06-15-53)

Kapittel 5. Virkeområde, ikrafttredelse og overgangsregler

§21. Overgangsregler

Loven gjelder for skader som er voldt etter lovens ikrafttredelse. Eldre skader behandles etter loven her, men slik at erstatningskravet avgjøres etter

- a) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker
- b) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for psykiatriske sykehus/poliklinikker,
- c) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for **kommunelegetjenesten/kommunal legevakt**,
- d) lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer §8-2, slik den lød før opphevelsen ved loven her, og
- e) alminnelig erstatningsrett.

► LOV-1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

§ 1-3. Offentlig myndighet

Med offentlig myndighet forstås i loven her **kommunelegen** eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som skal anses som offentlig myndighet, samt om utøvelsen av deres kompetanse etter loven her.

§ 3-1. Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende

unndrar seg slik undersøkelse, kan **kommunelegen** etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang.

Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen uten oppsettende virkning.

Kongen gir forskrifter om delegering av **kommunelegens** myndighet.

► Forskrift til lov om straffegjennomføring (FOR-2002-02-22-183)

§ 3-17. *Bistand fra tilsatte ved bruk av legemidler*

Fengselets tilsatte kan bistå ved medisintildeling hvis praktiske hensyn nødvendiggjør dette. Hvis tilsatte skal bistå, må **kommunelegen** ha godkjent ordningen, og tjenestemennene skal ha mottatt nødvendig opplæring. Denne opplæringen skal gis av helsemyndighetene. Reseptbelagte medikamenter skal være dosert av helsetjenesten før tilsatte forestår en utdeling.

► Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (FOR-2001-12-21-1476)

Kapittel 2. Melding av helseopplysninger til Dødsårsaksregisteret, kvalitetskontroll mv.

§ 2-1. *(Legers alminnelige dokumentasjons- og meldeplikt)*

Leger som blir tilkalt til en døende eller til en som er død, skal uten hensyn til taushetsplikt snarest melde opplysninger som nevnt i § 1-6, jf. §2-2, til **kommunelegen** på dødsstedet. Meldingen skal signeres.

§2-3. *(Kommunelegenes plikter, frist mv.)*

Kommunelegen skal kontrollere at skjema, jf. §2-2, er nøyaktig og fullstendig utfylt, og videresende skjema til Dødsårsaksregisteret senest to måneder etter at det er mottatt. Dersom det er nødvendig, skal **kommunelegen** innhente tilleggsopplysninger fra lege som har gitt helsehjelp til den person meldingen gjelder, før vedkommende døde.

Kapittel 5. Innsynsrett

§ 5-1. *(Pårørendes innsynsrett)*

Avdødes nærmeste pårørende har, med mindre særlige grunner taler mot det, rett til informasjon om Dødsårsaksregisteret og innsyn i behandling av helseopplysninger om den avdøde i samsvar med helseregisterloven §22 annet ledd.

Innsyn i behandling av helseopplysninger om den avdøde bør fortrinnsvis gis gjennom utsteder av dødsmeldingen eller **kommunelegen** på dødsstedet. Informasjonen skal gis i en forståelig form.

► Forskrift om utføring av aktiviteter i petroleumsvirksomheten (aktivitetsforskriften) FOR-2001-09-03-1157)

Kap. III. Helsemessige forhold

§10. *Smittevern*

Den legen som har faglig ansvar for helsetjenesten på innretningen, skal ha slikt ansvar for smittevern som ellers er lagt til **kommunelegen** etter lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer, med tilhørende forskrifter.

► Forskrift om apotek (apotekforskriften) FOR-2001-02-26-178)

Apotekets åpningstider

§25. *Apotekets åpningstider*

Apotekets åpningstider skal meldes til Statens legemiddelverk.

Med åpningstid menes den tid apoteket er åpent for ekspedisjon og utlevering av forhandlingspliktige varer til publikum.

Apotek skal ha en åpningstid på minst 35 timer i uken. Ethvert apotek skal holde åpnet alle hverdager.

Legemiddelverket kan i særlige tilfeller gi tillatelse til å innskrenke åpningstidene eller til å holde stengt. Søknad om slik tillatelse skal vedlegges uttalelse fra **kommunelegen**. Endring av åpningstiden skal så snart som mulig meldes til **kommunelegen** og kunngjøres lokalt på en etter forholdene hensiktsmessig måte. Driftskonsesjonæren skal med en måneds varsel opplyse **kommunelege** og Legemiddelverket om endringer i åpningstiden som ikke er kortvarige.

Kapittel 6. Medisinutsalg.

§53. *Søknad om endring av status for medisinutsalg.*

Søknad om opprettelse eller overtakelse av medisinutsalg fremmes av apotek-konsesjonæren og skal vedlegges uttalelse fra **kommunelegen**.

§58. *Fortegnelse over vareutvalget.*

Driftskonsesjonæren skal i samråd med **kommunelegen** utarbeide og å jourføre liste over de varer som skal føres i medisinutsalget. Listen skal omfatte de legemidler som er nødvendige for å ivareta befolkningens behov for alminnelig brukte legemidler til egenomsorg. Ved oppsetting av listen skal det tas hensyn til at det ikke føres opp et større antall legemidler og andre varer enn plassen og omsetningsforholdene tilsier. Antall likeverdige preparater skal begrenses mest mulig. Listen settes opp både alfabetisk og etter et terapeutisk gruppesystem. Driftskonsesjonæren skal revidere listen ved behov og minst en gang årlig. **Kommunelegen** skal ha kopi av de til enhver tid gjeldende lister med særskilt angivelse av endringer på listen.

► Forskrift om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet (FOR-2000-12-21-1407)

§4 *Forpleiningskontrakt*

Ved privat forpleining skal det foreligge en forpleiningskontrakt mellom det regionale helseforetaket og forpleieren. Fylkesmannen, kontrollkommisjonen og **kommunelegen**

i den kommunen hvor forpleiningsstedet ligger, skal ha gjenpart av kontrakten. Det regionale helseforetaket kan heve kontrakten med øyeblikkelig virkning hvis forpleieren åpenbart setter seg ut over bestemmelser i kontrakten eller i disse forskrifter. For øvrig kan begge parter si opp kontrakten med 1 måneds varsel. Hvis pasientens tilstand forverres vesentlig og ikke lenger er i samsvar med forutsetningene for forpleiningsforholdet, kan forpleieren kreve pasienten snarest mulig overført til annen omsorg. Kravet fremsettes overfor vedkommende regionale helseforetak.

► Forskrift om gjennomføring m.m. av undersøkelser for smittsom sykdom av biologisk materiale for ikke-diagnostiske formål (FOR-1998-12-22-1432)

Kap. 2. Gjennomføring m.v.

§2-4. Tilbakeføring

Gjøres det ved undersøkelser eller utprøvinger som omfattes av denne forskrift et analysefunn som viser at den person prøvematerialet stammer fra har en smittsom sykdom som kan behandles eller krever tiltak for å motvirke smitteoverføring, skal den som er ansvarlig for undersøkelsen/utprøvingen, bringe personens identitet på det rene og underrette behandlende lege eller **kommunelegen** om funnet. Legen som blir underrettet, skal informere personen det gjelder, om funnet og gi tilbud om videre diagnostikk og behandling samt gjennomføre tiltak som kan motvirke overføring av smitte. Er behandlende lege og **kommunelegen** ikke samme person, skal oppfølgingen skje i samråd med **kommunelegen**. Foreligger det fare for smitteoverføring, skal **kommunelegen** treffe de nødvendige smitteforebyggende tiltak.

► Instruks om overvåkning av og tiltak mot enterohemorragisk E. coli (EHEC) i ferskt storfe- og småfekjøtt (FOR-1998-07-06-800)

(NB! Usikkert om denne instruksen gjelder fortsatt og i hvilken grad ordlyden eventuelt er endret)

5. Rapportering

5.1. Verifiserte funn av EHEC skal umiddelbart meldes til Mattilsynet, Veterinærinstituttet i Oslo (seksjon for fôr- og næringsmiddelmikrobiologi), distriktsveterinæren for distriktet som det smittebærende dyret kommer fra, og **kommunelegen**.

► Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (FOR-1998-06-18-590)

Kap. 1. Om rett til trygderefusjon

§1. Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut i følgende tilfeller:

1. Vedkommende yrkesutøver har fastlegeavtale med kommunen eller avtale med kommunen eller regionalt helseforetak om driftstilskudd.
2. Ved nødvendig sykebesøk utenom ordinær arbeidstid av fastlønnen **kommunelege**.

3. Legen deltar i kommunalt organisert legevakt. Slik deltakelse gir ikke rett til trygdefusjon for annen pasientbehandling.
4. Legen yter øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven §7.
5. Ved pasientbehandling hos utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner etter departementets bestemmelse.

Merknader

Til §1

Bestemmelsen omfatter leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter som har refusjonsrett. Den enkelte yrkesutøvers refusjonsrett er ikke avgrenset geografisk eller i omfang.

I henhold til bestemmelsens pkt. 2 har fastlønnede **kommuneleger** som foretar nødvendige sykebesøk utenom arbeidstid, rett til refusjon fra trygden for denne virksomheten. Privatpraksis for øvrig gis ikke refusjon.

Retten til trygdefusjon for kommunalt organisert legevakt, jf. bestemmelsens punkt 3, gjelder sykebesøk/konsultasjoner under legevakt, altså ikke oppfølging, kontroller etc. Det fremgår av bestemmelsens pkt. 4 at øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven §7, godtgjøres uavhengig av legens status for øvrig. I helsepersonelloven §7 heter det at "helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig". Dette vil i praksis dreie seg om akutt behov for legehjelp, og legen må anføre på legeregningen at det gjelder øyeblikkelig hjelp. Leilighetsvis legehjelp til for eksempel naboer, kjente, familie mv omfattes ikke uten videre av bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp.

Etter pkt. 5 vil det bli ytt refusjon til utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner etter søknad til departementet fra institusjonen. For å kunne fungere som lærer, det vil si som seminarleder, veileder eller for eksempel egenbehandler, forutsettes det at man utøver et visst minimum av behandlervirksomhet. Lærer og kandidat kan imidlertid ikke framsette krav om refusjon for behandlingen av de samme pasientene.

► *Forskrift om overvåkning av og kontroll med forekomst av salmonella i ferskt kjøtt og ferskt fjørfekjøtt (FOR-1995-04-10-368)*

Kapittel V. Tilsyn, ansvar og melding

§17. Melding

Tilsynsveterinæren skal ved påvisning av salmonella sende melding med nødvendige opplysninger til Mattilsynet. Ved påvisning av salmonella som kan utgjøre en fare for mennesker, skal tilsynsveterinæren også varsle den lokale **kommunelegen** eller fylkeslegen.

► *Forskrift om overvåkning og kontroll med forekomsten av salmonella hos levende dyr (FOR-1995-01-31-107)*

§9. Varsling

Ved påvisning av salmonella hos levende dyr skal det regionale Mattilsyn varsle det lokale Mattilsyn. Ved påvisning av salmonella som kan utgjøre en fare for mennesker, skal det lokale Mattilsynet også varsle den lokale **kommunelegen** eller fylkeslegen. Det

lokale Mattilsynet skal også forsikre seg om at slakterier, meierier og eventuelle andre næringsmiddelbedrifter som henter sine råvarer i den smittede besetning, blir varslet. Andre veterinærer skal varsle det lokale Mattilsynet.

► Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. (FOR-1992-12-04-915)

II. Utbetaling av kontantytelser.

§6-3. Den hovedansvarlige for boligen skal disponere kontantytelser som nevnt i §6-1 for de beboere som ikke selv er i stand til å disponere midler. Dersom beboeren har verge eller hjelpeverge som har i oppdrag å ivareta beboerens økonomiske interesser, skal vergen eller hjelpevergen ha samtykket i en ordning som nevnt.

Dersom beboeren ikke har verge eller hjelpeverge, skal institusjonen melde fra til fylkesmannen dersom det anses å være behov for umyndiggjørelse eller hjelpeverge, jf. umyndiggjørelsesloven av 28. november 1898 § 3 annet ledd annet punktum. Vedtak om slik disposisjonsrett som nevnt i første ledd, skal fattes av **kommunelegen** i samråd med verge/hjelpeverge og nærmeste pårørende, samt den hovedansvarlige for boligen. Vedtaket kan gjøres tidsavgrenset. Spørsmålet om fortsatt disposisjonsrett skal i så fall tas opp til ny vurdering minst tre måneder før perioden utløper.

Når beboeren ikke har verge eller hjelpeverge, skal det alltid foreligge uttalelse fra lege som omhandler vedkommendes evne til å disponere egne midler.

Den kommunen bemyndiger, skal beslutte hvem som skal være hovedansvarlig for boligen til enhver tid.

Andre forskrifter hvor oppgaver og ansvar for kommunelegen er omtalt:

2. [FOR-2006-12-15-1424](#) Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern mv
3. [FOR-2005-12-19-1653](#) Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
[FOR-2005-06-17-610](#) Forskrift om smittevern i helsetjenesten
Til kapittel 2. Infeksjonskontrollprogram, organisering og overvåking
5. [FOR-2005-06-17-610](#) Forskrift om smittevern i helsetjenesten.
(2005-06-17)
6. [FOR-2003-11-14-1353](#) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM-registerforskriften).
(2003-11-14)
7. [FOR-2003-06-20-740](#) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften). (2003-06-

- 20)
10. [FOR-2003-06-20-739](#) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK-registerforskriften). (2003-06-20)
 11. [FOR-2002-06-21-567](#) Forskrift om tuberkulosekontroll. (2002-06-21)
 20. [FOR-2001-12-21-1476](#) Dødsårsaksregisterforskriften. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften). (2001-12-21)
 23. [FOR-2001-02-26-178](#) Forskrift om apotek (apotekforskriften) Apotekets åpningstider (2001-02-26)
 25. [FOR-2000-12-21-1406](#) Forskrift om skadedyrbekjempelse. (2000-12-21)
 27. [FOR-1998-06-18-590](#) Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. (1998-06-18)
 29. [FOR-1998-05-06-581](#) Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v. (1998-05-06)
 30. [FOR-1998-04-27-455](#) Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. (1998-04-27)
 31. [FOR-1998-04-03-327](#) Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd. (1998-04-03)
 35. [FOR-1996-09-12-903](#) Forskrift om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker. (1996-09-12)

4.5 Sentrale avtaleverk som omhandler kommunelegens oppgaver og ansvar

► *Rammeavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene - perioden 1. juli 2006 – 30. juni 2008*

Punkt 4.2.2: **Medisinsk faglig rådgiver** eller dennes stedfortreder har møteplikt i Samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.

4.6 Lokale avtaler og regler

Denne oversikten viser det som gjelder for *kommunelegen* generelt, d.v.s. i hele landet. I tillegg kommer at det rundt omkring i kommunene kan være eget regelverk for kommunelegen, gjerne knyttet til lokale delegasjonsvedtak eller bestemmelser som gjelder for fremmøte i offentlige utvalg og møter. Lokale foreninger og lag kan også ha bestemmelser som omhandler kommunelegen. Det samme gjelder lokale statutter eller vedtekter for legater og lignende.

4.7 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Etter forslag fra det daværende Sosialdepartementet og det daværende Helsedepartementet ble et utvalg oppnevnt i mars 2003 for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Utvalget har senere gått under navnet "Bernt-utvalget" etter dets leder professor Jan Fridthjof Bernt. I mandatet er angitt følgende siktemål med denne harmoniseringen:

- å sikre ensartet regulering av likeartede tjenester
- sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette
- hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer og
- å forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.

I forslaget til ny lov foreslås hele kommunehelsetjenesteloven opphevet. Det samme gjelder lov om sosiale tjenester m.v.

Bernt-utvalgets innstilling forelå i 2004 som NOU 2004:18: "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Undertittel: Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.

Utvalgets leder, professor Jan Fridthjof Bernt overleverte utvalgets innstilling til helseministeren 11. oktober 2004. Utvalgets flertall foreslo følgende:

- en felles lov om de kommunale sosial- og helsetjenestene
- å innføre krav om faglige minstestandarder for både sosial- og helsetjenester
- at kommunen har en selvstendig plikt til å utarbeide individuell plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud.

- at tjenestemottakere som mottar flere tjenester, skal ha rett til ett vedtak som gjelder det samlede tjenestetilbudet
- felles regler for saksbehandling, overprøving og kontroll med slike avgjørelser, med utgangspunkt i Forvaltningslovens regler.
- å forenkle klagereglene ved at alle vedtak om tildeling av tjenester etter utkastet kan påklages til én instans – fylkesmannen. Utvalget forslår videre at kommunen skal oversende klagen til fylkesmannen innen fire uker etter at den er fremsatt, selv om klagen ikke er ferdigbehandlet fra kommunens side.
- at fylkesmannens overprøvingskompetanse utvides til å gjelde alle sider av vedtaket på lik linje med det som ellers gjelder ved klagebehandling
- at de rettslige skillene mellom tjenester i og utenfor institusjon fjernes, slik at et fleksibelt og samordnet tjenestetilbud for tjenestemottakerne sikres
- å utvide kravene om journalføring og dokumentasjon som i dag er begrenset til helsepersonell, til også å gjelde sosialtjenestepersonell.
- endringer i taushetspliktsreglene som i større grad gjør det mulig å følge tjenestemottakeren på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller

Lovforslaget er ennå ikke behandlet i departementet. Det er verdt å merke seg at hele kommunehelsetjenesteloven blir foreslått opphevet. Man finner riktignok igjen en god del av intensjonene fra kommunehelsetjenesteloven i den nye loven, men viktige ting er utelatt. Det gjelder særlig kommunelegens stilling. Således finner vi ikke igjen den lovhjemlede plikten som kommunene har til å ansette kommunelege og dette med medisinsk faglig rådgivning. Følgende viktige elementer videreføres således ikke i det nye lovforslaget, jf. kommunehelsetjenestelovens § 3 – 5 (Medisinsk faglig rådgivning):

Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelege plikter på anmodning av departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten.

Kommunelegens tilrådning og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap.

Kommunelegen skal videresende dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

Delegasjonsbestemmelsene i kommunehelsetjenestelovens § 4a – 3 annet ledd som i dag lyder slik:

Kommunestyrets myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av

kommunelegen, dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at styrets oppgaver etter denne lov skal kunne utføres. Når kommunestyret har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelse utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet

foreslås endret til en paragraf 10-3 (Delegasjon av myndighet – Hasterkompetanse) under et kapittel 10 som har overskriften **Miljørettet helsevern:**

1. Hvis ikke annet er sagt i vedkommende bestemmelse, kan kommunestyret delegerer kompetanse etter bestemmelsene i kapitlet her til fast utvalg i kommunen eller til kommunerådet, til ordfører eller til kommunens administrasjonssjef, eller til interkommunalt organ i enkeltsaker eller i saker som ikke er av prinsipiell betydning.

2.

3. Den faglig ansvarlige for vedkommende tjeneste kan alltid treffe vedtak etter kapitlet her, hvis dette på grunn av tidsnød er nødvendig for å avverge vesentlig skade eller fare.

Hvis kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter loven her til et interkommunalt organ, kan myndighet etter bestemmelsen her utøves av en eller flere faglig ansvarlige i dette organet.

5 Kommunelegens roller og arbeidsoppgaver

5.1 Kommunens behov for å se samspillet mellom helse og samfunn – kommunens behov for samfunnsmedisinsk arbeid

Det enkelte individs helse har stor betydning for individets livskvalitet. Både fravær av sykdom og nærvær av helsegoder er med å bestemme enkeltmenneskets opplevde helse.

Men det er ikke bare i forhold til individet vi opererer med et helsebegrep, vi snakker også om folkehelse. Folkehelse er summen av enkeltindividenes helsetilstand slik den kommer til uttrykk gjennom behov for helsetjenester og velferdsordninger, men også gjennom hvordan folk har det i nærmiljø og lokalsamfunn uttrykt gjennom trivsel og grad av mestring, gjennom opplevd trygghet og støtte.

Individets helse har stor betydning for vårt velferdssamfunn. Samfunnet må bygge opp helsetjenester og støtteordninger som ivaretar enkeltmenneskets behov for hjelp. Sykehus, sykehjem og fastlegeordningen er eksempler på slike tjenester. På samme måten har samfunnet et folkehelsearbeid for å opprettholde, bedre og fremme

folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir enkeltindivider og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Individets helse har stor betydning for samfunnet, men vi ser også at samfunnet har stor betydning både for den enkeltes helse og for folkehelsen. Helsen påvirkes av våre omgivelser, vi kan for eksempel tenke på helsemessige konsekvenser av forurensing av luft, jord og vann, på betydningen av vakre omgivelser, på opplevelsen av å være trygg i vårt eget nærmiljø, på trafikksikkerhetstiltak og muligheter for et aktivt friluftsliv. Helsen påvirkes av det vi spiser og drikker, av livsvaner og livsustvaner. Helse er også ulikt fordelt i befolkningen etter sosial posisjon, utdanning og økonomi.

Det ligger en stor utfordring i dette samspillet mellom den enkeltes helse og samfunnets utforming av levekår og hjelpetjenester. Og jo mer komplisert og sammensatt samfunnet blir, til større er behovet for å ha instanser og fagfolk som har dette samspillet som sitt kompetanseområde både sentralt og på lokalplan.

Å se de sammenhengene som her er nevnt, er en samfunnsmedisinsk oppgave. For samfunnet (kommunene) dreier det seg om å bruke de samlede helseressursene på best mulig måte. Det dreier seg om å kartlegge befolkningens *behov* for helsetjenester, hvilke *ressurser* som samfunnet setter inn for å møte dette behovet, hvordan ressursene *brukes*, hva ressursbruken fører til av *resultater* og hvilken *nytte (benefit)* de oppnådde resultatene representerer.

Utviklingen siden 1984 slik den er beskrevet i kapittel 3 og de endringer som er gjort i flere deler av lovverket samt i praksis, gjør at kommunelegenes roller og arbeidsoppgaver i dag kan beskrives slik det gjøres i dette kapitlet.

Dette omfatter følgende oppgaver:

Lokal helsemyndighet

Medisinsk-faglig rådgiver, bl.a. på disse områdene:

- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Helseovervåking
- Planarbeid
- Samarbeid med helseforetak / stat
- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsemessig beredskap
- Kvalitetssikring og tilsyn
- Helhetlig evaluering og koordinering
- Sosialmedisinsk arbeid
- Samarbeid med fastlegene

Administrative oppgaver

5.2 Lokal helsemyndighet

Samfunnet har behov for en lokal helsemyndighet på kommunenivå. I regelverket er det en rekke funksjoner som forutsetter er slik instans. I § 3-5 i Lov om kommunehelsetjeneste står det at "Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks". Hvilke oppgaver er dette?

Det kan pekes på fire overordnede roller som skal ivaretas av den lokale helsemyndighet og hvis oppgaver må tillegges kommunelegen:

1. Myndighetsutøvelse
2. Godkjenningsinstans
3. Meldingsinstans
4. Sikkerhetsnett

5.2.1 Myndighetsutøvelse

I samsvar med kommuneloven er selve myndigheten plassert i et politisk utvalg, men myndigheten kan enten utøves delegert eller utvalget er avhengig av å få framlagt en sak som er medisinsk-faglig belyst. Dette gjelder:

a. Smittevern

Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom må det kunne gjøres vedtak som både legger restriksjoner på enkeltindivid og på samfunnet. Dette kan innebære en betydelig inngripen i den private sfære og store konsekvenser for et lokalsamfunn. Så alvorlige beslutninger kan ikke gjøres uten at det foreligger faglige overveielser om sykdommens alvorlighetsgrad, smitemønster og prognose. Dette kan bare gjøres av lege.

Kommunelegen er også tillagt en rekke andre oppgaver med lokal myndighetsutøvelse i smittevernloven (eks: § 4-2 om forbud mot utførelse av arbeid, § 4-5 om obduksjon, § 5-2 om tvungen undersøkelse og § 5-3 om tvungen isolering) og i forskrift om tuberkulosekontroll.

b. Miljørettet helsevern

Innen miljørettet helsevern er kommunen tillagt en betydelig makt for å verne enkeltmennesket og grupper av innbyggere mot helseskadelige omgivelser og virksomhet. Det organet som har fått tillagt denne myndighet kan kreve at en virksomhet stanses, konsekvensutredes eller rettes dersom virksomheten har negative effekter på helsen. Mange faggrupper kan bidra til en vurdering av en slik sak, men svært ofte er det nødvendig med medisinsk-faglig kunnskap for å vurdere sannsynlighet for helsepåvirkningen. Dette må som regel avklares av lege.

Videre er kommunelegen i Lov om kommunehelsetjeneste (§4a-3) delegert myndighet til å utøve kommunestyrets myndighet innen miljørettet helsevern i saker med tidsnød. Det er også vanlig at denne myndigheten i henhold til Kommuneloven er delegert til kommunelegen i saker uten prinsipiell betydning.

c. Helsemessig beredskap

Planarbeid og tiltak innen helsemessig beredskap angår i høyeste grad liv eller død. Det kan være mange meninger fra ulike parter om beredskapsarbeidet, men det foreligger et behov for utøvelse av lokal helsemyndighet med klare beslutninger og veivalg. Det forutsettes i lov om helsemessig og sosial beredskap og i lovens forarbeider at kommunelegen er en viktig bidragsyter. Dette både på bakgrunn av den medisinsk-faglige kompetanse og kunnskap om legetjeneste og ambulansetjeneste, men også på grunn av generell samfunnsmedisinske kompetanse og lokalkunnskap. I § 3-5 i Lov om kommunehelsetjeneste er det spesielt nevnt at kommunelegen plikter å delta i lokal

- redningsssentral, dette på anmodning av departementet.
- d. Lov om psykisk helsevern
Ved behov for undersøkelser for å avklare behov for tvungent psykisk helsevern, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal gjennomføres slik undersøkelse. Om nødvendig kan da pasienten avhentes og undersøkes med tvang.
 - e. Lov om sosiale tjenester
I samsvar med § 6-3 skal kommunelegen i samråd med verge/hjelpeverge og nærmeste pårørende fatte vedtak om kontantytelser der den aktuelle beboer ikke er i stand til å disponere midler. Dette innbefatter en helsevurdering og må gjennomføres av lege. Erfaringsmessig er også ofte kommunelegene inne i bildet i forhold til bruk av tvangstiltak etter Lov om sosiale tjenester.
 - f. Forskrift om skadedyrbekjempelse
Etter § 2-5 kan kommunelegen dersom det er overhengende helsefare, utøve kommunens myndighet vedrørende beslutning om skadedyrbekjempelse eller forbud mot bruk av bygning eller innretning. En vurdering av om det foreligger overhengende helsefare er en medisinsk-faglig vurdering som må utøves av lege.
 - g. Forskrift om håndtering av importert smittefarlig materiale
Kommunelegen skal utøve kommunens myndighet vedrørende beslutning om destruksjon av importert smittefarlig materiale. Dette etter § 7 i forskrift om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker.

5.2.2 Godkjenningsinstans

- Den lokale helsemyndighet har også ansvaret for å godkjenne tiltak og ordninger. Det er nødvendig med medisinsk-faglig legekunnskap for å vurdere forsvarlighet og ivareta helseaspektet for enkeltmennesket i de ordninger som skal godkjennes. Eksempel er:
- a. Godkjenning innen miljørettet helsevern
Barnehager og skoler skal godkjennes etter Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Lokaler som benyttes til hulltakings- og tatoveringsvirksomhet skal etter forskrift godkjennes av kommunen
Etter Forskrift om vannforsyning og drikkevann skal det gis uttale om forhold som angår miljørettet helsevern før Mattilsynets endelige godkjenning. Etter forskrift om avløps slam skal kommunen vurdere om helsemessige og hygieniske forhold er tilfredsstillende ivaretatt før tillatelse til bruk av slam gis.
 - b. Godkjenning av ordning for medisinerings av innsatte i fengsel
Ved behov for bistand i medisinerings av innsatte, skal kommunelegen godkjenne ordningen (§ 3-17 i Lov om straffegjennomføring)
 - c. Godkjenning av medisinsalg
Kommunelegen skal godkjenne opprettelse og nedleggelse av medisinsalg og liste over de varer som skal føres i medisinsalget (§§ 53 og 58 i Forskrift om apotek)
 - d. Bekreftelse av gjennomført veiledning for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
Etter § 6 i Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon er det kommunelegen som utsteder bekreftelse på gjennomført veiledning og som dermed godkjenner den veiledningen som er gitt.
 - e. Medvirke til at kommunale helseinstitusjoner har tilgjengelig smitteverneksptertise
Ansvaret legges etter § 2-4 i Forskrift om smittevern i helsetjenesten på kommunen som i et samarbeid med kommunelegen skal sørge for at kommunale helseinstitusjoner har tilgang på smitteverneksptertise. Dette må tolkes slik at kommunelegen skal godkjenne det

- faglige innholdet i ordningen.
- f. Oppgraving av lik
Etter § 2-3 i Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd, skal kommunelegen godkjenne oppgraving og flytting av lik.

5.2.3 Meldingsinstans

Samfunnet har behov for en lokal helsemyndighet som kan være en meldingsinstans for ulike meldinger med medisinsk-faglig innhold. Det forventes at mottakeren av disse meldingene har oversikt, kontrollerer, vurderer, koordinerer og om nødvendig iverksetter tiltak i denne sammenheng. Dette forutsetter medisinsk-faglig kompetanse. Eksempler på slike meldinger er:

- a. Melding om forhold som angår miljørettet helsevern
Etter forskrift om miljørettet helsevern skal en rekke virksomheter, eiendommer og tiltak melde til kommunen før oppstart og ved vesentlige utvidelser eller endringer. Dette gjelder asylmottak, hospitser, campingplasser og lignende virksomheter, lokaler for undervisning og andre forsamlingslokaler, virksomheter som foretar utslipp av avløpsvann og virksomheter som har kjøletårn eller lignende innretninger.
Også etter annen forskrift foreligger meldeplikt dersom virksomheten kan ha helsemessig betydning, for eksempel skadedyrbekjempelse etter forskrift om skadedyrbekjempelse og melding om lokaler som benyttes til frisør- og hudpleievirksomhet etter forskrift for slik virksomhet.
Før badeanlegg tas i bruk, og ved endringer i driften, skal eieren av anlegget legge frem for kommunen melding med vurdering av alle forhold som kan ha innvirkning på helse, hygiene eller sikkerhet for brukerne ved driften av badeanlegget. Etter forskrift om badeanlegg, bassengbad og badstu skal meldingen forelegges medisinsk-faglig rådgiver til uttalelse.
- b. Dødsmeldinger
Dette i samsvar med Lov om helsepersonell § 36 der det heter at leger som har gitt legeerklæring om dødsfall skal gi kommunelegen nødvendige opplysninger om dødsårsaken.
- c. Varsling og melding om smittsom sykdom
Dette i samsvar med smittevernloven. Både behandlende leger og annet helsepersonell har plikt til å melde fra til kommunelegen ved mistanke om eller diagnostisert allmennfarlig smittsom sykdom. Kommunelegen plikter å varsle videre til Folkehelseinstituttet og Fylkesmannen.
- d. Varsling om næringsmiddelbåren sykdom
Ved mistanke om næringsmiddelbåren sykdom har både behandlende leger og Mattilsynet meldingsplikt til kommunelegen (§ 4-10 i smittevernloven). Etter MSIS- og tuberkuloseforskriften plikter kommunelegen å varsle Mattilsynet ved slik mistanke.
- e. Varsling om dyresykdom som kan smitte på mennesker
Ved mistanke om sykdom hos dyr som kan smitte til mennesker har en rekke behandlende leger og Mattilsynet meldingsplikt til kommunelegen, det samme har politiet, tollvesenet m.fl. (§ 4-10 i smittevernloven) Etter MSIS- og tuberkuloseforskriften plikter kommunelgen å varsle Mattilsynet ved slik mistanke.

- f. Melding om skader ved atomulykker
Alle personer som er rammet skal melde fra til kommunelegen (§ 50 i Lov om atomenergivirksomhet)
- g. Melding om apotekenes åpningstider
Dette i samsvar med § 25 i Forskrift om apotek
- h. Melding om privat forpleining i det psykiske helsevern
I samsvar med § 4 i Forskrift om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet skal kommunelegen ha gjenpart av inngått kontrakt mellom helseforetaket og forpleieren.
- i. Melding om analysefunn som indikerer smittsom sykdom
Etter § 2-4 i Forskrift om gjennomføring av undersøkelser for smittsom sykdom av biologisk materiale for ikke-diagnostiske formål skal behandlende lege eller kommunelege informeres om funnet og disse har oppfølgingsansvaret.
- j. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom i kommunal helseinstitusjon
Etter § 2-5 i forskrift om smittevern i helsetjenesten skal utbrudd av smittsom sykdom i kommunal helseinstitusjon meldes kommunelegen.
- k. Melding etter kommunenes tuberkuloseprogram
Etter § 2-3 i forskrift om tuberkulosekontroll skal kommunelegen i tilflyttingskommunen varsles dersom en pasient med tuberkulose flytter fra en kommune til en annen. Etter samme paragraf skal kommunelegen delta på samarbeidsmøter mellom tuberkulosekoordinator og kommunehelsetjeneste for å sikre gjennomføringen av en observert behandling.
- l. Melding fra politiet om oppholdstillatelse for utlendinger
Etter utlendingslovens regler skal kommunelegen motta melding om oppholdstillatelse for utlendinger fra politiet og sikre at det blir gjennomført lovfestet tuberkulosekontroll.
- m. Melding om smittefare ved håndtering av avdød
Etter § 1-3 i forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd, skal lege som skriver legeerklæring om dødsfall melde fra til kommunelegen dersom det kan foreligge smittefare i forbindelse med håndtering av avdøde.

5.2.4 Sikkerhetsnett i individuell behandling

Samfunnet har behov for en lokal helsemyndighet som kan være et sikkerhetsnett for å sikre at enkeltindividets rett på helsehjelp eller annen aktuell hjelp ivaretas ved forskjellige former for bortfall av den ordinære tjeneste. Dette forutsetter også medisinsk-faglig kompetanse og må ivaretas av lege. Eksempler er:

- a. Undersøkelse av smittede personer og smitteoppsporing
I samsvar med §§ 3-5 og 3-6 i Smittevernloven skal kommunelegen overta ansvaret for undersøkelse av smittede personer eller smitteoppsporing dersom den behandlende lege ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.
- b. Rekvirering av nødvendige legemidler

Når leger eller tannleger ikke har selvstendig rett til å rekvirere bestemte legemidler, skal kommunelegen rekvirere de nødvendige legemidler (Lov om helsepersonell § 63)

- c. Pårørendes innsynsrett i Dødsårsaksregisteret
Innsyn skal skje gjennom utsteder av dødsmelding eller kommunelege (Forskrift om Dødsårsaksregisteret § 5-1)

5.3 Medisinsk-faglig rådgiver

Etter at § 3-5 i Lov om kommunehelsetjeneste har slått fast at kommunen skal ha en kommunelege for å "løse de oppgaver som er tillagt i lov og instruks", følger den neste oppgaven i den samme paragraf:

"Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten."

Utover at det sies at "kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten", er det ikke nærmere angitt hvordan eller på hvilke områder kommunelegen skal være rådgiver.

Paragrafen kan leses slik at kommunelegen skal gi råd til helsetjenesten, men den kan også leses slik at kommunelegen skal gi råd på vegne av helsetjenesten. Både lovens forarbeider og sentrale dokumenter etter 1984 gir plass til begge disse rollene for kommunelegen. Det må dog antas at rådgivningen bør begrenses til forhold som ligger innenfor kommunehelsetjenestens mandatområde å gi råd om.

I den samme § 3-5 i Lov om kommunehelsetjeneste er det tre områder som har fått en tydeligere plass i og med at rådgivning innenfor disse områdene er sikret en rett til å følge med en sak helt frem til politisk behandling i kommunen. Det gjelder områdene miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Dette setter i loven et minstekrav til kommunene om tre områder der medisinsk-faglig rådgivning fra kommunelegen skal være obligatorisk. Men dette leddet i paragrafen kan ikke tolkes begrensende i forhold til andre områder der medisinsk-faglig rådgivning kan gis.

NOU 1998:18, Det er bruk for alle, gir en utdyping av kommunelegens rådgiveroppgave:
Medisinsk-faglig rådgivning er rådgivning til samfunnet om hva man bør satse på for å bedre befolkningens helse. Det innebærer å legge til rette gyldig og relevant medisinsk kunnskap for politiske og administrative beslutningstakere.

Samfunnsmedisineren løser sin oppgave bl.a. ved å bedømme risiko for sykdom og helseskade i befolkningen, behov for helsetjenester og gjennom konkrete vurderinger av hvilke helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak samfunnet bør iverksette. Rådgivning er i dagens praksis særlig tydelig når det gjelder smittevern, miljørettet helsevern, kommunalt planarbeid, organisering av helsetjenester og helsemessig beredskap.

Hvis beslutningstakere skal kunne treffe fornuftige valg i løsningen av nærmere definerte helseproblemer, trenger de informasjon om:

- *Helseproblemets utbredelse*
- *Effekter av tiltak som kan påvirke helseproblemet*

- *Hvilke verdier eller meninger man må ta hensyn til*
- *De økonomiske konsekvenser*

Det er samfunnsmedisinerens oppgave å legge fram denne informasjonen. Medisinsk kunnskap alene dikterer ingen beslutning om viktige folkehelse spørsmål. Men sammen med kjennskap til økonomiske konsekvenser og informasjon om de individuelle eller samfunnsmessige verdistandpunkter som skal tillegges vekt, kan medisinsk kunnskap spille en avgjørende rolle. Særlig viktig er medisinsk kunnskap om positive og negative effekter av virkemidler i folkehelsearbeidet, f.eks. spørsmålet om helsestasjon for ungdom faktisk reduserer antall tenåringssvangerskap eller om et slikt tiltak tvert i mot fører til økt oppmerksomhet om seksualitet, tidligere debutalder og økt risiko for uønskede svangerskap.

Kommunelege I (og bydelsoverlegene) er lokalsamfunnets medisinsk-faglige rådgiver og den viktigste samfunnsmedisiner i Norge.

Det er liten tvil om at regelverk og styrende dokumenter forutsetter en kommunelege i rollen som medisinsk-faglig rådgiver i kommunene. Hvis vi frigjør oss fra den historiske tradisjon, er det naturlig å spørre om det også i dag er hensiktsmessig at det skal være en lege som bekler denne rollen. For eksempel utelot Bernt-utvalget i sitt forslag til samordnet helse- og sosiallovgivning i kommunene en paragraf som gav kommunene en lovmessig plikt til å ha kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver (NOU 2004:18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene). For å analysere nærmere hensiktsmessigheten av å ha en lege som medisinsk-faglig rådgiver, må vi se nærmere på oppgavene som ligger i denne rådgivningen.

I forarbeidene til lovendringen i kommunehelsetjenesteloven i 1995 som introduserte rådgiverbegrepet, listes det opp to hovedmålgrupper for rådgivningen:

1. Kommunens administrative og politiske organer
2. Helsetjenesten
3. I tillegg har erfaringene vist at det også er nødvendig å inkludere befolkningen eller deler av befolkningen i målgruppene.

5.3.1 Rådgivning overfor kommunens administrative og politiske organer

Rådgivningsfunksjonen overfor kommunens administrative og politiske organer er nær knyttet opp til § 1-4 i Lov om kommunehelsetjeneste, den såkalte medvirkningsparagrafen. Det er her den samfunnsmedisinske tilnærmingen kommer inn med full styrke. Samfunnsmedisin er, som vi skrev innledningsvis i kapitlet, å bygge bro mellom enkeltindividets helse og opplevde levekår på den ene siden, og de organer som planlegger og former den virkelighet og det lokalsamfunnet som enkeltmennesket lever i på den andre siden.

Samfunnet har behov for tilbakemeldinger på hvordan virksomhet og tiltak virker inn på det enkelte menneskets helse og trivsel.

Vi har i Norge valgt en samfunnsmedisinsk modell og laget spesialistregler for samfunnsmedisin som nettopp kombinerer mikro- og makroperspektivet. Veien er kort fra erfaringer i daglig individkontakt til tiltak av forebyggende, administrativ og helsepolitisk karakter. Samfunnsmedisinen har hovedansvaret for at medisinsk kunnskap kommer til nyttig anvendelse i samfunnet utenfor det medisinske fagfeltet. Kunnskap om individets sykdom, helse og uhelse kan brukes til å hjelpe samfunnet til å

treffe de beslutninger som har positiv effekt på helse og trivsel.

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde. I Ot.prp. 99 (1998-99) om fastlegeordningen sies det følgende:

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde og er i sin metode tverrfaglig, tverrsektoriell, sektor- og nivåovergripende og fordrer at legen samarbeider nært med andre faggrupper både innenfor og utenfor helsetjenesten. Organiseringen av den samfunnsmedisinske virksomhet i Norge er utpreget desentralisert og med hovedbase i kommunehelsetjenesten.

Kommuneoverlegen/Kommunelege I er den lege i kommunen som er hovedaktør i det lokale samfunnsmedisinske arbeidet.

Ingen har bedre forutsetninger enn kommunelegen til å registrere helseproblemer, sykdom og skade i egen kommune og se dette i forhold til risikofaktorer ved miljøforhold og hygiene, levekår og livsstil m.m. Eks: Ett diarétilfelle tar fastlegen seg av, men når det blir flere, så må noen se helheten i problemet. Ligger årsaken i individuelle forhold, i grupper, i nærmiljø, i matbåren eller vannbåren smitte? Og hva med lårhalsbruddet, - er det et hendelig uhell eller ligger feilen på systemnivå knyttet til strøing eller ikke-universell utforming? Kommunelegens kompetanse ligger nettopp i å se sammenhenger mellom sykdom og hendelser på individplan og den kontekst individet befinner seg og lever i.

Annet fagpersonell har ikke muligheter til å nå så langt inn i det direkte helseproblemet og trekke slutninger ut fra det. "Kommunelegen har en unik posisjon til å kunne forstå og forklare uhelse i lokalsamfunnet ut fra kjennskap til pasientene, de sosiale forhold de lever under og de rammene som natur, arbeidsliv, kultur og politikk setter for innbyggerne. Kommunelegen er ikke bare en makroobservatør i sitt lokalsamfunn, han kan gå inn og ta stilling for de svake og syke i samfunnet og opplyse kommunen om forhold som påvirker helsetilstanden i lokalsamfunnet." (Frode Forland, Utposten 2004;3:35-7).

Det er på denne bakgrunn vanskelig å forstå at den rollen som er tillagt kommunelegen som medisinsk-faglig rådgiver i lovgivningen, fullt ut kan ivaretas av andre.

NOU 1998:18, Det er bruk for alle, gir en nærmere beskrivelse av den medisinsk-faglige rådgivning overfor administrasjon og politikere:

- premissleverandør,
- informere om helseproblem og helsetjenester,
- ideskaping for nye og bedre løsninger,
- initiere og inspirere til nye tiltak gjennom planforslag og utspill til politikerne,
- saksforbereder for relevant politisk organ,
- gi uttalelser i saker vedr. kommunehelsetjenesten,
- tverrfaglig samarbeid,
- informasjon til andre etater om helsefaglige forhold.

5.3.2 Rådgivning overfor helsetjenesten

St.meld.36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane peker på tre

oppgaver for den medisinsk-faglige rådgiveren i forhold til helsetjenesten:

- a. Råd og veiledning
- b. Tilsyn og kontroll
- c. En viss grad av instruksjon

Behov for råd og veiledning vil ofte være knyttet til regelverket og forståelsen av dette, men også til helhetlige strategivalg. Eksempler på problemstillinger i forhold til regelverket er bruk av tvangstiltak overfor enkeltpasienter, dispensasjoner i forhold til regelverket for medikamenthåndtering, omfang av smitteoppsporingstiltak. Helhetlige strategivalg må treffes både i intern organisering og i planlegging av tjenester. Forutsetninger for en god planlegging av helse- og omsorgstjenester er at det eksisterer innsikt i medisin, i epidemiologi og i befolkningsstatistikk. Kommunelegen vil kunne være en slik rådgiver. Kommunelegen vil kunne dekke en funksjon der det er behov for samordning av ulike faglige innspill.

Plikt til å føre tilsyn med egen virksomhet følger av lov om statlig tilsyn, for eksempel å se til at regelverk og instruksjoner blir tolket riktig og etterfulgt. Ansvar for internkontrollen hviler på virksomhetens administrative leder, men det vil være behov for medisinsk kunnskap ved ulike tilsynsoppgaver i helse- og omsorgstjenesten. Kommunelegen vil her ha en plikt og en rett til å medvirke i dette arbeidet.

Etter helsepersonelloven står alt helsepersonell faglig ansvarlig for egen virksomhet. Administrativ leder vil kunne innstutere tilsatt personell. Kommunelegen vil der kommunen innehar en overordnet faglig kompetanse etter Helsepersonelloven kunne instruere annet helsepersonell i faglige valg eller gi råd til administrativ leder om faglige veivalg for virksomheten. Kommunelegens brede medisinske utdanning vil gi en naturlig plass i rådgivningen i faglige spørsmål i hele helse- og omsorgstjenesten.

5.3.3 Rådgivning overfor befolkningen

Helsetjenesten har et informasjonsansvar om helsespørsmål både overfor den enkelte, grupper av befolkningen eller hele befolkningen. Dette følger av § 1-2 i Lov om kommunehelsetjeneste, der det heter at kommunen "skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen". Dette ansvaret påhviler hele helsetjenesten.

Erfaringene viser at mange av de spørsmål som kommer fra enkeltpersoner er av en slik art at det er behov for medisinsk-faglig kunnskap. Ofte er det spørsmål om innen miljørettet helsevern og smittevern. Folk lurer for eksempel på om de kan ha blitt syke av spesielle forhold i omgivelsene. Det er nødvendig at kommunelegen har muligheter til å vurdere og svare på denne type spørsmål. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven er det presisert at befolkningen bør ha ett sted å henvende seg om de føler at de utsettes for helseskadelig påvirkning.

Det er også tallrike situasjoner der det er hensiktsmessig at kommunelegen går ut og informerer om nødvendige tiltak, for eksempel innen smittespredning, ulykkesforebyggende tiltak, livsstilsforhold eller riktig bruk av helsetjenester (f.eks. legevakt). I befolkningen vil kommunelegens informasjon ha gjennomslagskraft.

5.3.4 Nærmere om rådgivning i forebyggende og helsefremmende arbeid

Oppgaven følger av formålsparagrafen i Lov om kommunehelsetjeneste (§ 1-2) og av første ledd i § 1-4. Oppgaven anses som en naturlig del av kommunelegens ansvarsoppgave.

Ulike dokumenter understreker kommunelegens overordnede oppgaver i forebyggende og helsefremmende arbeid. St.meld.nr. 23 (1996-97) om fastlegeordningen nevner at en av de samfunnsmedisinske oppgaver er utvikling av metoder og tiltak i helsevesenet og i andre samfunnssektorer som vil føre til bedring i folkehelsen. Ot.prp. 99 (1998-99) om fastlegeordningen slår fast at utarbeidelse av helhetlige strategier innenfor det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er en av hovedoppgavene i det samfunnsmedisinske arbeidet.

St.meld.nr. 50 (1993-94), Samarbeid og styring, understreker at det er en utfordring for kommunehelsetjenesten å ivareta "rollen som premisseleverandør og pådriver for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid for å legge forholdene til rette for utvikling av en best mulig folkehelse. Samfunnsmedisinske vurderinger har, i denne sammenheng, en nøkkelrolle."

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunen er tilrettelegging for folkehelsearbeid, for eksempel i form av partnerskapsavtale om frisklivssentraler, samarbeid med frisklivs koordinator, og medvirkning i arbeid med lokal folkehelseplan. Det kan være initiativ til lokale handlingsplaner på bakgrunn av Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen.

5.3.5 Nærmere om rådgivning i forbindelse med helseovervåking

Arbeidsoppgaven følger av Lov om kommunehelsetjeneste § 1-4 første ledd: "Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne." Det er nødvendig å inneha medisinsk-faglig kompetanse for å ivareta denne arbeidsoppgaven og den er derfor en naturlig del av kommunelegens ansvar.

St.meld.nr. 23 (1996-97) om fastlegeordningen slår fast at det er en samfunnsmedisinsk oppgave med "kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer (miljø, livsstil, arv) som kan påvirke den positivt eller negativt". Inn i denne arbeidsoppgaven nevner NOU 1998:18 Det er bruk for alle, både kommunediagnose/profil, utviklingstrekk, kartlegging av subpopulasjoner og innsending av statistikk til sentrale registre. Ot.prp. 99 (1998-99) nevner spesielt epidemiologisk arbeid og Helsedirektoratet pekte i sitt vedlegg til St.meld.nr. 36 (1989-90), Rønyslemeldinga, på statistisk og epidemiologisk arbeid.

Det hører med til dette arbeidet å identifisere og ta tak i forhold vedrørende svake og utsatte grupper i lokalsamfunnet. Videre er gradientutfordringen i samfunnet med en økende forskjell i helse mellom sosial klasser, en særlig stor utfordring.

Samfunnsmedisinere må være på utkikk etter de usynlige køer.

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene er lokal oppfølging av Styrings- og informasjonshjulet og aktiv bruk av Kommunehelsetjenesteprofiler og KOSTRA-statistikk. Det er også å fremme de svake gruppene i kommunen, f.eks. asylsøkere og flyktninger og pasienter med dobbeltdiagnose innen psykisk helse og rus.

Gjennom et nært samarbeid med fastlegene, både uformelt og gjennom ALU (Allmennlegeutvalget), og gjennom de meldinger om smittsomme sykdommer og dødsmeldinger som kommunelegen får fra fastlegene, vil dette bidra til å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen. Det kreves en medisinsk faglig kompetanse til å kvalitetsvurdere og følge opp meldingene, og eventuelt be leger om utfyllende opplysninger.

5.3.6 Nærmere om rådgivning i planarbeid

Arbeidsoppgaven følger av Lov om kommunehelsetjeneste § 1-4 andre ledd (medvirkningsparagrafen) og har en direkte sammenheng til den lovpålagte oppgaven som er lagt på kommunelegen som medisinsk-faglig rådgiver i § 3-5.

Det har vært stort fokus på helseaspektet i planleggingen de siste årene. Med bakgrunn i St.meld.nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen) er det lansert flere tiltak for å styrke folkehelseperspektivet i samfunnsplanleggingen. Helse i Plan er et pågående samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet for å utrede hvordan plan- og bygningsloven kan brukes til å styrke folkehelsearbeidet i kommuner og fylker. Det er et mål å gi folkehelsearbeidet og forebyggingsperspektivet sterkere forankring i ordinære plan- og beslutningsprosesser. Dette setter krav til plan- og prosesskompetanse for kommunelegene.

Det er også i gang et arbeid vedrørende helse i konsekvensutredninger (HKU), - å vurdere effekten, direkte eller indirekte, på folkehelsen av en politikk, strategi, program eller prosjekt. Med effekt menes ikke bare den totale helseeffekten i en populasjon, men også fordelingseffekten. Helse i konsekvensutredninger skal sikre at helsevirkningene blir tatt i betraktning under planlegging av et tiltak.

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene kan være at kommunelegen inngår i kommunens tverretatlige planforum og kommer tidlig inn i arbeid med kommuneplaner, kommunedelplaner og vurdering av reguleringsplaner. Kommunelegen bør også være aktiv i utforming av planverket innen helse- og omsorg, som helse- og sosialplaner, plan for legetjeneste, plan for rehabilitering, plan for omsorgstjenester og plan for psykisk helsearbeid. I slike planverk er det samfunnsmedisinske bidraget avgjørende viktig.

5.3.7 Nærmere om rådgivning ved samarbeid med helseforetak / stat

Kommunehelsetjenestelovens § 1-4 fjerde ledd gir pålegg om samarbeid med andre forvaltningsnivåer: "Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt

helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.”

Formålet er altså å skape en sømløs helsetjeneste der pasienten ikke skal oppleve det som et problem at pasienten flyttes fram og tilbake mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Samarbeidsområdet vil omfatte saker som har med pasientspørsmål på systemnivå å gjøre, og det er nødvendig at kommunelegen deltar i dette arbeidet. Kommunelegen innehar en betydelig grad av forvaltningskompetanse.

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene er deltakelse i samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt aktivt arbeid for å lære av uønskede situasjoner som oppstår i pasientflyten mellom nivåene, herunder svingdørspasientene. Dialog med ambulansetjenesten er viktig for å bygge opp tillitsforhold og avdekke flaskehalsen i dette arbeidet.

Det er også vesentlig for helseforetak, fylkeskommuner, helsetilsynet i fylker og på statlig nivå, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Mattilsynet m.fl. å ha en medisinsk faglig kontaktperson og bindeledd i kommunene. Dette gjelder både i enkeltsaker / pasientsaker, men ikke minst på systemnivå. Mellom ulike fagområder og forvaltningsnivåer er det ofte avgjørende å ha en faglig linje for å kunne bygge gode prosedyrer og systemer. Etablering av hensiktsmessige og effektive kontaktarenaer mellom forvaltningsorganene krever gode fagplattformer, der aktørene snakker samme språk.

5.3.8 Nærmere om rådgivning i miljørettet helsevern

Det var sluttsteinen i en lang utvikling da kommunelegen gjennom vedtaket om kap. 4a i Lov om kommunehelsetjeneste, ble gjort til den sentrale helsefaglige person i arbeidet med miljøretta helsevern og smittsomme sykdommer. Den helsefaglige vurderingen er sikret gjennom § 3-5 i Khjtl. : ”Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap.” Dessuten er kommunelegen ved tidsnød tillagt en lovhjemlet delegering av kommunestyrets myndighet i miljøretta helsevern. Videre er det vanlig at kommunene delegerer myndighet og gjøremål innen miljøretta helsevern til kommunelegen, eller på annen måte sikrer at kommunelegens vurdering blir ivaretatt.

Det er opplagt at bakgrunnen for bestemmelsene som sikrer kommunelegen en sentral plass i miljøretta helsevern, er kommunelegens samfunnsmedisinske kompetanse. Enkeltpersoners helse skal vurderes opp mot helsepåvirkninger fra omgivelsene, både biologiske, fysiske, kjemiske og sosiale risikofaktorer. Dette krever medisinsk-faglig kunnskap.

Saker innen miljørettet helsevern krever bred kompetanse. Denne kompetansen må dekkes av fagpersonell med vidt forskjellig bakgrunn. Kommunelegen kan dekke den nødvendige funksjonen med å samordne fagkompetanse og innspill av forskjellig art.

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene er på systemnivå å arbeide fram løsninger for tilgang på fagkompetanse fra teknisk-hygienisk personell og sikre at publikum har ett sted å henvende seg med spørsmål vedrørende helse og omgivelser. Det er viktig å få til et godt samarbeid med miljøvernkonsulenten i kommunen og sammen kunne fronte

de "myke verdier" i kommunal saksbehandling og kommunalt planarbeid. Støy er et saksområde der mye er ugjort og der mange har helseplager av sine omgivelser, dette området må derfor løftes fram i den kommunale bevissthet.

5.3.9 Nærmere om rådgivning i smittevern

Kommunelegen er i Lov om smittevern tillagt betydelige oppgaver, både gjennom en egen § 7-2 og ved flere oppgaver knyttet til ulike bestemmelser i loven. Det er også vanlig at kommunestyrets myndighet og gjøremål er delegert kommunelegen etter kommunelovens regler. Den helsefaglige vurderingen er ellers sikret gjennom § 3-5 i Khjtl. : "Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap."

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene er utarbeidelse og revidering av smittevernplan og initiativ til og rådgivning ved utarbeidelse av infeksjonskontrollprogram på kommunale helseinstitusjoner. Det er viktig å bygge opp et nært samarbeid med Mattilsynet og ha avtale som fordeler ansvar og oppgaver i forbindelse med utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Influensavaksineringen må bli bedre og kommunelegen har en viktig rolle som motivator både overfor befolkning og helsepersonell.

5.3.10 Nærmere om rådgivning i forbindelse med helsemessig beredskap

Oppgaven følger av Lov om helsemessig og sosial beredskap og Lov om kommunehelsetjeneste § 1-3.

For at kommunestyret skal kunne fatte vedtak og kommunen løse sine beredskapsoppgaver innen helseforvaltningen på en faglig og forsvarlig måte, må den få kunnskap om medisinsk-faglige vurderinger. Det er en oppgave for kommunelegen å gi de styrende organer i kommunen slike vurderinger. Kommunelegen spiller derfor en viktig rolle i kommunens beredskapsarbeid og er gitt en rolle i det generelle helseberedskapsarbeidet i kommunen tilsvarende som på smittevernområdet. Den helsefaglige vurderingen er sikret gjennom § 3-5 i Khjtl. : "Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap."

Kommunelegen bør inngå i kommunens kriseledelse og vil være sentral ved utarbeidelse av kommunens beredskapsplaner, herunder kommunens beredskap for psykososiale tiltak ved katastrofer og ulykker. Kommunelegen vil raskt innta en nøkkelrolle i arbeid der kommunen får større utfordringer som følge av uventede hendelser og ulykker, f.eks legionella i Sarpsborg og tankeeksplosjon i Gulen. Kommunelegen vil også ha en viktig rolle i arbeid med nødmeldetjenesten og organiseringen av legevakt, herunder interkommunale legevakter. Enkelte kommuner har plassert et ansvar for å ta initiativ til katastrofeøvelser på kommunelegen.

5.3.11 Nærmere om rådgivning i forbindelse med kvalitetssikring og tilsyn

Etter § 3 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal "enhver som yter helsetjeneste etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter". Dette er et lederansvar.

Kommunelegen vil ofte bli involvert i et kvalitetssikringsarbeid fordi dette arbeidet både inneholder en vurdering av om regelverkets bestemmelser er ivaretatt, og en vurdering av kvalitet på de helsefaglige tjenester som blir gitt. Medisinsk-faglig kunnskap kan være nyttig i dette arbeidet. Kommunelegen vil i dette arbeidet som regel bistå de lederne som innehar det direkte linjeansvaret.

Kommunelegen stilles ofte spørsmål som direkte dreier seg om å tolke lov og forskrift. Få kommuner har en egen jurist å forholde seg til i det daglige, og det stilles derfor spesielle krav til kommunelegen om å holde seg oppdatert og bevisst lovtekster og anvendelsen av disse. Medisinsk faglig rådgivning handler derfor ofte om forståelse og vurderinger omkring tjenester i forhold til regelverket.

Det er viktig for helsetjenesten å ha avvikssystemer som sikrer at virksomheten kan lære av de systemfeil som gjøres. En del av avvikssystemet er klagebehandling. Det er Helsetilsynet i fylket som er klageinstans for brukere som mener at de ikke har fått den helsehjelp de har rett på eller der de mener at helsepersonell har opptrådt uforsvarlig. Erfaring viser at det er hensiktsmessig at kommunene kan legge rutiner som gjør at klagen først blir vurdert i kommunen. Dette kan gi raske tilbakemeldinger til kommunen om systemfeil og det kan gi muligheter til å luke unna rene misforståelser og besværing som kan løses på et lokalt plan. Flere kommuner har plassert kommunelegen sentralt i en slik førstevurdering av klager. Dette fordi det ofte er snakk om vurdering av medisinske opplysninger opp mot systemkunnskap.

5.3.12 Medisinsk rådgivning som bidrag ved helhetlig evaluering og koordinering

Flere offentlige dokumenter som har omhandlet samfunnsmedisin og kommunelegefunksjonen har lagt vekt på at det er en oppgave for kommunelegen å foreta helhetlige evalueringer av helsetjenester og tiltak. Dette ligger nær opp til den medisinsk-faglige rådgiverfunksjonen, men nevnes likevel spesielt.

St.meld.nr. 23 (1996-97) om fastlegeordningen nevner under de samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver "evaluering av ulike tiltak, hvori helseøkonomiske vurderinger (nytte/kostnad) vil være et viktig element". Departementet uttrykker i St.meld.nr. 50 (1993-94), Samarbeid og styring, at medisinsk-faglig rådgiver vil ha en nøkkelrolle i å koordinere løpende tverrfaglige vurderinger av helheten i helsetjenestetilbudet.

Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene er å bidra til evaluering av tjenestene gjennom analyser av tilgjengelig statistikk, brukerundersøkelser og direkte tilbakemeldinger fra helsepersonell. Gjennom denne vurderingen får kommunelegen kunnskap som blir viktige innspill i strategiarbeidet for videre prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er en naturlig arbeidsoppgave for kommunelegen å vurdere tilbakemeldinger fra andrelinjetjenesten om sykehusinnleggelses og vansker

med utskrivning, - kan dette ha sammenheng med en manglende kapasitet i den kommunale omsorgstjeneste, i en høy vikarbruk på legesiden eller i manglende samarbeidsavtaler eller samarbeidspraksis?

Behovet for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid øker i takt med kompleksiteten i samfunnet og i det helsemessige fagfeltet. Lov om helsepersonell definerer en lang rekke personell-grupper som helsepersonell, i tillegg til et økende antall og varianter av alternative tilbydere av helserelaterte tjenester. Fokus på pasientrettigheter og ikke minst samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenesten krever stor grad av innsikt i ulike fagmiljøer på alle nivå, samt evne til å fremme helhetlige løsninger. Samfunnsmedisinen er trolig det fagområdet som best vil kunne påpeke og ivareta bredden og dybden i et flerfaglig miljø, samt både individ- og befolkningsperspektiver på en best mulig måte. I praksis vil kommunelegen ofte være den best egnede til å koordinere tverretatlig prosessarbeid, knyttet både til enkeltpersoner og grupper.

5.3.13 Rådgivning i sosialmedisinsk arbeid

Sosialmedisinen var tidligere en av grunnpilarene i det offentlige legearbeidet. I en periode har dette fagområdet vært mindre fokusert. Det er nå under andre overskrifter og vinklinger en ny vektlegging av området, - gjennom arbeidet med gradientutfordringen i fordelingen av helse i det norske samfunn. Sosiale helseforskjeller er i ferd med å bli innarbeidet som et av de hovedpunkter som helsetjenesten skal ivareta i det tverretatlige planarbeidet i kommunen.

Det tradisjonelle sosialmedisinske arbeidet har fortsatt behov for en engasjert kommunelege. Eksempler på arbeidsoppgaver i kommunene kan være rådgivning overfor og samarbeid med NAV om pasientgrupper som faller utenfor de ordinære hjelpeordninger, og samarbeid om en mer aktiv oppfølging av pasienter på attføring og uføretrygd. Videre kan kommunelegen løfte fram problemene til ulike grupper av funksjonshemmede og spille dette inn i forhold til universell utforming. Kommunelegen kan også ta initiativ til prosjekter og tiltak for å bedre levekårene for vanskeligstilte grupper og medvirke til at disse utfordringene blir møtt tverrfaglig og tverretatlig i kommunene.

5.3.14 Rådgivning i kommunens samarbeid med fastlegene

I følge avtaleverket skal det i kommunene opprettes et samarbeidsutvalg mellom allmennlegene og kommunen der medisinsk-faglig rådgiver eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig. Kommunelegene er avhengige av å ha et godt samarbeid med allmennlegene i kommunen for å innhente kunnskap om helsetilstanden i kommunen og de faktorer som virker inn på denne. Allmennlegene vil ha behov for en sterk fagperson i det kommunale byråkratiet som i samarbeid kan legge fram for kommunens politikere hvilke behov det er i kommunen for organisering og personell for å ivareta innbyggernes behov for helsetjenester.

I mange kommuner er kommunelegen også praktiserende allmennlege. Det vises til

nærmere drøfting vedrørende kombilegene i kap. 8

5.4 Administrasjon

Enkelte kommuner tillegger kommunelegen administrative oppgaver og lederfunksjon. Dette er en avveining mellom verdien av å sitte i en linjeledelse på den ene siden og omfattende tidsbruk på administrative lederoppgaver på den andre siden. Kravene til ledelse med alt dette innebærer av personelledelse og økonomiansvar, har økt kraftig de siste årene, og tidsbruken på disse oppgaver blir stor. Mange kommuneleger har derfor funnet at de i større grad får brukt sitt eget fagområde i stabsstillinger som rådgivere.

5.4.1 Kommuneoverlegens plassering på det kommunale organisasjonskartet

I mange kommuner har kommuneledelsen en gjennomtenkt og bevisst holdning til hva de krever av sin kommuneoverlege; i andre kommuner kan vedkommende synes å være en figur man ansetter fordi det er "påbudt", uten at man har klare forventninger til eller ønsker om hvilke oppgaver kommunelegen skal løse. Behovet for allmennleger er lett for enhver å se, det krever mer å innse behovet kommunen har for samfunnsmedisinsk kompetanse.

Enkelte kommuner synes å forholde seg passivt og reaktivt til sin kommuneoverlege. Det er da ikke overraskende om kommuneoverlegen ikke føler seg spesielt ønsket eller velkommen, eller kan velge å ta noe lett på sitt systemansvar og slå seg til ro med en svært beskjeden stillingsstørrelse. Slike kommuner kan også ha rekrutteringsproblemer ved vakanse i stillingen.

5.4.2 Organiseringen av kommunal samfunnsmedisin

Dette er en gammel diskusjon i kommuneoverlegekollegiet. Å ha en formell lederposisjon "i linja" ("helsesjef" e.l) gir en betydelig og direkte innflytelse via kommuneoverlegens beslutningsmyndighet som leder, og gjennom automatisk deltakelse i kommunens ledersamlinger og andre arenaer av betydning for kommunale beslutninger. Lederoppgavene stjeler imidlertid betydelig med tid fra de legefaglige oppgavene.

Stabsplassering frigjør tid til faglige sysler, men fjerner legen fra beslutningsmyndigheten, og innflytelsen må i større grad komme som resultat av god rådgivning. Dette stiller større krav til kommuneoverlegens faglighet og "overtalelsesevne".

En del større kommuner velger ofte "flat struktur" for sin organisasjon, der det opprettes et stort antall enheter med leder som har stor delegert beslutningsmyndighet. En slik organisasjon er "effektiv" i forhold til tjenesteproduksjon og økonomistyring, men

enhetene vil tendere mot å leve sitt eget liv og være selvsentrert opptatt av sine egne klart definerte ansvarsområder. Dette stiller store krav til, og skaper betydelige utfordringer for, de instanser som arbeider med enhets- og sektorovergrepene og kommunedekkende funksjoner, slik som kommuneoverlegen.

Et annet kommunalt fenomen som krever samfunnsmedisinsk kompetanse i administrasjonen er oppdeling av tjenestene etter bestiller/utførermodeller, eventuelt også med innsatsstyrt finansiering.

Et vesentlig, og utbredt problem, er knyttet til kommuneoverlegens stillingsstørrelse. Mange har en kombistilling med en fastlegeliste, og praksisdriften gjør legen betydelig mindre fleksibel og tilgjengelig for deltakelse i møte- og planleggingsvirksomhet, både internt i kommunen og i samarbeidsfora.

6 Hvorfor svikter rekrutteringen av kommuneleger?

6.1 Årsaker til sviktende rekruttering

Det er en bred forklaringsbakgrunn til hvorfor rekrutteringen til kommunelegestillinger har sviktet. Mye har sin bakgrunn i strømninger i samfunnet som virker inn på mange områder. Noen slike faktorer nevnes kort nedenfor, før en spesifikt går inn i forhold som direkte virker inn på kommunelegestillingene.

6.1.1 *Liten rekruttering til primærlegetjenesten generelt*

De fleste kommunelegestillinger befinner seg i distriktene i de små og mellomstore kommunene. Distriktene opplever at det er vanskelig å få tak i fagkompetanse på alle plan, også innen helse og omsorg. Det har de siste 10-15 årene vært en rekrutteringssvikt til allmennlegestillinger i distriktene og fastlegeordningen har bare i liten grad endret dette. For kommunelegestillinger har rekrutteringsvanskene vært markante. En medvirkende forklaring på dette er at valgmulighetene for aktuelle leger er svært få ute i distriktet. Valget står bare mellom fastlegehjemler og kommunelegestillinger og disse er også ofte svært låst når det gjelder stillingsstørrelser. I større kommuner og byer vil oftest valgmulighetene være større med muligheter for stillinger både innen forskning og utdanning, helseforetak, spesialisthelsetjeneste, offentlige instanser og helsebyråkrati.

I oppstarten av en legekarriere er det derfor forståelig at valget blir å ikke flytte ut i distriktene dersom en da ikke har private grunner for et slikt valg. Det er sannsynlig at dette i særlig grad er bestemmende for hvor nyutdannede, kvinnelige leger velger å starte sin karriere. Vaktbelastningen i distriktene er ofte stor og vanskelig å kombinere med småbarnsfasen. Hel- og deltidstillinger uten vaktbelastning ville kunne være et distriktspolitisk virkemiddel for denne gruppen.

6.1.2 Mindre interesse for fagfeltet samfunnsmedisin

Det er mange trekk i samfunnsutviklingen som kan være en del av forklaringen på hvorfor interessen om samfunnsmedisin som fagfelt har vært fallende de siste tjue årene. Nedenstående momenter bygger på en artikkel av T. Ødegård, Utposten 1997;26:8-10:

- Nyliberalisme og privatisering.
Det individuelle initiativ og det personlige ansvar tillegges større vekt enn fellesgoder og samfunnsansvar.
- Endret sykdomsbilde.
Psykologiske og sosiale sykdomsfaktorer vektlegges mindre. Sosialmedisin som fagområde ble nesten borte. Det har utviklet seg en medikalisering av begrepsverdenen og tankegangen der det meste skal plasseres inn i aksene diagnose – behandling – helbredelse.
- Utviklingen innen medisinsk teknologi og medisinsk spesialisering.
Skolemedisinen går stadig lengre i sin søken etter detaljerte forklaringsmodeller og spesialiserte behandlinger. Dette er i utakt med befolkningens komplisert sammensatte hjelpebehov, noe som kan framelske den alternative behandling.
- Vektlegging av jus og dokumentasjon, individets rettigheter og klagerett.
Utøvelsen av den gamle distriktslegerollen med stor grad av skjønn, alminnelig fornuft og bred samfunnsforståelse har måttet vike for en rolle der skjønn hele tiden må forankres juridisk og hver eneste klage og besværelse må gis en omstendelig saksgang.
- Fokus på sykehusmedisin
I ressurstilgang havner primærhelsetjenesten nederst på prioriteringslisten og i kollegers anseelse viser en undersøkelse at allmennleger, samfunnsmedisinere og geriatere havner nederst på hierarkiet. Spesialisthelsetjenesten ekspanderer hvert år med like mye som det fastlegetjenesten koster.
- Prinsippet om kommunal selvråderett
Kommunene blir stilt fritt til å organisere og definere omfanget av forebyggende arbeid generelt og samfunnsmedisin spesielt. Kombinert med sterkt press på kommunal økonomi viser erfaringen at en får en nedprioritering av tiltak med langsiktige resultater og myke verdier. Samfunnsmedisinen blir avgrenset til en nisje med det aller mest nødvendige, smittevern og miljørettet helsevern.

6.1.3 Uklarhet omkring struktur, innhold og krav

Bernt-utvalget (NOU 2004:18) beskriver kommunelegens rolle som "noe uklar" med

unntak av arbeidet innen smittevern og miljørettet helsevern. Både kommuneleger og kommunal ledelse har gitt uttrykk for det samme. Det er liten sammenheng mellom de svært omfattende oppgaver som regelverk og sentrale styringsdokumenter lister opp og den tidsressurs som blir stilt til disposisjon.

Fra Betty Pettersen og Roar Johnsen sin undersøkelse (H. Sandvik: *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av utredningens delprosjekter*. Norges Forskningsråd, 2006) kan det hentes et par sitater:

"en umulig arbeidsmengde/oppgaver i forhold til ressurser og egen kapasitet"

og

"et vanvittig ansvar hvis jeg skulle ta stillingsinstruksjonen alvorlig – uten tilsvarende ressurser eller reell innflytelse".

Nye kommuneleger må selv forme sine stillinger og tilkjempe seg en plass i det kommunale byråkrati. Organisasjonen vil møte en med fordommer eller forventninger basert på forgjengerens arbeidsstil og prioriteringer. Det er ingen ferdiglagt struktur, ikke klare arbeidsoppgaver å ta fatt i, og en må langt utenfor kommunegrensene for å finne eventuelle rollemodeller.

Dette er ikke en arbeidssituasjon som er unik. Det er flere stillinger i det offentlige som har dette særtrekket at de i stor grad kan formes av innehaveren og der det ikke finnes noe tak for hva som kan gripes fatt i (eksempel: rådmenn, prester, stillinger innen forebyggende arbeid). Enkelte leger trives med denne selvstendigheten og søker nettopp denne type stillinger av den grunn. Men det er en dobbel risiko i dette.

Kommunen blir også sårbart avhengig av hvordan stillingsinnehaveren i kommunelegestillingen fungerer.

Mange kommuneleger opplever at samfunnsmedisinske tjenester ikke blir etterspurt av deres arbeidsgivere. Dette kan ha mange årsaker, men det bør spesielt pekes på at samfunnsmedisinske spørsmål i så henseende kommer i samme kategori som annet forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette er arbeid som det ofte er vanskelig å måle konkrete resultater av og resultatene viser seg ofte ikke før flere år senere. Eller som tidligere fylkeslege Berit Olsen har sagt: *"Det er med forebyggende arbeid som med husarbeid, det vises først når det ikke blir gjort"*.

I de fireårs-perspektiv som kommunepolitikere bruker i sin planlegging, vil fort denne type arbeid bli nedprioritert.

Samfunnsmedisinen krever en betydelig forståelse og innsikt i samfunnets kompleksitet og krever på den måten også et minimum av språklig og kulturell forståelse. Det er nærmest en umulig oppgave å komme som ung, uerfaren lege med fremmedspråklig og fremmedkulturell bakgrunn og skulle fungere som kommunelege i en norsk kommune. Dette er en situasjon som erfaringsmessig slett ikke er så sjelden i dag. Bakgrunnen kan være enkelte kommuners fortvilte rekrutteringsforsøk, men like mye utlyste kommunelegestillinger der verken arbeidsgiver eller arbeidssøker har hatt forståelse for innholdet i stillingen.

Spørsmålet om kommunelegen i realiteten har en døgnkontinuerlig beredskap synes fortsatt uavklart mellom partene i arbeidslivet. På den ene siden ligger det forventninger om at kommunelegen skal være tilgjengelig for kommunen ved akutte hendelser utenom arbeidstid både innen miljøretta helsevern, psykisk helsearbeid, smittevern og beredskap. Dette er en forventning som nok kan spores tilbake til de gamle distriktslegers arbeidssituasjon. På den andre siden er det fra arbeidsgiver ikke noen uttrykt vaktplikt for kommunelegen. Spørsmålet har vært tungt framme i forhandlinger mellom partene siste årene. Dette er et av de spørsmål som er med på å skape usikkerhet på arbeidsinnholdet i kommunelegestillingene, og det er tilbakemeldinger fra yngre leger om at denne "vaktplikten" er en medvirkende årsak til at kommunelegestillinger vurderes som uaktuelle.

Det har ikke vært noen klare føringer fra kommunene for å stimulere til å få besatt stillingene med spesialister i samfunnsmedisin. Dette har nok bakgrunn i rekrutteringssituasjonen generelt der kommunene har vært glad bare de har fått søkere til utlyste stillinger. Det har heller ikke fra sentralt hold eller fra fagforeningen vært tatt tilstrekkelige grep for å få igangsatt flere veiledningsgrupper i samfunnsmedisin utover i landet. Leger som ønsker seg inn i en spesialisering vil måtte slite for å komme i gang med utdanningen.

6.1.4 Ulike former for organisering og kombinasjoner med annet legearbeid

Det er store forskjeller i den organisasjonsmessige plasseringen av kommunelegestillinger og kommunene står fritt til å bestemme dette. Mange kommuneleger opplever en ubalanse mellom ansvar og oppgaver på den ene siden og myndighet og innflytelse på den andre.

Noen kommuneleger føler at de ofte kommer i skvis mellom ulike lojalitetshensyn. Kommunelegen skal være lojal mot kommunen som arbeidsgiver, men også mot befolkningen som objekt for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Kommunelegen skal i tillegg være lojal mot faget og kunnskapen om de forsvarlige løsninger. I enkelte saker der kommunen er ansvarlig for tiltak, som f.eks. i tilsynssaker, kan det bli et direkte motsetningsforhold mellom kommunelegens helsefaglige vurderinger og sin egen arbeidsgivers ansvar for de helsemessige konsekvenser av et tiltak. Kommunelegen kan også komme i skvis mellom arbeidsgiver på den ene siden og legene som yrkesgruppe på den andre siden, dette i særlig grad der kommunelegen er kombilege.

Flere kommuneleger har et administrativt lederansvar for deler av helsetjenestene. Stillingene har ulike betegnelser, men det er ikke uvanlig med betegnelsen helsesjef, der denne har det fulle lederansvaret med personell- og budsjettansvar for en eller flere avdelinger i kommunen, ofte legetjeneste, helsestasjon og fysioterapitjeneste. Med økende krav til og bevissthet om lederoppgaver i det offentlige, har dette ofte blitt vanskelige kombinasjoner der rollen som medisinsk-faglig rådgiver og lokal helsemyndighet har blitt skadelidende av den økende tidsbruken til administrasjon. Mange arbeidsgivere har også vært for lite flinke til å tydeliggjøre forskjellene mellom de to rollene og til å avklare tidsbruken mellom funksjonene.

Det er delte meninger om kombinasjonen mellom kommunelegestillingen og en administrativ lederstilling i kommunen. Mange mener at kommunelegene kan oppnå en større innflytelse ved å være en del av linjeledelsen og der dette gir det beste resultat i form av helse og helsetjenester. Andre mener at helse blir vel så godt ivaretatt i de kommuner som gir kommunelegen tilstrekkelig plass og rom til å rendyrke rådgiverrollen.

Ledelse er et eget fag der legen ikke har noen formell bakgrunn i egen grunnutdannelse til å kunne gå inn i lederoppgaver. Det er ingen automatisk kobling mellom samfunnsmedisinsk arbeid og lederfunksjon i helsetjenesten. På den andre siden kan de to funksjonene til sammen gjøre det mulig for kommuner å opprette heltidsstillinger dersom begge funksjoner får avsatt tilstrekkelig tid og med tilfredsstillende støttefunksjoner.

Kombinasjonen mellom kommunelegestilling og fastlegehjemmel, den såkalte kombilegen, er også vanlig. Mange kommuner opplever at dette av lønsmessige grunner er den eneste måten de kan greie å skaffe søkere til kommunelegestillinger. Mange leger synes det er positivt med en veksling mellom direkte pasientarbeid og overordnet helsearbeid. Det er en hevdvunnet ordning fra den tid distriktslegen hadde en slik kombinasjonsrolle og kommunelegen vil som allmennlege få førstehåndskontakt med det som rører seg i sykdomspanoramaet i kommunen.

Men kombinasjonen har også sider som kan være uheldige. Kommuneorganisasjonen opplever det vanskelig i forhold til habilitetsspørsmål å innhente medisinskfaglige råd hos en lege som skal ivareta sin egen private næringsvirksomhet. Samarbeidsparter opplever legene utilgjengelige fordi de kurative og inntektsgivende tjenester alltid får prioritet. Mange kombileger har også opplevd det vanskelig å holde seg faglig oppdatert på alle felt innen både allmennmedisin og samfunnsmedisin. Dette i særlig grad etter innføringen av fastlegeordningen der allmennlegene ikke lenger kunne opparbeide seg særlige interessefelt innen faget og kombinere dette med en kommunelegejobb, men der det i fastlegeordningen blir forventet at allmennlegen skal være faglig på høyde i enhver faglig henseende.

6.1.5 Ulike avlønnings og støttefunksjoner

Med bakgrunn i samtaler med kommuneleger og fastleger er avlønningen utvilsomt den viktigste enkeltårsak til manglende rekruttering til kommunelegestillinger i distrikts-Norge. I de større byene er det en viktig medvirkende årsak. Grunnen til at dette særlig slår ut i distrikts-Norge, er den realitet at legene der bare har valget mellom to stillinger, fastlege eller kommunelege. Når de som fastlege tjener det dobbelte av lønnen som kommunelege, er valget enkelt. Det er mange samfunnsmedisinsk interesserte leger som i dag arbeider som kurative leger i kommunene på grunn av avlønningen. I byene har en i langt større grad valgmuligheter mellom ulike stillinger, og lønnsforskjellene blir ikke så iøynefallende. Helseforetakene har rekruttert mange samfunnsmedisinere / kommuneleger de siste årene og lønnsnivået har her vært betydelig høyere enn i kommunene.

Fastlegereformen har akselerert rekrutteringsvanskene til kommunelegestillinger. Mange kommuner i distriktene hadde fastlønsordninger for alle sine allmennleger da

reformen ble gjennomført. Etter fastlegereformen og privatiseringen av legene, gjorde disse et betydelig lønnshopp. I de fleste kommuner ble kommunelegestillingen hengende tilbake i en lønn som i størrelsesorden ble uendret fra før 2001. Dette førte til at flere kommuneleger gikk over til kurativt arbeid i 2001 og årene etter, og senere har det i distrikts-Norge vært liten stabilitet i mange kommunelegestillinger. Det finnes selvsagt unntak, både er det kommuner som i samarbeid med legene har satset på en fortsatt fastlønnsordning for alle sine leger, og det er kommuner som har satset på å gi kommunelegene lønn som er konkurransedyktig med kurativt arbeid.

Både legeforeningen og KS understreket i sine uttalelser til Ot.prp. 99 (1998-99) om fastlegeordningen at det er viktig å gjøre avlønning og honorering av det offentlige legearbeidet konkurransedyktig i forhold til det kurative arbeidet.

For mange kommuner er dette vanskelig. Å kunne lønne en kommunelege etter markedspris vil innebære at lønnen vil overstige rådmannens lønn, noe som i de fleste kommuner enten gjennom vedtak eller gjennom uskrevne regler, er gjort til en umulighet. Sosial- og helsedepartementet oppfordret i sitt høringsnotat om legetjenesten i kommunene i 1998 partene til å "utarbeide finansieringsmodeller som gjør at de offentlige legeoppgaver ikke blir nedprioritert av kommuner eller leger". I løpet av de påfølgende ti år har ikke partene lyktes i dette, tross enighet om målet.

Mangel på støttefunksjoner er også en gjenganger når det gjelder kommunelegers påpekning av negative momenter ved å tiltre eller fortsette som kommunelege. Det burde være rimelig selvsagt at kommunelegen i sin utøvelse av stillingen må ha tilrettelagt arbeidet med nødvendige arbeidsvilkår og støttefunksjoner. Dette gjelder både eget kontor, IT og nødvendig sekretærfunksjon. Det er misbruk av kompetanse og for dyrt å bruke kommunelegen til eksempelvis den praktiske jobben med utsending av brever, arkiveringsrutiner og lignende.

Det er også selvsagt at kommunelegen skal ha muligheter til å holde seg faglig à jour ved å delta på faglige samlinger og relevante kurs. Det bør være riktig å sammenligne med sykehusoverlegers overlegepermisjon hvert femte år og bruke dette som et stabiliseringstiltak.

Et særlig tema er kommunens tilgang til teknisk-hygienisk personell. Dette vil være kommunelegens nærmeste medarbeider innen miljøretta helsevern og en nødvendig avlastning av kommunelegen med feltarbeid og administrativt arbeid innen dette fagfeltet. Etter tidligere angitte normer bør kommunene ha tilsatt teknisk-hygienisk personell tilsvarende 1:10.000 innbyggere. Departementet har anbefalt at kommunene forsøker å bygge opp interkommunale løsninger innen miljørettet helsevern, og kommunehelsetjenesteloven er da også endret slik at det er mulig å delegerer arbeidsoppgaver og myndighet til interkommunale organer.

6.1.6 Spinkelt faglig miljø

Kommunelegestillingen er en ensom jobb. Det mangler ofte både et daglig arbeidsfellesskap med personell som arbeider med tilgrensende problemstillinger og et faglig kollegium der kommunelegen kan drøfte faglige utfordringer.

Og i de aller fleste kommunene er det igjen legekantoret som er alternativet. Den enkelte lege i en gruppepraksis arbeider nok selvstendig, men likevel vil legen arbeide i et fellesskap der alle arbeider mot de samme mål, med de samme metoder og der det er lett å drøfte saker på uformell basis. Med kommunelegen plassert i den kommunale administrasjon, vil det være noe varierende hva slags arbeidsfellesskap kommunelegen arbeider i, men det vil være færre felles tangeringspunkter i målsetting og metoder og det vil være vanskeligere å få til uformelle drøftinger rundt de problemstillinger som oppstår.

Det er likevel mangelen på faglig kollegium som er det største savnet blant kommunelegene. Det å jevnlig kunne møtes med kolleger som arbeider med de samme saksområder, kunne drøfte saksutgreiinger, få kollegiale råd om pågående arbeidsoppgaver og kunne dele erfaringer og kunnskap innen ulike faglige spørsmål. Enkelte kommuneleger deltar i interkommunale samfunnsmedisinske forum, disse er enten initiert av kommunelegene selv eller av fylkeslegen. I Finmark har en god erfaring med å bygge opp nettverk for kommunelegene. I større kommuner vil tverrfaglige miljø innen miljørettet helsevern kunne gi kommunelegene et faglig nettverk og vil også kunne bygges opp til ressursentre for større regioner. Fagmiljø kan også finnes innen interkommunale samarbeidsordninger, disse kan være forankret på ulike måter, til interkommunalt samarbeid innen miljøretta helsevern, samarbeidsordninger for legevakt, mattilsyn eller helseforetak.

Mange kommuneleger savner også muligheten for å kombinere arbeidet med forskning og utviklingsarbeid i tilknytning til forskingsinstanser.

6.1.7 Den samfunnsmedisinske tilhørighet

Inntil 1984 kan man snakke om en samfunnsmedisinske akse fra distriktslegen via fylkeslegen til Helsedirektoratet. Mange fylkesleger klarte å videreføre sitt samfunnsmedisinske engasjement og rådgivningsarbeid overfor kommunelegene i det første tiåret etter at helsetjenesten ble et kommunalt ansvar. Men etter omorganiseringene av den statlige helseforvaltning har kommunelegene i stor grad blitt mer isolert i sin egen verden uten noen klar tilhørighet til de andre forvaltningsnivåene.

Mange kommuneleger opplever det som et betydelig problem at det ikke er noen samfunnsmedisinsk annenlinjetjeneste å diskutere med og få råd hos, og savner en faglig oppbacking i vanskelige saker. Fylkeslegen har utviklet seg til å bli en tilsynsinstans og klagebehandlingsinstans. Det er nok forvaltningsmessig kompetanse hos fylkeslegen, men ikke en kompetanse som kan speile den hverdagen kommunelegene arbeider i og kunne gi bred rådgivning i samfunnsmedisinske spørsmål. Innen direktoratet er det ikke tydeliggjort hvilken avdeling som har et samlet ansvar for samfunnsmedisinsk rådgivning og veiledning og som kunne være en drivkraft for å revitalisere det samfunnsmedisinske arbeidet.

Det har vært vanskelig å få tak i, vurdere og nyttiggjøre seg forskningsbasert informasjon innen samfunnsmedisin. Det er positivt at bibliotekjentesten gjennom helsebiblioteket.no nå har fått en egen seksjon for folkehelse og samfunnsmedisin. Dette vil gjøre det betydelig lettere å søke etter faglitteratur for kommunelegene. Dette kan likevel ikke erstatte behovet for en tydeligere vektlegging av samfunnsmedisinen i

den sentrale helseforvaltning. Mangelen på samfunnsmedisinske tilhørighet er med på å understreke kommunelegenes følelse av isolasjon og ensomhet i arbeidet.

St.meld.nr. 23 (1996-97) om fastlegeordningen slo fast at "kommunene skal ha ansvaret for at det samfunnsmedisinske arbeidet blir tilfredsstillende utført". Etter ti år må en slå fast at dette ikke har vært noen tilstrekkelig strategi. Den statlige helseforvaltningen må inn med andre tiltak enn gjennom styringssignaler.

6.2 Mange års bekymring

Det har gjennom flere år fra ulike hold blitt uttrykt stor bekymring for utviklingen i samfunnsmedisin på kommuneplan. Det kan nevnes følgende eksempler:

- 1990 St.meld.nr. 36 (Røynslemeldinga):
"Direktoratet meiner at samfunnsmedisinen står svakt i kommunehelsetenesta og må styrkjast."
- 1996 Stortinget henstiller til Regjeringen å styrke samfunnsmedisinen med særlig vekt på lokalsamfunnsmedisin ut i fra at 90 % av folks helsetjenester dekkes av kommunene.
- 1997 St.meld.nr. 23 (1996-97): Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunen og fastlegeordningen:
- "samfunnsmedisinske og grupperettede oppgaver har ikke den plass de burde hatt i kommunenes helsetjeneste"
"det er ekstra uheldig at også avlønningen er så mye lavere enn for andre oppgaver"
- 1998 NOU 1998:18 Det er bruk for alle:
I NOU 1998:18 ser ikke folkehelseutvalget det som sin oppgave å utrede samfunnsmedisin nærmere, ut over å vise til St.meld. nr. 23 (1996-97), utvalgets delutredning I og fastlegeprosjektets behandling av temaet. Utvalget presiserer imidlertid «.. at det kan være nødvendig å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene for å sette kommunene i stand til å gi folkehelsearbeidet et løft... og... at kommunelegestillinger med ansvar for både samfunnsmedisin, miljørettet helsevern og smittevern i særlig grad vil kunne være helsetjenestens krumtapp i folkehelsearbeidet.».
- 1999 Høring til Folkehelseutvalgets delutredning I:
KS: " Samfunnsmedisinske oppgaver og offentlig legearbeid er dårligere lønnet enn de kurative oppgavene, og det er derfor vanskelig å få leger til å ta på seg dette arbeidet."
- 2001 Sosialkomiteen i behandling av statsbudsjettet, romertallsvedtak XV:
"Stortinget ber regjeringen om å foreta en gjennomgang av situasjonen for de samfunnsmedisinske fagområdene, både hva angår fagutviklingen og rekrutteringen til disse, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte."
- 2002 St.meld.nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge:
"Utvalget argumenterer for å ansette leger med samfunnsmedisinsk kompetanse i de

interkommunale enhetene. Utgangspunktet er bl.a. problemene med rekruttering av kommuneleger som kan ivareta medisinsk faglig rådgivning. Heltidsstillinger i et fagmiljø kan være mer attraktive for leger. Oppgaver som kan løses interkommunalt, er smittevern, epidemiologi og overvåkning. Samfunnsmedisiner i interkommunalt organ vil imidlertid ikke fjerne behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Rådgivning overfor helsetjenesten og helsemessig beredskap er blant oppgaver som krever en slik nærhet til kommunen at de vanskelig kan løses i interkommunale enheter med et stort nedslagsfelt.”

”Det er særlig tre problemer knyttet til samfunnsmedisinen: For det første har den medisinske legespesialiteten uklar profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger rundt om i landets kommuner.”

”Legers lave interesse for kommunelegestillinger skyldes i hovedsak

1. kommunelegens uklare rolle og manglende status,
2. mangel på klarhet om oppgaver og verktøy i arbeidet,
3. mangel på fagmiljø i små kommuner og manglende faglig støtte fra overordnede forvaltningsorganer,
4. økonomiske insentiver for å gå inn i kurativ virksomhet. Behandling av sykdom som fastlege er i dag mer lønnsomt enn forebyggende arbeid som kommunelege.”

2004 Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år (HOD Rapport 2004): I flere av innspillene uttrykkes det bekymring for ivaretagelsen og utviklingen av den samfunnsrettede delen av det offentlige legearbeidet.

KS mener at ”Fastlegereformen innebar en forverring for kommunene når det gjelder offentlig legearbeid, ved det at kommunen ikke lenger kan pålegge den privatpraktiserende legen oppgaver (deltidsstilling) i *samfunnsmedisin*, verken ved utlysning av fastlegehjemmel eller senere.”

NSAM stiller spørsmål ved om innføringen av fastlegeordningen har hatt konsekvenser for samfunnsmedisinerens ansvar og oppgaver i kommunene. De etterlyser samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal forvaltning, både når det gjelder kommunens samarbeid med fastlegene, utvikling og drift av kommunens tjenesteapparat og når det gjelder samarbeid med helseforetakene.

Helsetilsynet i fylkene er gjennomgående bekymret for ivaretagelsen av samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene. Fra tilsynsmyndighetenes ståsted er kommunelege 1 funksjonen viktig, herunder for å ivareta medisinsk faglig rådgivning.

Samfunnsmedisinsk arbeid

Rekrutteringen til samfunnsmedisinsk arbeid har vært fallende siden 1990-tallet og trenden har fortsatt etter innføringen av fastlegeordningen (jf. 4.1.3).

I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken, vil departementet se nærmere på legenes oppgaver innenfor samfunnsmedisinen. Det skal blant annet vurderes organisatoriske og økonomiske sider ved den samfunnsmedisinske legerollen i sammenheng med evalueringen av fastlegeordningen. Det skal klargjøres profil og innhold i den samfunnsmedisinske spesialiteten i samarbeid med Legeforeningen, og det planlegges et nytt rundskriv om kommunelege 1-oppgaver.

Det er nylig gjort to større utredninger om henholdsvis utviklingen av faget samfunnsmedisin/samfunnsmedisinenes rolle og spesialistutdanningen i samfunnsmedisin i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

2005 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt:

Etter kommunehelsetjenesteloven skal alle kommuner ha en kommunelege som "medisinskfaglig rådgiver". Mange kommuner har redusert denne funksjonen etter fastlegereformen.

Utvalget har registrert at fastlegeordningen har forsterket problemene med å få leger til å dekke de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene. Utvalget mener at rekruttering og stabilitet i disse funksjonene er svært viktig i et samhandlingsperspektiv, og at det må arbeides med tiltak for å opprettholde og styrke samfunnsmedisinen lokalt og sentralt. Utvalget mener kommunene må få anledning til å bruke fastlegene til samfunnsmedisinsk arbeid innenfor de 7,5 timer som kan tilpliktes.

Ved innføringen av fastlegeordningen valgte en å holde kommune(over)legens arbeid utenfor, siden reformen i hovedsak gjaldt det kurative arbeidet. Mange var kritiske til dette, ut fra forventede konsekvenser for samfunnsmedisinsk arbeid. I ettertid ser det ut til at skeptikerne har fått rett. Enda flere kommuner og bydeler enn før sliter med å få leger til å være medisinskfaglige rådgivere. Ut fra et samhandlingsperspektiv mener utvalget at en aktiv samfunnsmedisiner har en viktig posisjon, både for intern samhandling i kommunen og i kommunens/bydelens samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Det er nå åpnet mulighet for frivillig inngåelse av avtale med fastleger også om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid, ved at de gis rett til reduksjon av plikten til allmenntilleggsarbeid og til reduksjon av listetaket. Utvalget mener det er viktig at samfunnsmedisin i fremtiden inngår i de oppgaver som kommunen kan pålegge fastlegene innenfor påleggsklausulen på 7,5 timer.

For å gjøre samfunnsmedisinske oppgaver mer konkurransedyktig med fastlegearbeid, diskuteres også muligheter for alternativ godtgjøring av samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid. Utvalget regner med at disse forhold blir nærmere vurdert og ivaretatt av Helse- og omsorgsdepartementet, etter at høringsrunden om samfunnsmedisins fremtid i Norge er avsluttet.

2006 SHDir: Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2006:

Samfunnsmedisinske problemstillinger er mangelfullt ivaretatt i mange lokalsamfunn. Kommunene bør øke sin bruk av samfunnsmedisinsk kompetanse.

Anbefalinger: SHDir anbefaler en betydelig styrking av samfunnsmedisinsk legearbeid.

Data fra SSB viser at samfunnsmedisinen opplever en negativ trend, men enda sterkere enn offentlig allmenntilleggsarbeid. Innen samfunnsmedisin har uketimetallet sunket fra 2,41 i år 2000 til 2,08 i 2004. Når det gjelder samfunnsmedisin er dette oppgaver som ikke kan pålegges den enkelte lege. Direktoratet er bekymret for utviklingen, og vurderer for tiden ulike virkemidler.

2007 SHDir: Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007:

Kommunene har et stort ansvar for å sikre befolkningen gode og helhetlige primærhelsetjenester.

Kommunelegen har et ansvar for å ivareta helheten i kommunehelsetjenesten og i planlegging av tjenestetilbudet og som pådriver for samhandling mellom ulike deltjenester. Vi er urolige for at denne integrerende funksjonen er i ferd med å forvitne i mange kommuner. Stadig færre leger arbeider kombinert som kommunelege og fastlege. I dag er det få kvalifiserte søkere til stillinger som kommunelege, selv i

sentrale deler av landet.

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at kommunelegefunksjonen styrkes i kommunene. Forankringen i kommunen må være tydelig. Fylkesmannen/fylkeslegen kan bidra til kompetanse i kommunene ved at det etableres systemer for veiledning og oppfølging av kommunelegene i alle fylker. (Kap. 4)

Stadig færre leger arbeider kombinert som kommunelege og fastlege. I dag er det vanskelig å få kvalifiserte søkere til stillinger som kommunelege, selv i sentrale deler av landet. En del av de mest motiverte og resultatorienterte kommunelegene har gått over i helseforetakene.

Kommunelegene bør ha forutsetninger for å gjøre en helhetlig helsefaglig vurdering av ulike kommunale tiltak. Kommunene har dels løst utfordringen med å holde på denne kompetansen ved å samarbeide. I følge «Helserådet» nr 16/06 er det 251 (av 338) kommuner som deltar i interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern, smittevern eller annet samfunnsmedisinsk arbeid. 314 (av 338) kommuner deltar i en interkommunal legevaktordning.

6.2.1 Sammendrag

Det har gjennom de siste 15 årene i sentrale styringsdokumenter stadig blitt uttrykt bekymring for kommunelegen og samfunnsmedisinens plass i kommunene (kap.3.8). Manglende rekruttering har både indirekte bakgrunn i generelle trekk i samfunnsutviklingen (kap. 3.1 og 3.2) og mer direkte i de forhold som er knyttet til selve stillingene (kap. 3.3). Her pekes det spesielt på uklare og omfattende arbeidsoppgaver som ikke er i tråd med de ressurser som er avsatt, kommunenes organisering og manglende tilrettelegging for kommunelegens funksjoner med den nødvendige tilgjengelighet og nødvendige støttefunksjoner. Videre nevnes vanskene som ligger i kombinasjonsstillinger med administrative lederoppgaver eller kurative oppgaver, og en avlønning som ikke er konkurransedyktig med fastlegene, - som er det eneste arbeidsalternativet for leger i distrikts-Norge. Videre et manglende fagmiljø og faglig tilhørighet.

7 Utvikling og fremtidige arbeidsoppgaver. Anbefalinger og konklusjoner

Kommunens plikter og behov og kommuneoverlegenes arbeidsoppgaver vil stadig være i endring og utvikling. Arbeidsgruppen trekker i dette kapittelet fram noen av de utviklingstrekk som vil ha betydning i årene fremover og gir begrunnelser for hvorfor det bør sikres at kommunene utnytter den kompetansen som kommuneoverlegene representerer.

7.1 Kommunenes behov for kommunelege

Kommunens behov kan deles inn i tre grupper av oppgaver: oppgaver der kommunen henholdsvis må, bør og kan benytte kommunelege med kompetanse som spesialist i samfunnsmedisin.

Oppgaver som forutsetter at kommunen må ha ansatt en lege til å gjennomføre oppgavene:

- vern mot smittsomme sykdommer, smittevernloven, inkl. medisinsk faglig rådgivning
- miljørettet helsevern, kommunehelseloven kapittel 4a, inkl. medisinsk faglig rådgivning
- vedtak om undersøkelse, lov om psykisk helsevern, inkl. medisinsk faglig rådgivning
- helsemessig beredskap, inkl. medisinsk faglig rådgivning

Oppgaver der kommunen bør ha ansatt en lege til å gi råd eller ha ansvar for gjennomføring av oppgavene

- medisinsk faglig rådgivning ut over områdene miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap
- ivareta helsehensyn i kommunal planlegging
- faglig samordning av helsetjenester
 - internt i kommunen, i og mellom oppgaver/faggrupper som kommunen har ansatt eget personell til å utføre eller inngått avtale med (fastleger og fysioterapeuter)
 - mellom kommunens tjenester og andre, først og fremst helseforetakene
- overvåking av helsetjenesten i kommunen
- overvåking av sykdomsforhold i kommunen
- faglig kvalitetssikring i kommunen etter internkontrollforskriften
- sosialmedisinske oppgaver, spesielt i forbindelse med rusmisbruk og tilgrensende problemer

Oppgaver der kommunen kan ha ansatt en lege til å gi råd eller ha ansvar for gjennomføring av oppgavene:

- Ledelse av kommunale avdelinger eller enheter
- Samarbeid med frivillige organisasjoner
- Annet forebyggende og helsefremmende arbeid

Innholdet i må-, bør- og kan-oppgavene er nærmere omtalt her:

7.1.1 Oppgaver kommunen må ha en lege til å gjennomføre

Det er de tre første områdene, smittevern, miljørettet helsevern og beredskap, som i dag

nevnes spesielt i khtjl. § 3-5. Den direkte koblingen til kommuneoverlegen bør opprettholdes eller forsterkes.

Smittevern og medisinsk faglig rådgivning i forbindelse med smittevern

Se også kap. 5.3.9. Det er sannsynlig at utfordringene innen smittevern vil tilta i årene som kommer. Dette har å gjøre med stor reiseaktivitet og store distribusjonsnett av næringsmidler. For smittsomme sykdommer er det er nok å minne om HIV/Aids, SARS, fugleinfluensa og legionella for å se at store verdensomspennende problemer i høyeste grad kan bli en utfordring i små lokalsamfunn i Norge. I slike situasjoner må kommunene fortsatt ha en kommuneoverlege med både faglig og administrativ tyngde. For vann- og matbårne sykdommer kan en fra de siste årene minne om Giardia lamblia i drikkevann i Bergen og Oslo og EHEC i morrpølse. Samfunnet har i disse situasjonene blitt satt på store prøver på flere nivåer, men ikke minst lokalt der myndighetene må komme enkeltmennesket i møte, både de som er rammet av sykdom og alle de som frykter sykdommen.

Miljørettet helsevern og medisinsk faglig rådgivning i forbindelse med miljørettet helsevern

Se også kap. 5.3.8. Innen miljørettet helsevern vil utfordringene også bli store. Flere mennesker vil oppleve at faktorer i omgivelsene har negativ innvirkning på helsen. De helsemessige konsekvenser av for eksempel forurensing, radongass og støy vil kreve at kommunene har kommuneoverleger som har kompetanse til gjøre koblingene mellom de tekniske og laboratoriemessige fakta og klinikk på individ- og gruppenivå. Innsamling av epidemiologiske data må vurderes faglig på det lokale plan.

Beredskap og medisinsk faglig rådgivning i forbindelse med beredskap

Se også kap. 5.3.10. I kommunenes beredskapsarbeid har kommuneoverlegen en selvsagt plass. Ved større katastrofer og ulykker vil helse og liv stå i fare. Det kurative helseapparatet kan nok ta seg av diagnostisering og behandling, men de overordnede strategier og beslutninger som blir tatt i kommunen, krever innspill med helsefaglig kompetanse. Mange kommuner har de siste årene hatt utfordringer med flom og ras, og av mer sjeldne hendelser kan nevnes gasstankeksplasjonen i Gulen og nestenulykken på Lillestrøm stasjon. Under beredskapsarbeidet hører også det jevne og langsiktige arbeidet med planverk og øvelser.

Arbeidsgruppen mener at på disse tre saksområdene må kommuneoverlegens saksutgreiing fortsatt følge saken helt fram til politisk avgjørelse slik som i dag.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven § 3-1 forutsetter at det skal være en kommunelege som kan fatte vedtak om tvungen undersøkelse for å bringe på det rene om det er grunnlag for tvungent psykisk helsevern.

7.1.2 Oppgaver der kommunen bør ha ansatt en lege for å gi råd eller ha ansvar for gjennomføring av oppgavene

Annen medisinsk faglig rådgivning

Erfaringen er at det er et generelt behov for medisinske faglig rådgivning til kommunenes ledelse og andre ansatte ut over det som er bestemt som særlige oppgaver for kommunelegen. Et eksempel er Helsedirektoratets forventninger til kommunene som skjer gjennom det dokumentet som har betegnelse IS – 1. Dette er et fellesrundskriv til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetak og fylkeskommunene. Helsedirektoratet videreformidler i dette rundskrivet hovedprioriteringene i Regjeringens satsningsområder, innholdet i departementenes tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet samt innhold i og oppfølging av Nasjonal helseplan. Kommunene bør bruke kommunelegene som en "antenne" for de signaler som sendes ut gjennom dette styringsdokumentet.

Helse i planlegging

Se også kap. 5.3.6. Plan- og bygningsloven er det samlende planverktøyet i kommunen. Helseaspektet må ivaretas både gjennom innspill i tverrfaglig samarbeid og gjennom konsekvensutredninger. Mange planleggere i kommunene er dyktige på å ivareta helse og trivsel. Erfaring viser likevel at det er nødvendig å dedikere et særlig ansvar for å ivareta helse til en fast instans i kommunen. Dette både for at denne instansen kan være en konstant påminner om betydningen av å ivareta helse i plan- og utviklingsarbeidet, at denne instansen kan ha kompetanse på særlige planmessige utfordringer knyttet til helse, og at instansen kan fungere som et sikkerhetsnett der planleggingen likevel ikke i tilstrekkelig grad har ivaretatt helseaspektet.

Som en del av dette ansvaret er det naturlig at kommuneoverlegen har som oppgave å følge opp § 1-4 i lov om kommunehelsetjeneste. Dette innebærer å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som kan virke inn på denne. Det går også på å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer. Kommuneoverlegen må ha sin oppmerksomhet rettet mot de svake og marginaliserte grupper og være talsperson for de tause køer.

Samfunnsplanlegging og planlegging av helsetjenester gir også mulighet for kommuneoverlegen til å legge samfunnsmedisinske prioriteringer til grunn for arbeidet, både ut fra de endringer som skjer i sykdomspanoramaet og ut fra en målsetting om å utjevne helse i relasjon til sosial ulikhet.

Samordning av helsetjenester

Med samordning av helsetjenester mener arbeidsgruppen en faglig samordning både innad i kommunen og mellom forvaltningsnivåene.

Samordning innad i kommunen

Pasienter og brukere må sikres sammenhengende tjenester. Et stykke på vei kan dette løses gjennom administrative grep. Men viktigere er likevel å arbeide med felles strategier, helhetlig planlegging og kvalitetssikring av arbeidet. Kommuneoverlegen kan gjennom sin medisinsk-faglige rådgivning bidra til at de faglige, samordnende linjer blir

tydeliggjort og tillagt vekt på tvers av faggrensene og administrative grenser. Det har betydning for omsorgstjenestens profil når fysioterapitjenesten vektlegger kurativt arbeid fremfor rehabilitering, det har betydning for det psykiske helsearbeidet overfor barn og unge at skolehelsetjenesten ikke blir prioritert, det har betydning for alle trinn i omsorgstrappen at legetjenesten ikke er tilstrekkelig dimensjonert på korttidsavdelingen på sykehjemmet. Slike og mange lignende sammenhenger må løftes fram i beslutningsprosessene.

Kommunene har hatt vansker med å følge opp intensjonene i forskrift om individuelle planer. For sentrale helsemyndigheter er det vanskelig å forholde seg til det konglomeratet av ulike organisasjonsstrukturer som en finner i kommunene.

Fastlegene

Kommuneoverlegene vil i sitt arbeid samarbeide med en rekke ulike fagpersonell innen helse og omsorg og kommunal forvaltning ellers. Det gjelder ikke minst fastlegene.

Kommuneoverlegene er i sitt arbeid avhengig av tilbakemeldinger fra legetjenesten. Det er derfor viktig både med et godt formelt og et godt uformelt samarbeid mellom kommuneoverlegene og fastlegene. Som en del av dette arbeidet vil også tilgjengelighet og dimensjonering av legetjenesten være et tema, herunder legevakt og legevaktsordninger.

- *Arbeidsgruppen foreslår at kommuneoverlegen får et særlig ansvar for å ivareta tiltak som samordner helse- og omsorgstjenestene til en helhetlig og sammenhengende tjeneste for pasienter og brukere.*

Samordning mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Wisløff-utvalget (NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*) påpeker en rekke problemer og utfordringer for helsetjenestene, særlig i forhold til den vanskelige samhandlingen.

Utvalget viser til at svikten i samhandlingen kan være betydelig på alle nivåer, både på individnivå og systemnivå, for alle pasientgrupper og for alle overganger mellom de ulike deler av tjenestene. Problemene er særlig tydelige i forhold til pasienter som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Problemet går dermed i størst grad over de mest vanskeligstilte og de mest hjelpetrengende pasientgruppene.

En rekke forhold i utviklingen av spesialisthelsetjenesten stiller kommunen overfor store utfordringer, både på kompetanse-, kapasitets- og systemnivå.

Utviklingen i sykehusene er preget av den faglige og teknologiske utviklingen. Sykehusene blir i stigende grad høyteknologiske bedrifter som håndterer konkrete og presise oppgaver knyttet til diagnostisering og utredning, og behandling. Kun der hvor

kravene til kompetanse, tilgjengelig teknologi og utstyr i oppfølgingen ikke kan møtes utenfor sykehuset blir pasienter tilbudt opphold i sykehuset. Det finnes i og for seg gode grunner for at det må/bør være slik; hver time på et sykehus medfører økt risiko for sykehusinfeksjoner, og tjenestetilbudet er ikke rettet mot å gi de tilbud man trenger under opphold av noe varighet; undersøkelser viser en betydelig tendens til underernæring og unødig passivisering av pasienter under sykehusopphold.

Tendensen er videre i sykehusene en stadig "spissere" spesialisering, der hver avdeling/spesialist i større grad forholder seg til diagnosegrupper enn til pasientenes helhetlige behov. Ansvar for å ivareta disse, og ivareta koordineringsbehovet, må i stigende grad tas av primærhelsetjenesten.

Stadig kortere liggetid medfører dels behov for mer arbeidsintensiv og kompetansekrevende oppfølging av pasienter i etterkant av utskrivningen fra sykehuset, og dels at sykehuset har mindre "ventetid" å tilby før utskrivelsen slik at relativt omfattende tilbud må kunne stables på bena raskt.

En spesiell utfordring skyldes den rivende utvikling særlig innen kirurgien, med stadig større omfang av dagkirurgi, der pasienter må følges opp i kommunehelsetjenesten etter avanserte inngrep og med avansert utstyr, der kommunehelsetjenesten har store problemer med å holde seg oppdatert både i forhold til operasjonsteknikker og hva de krever av oppfølging, og det stadig økende utvalg av ulike typer utstyr.

Det er betydelig risiko for at informasjonsoverføringen fra sykehus til primærhelsetjenesten kan bli utilstrekkelig og/eller gis for sent ved så korte pasientforløp.

I stadig flere regioner etableres det systemer for gjensidig forpliktende avtaler og for systematisk samhandling mellom helseforetak og de "tilhørende" kommuner, flere steder med faste administrative samarbeidsgrupper med underordnede arbeidsgrupper.

Som også Wisløff-utvalget trekker frem, er en av forutsetningene for god samhandling over forvaltningsgrensene i helsetjenesten at partene kan møtes som likeverdige. Dette stiller krav til kompetanse hos kommunenes representanter i denne samhandlingen, der de møter tung spesialistkompetanse fra helseforetakenes side, og dette kan vanskelig ivaretas uten kommunelegens deltakelse.

Utviklingen går i retning av at stadig kortere del av behandlingsforløpet skjer i sykehus, og stadig mer i kommunen. Behovet for spesialisttjenester er det imidlertid ingen grunn til å tro vil avta. Når pasienten oppholder seg i kommunen, enten hjemme eller i institusjon, vil kommunen derfor ha behov for i stigende grad å etterspørre spesialisthelsetjenester der pasienten er, isteden for å sende pasienten dit spesialisttjenestene oppholder seg. Dette betyr at kommunene vil ha behov for ambulante tjenester på stadig flere områder, slik det i dag er etablert flere steder innen palliativ behandling og kreftomsorg, psykoseteam, habiliterings- og rehabiliteringsteam, psykososiale team, geriatri og psykiatri og annen klinisk virksomhet.

Flere kommuner har i samhandling med helseforetak opprettet intermediæravdelinger,

en ide som også har potensiale for betydelig videreutvikling.

Alle slike samhandlingsarenaer stiller krav til at kommunen disponerer oppegående samfunnsmedisinsk kompetanse.

Praksiskonsulentordningen (PKO) har åpnet for betydelig bedring av samarbeidsforholdene, spesielt mellom sykehus og fastlegekorpsset, og har skapt en arena for diskusjoner og fagutvikling som er svært verdifull.

Ordringen har imidlertid klare begrensninger. Dels kan det være svært vanskelig for en praksiskonsulent å bidra til kunnskaps- og erfaringsoverføring i "sin" kommune – det kan være vanskelig nok å få til en god nok kontakt med fastlegegruppen. Kommunen er en svært stor organisasjon å nå over (selv i små kommuner!), og praksiskonsulenten har en meget liten stilling, slik at PKO har begrenset mulighet til å være bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket.

PKO kan imidlertid få betydelig drahjelp, og dermed vesentlig større innflytelse på kommunens organisasjon fra kommuneoverlegen, ved et nært samarbeid og en tilrettelegging av informasjonsgangen.

Kommuneoverlegen har med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven en unik posisjon til å ivareta et systemansvar på vegne av kommunen, med sin legefaglige kompetanse og kjennskap til både kommunens og sykehusets organisatoriske forutsetninger.

Det vil blant annet (nødvendigvis) i en presset og travel hverdag kunne oppstå situasjoner der kommunen vil ha behov for medisinsk faglige råd for å vurdere rimeligheten av spesialisttjenestens anbefalinger, og kunne ta faglige diskusjoner knyttet til behandlings- og oppfølgingsbehov, rett behandlingsnivå og fenomenet "utskrivingsklar". Kommunen vil i slike situasjoner være avhengig av en oppegående kommuneoverlegetjeneste.

Det er imidlertid betydelig forskjell fra kommuneoverlege til kommuneoverlege hvordan disse oppgavene håndteres, også i hvilken grad man går inn i slike problemstillinger. Rolleforståelsen varierer betydelig, både hos kommuneoverlegene selv, og ikke minst hos arbeidsgiveren, kommunen.

- *Arbeidsgruppen mener at kommuneoverlegene skal ha et særlig ansvar for samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Det lokale nettverket av kommuneleger (se kap. 6.1.6) vil kunne bli en dialogpartner for helseforetakene i samspillet mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.*

Overvåking av helsetjenesten og helseforhold i kommunen

En lokal helsemelding må utarbeides etter en felles mal i alle kommuner. Den må gi mest mulig målbar tilbakemelding, men disse må likevel inneholde kvalitative vurderinger. Helsemeldingen skal utarbeides på et faglig grunnlag, men likevel vedtas

politisk. Arbeidsgruppen mener at arbeidet med helsemeldingen bør tillegges kommuneoverlegen som del av de samfunnsmedisinske oppgavene, men ser samtidig at dette mange steder i dag er en umulighet ut fra kommuneoverlegenes rammebetingelser. Se nærmere under kap. 8.4.7.

Faglig kvalitetssikring i kommunen

Media beskriver ofte svikt i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ofte kommer det fram at politisk og administrativ ledelse ikke har vært oppmerksom på åpenbare svikt i egen virksomhet. Det synes som om den plikten til å føre kontroll med egen virksomhet som følger av forskriften om internkontroll, ikke i tilstrekkelig grad er satt i system.

Kommunene bør bruke kommuneoverlegen som rådgiver i eget kvalitetsarbeid. Det kan ofte være nyttig at virksomheten blir vurdert av noen som ikke sitter med det direkte administrative ansvaret. Kommuneoverlegen kan bidra med kompetanse for å se virksomheten opp mot gjeldende regelverk. Selv om det ikke er lovpålagt, bør kommunene oppfordres til å etablere kvalitetsutvalg, eventuelt klage- og kvalitetsutvalg for kommunehelsetjenesten. Kommunelegen bør være leder av et slikt kvalitetsutvalg. Helseforetakenes kvalitetsutvalg bør kunne tjene som et forbilde på dette området.

Kommuneoverlegen vil ikke ha sanksjonsmiddel mot egen arbeidsgiver. Kommunelegens bidrag er derfor av rådgivende art for at kommunen kan ha en mer proaktiv form på sitt kvalitetsarbeid. Det sterkeste sanksjonsmiddel kommuneoverlegen har, er å varsle statlige tilsynsmyndigheter. Det foreslås i kap. 8.4.7 at det skal prøves ut et system for en standardisert tilbakemelding fra kommuneoverlegene om status for helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune og det foreslås i kap. 5.3.11 at kommuneoverlegen trekkes inn i klagebehandlingen av klager mot helsepersonell.

- *Arbeidsgruppen foreslår at kommuneoverlegen bør ha en særlig oppgave med tanke på rådgivning og bruk av internkontrollforskriften. Ved hjelp av dette kan kommunelegen bidra til å sikre kvalitet og sikkerhet i kommunehelsetjenesten. Dette er en viktig oppgave som må beskrives i en kommende veileder for kommunelegearbeidet.*

En annen side ved kvalitetsarbeidet, er behandlingen av klagesaker. Det dreier seg om både klage på retten til nødvendig helsehjelp og klage på brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (pliktklagede). Den formelle klageadgangen er i dag hjemlet i kommunehelseloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Når det gjelder klage på retten til nødvendig helsehjelp, skal slike klager alltid gå til kommunen først, før den eventuelt sendes over til Helsetilsynet i fylket. Kommunelegen bør delta i kommunens klagebehandling. Det vil trolig kunne bidra til at antallet saker som oversendes Helsetilsynet, blir redusert.

Det samme gjelder pliktklagede som i henhold til dagens regelverk skal gå direkte til Helsetilsynet i fylket. Her bør det vurderes en endring i regelverket som sikrer at også

slike klager først går til kommunen før eventuell videresending til Helsetilsynet. Mange fylkesleger har erfaring for at enkelte kommuner allerede i dag mottar slike klager som ofte dreier seg om besværing eller mindre alvorlige forhold og som finner sin løsning uten at den formelle tilsynsmyndigheten involveres. Men slik klagebehandling på "laveste effektive klagesaksnivå" fordrer nær kontakt med Helsetilsynet i fylket. På denne måten vil også samarbeidet mellom kommunelegen og regional og statlig tilsynsorgan bli styrket.

Sosialmedisinske oppgaver, rusmiddelmissbruk

Den individrettede delen av det sosialmedisinske arbeidet vil i dag ivaretas av mange instanser i velferdsapparatet, både i de kommunale tjenester og i NAV. Det grupperettede aspektet vil kommuneoverlegen kunne ha med seg inn i arbeidet med helse i planleggingen og samordningen av helse- og omsorgstjenestene. Gradientaspektet, at helse er fordelt etter sosiale klasser, må tas med i arbeidet med helseovervåkning og helseplanlegging. Slik vil den sosialmedisinske tenkningen alltid være en del av den samfunnsmedisinske tilnærming.

7.1.3 Oppgaver der kommunen kan ha ansatt en lege for å gi råd eller ha ansvar for å utføre oppgavene

Arbeidsgruppen har i kap. 5 pekt på en rekke arbeidsoppgaver som i varierende grad i de ulike kommuner utføres av kommunelegene. Dette er arbeidsoppgaver som det fortsatt de fleste steder vil være naturlig at kommuneoverlegen ivaretar. Arbeidsgruppen har likevel valgt å legge disse arbeidsoppgavene utenfor de definerte kjerneoppgaver, fordi dette stiller kommunene friere til å legge disse arbeidsoppgavene til andre personer i egen organisasjon.

Det gis en kort kommentar til disse arbeidsoppgavene nedenfor.

Ledelse

Flere kommuner benytter kommunelegen som leder for avdelinger eller enheter med ansvar for daglig drift. Dette er forhold som må avklares i den enkelte kommune og utredningen går ikke nærmere inn på dette

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Norge har et rikt mangfold av frivillige organisasjoner. Mange av disse driver utadrettet virksomhet.

Det er organisasjoner innen:

- Idrett,
- Kultur,
- Barne- og ungdomsorganisasjoner,
- Organisasjoner knyttet til tro og livssyn
- Humanitære organisasjoner

- Pasientorganisasjoner
m.fl

Frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle i arbeidet for en bedre folkehelse og er sammen med statlige, regionale og kommunale myndigheter sentrale aktører i folkehelsearbeidet.

Frivillige organisasjoner er også sosiale møteplasser som gjør det mulig å dyrke felles interesser på tvers av sosiale skillelinjer, det kan bidra til økt sosialt fellesskap og utvikling av nye vennskap.

Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse er viktige bidragsyttere i dagens folkehelsearbeid. Det er viktig med kunnskap om sykdommer, utberedelse og årsak for å peke samfunnsmessige forhold som påvirker folkehelsen.

Folkehelsearbeidet er i stor grad både sykdomsforebyggende og helsefremmende. Kommunelegen bør derfor ha en viktig rolle i det lokale folkehelsearbeidet og bør være en sentral aktør. Det er i denne sammenheng viktig med god kontakt med de frivillige organisasjonene. Det kan i noen tilfeller være aktuelt å koordinere dette arbeidet noe.

Hvordan kontakten med organisasjonene er, vil variere fra kommune til kommune. Men det bør utvikles en naturlig samarbeidsarena.

Annet helsefremmende og forebyggende arbeid

Det er bruk for alle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, også kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen vil bidra med samfunnsmedisinske vurderinger av tiltak og prioriteringer og gi innspill til strategivalg og overordnede beslutninger. Men arbeidsgruppen mener det er viktig å understreke kommunelegen som en av flere bidragsyttere. Å tillegge kommuneoverlegen et særlig ansvar for det forebyggende og helsefremmende arbeidet ville lett kunne bli en sovepute for andre bidragsyttere. Folkehelsearbeidet har tydeliggjort at det er mange som kan bidra, og det er viktig å la de tusen blomster blomstre. Å legge til rette for at enkeltmennesket kan bidra i frivillig arbeid i eget lokalmiljø er trolig et av de viktigste forebyggende tiltak.

Det koordinerende arbeidet for å sikre trivsel og helse som mål for utviklingsarbeidet i kommunen, bør ligge hos rådmannen. Kommuneoverlegen kan bidra med medisinsk-faglig rådgivning i et samfunnsmedisinsk perspektiv. Ikke minst er det viktig å gi råd om prioritering i en cost-benefit-tenkning.

8 Forslag til tiltak for å styrke kommunelegerollen

8.1 Målsetting og ansvar

Alle kommuner må ha den nødvendige faglige plattform for å ivareta samspillet mellom helse og samfunn og mellom individets behov for tjenester og samfunnets helsetjenester.

Det har vært en sterk vekst i kommunehelsetjenesten både i volum og faglig bredde siden kommunehelseloven kom i 1984. I den samme perioden har den tidligere distriktslegerollen gått sterkt tilbake. Den kommunale helsetjenesten har blitt delt i en pleie- og omsorgssektor med stort volum, allmennlegetjenesten har utviklet seg som et eget privatisert driftsområde og andre funksjoner som for eksempel helsestasjon, fysioterapi, jordmortjeneste er ofte organisert i andre driftsavdelinger enn pleie- og omsorg og legene. Medisinsk faglig rådgivning og helseaspekt i planlegging har gått sterkt tilbake, blant annet fordi kommuneleger ikke er involvert i arbeidet.

Arbeidsgruppen mener at dette er områder som må styrkes og at disse oppgavene ivaretas best gjennom kompetansen som tilføres gjennom det gruppe- og samfunnsrettede legearbeidet i kommunen. Det er ikke etablert andre utdanninger som gir kompetanse på dette området tilsvarende spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

Arbeidsgruppen mener ikke at leger med spesialutdanning i samfunnsmedisin har monopol på arbeidsfeltet. Tvert i mot så behøves mer enn noen gang flerfaglige tilnærminger og bidrag i folkehelsearbeid og helsetjenester. Men det må likevel sikres at alle kommuner gjennom samfunnsmedisineren har den nødvendige plattform for å ivareta samspillet mellom helse og samfunn, mellom individets tjenestebehov og samfunnets helsetjenester.

Arbeidsgruppen foreslår derfor i dette kapittelet flere tiltak med følgende målsettinger:

- a) Å sikre og styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene
- b) Å styrke rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene

Ansvaret for å nå målsettingene må fordeles på en rekke aktører. Dette gjelder både kommunene, Kommunenes sentralforbund, Den norske legeforening og universitetene. Men først og fremst påhviler det staten ved Helsedirektoratet å initiere nødvendige tiltak, etablere de nødvendige rammeforutsetninger og følge satsingen framover.

Arbeidsgruppen foreslår at det iverksettes tiltak under overskriftene

- Begrep
- Regelverk
- Organisering
- Faglig miljø og nettverk
- Utdanning og forskning
- Finansiering

8.2 Begrep

Begrepet "kommunelege" er uklart. Noen mener med dette begrepet det innholdet som ligger i Khtjl § 3-5, andre bruker begrepet synonymt med fastleger, andre med allmennleger, andre med fastlønte allmennleger. I Ot.prp. 99 om fastlegeordningen foreslo departementet at partene vurderte å innføre betegnelsen kommuneoverlege i alle kommuner for å framheve stillingens spesielle karakter og sentrale rolle.

- *Arbeidsgruppen mener at begrepet kommunelege slik innholdet er lagt gjennom Lov om kommunehelsetjeneste § 3-5 bør byttes ut med begrepet kommuneoverlege.*

8.3 Regelverk og veiledere

8.3.1 Lovverk

Lov om kommunehelsetjeneste

Kommunelegen er i dag en lovpålagt stilling gjennom § 3-5 i Lov om kommunehelsetjeneste. Mange hevder at en kommunal stilling pålagt gjennom særlov er en antikvarisk ordning og at kommunene gjennom kommuneloven bør sikres full frihet til selv å bestemme organisering og stillinger. Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004:18 å ta vekk bestemmelsen om at hver kommune skal ha en kommunelege.

Arbeidsgruppen mener at regelverket må sikre at de funksjoner som er i dag er tillagt kommunelegen, blir ivaretatt, modernisert og tydeliggjort. Kommunen er tillagt ansvaret for å ivareta oppgavene og det må samtidig være sikret at arbeidet skal utføres av en person med nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse innen smittevern, miljørettet helsevern, beredskap og etter psykisk helsevernloven.

Dette kan både gjøres ved å videreføre en lovmessig forankring som i dag, eller ved å beskrive nøkkelfunksjonene i loven og den nødvendige kompetanse i forskrifts form. Arbeidsgruppen mener at det i så lenge kommunen er pålagt oppgaver som må utføres av en lege, vil det ikke være riktig å fjerne kravet til at kommunen skal ha en kommunelege, heretter kalt kommuneoverlege. Det er også det som er mest i overensstemmelse med en målsetting om å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen.

- *Arbeidsgruppen går inn for å videreføre en forankring av kommuneoverlegen i lovverket, (jf forslag om å endre stillingsbetegnelse under avsnitt 8.2)*

Arbeidsgruppen regner med at kommunehelsetjenesteloven vil gjennomgå en revisjon uavhengig av eller som en del av en samordning med lov om sosiale tjenester. I denne sammenhengen vil det være nødvendig å reformulere de funksjoner som er tillagt kommunelegen.

- *Arbeidsgruppen foreslår følgende formulering i § 3-5:*

Kommunen ansetter en eller flere kommuneoverleger for å ivareta de

samfunnsmedisinske oppgaver som er tillagt kommunen eller kommuneoverlegen gjennom lov eller forskrift.

8.3.2 Annet lovverk

Som det fremgår av kap. 4.2 er det en rekke bestemmelser i annet regelverk som forutsetter en kommunelege som utøver av den lokale helsemyndighet. Noen av disse bestemmelsene synes foreldet, andre bør videreføres.

- *Arbeidsgruppen mener at følgende områder og bestemmelser i regelverket bør gjennomgås og vurderes lagt til en annen instans enn kommunelegen:*
 - Lov om sosiale tjenester (vedtak om kontantytelser, tvangstiltak)
 - Forskrift om håndtering av importert smittefarlig avfall
 - Godkjenning av medisinsalg, melding om apotekenes åpningstider
 - Bekreftelse om gjennomført veiledning for allmennlege
 - Oppgraving av lik
 - Melding om smittefare ved håndtering av avdød
 - Melding om skader ved atomulykker
 - Melding om privat forpleining i det psykiske helsevern
 -

- *Arbeidsgruppen mener at følgende områder og bestemmelser i regelverket fortsatt bør knyttes til kommuneoverlegen:*
 - Lov om smittevern, melding om smittsom sykdom, melding om næringsmiddelbåren sykdom, melding om dyresykdom som kan smitte mennesker, varsling om utbrudd av smittsom sykdom i kommunal helseinstitusjon, melding om tuberkulose, forskrift om skadedyrbekjempelse
 - Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, Miljøretta helsevern
 - Helsemessig lokal beredskap
 - Lov om psykisk helsevern § 3-1
 - Oversikt over dødsmeldinger, pårørendes innsynsrett i Dødsårsaksregisteret
 - Godkjenning av ordning for medisinerings av innsatte i fengsel
 - Melding om analysefunn som indikerer smittsom sykdom
 - Melding fra politiet om oppholdstillatelse for utlendinger
 - Rekvirering av nødvendige legemidler ved bortfall av legers forskrivningsrett

8.3.3 Andre styringsdokumenter - veileder for kommunene om det samfunnsmedisinske fagfeltet

Arbeidsgruppen mener at det bør utarbeides styringsdokumenter og veiledere som kan bidra til større klarhet for kommunene og kommunelegene om hvilke oppgaver som må, bør og kan ligge til stillingen som kommunelege

- *Arbeidsgruppen foreslår at det bør utarbeides en veileder for kommunene om det samfunnsmedisinske fagfeltet.*

Forslaget vil være i tråd med foreslått tiltak i St.meld.nr.16, boks 9.7. Veilederen bør etter mønster fra veilederen om kommunal norm for sykehjemsleger, gi kommunene hjelp til å utarbeide lokale krav til omfang og innhold i det samfunnsmedisinske arbeidet og til å finne løsninger som sikrer tilstrekkelig store fagmiljøer innen samfunnsmedisin og miljøretta helsevern. Veilederen må videre hjelpe kommunene til å skille ut de oppgaver som kan foregå "kommunefjært" fra de oppgaver som må foregå som en del av den kommunale forvaltning.

Veilederen bør legge til grunn det Ot.prp. 99 (1998-99) om fastlegeordningen sier vedrørende dimensjoneringen av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene:

"Departementet vil påpeke at det er viktig for kommunene å dimensjonere bemanningen i de samfunnsmedisinske stillingene slik at funksjonene blir godt ivaretatt. I mindre kommuner bør det være en kommuneoverlege i halv stilling med stedfortreder, og i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere bør det være bemanning tilsvarende kommuneoverlege i full stilling og assisterende kommuneoverlege i halv stilling."

En veileder vil kunne bidra til å klargjøre de samfunnsmedisinske kjerneoppgaver i kommunene og gi kommunen anledning til å avsette de ressurser som er nødvendig for å ivareta disse. Kommunene vil også gjennom veilederen få tydeliggjort at kommunen kan velge å bruke kommuneoverlegen til andre arbeidsoppgaver enn de samfunnsmedisinske kjerneoppgaver, men dette kommer da i tillegg og vil ikke kunne stjele tid eller ressurser fra de samfunnsmedisinske oppgaver. Spørsmålet om kombinasjoner med administrative lederstillinger eller kurative legestillinger (kombileger) må tas opp og tas stilling til gjennom dette arbeidet med planleggingen av samfunnsmedisinen i den enkelte kommune.

Veilederen bør blant annet inneholde følgende momenter og avsnitt:

- Organisering Tilsetting kan skje i samarbeid med andre kommuner. Det skal presiseres at kommunen må legge til rette for et livskraftig fagmiljø og at dette kan skje ved interkommunalt samarbeid.
- Kompetanse Det skal settes krav til kompetanse i det samfunnsmedisinske arbeidet
- Lokale krav Det skal utarbeides lokale krav til omfang og innhold i det samfunnsmedisinske arbeidet
- Oppgaver De lokale samfunnsmedisinske kjerneoppgaver bør være:
- utøvelse av lokal helsemyndighet etter lov og forskrift
 - medisinsk-faglig rådgivning
 - miljørettet helsevern
 - vern mot smittsomme sykdommer
 - helsemessig beredskap
 - ivaretagelse av helse i planleggingen
 - samordning av helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåer
 - tilsynsoppgaver
- Tillegg Kommunen kan tillegge stillingen andre oppgaver der det legges til rette kapasitet for dette

Årlig melding Kommuneoverlegen skal sørge for at det etter tilrettelagt mal blir innsendt en årlig melding til Fylkesmannen om helse- og omsorgstjenesten i kommunen (se kap. 7.1.2 og 8.4.7)

8.3.3.1 Nærmere om innholdet i veilederen – kommunens rolle i gjennomføringen av helsepolitikken

Arbeidsgruppen viser til de generelle prinsippene for styringen av helsetjenesten, f. eks. slik disse prinsippene er utformet i det såkalte Rolleutvalgets sluttrapport avgitt 12. mai 2004. Disse prinsippene er utformet med utgangspunkt i forholdet til de regionale helseforetak, men det er understreket av de gjelder også overfor kommunene som selvstendige rettssubjekter:

- Helse- og omsorgsdepartementet er gitt ansvaret for gjennomføringen av regjeringens samlede helsepolitikk.
- Sosial- og helsedirektoratet er faglig organ på sosial- og helseområdet (fagdirektorsrollen) som innebærer å ha ansvar for å følge situasjonen i befolkningens helsetilstand og utviklingen i helsetjenesten som utgangspunkt for råd og veiledning overfor overordnet myndighet og tjenestene. Direktoratet skal på utvalgte områder sammenstille kunnskap og erfaringer og opptre normerende for tjenestens arbeid.
- Direktoratet er en kompetanseorganisasjon som myndigheter og tjenesten kan henvende seg til.
- Direktoratet har en rolle i forhold til fastsatte regler, og har oppgaven å forvalte lovgivningen på vegne av departementene.
- Direktoratet har ansvaret for å sikre at vedtatt politikk iverksettes.

Dette er en styringssirkel som består i å formidle til departementene informasjon om situasjonen i befolkningens helsetilstand og utviklingen i helsetjenesten, som et grunnlag for å forvalte departementenes ansvar for gjennomføringen av regjeringens helsepolitikk, med andre ord *"følge med-ansvaret"*.

Videre har direktoratet rollen som *iverksetter* av politikken. Dette må skje i en avveining mellom lokal frihet i kommunene og hensynet til nasjonal styring og koordinering.

Helsedirektoratet får i det såkalte tildelingsbrevet fra HOD ved hvert årsskifte signaler om regjeringens helsepolitikk. Helsedirektoratet formidler signaler til kommunene videre via to kanaler, via embetsbrevet til fylkesmennene og IS -1 til kommunene

Styringssirkelen er en kjede av administrative strukturer som er avhengig av at alle ledd i kjeden fungerer maksimalt.

Forslagene til arbeidsgruppen fokuserer på kommunene som grunnleggende i forvaltningen av helsepolitikken. Med andre ord tar forslagene sikte på å styrke kommunenes rolle i styringssirkelen. I forbindelse med følge med-ansvaret fremmer gruppen et forslag om å gjeninnføre medisinalberetningen som et supplement til den viktige informasjonen som ligger i KOSTRA, Hjulet og IPLOS. Gruppen mener det er viktig også med former for kvalitativ informasjon som kan formidles i

medisinalberetningen fra hver enkelt kommune.

8.3.3.2 *Nærmere om det kommunale nivået i styringssirkelen*

Kommunene har stor grad av selvbestemmelsesrett på bruken av de rammeoverføringer de får fra staten. Likevel har staten et behov for å sikre et felles nasjonalt mål om at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå, seksuell legning, bosted, inntekt og ressurser, skal sikres likeverdige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Staten styrer kommunenes helse- og sosialtjenester gjennom lov og forskrift og gjennom tilskudd bevilget over statsbudsjettet. I tillegg er Styrings- og informasjonshjulet et viktig verktøy for å gi kommunene et verktøy for å utforme sine tjenester i tråd med sammenlignbare kommuner og utvikle tjenestene i de retninger som departement og direktorat fokuserer på.

Styrings- og informasjonshjulet er et styringssystem som har vært brukt i 15 år. Det blir utarbeidet av Helsedirektoratet og kommer til kommunene hvert år i form av to dokumenter:

- I februar/mars får kommunene IS-1 Nasjonale mål og hovedprioriteringer, der formålet er å formidle viktige føringer i statens politikk gjennom en samlet informasjon om nasjonale mål, regjeringens satsningsområder og hovedprioriteringer og tilskuddsmidler innen helse- og sosialområdet.
- På sommeren kommer Sammenligningstall for kommunene som er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå. Formålet er å gi en statistisk beskrivelse av kommunens helse- og sosialsektor foregående år, og derved gi kommunene anledning til å sammenligne sin situasjon med andre kommuner.

Det forventes at kommunene aktivt bruker Styrings- og informasjonshjulet i sitt arbeid med å utforme og utvikle sine helse- og sosialtjenester. Det er likevel erfaringsmessig store forskjeller mellom kommunene i hvilken grad og på hvilken måte dette brukes.

Eksempel på bruk av styrings- og informasjonshjulet fra Hol og Ål kommuner

Med utgangspunkt i de føringer som kommunene får gjennom IS-1 og sammenholdt med de statistiske sammenligningstall og med lokale erfaringer gjennom helse- og sosialtjenestenes årsmeldinger, utarbeider kommuneoverlegen sammen med en samlet ledergruppe i helse- og sosial, et utfordringsnotat som legges fram for en strategikonferanse i april. På strategikonferansen deltar lederne for de ulike tjenesteområdene, formannskap og hovedutvalg for helse og sosial samt tillitsvalgte og representanter fra eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Etter en samlet gjennomgang av utfordringene, deles konferansen i flere dialoggrupper som hver for seg løfter fram fem prioriterte innsatsområder. Med utgangspunkt i dette arbeidet fra strategikonferansen vedtar hovedutvalg for helse og sosial lokale politiske styringssignaler til administrasjonen. Helse- og sosialadministrasjonen / kommuneoverlegen innarbeider disse styringssignalene i en rullert helse- og sosialplan som vedtas av kommunestyret i juni.

Ansvar for å utarbeide veilederen bør ligge i Helsedirektoratet.

8.4 Organisering av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen, utøvd av kommunelegen

8.4.1 Innledning

Det vises til tidligere utredninger, Ot.prp nr 99 (1998-99) som anbefaler at mindre kommuner bør ha kommuneoverlege i halv stilling med stedfortreder, og at i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere bør det være kommunelege i full stilling. Det samme er omtalt i Helsedirektoratets veileder for kommunelege I (4-90) fra 1990. Arbeidsgruppen finner ikke grunn til å endre dette. Det faktum at det er mange små kommuner, har gitt erfaring for at det er hensiktsmessig å organisere kommunelegetjenesten i interkommunale ordninger. Arbeidsgruppen har derfor gitt dette en egen omtale.

8.4.2 Interkommunalt samarbeid

Det er i Norge 130 kommuner som har mindre enn 2.500 innbyggere og 105 kommuner som har et innbyggertall mellom 2.500 og 5.000. De minste kommunene gir ikke en sakstiliggang som er tilstrekkelig for verken å skape interessante nok stillinger for rekruttering eller å kunne gi nok erfaring til å bli en god samfunnsmedisiner. De minste kommunene gir heller ingen muligheter for et faglig miljø innen samfunnsmedisin.

Nærmere 60 % av norske kommuner har i dag en eller annen form for interkommunalt samarbeid innen miljørettet helsevern, smittevern eller annet samfunnsmedisinsk

arbeid. Det er gjort lite arbeid for å trekke erfaringer fra dette samarbeidet. Noen steder fungerer slike ordninger godt, andre steder kan det virke som om ordningene mer er en bortsetting av en brysom kommunal arbeidsoppgave.

Det primærmedisinske fagmiljøet på Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, ISM, UiT viser til to tiltak:

- Interkommunalt samarbeid om Miljørettet Helsevern er en suksess både på Helgeland og i Salten. Her får små kommuner tilgang til høyt kvalifisert personell for en rimelig penge, samtidig som arbeidet med miljørettet helsevern blir effektivisert og kvalitetssikret i alle deltakende kommuner

- Kommuneoverlegene i Vesterålen, på Helgeland og i Salten-regionene har laget sine egne regionale "Kommunelege-l"-fora. Dette er selvetablerte samfunnsmedisinske nettverk for gjensidig drøfting og rådgivning. De deltakende kommuner i hvert forum representerer også områdene for hvert sitt lokalsykehus, og brukes aktivt av Helse Nord RHF som høringsinstanser og diskusjonspartnere i saker som angår spesialisthelsetjenesten og som berører befolkning og helsetjeneste i kommunene.

I den veilederen som er nevnt i kap. 8.3.3 bør det formidles erfaringer og innarbeides føringer slik at kommunene kan utrede alternative løsninger innen et interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisin. Dette går både på hvilke oppgaver som kan løses i interkommunale miljøer utenfor den enkelte kommunes administrasjon, og hvilke oppgaver som bør være en del av kommunens eget arbeid. Det går også på det å finne gode lokale løsninger på hvilke miljøer som det er naturlig å knytte det samfunnsmedisinske interkommunale arbeidet opp til. Videre å finne løsninger som sikrer halv- eller heltidsstillinger innen det samfunnsmedisinske arbeidet.

Det bør innarbeides økonomiske incitament for interkommunalt samarbeid som må sees i sammenheng med den finansieringsordningen som foreslås under punkt 8.6 nedenfor.

► *Arbeidsgruppen mener at interkommunalt samarbeid kan være et alternativ for å få en solid samfunnsmedisinsk helsetjeneste i de små kommunene, og at det bør komme statlige føringer og økonomiske incitament for å få dette gjennomført.*

Staten skal være forsiktig med å gripe inn i kommunenes selvråderett. Gjennom den omtalte veilederen (kap.8 .3.3) kan det likevel vises til hva som er vanlig og hva som lykkes andre steder. Det er ikke vanskelig å trekke fram erfaringer på at de kommuner som har forankret kommuneoverlegen nær opp til rådmannen, har lykkes bedre med å implementere helse i den samlede kommunale planlegging og virksomhet.

➤ *Arbeidsgruppen mener at det bør gis sentrale føringer om at kommunenes samfunnsmedisinske arbeid bør forankres nær rådmannen.*

Arbeidsgruppens medlemmer oppnevnt av KS, Anna Welle og kommuneoverlege Vegard Vige har denne særmerknaden på dette punktet:

Om organisering

KS er av naturlige grunner ikke positive til forslag som krever unntak for kommunens rett til selv å bestemme hvordan organisere sine tjenester. Det kan gjerne stilles opp funksjons- og kvalitetskrav i forhold til de oppgaver kommunen skal løse, men ikke anvises organisasjonsmessige løsninger. KS mener prinsipielt at gamle myndighetsakser ikke ønskes reetablert.

8.4.3 Kombinasjonsstillinger

Se også kap. 6.1.4. Mange kommuneoverleger vil også i årene som kommer arbeide i en kombinasjonsstilling mellom samfunnsmedisin og allmenntilleggsmedisin. Dette vil være ordninger som er viktig både for å tilrettelegge for valgmuligheter og rekruttering. Men arbeidsgruppen mener likevel at kombilegen ikke skal være den normale ordningen for norsk samfunnsmedisin. Det bør heller legges til rette for flest mulig hele stillinger gjennom interkommunalt samarbeid.

Det er likevel slik at flertallet av norske kommuner er små. Det er derfor gode argumenter for flere kombilegestillinger i mellomstore kommuner, f. eks. opp til 20 000 innbyggere.

Arbeidsgruppen mener ikke at administrativ lederkompetanse er en naturlig følge av faget samfunnsmedisin. Men det er en mulighet for kommunene å legge administrative lederoppgaver til kommuneoverlegen dersom kommunen ønsker dette og legen har lederkompetanse. Dette må da ikke gå på bekostning av de ressurser som kommunen avsetter til samfunnsmedisinsk arbeid, men komme i tillegg.

Gjennom å utarbeide en lokal norm for det samfunnsmedisinske arbeidet, vil kommunene få vurdert de ulike løsninger, se kap. 7.

8.4.4 Arbeidsvilkår, lønn

I dag er det liten nytte for kommunelegene i å ha spesialistkompetanse i samfunnsmedisin. Det settes sjelden krav om spesialistkompetanse ved utlysning av stillinger, og det er andre forhold enn spesialistkompetanse som er bestemmende for lønnsnivå.

- *Arbeidsgruppen anbefaler at i de avtaler som partene inngår, må spesialistkompetanse vektlegges sterkere. Arbeidsgruppen mener at statlige instanser og større kommuner må gå foran og gi verdi til det å inneha en spesialistkompetanse i samfunnsmedisin.*

I Ot.prp. 99 (1998-99) om fastlegeordningen står det: *"Lønns- og finansieringsformer favoriserer i dag det kurative arbeidet både for kommunen og for legene. Alle utgiftene*

til offentlig allmennt medisinsk arbeid dekkes over kommunale budsjett, men når det gjelder kurative oppgaver dekker kommunen bare en del av utgiftene. Resten dekkes gjennom pasientenes egenandeler og refusjoner fra folketrygden. Så vel KS som Den norske lægeforening framhever at det er viktig å gjøre avlønning og honorering av det offentlige legearbeidet konkurransedyktig i forhold til det kurative arbeidet, for at dette arbeidet skal få den ønskete prioritet. Også en rekke kommuner uttrykker det samme, selv om flere av disse nevner at dette vil innebære en økt økonomisk belastning for kommunene.”

Det bør i kommunal sektor være kostnadsnøytralt for legene hvilken del av den kommunale helsetjenesten de skal gå inn. Dette vil særlig ha betydning i de små kommunene og vil kunne ha mye å si for rekruttering av leger til distrikts-Norge. Et fastlønnstilskudd vil kunne være et viktig bidrag for å kunne få til en konkurransedyktig avlønning for kommuneoverlegestillinger.

- *Arbeidsgruppen mener at avlønningen av samfunnsmedisinske stillinger i kommunene bør ligge på nivå med kurativt legearbeid for å kunne være konkurransedyktig.*

Det forventes at partene kommer til enighet rundt spørsmålet om vaktordninger for samfunnsmedisinere. En organisering i interkommunale enheter vil lette de praktiske løsninger på dette problemet. Det er en selvfølge at kommuneoverlegen er fritatt fra kurativ legevakt. Det er også en selvfølge at det legges til rette med kontor, IT, sekretærhjelp og nødvendig tilgang til faglige medarbeidere. Disse momentene kan tas opp i den aktuelle veilederen (kap. 8.3.3).

Videre må det legges til rette for at kommuneoverlegen kan arbeide tverrfaglig med samfunnsmedisinske spørsmålsstillinger og bidra i koordineringen av innspill fra ulike fagfelt samt å ha et helhetlig, faglig overblikk.

Medlemmene oppnevnt av KS, rådmann Anna Welle og kommuneoverlege Vegard Vige har denne merknaden:

Utredningen bør IKKE anwise lønnsnivå, verken faktisk i form av kronebeløp eller relativt i forhold til å sammenligne med andre grupper (her fastleger). Det er, og må være, kommunen i forhandling med en ansatt kommunelege, og i ansettelsesprosess med en kommunelege, som må avgjøre lønnsnivå. Et høyt lønnsnivå kan oppnås der kommunen kan forsvare det ut fra et opplevd behov for denne kompetansen, ikke ved at det gis noen sentral "norm", og kommunen må i denne sammenheng forholde seg til de betingelser som foreligger i det konkrete arbeidsmarkedet og i det fremforhandlede avtaleverk. KS mener prinsipielt at kommunelegens lønn og finansieringen av denne er et forhandlingsspørsmål.

8.4.5 Faglig miljø og nettverk

Kommuneoverleger bør være en del av et lokalt faglig miljø der en kan finne kolleger med samme arbeidsoppgaver eller tilgrensende fagfelt. Det å skape dette fagmiljøet må bli en del av de interkommunale samarbeidsløsninger. Her kan det bli ulike løsninger ut fra ulike forutsetninger. Det er naturlig at større kommuner kan tilby et fagmiljø for mindre kommuner, eller at flere mindre kommuner går sammen for å skape et fagmiljø i

sammenheng med miljøretta helsevern eller i samarbeid med Mattilsyn, helseforetak eller andre instanser.

Enkelte slike miljøer kan utvikles til å bli lokale ressursbaser. Trondheim kommune er i samarbeid med Universitetet, Institutt for samfunnsmedisin, i ferd med å etablere en slik ressursbase innen samfunnsmedisin for sin region. Andre ser for seg lokale samfunnsmedisinske "laboratorier" som kan utvikles til å bli folkehelsevitenskapelige oaser nær tilknyttet det lokale, kommunale arbeidet.

Mange samarbeidsmiljøer vil geografisk likevel ligge slik til at det er vanskelig å fullt ut nyttiggjøre seg slike ressursbaser. Det må derfor bygges opp et nettverk som binder små interkommunale samarbeidsordninger opp mot de større ressursbasene.

- *Arbeidsgruppen mener at det må være en kommunal oppgave å finne fram til og etablere interkommunale løsninger for egen kommune. Det må være en statlig oppgave å legge til rette for slike interkommunale løsninger, gi incentiver for oppbygging av ressursbaser og å bygge opp og drive de samfunnsmedisinske nettverk.*

8.4.6 Faglig miljø og nettverk - fylkesmannens helseavdeling

Flere kommuneleger etterlyser den tidligere tilgangen til nær rådgivning fra Fylkeslegen. Samtidig vet vi at vektleggingen i Fylkesmannens helseavdelinger har gått fra rådgivning og over mot tilsyn. Det er vanskelig å se for seg at fylkesmennene kan bygge opp en fullverdig, faglig andrelinjetjeneste innen hele bredden av samfunnsmedisinske problemstillinger i kommunal sektor, men Fylkesmannen bør likevel tildeles et hovedansvar for oppbyggingen av samfunnsmedisinen ute i de enkelte fylker.

- *Arbeidsgruppen mener at Fylkesmannen skal tillegges følgende ansvar i forhold til den kommunale samfunnsmedisinen:*
 - e. *Etablere og drive samfunnsmedisinske nettverk,*
 - f. *Bidra med kompetanse på forvaltning, jus, plan og miljø,*
 - g. *Koble samfunnsmedisinen opp til andre statlige innsatsområder hos Fylkesmannen*
 - h. *Etablere et nytt system for tilsyn gjennom standardiserte, årlige tilbakemeldinger fra kommuneoverlegene*

Ad a: Det første punktet må komme som en følge av et oppdrag fra direktoratet med tildelte økonomiske rammer som gjør dette mulig. Oppdraget bør bli en del av et nytt nasjonalt satsingsområde på samfunnsmedisin. Elektroniske nettverk kan også bli et viktig hjelpemiddel, her kan Kompass videreutvikles og utnyttes på en bedre måte enn i dag.

- *Arbeidsgruppen foreslår at Fylkesmannen får i oppdrag fra Helsedirektoratet å:*
 - *støtte opp under etableringen av interkommunale, lokale fagmiljø innen samfunnsmedisin*
 - *initiere og støtte oppbyggingen av ressursbaser i fylkene*
 - *etablere og drive samfunnsmedisinske nettverk*

Fylkesmannen blir edderkoppen i det samfunnsmedisinske nettverket og bygger,

vedlikeholder og holder det hele sammen. Gjerne etter mønster fra arbeidet i Finmark. Dette vil kreve en egen prosjektstilling hos den enkelte Fylkesmann i en 5 års periode. Men dette vil også muliggjøre oppretting av samfunnsmedisinske utdanningsstillinger ved fylkelegekontorene.

Ad b:

Ressursbaser bør etableres i en eller to større kommuner i fylket, gjerne i et samarbeid med Universitetet og helseforetak. En slik plassering vil kunne gi den nødvendige nærhet til de som arbeider ute i kommunen. Kommuneoverlegen i aktuelle kommuner vil her finne sitt faglige miljø.

Arbeidsgruppen foreslår at Fylkesmannen får ansvaret for å initiere og støtte oppbyggingen av slike ressursbaser, men økonomien i dette må komme fra kommunene selv. I ressursbasene vil en kunne få direkte tilgang til kompetanse eller indirekte få hjelp til å finne hvor kompetanse kan innhentes lokalt. Aktuelle fagområder kan for eksempel være de ulike fagfelter innen miljøretta helsevern (luft, støy, vann, mat), smittevern, epidemiologi, statistikk, prosjektarbeid, rehabilitering, sosialmedisin, psykisk helse og rus. De ulike ressursbaser kan igjen stå i et større nettverk med hverandre, slik at fordypningsområder kan fordeles.

Ad c: Det har de siste årene blitt vanlig at nasjonale satsingsområder blir forankret hos Fylkesmannen. Dette gjelder både eldresatsingen, psykisk helse og folkehelsesatsingen. Det er viktig å binde sammen arbeidet innen samfunnsmedisin med disse satsingsområdene, og her vil Fylkesmannen få en viktig rolle.

Ad d: Det fjerde punktet vil være en modernisering av den gamle medisinalmeldingen. Det er mange negative tilbakemeldinger fra kommunene vedrørende systemtilsyn og det må letes etter alternative måter å få tilbakemeldinger fra kommunene om status og utvikling i helsetjenestene. Samtidig er det ønskelig å styrke kommuneoverlegenes tilsynsoppgaver i kommunene.

8.4.7 Lokale helsemeldinger

Det synes å være en manglende oversikt over status og utvikling i norsk primærhelsetjeneste. Dette er tilfelle på kommunalt nivå der det i svært mange kommuner er en mangelfull oversikt og samlet vurdering av behov og tjenestenivå sett på tvers av de ulike fagområder. Det er også tilfelle på sentralt nivå. Det foreligger svært mye statistisk rapportering fra kommunene, men det mangler en kvalitativ vurdering på lokalt nivå som kan se de ulike tall i sammenheng, vurdere og vekte de ulike funn og melde essensen av dette oppover til sentrale helsemyndigheter.

Denne arbeidsgruppen har pekt på at kommuneoverlegen bør innta en sentral plass i arbeidet med å gjenopprette den lokale helsemyndighets rolle i å samordne, vurdere og melde den aktuelle lokale helse- og tjenestestatus i kommunene gjennom et "hjul"-system via Fylkesmannen og til Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidsgruppen har valgt å kalle dette en lokal helsemelding.

Mange får med en lokal helsemelding assosiasjoner tilbake til distriktslegenes medisinalmeldinger. Dette kan være riktig ut fra behovet for å få fram et styringssystem som involverer både lokal og sentral myndighet. Men innholdet vil nok både være bredere i faglig tilnærming og spissere i forhold til de behov søkelyset settes mot. Andre

kan få assosiasjoner til arbeidet med såkalte kommunediagnoser. Mange steder har dette arbeidet vært meget omfattende, og det er behov for å forenkle dette og sette det inn i et system som kan gjennomføres i alle kommuner.

En lokal helsemelding vil ha flere formål.

a) Et lokalt styringsformål

Helsemeldingen må gi kommunestyret muligheter til å få en faglig og samlet vurdering av status og behov i befolkningen. Dette er i tråd med § 1-4 i Lov om kommunehelsetjenesten som pålegger helsetjenesten å ha oversikt over helsetilstanden og de faktorer som virker inn på denne. I de fleste kommuner avgir helse- og omsorgstjenesten årsmeldinger til politisk ledelse. Men disse årsmeldinger er som regel begrenset til å melde om tjenester og tjenestenivå sett opp mot de tilgjengelige ressursrammer. Langsiktige strategivalg og implementering av helseaspektet i kommune- og kommunedelplaner forutsetter at en kan frigjøre seg fra kortsiktig ressurstenkning og se behovene til hele befolkningen og grupper av befolkningen i et langt tidsperspektiv.

b) Et sentralt "følge-med" formål

Erfaringene med dagens systemtilsyn er svært delte. Systemtilsyn kan være godt egnet til å undersøke spesifikke områder der disse i stor grad er detaljstyrt gjennom forskrift. Men det egner seg i mindre grad på områder der faglig skjønn og tverrfaglig tenkning er hovedinnholdet i tjenesten. De lokale behov og forventninger til tilsynet viser seg gjentatte ganger å komme på kollisjonskurs med tilsynsmyndighetenes tilnærming og metode. Det kan også settes spørsmålsteget ved gevinst i forhold til ressursbruk. Arbeidsgruppen tror at en helsemelding kan supplere systemtilsynet og gi tilsynsmyndigheten en nytt og mer tjenlig verktøy for dens tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Gjennom en årlig tilpasning av grunnlaget for de lokale helsemeldinger kan tilsynsmyndighetene få en styrt, kvalitativ tilbakemelding fra lokal helsemyndighet ("følge-med" rapport). Kommuneoverlegens rolle i slik "følge-med" virksomhet (som også gjerne omtales som områdeovervåking) i kommunen vil styrkes og tydeliggjøres.

c) Et sentralt styringsformål.

En lokal helsemelding må innarbeides i styrings- og informasjonshjulet. Fokus for den lokale tilbakemeldingen må ligge på de områder der staten ser et behov for å rette søkelyset. Enten som et resultat av en sentralt, vedtatt prioritering eller som grunnlag for å innhente opplysninger på et område der en er usikker på om de nasjonale mål oppfylles eller er tilstrekkelige. Lokalt kan dette gi en større oppmerksomhet rundt Styrings- og informasjonshjulet og sikre at dette innarbeides i de kommunale styringssystemer.

- *Arbeidsgruppen foreslår at det igangsettes et prosjekt i Sosial- og helsedirektoratet for å utrede bruken av en lokal helsemelding for å møte statens behov for å "følge-med", d.v.s. drive områdeovervåking.*

Medlemmene oppnevnt av KS, rådmann Anna Welle og kommuneoverlege Vegard Vige har denne særmerknaden:

Om årlig helsemelding fra kommuneoverlegen til fylkeslegen:

Kommunelegen er ansatt i kommunen, og må fungere i forhold til de interne rapporteringslinjer som er i kommunens egen organisasjon. Rapportering som skiller seg fra disse linjene skaper ugreie og uklarhet i forhold til myndighetsstruktur, og et slikt krav til særmelding fra kommunelegen kan ikke aksepteres.

Alle rapporter som kommunen som sådan skal avgi til statlige og andre forvaltningsorgan må følge samme mønster og følge samme linjer. Slike rapporter avgis i dag primært i KOSTRA. Rapportering av data som er relevant for kommunelegetjenesten, og som fylkeslegene selvsagt kan benytte i sine medisinalmeldinger, og SSB integrere i "hjulet", må gjerne etterspørres fra kommunen, men må integreres i KOSTRA-rapporteringen.

Det er en del andre faginstanser i kommunen som også har selvstendig fagansvar og som eksterne instanser kan ønske særreporter fra, og om alle slike eksterne ønsker skulle etterkommes risikerer kommunen et virvar av ulike rapporteringer, med betydelig risiko for uklarhet, manglende oversikt og sprikende rapporter med innhold som kan være dårlig samordnet, og som ikke er tilpasset kommunens beslutningslinjer. Kommunen har behov for, og må kreve, at alle rapporteringsplikter mot statlig nivå er samordnet og følger samme system.

KS mener at det ikke skal utarbeides egne rapporter for kommunelegene men at kommunen må etterspørre rapporteringen

Alle rapporteringer fra kommunelegen bør skje via målfastsettinger som er nedfelt i kommunens økonomi- og virksomhetsplaner, lederavtaler og årsmeldinger.

Rapporteringen må reflektere over sammenhengen i de kommunale tjenestene og dens tverrfaglighet, og synliggjøre kommunelegens handlingsrom i det kommunale systemet.

8.4.8 Faglig miljø og nettverk - Helsedirektoratets rolle

Sett fra kommunene sin side har det vært en mangelfull oppmerksomhet rundt samfunnsmedisin og samfunnsmedisinske problemstillinger i Sosial- og helsedirektoratet. Dette har endret seg de siste par årene og dette kommer til uttrykk gjennom "Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren" for 2006 og 2007 og det arbeidet som er igangsatt gjennom mandatet til denne arbeidsgruppen.

I det oppbyggingsarbeidet innen samfunnsmedisin som nå forhåpentligvis vil komme, er det helt avgjørende å få en sentral drivkraft i dette arbeidet. Denne drivkraften bør ligge til Helsedirektoratet.

Behovet for faglige kunnskapsbaser er langt på vei løst ved etableringen av Helsebiblioteket med en egen avdeling for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid. Kunnskap om dette hjelpemiddelet må bli mer kjent utover i fagmiljøene, og bruken av Helsebiblioteket vil da øke betydelig.

Når det gjelder etablerte instanser som Folkehelseinstituttet, Statens strålevern, Kunnskapssenteret, Kokom, Kreftregisteret, SSB m.fl. opplever de fleste

kommuneoverleger at avstanden til disse instansene er for stor til at disse kan brukes som ressursbaser i det daglige arbeidet. Mange vil heller ikke ha kapasitet til det i forhold til andre oppgaver, men når det dukker opp problemstillinger som er spesielle, opplever alle kommuner en god hjelp fra disse instansene. En viktig oppgave for disse instansene er også å gi overordnet rådgivning og retningslinjer på nasjonalt plan.

8.5 Utdanning og forskning

Det er viktig å styrke båndene mellom akademi og utøvende samfunnsmedisinere på alle forvaltningsnivå, og særlig med kommunelegene, siden de utgjør flertallet av norske samfunnsmedisinere.

8.5.1 Grunnutdanningen

Klinikeren utnytter medisinsk kunnskap for å hjelpe den enkelte å treffe beslutninger om helsespørsmål. Samfunnsmedisineren utnytter medisinsk kunnskap og annen kompetanse til å hjelpe samfunnet til å treffe beslutninger om helsespørsmål. Slik samfunnsmedisinsk virksomhet foregår på alle forvaltningsnivåer og i ulike organisasjoner i Norge, og myndighetene ønsker at dette skal styrkes. Anvendt samfunnsmedisin er en aktuell karrierevei for mange studenter. I tillegg bør alle studenter forstå at de fleste medisinske spørsmål også kan sees i et samfunnsmedisinsk lys; de bør lære å resonnerer samfunnsmedisinsk. Et minimumskrav til universitetene er følgelig at de underviser i samfunnsmedisin på en engasjerende og for alle studenter meningsfull måte. Bare slik kan medisinerstudentene forlate studiet med en tydelig opplevelse av det samfunnsmedisinske fagperspektiv.

Erfaringene i dag er at mange samfunnsinteresserte studenter i løpet av studietiden mister denne interessen til fordel for de kliniske fagene de møter på universitets- sykehusene. Dette medvirker til at nær 100% av de nyutdannede legene de siste årene er blitt rekruttert til til dels "grå" stillinger i spesialisthelsetjenesten. Det ligger en betydelig pedagogisk utfordring i hvordan studiet, og særlig utplasseringen i kommunehelsetjenesten kan bidra til å øke interessen for samfunnsmedisin.

- *Arbeidsgruppen foreslår at det blir igangsatt en utredning for å styrke samfunnsmedisinen i medisinerutdanningen, herunder å fornye det faglige grunnlaget for praktisk samfunnsmedisinsk arbeid ved hjelp av de kommunale ressursbasene, Fylkesmannen og tredjelinjeinstansene, og hvordan samfunnsmedisinsk forskning kan involveres på lik linje med basalfagene på forskningslinjene.*

8.5.2 Videreutdanning – spesialiteten samfunnsmedisin

I St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken er det

pekt på problemer knyttet til samfunnsmedisinen og legerollen, særlig i relasjon til folkehelsearbeidet. Om samfunnsmedisinen sies det bl.a.:

Det er særlig tre problemer knyttet til samfunnsmedisinen: For det første har den medisinske legespesialiteten uklar profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger rundt om i landets kommuner.

Etter at sosialkomiteen tok opp problemene knyttet til spesialiteten samfunnsmedisin i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2002 har Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26.06.06 fastsatt nye regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, noe som betyr at den faglige horisonten er utvidet i og med at disse reglene også omfatter samfunnsmedisinsk tjeneste i den statlige helseadministrasjonen i tillegg til tjeneste på kommunenivå. De nye reglene markerer også at utdanningen får et betydelig løft når det gjelder faglig innhold, jf. at utdanningen fortrinnsvis skal være basert på mester/svennprinsippet, slik som i utdanningen av de sykehusbaserte spesialitetene.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) vektlegger at utdanningen i spesialiteten samfunnsmedisin skal bygges på samme lest som utdanning i de kliniske spesialitetene, det vises i denne sammenheng til *Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen*, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Hovedpunkter i de nye reglene er for det første krav om ett års klinisk erfaring, i allmenntjeneste, ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. For det andre 4 års tjeneste i stilling/praksis med samfunnsmedisinske oppgaver som skal utføres både i kommunal forvaltning og i statlig forvaltning regionalt eller sentralt med minst ett år samlet tjeneste på kommunalt nivå og minst ett år samlet tjeneste på statlig nivå. For det tredje skal kandidaten gjennomføre såkalt veiledet utdanningsprogram med normal varighet på 3 år. Dette veiledningsprogrammet gjennomføres i gruppevisesamlinger der flere kandidater bl.a. lærer praktiske ferdigheter. For det fjerde er det fastsatt regler for kursutdanning på 270 timer innenfor en rekke fag som statistikk, epidemiologi og miljørettet helsevern.

Nærmere om den samfunnsmedisinske tjenesten

I en merknad til punkt 1 sies det i reglene at:

Den samfunnsmedisinske tjenesten skal utføres både i kommunal forvaltning og i statlig forvaltning regionalt eller sentralt med minst ett år samlet tjeneste på kommunalt nivå og minst ett år samlet tjeneste på statlig nivå.

Inntil videre antar Helsedirektoratet at tjeneste i kommuner fortsatt må organiseres etter det mønster vi har hatt de senere år, med vekt på veiledet utdanningsprogram. Helsedirektoratet vil prioritere arbeidet for å høyne det faglige kvalitetsnivået på denne delen av den samfunnsmedisinske tjenesten i tiden fremover. Dette omtales nærmere

nedenfor.

Opprettelse av utdanningsstillinger i den statlige helseforvaltningen (nivå 2)

Helsedirektoratet har i brev av 23.03.07 til departementet søkt om å bli godkjent som utdanningsinstitusjon i relasjon til spesialistreglene, jf. at departementet i dette tilfelle må være godkjennende instans. Saken er forelagt NR som har signalisert stor velvilje, men formelt vedtak mangler av grunner som ikke berører krav til kvalitet på opplegget som direktoratet tar sikte på å gjennomføre.

Helsedirektoratet har opprettet to utdanningsstillinger basert på de nye reglene. Også andre institusjoner i den sentrale helseforvaltningen tar sikte på opprette utdanningsstillinger.

Nærmere om veiledet utdanningsprogram med normal varighet på 3 år

Spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin har i dokumentet *Det veiledede utdanningsprogrammet for spesialiteten samfunnsmedisin*, beskrevet arbeidet i veiledningsgruppene, som har som mål at lege i utdanningsstilling (LIS):

- Lærer praktiske ferdigheter og refleksjon over sine teoretiske kunnskaper sammen med en erfaren samfunnsmedisiner, og helst også sammen med andre kandidater i veiledningsgruppe.
- Oppnår løpende faglig og personlig kontakt med andre kolleger og legge grunnlag for videre samarbeid.
- Avdekker eventuelle teoretiske og praktiske mangler hos seg selv og sørger for at disse blir kompensert for ved arbeid i veiledningsgruppe.
- Utvikler gode holdninger for utøvelse av samfunnsmedisin.

Veiledningsgrupper kan opprettes i regi av Legeforeningen, det vises til hjemmesiden der det er lenker til bl.a. omtale av innhold, organisering av slike grupper, godkjenning av veiledere m. v.

Inntil videre er arbeidet i veiledningsgrupper etter Legeforeningens opplegg og i regi av foreningen det samme som etter de gamle reglene har vært tilbudet for LIS som utfører den samfunnsmedisinske tjenesten i kommunal forvaltning.

Nærmere om kursutdanningen, jf. punkt 2 i spesialistreglene

Departementet skriver i sitt brev av 26.06.06 bl.a. følgende:

Teoridelen bør bestå av et modulbasert kurssystem der enkelte moduler utgjør en obligatorisk basis, mens andre moduler kan velges fritt. Det er aktuelt å se spesialistutdanningen i samfunnsmedisin i sammenheng med tverrfaglige utdanninger, som for eksempel masterutdanningen i samfunnsplanlegging.

Arbeidsgivere og andre må legge til rette for at utdanningskandidater kan få muligheter for å delta i kursopplegget. I de senere år har det vært liten interesse for å søke WHO-stipendier for å få en mulighet for masterutdanning i utlandet, for eksempel *The London School of Hygiene and Tropical Diseases*, *Harvard* og andre.

Nærmere om tjenesten i kommunene

Som nevnt må samfunnsmedisinsk tjeneste på kommunenivå godkjennes etter det samme opplegg som tidligere.

I Finnmark fungerer i praksis fylkeslegekontoret som "mester" for utdanningskandidater i kommuneadministrasjonene. Dette er en ordning som finansieres fra en egen post i statsbudsjettet.

Utdanningen av samfunnsmedisinere i Finnmark har klart bedret rekrutteringen av kommuneleger til dette fylket, samtidig som stabiliteten er god. I årsberetningen for 2004 står det bl.a. om dette:

Den viktigste effekten er imidlertid programmets bidrag til å rekruttere og stabilisere leger i samfunnsmedisinske stillinger i Finnmark: Av de vel 30 legene som har deltatt i programmet de siste 9 årene, er det bare 3 som har forlatt landsdelen.

Ordnningen ble etablert i 1988, og den finansieres over kap. 724 post 21 *Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.*, kan også nyttes under post 70.

I regelverket for denne ordningen heter det bl.a. at den dekker reise- og oppholdsutgifter for legene som deltar i veiledningsgrupper, samt lønn til veiledere og andre kostnader forbundet med fagutvikling og drift av det samfunnsmedisinske nettverket i fylket.

Av årsberetningen for dette tiltaket fremgår det at fra og med 2004 har ordningen også hatt ansvaret for å forvalte tilskudd til veiledning i allmenn- og samfunnsmedisin for hele Nord-Norge. I alt vesentlig har det blitt gitt støtte til deltakelse i veiledningsgrupper for allmenntilleggsmedisin i Troms og Nordland.

- *Arbeidsgruppen foreslår å utvide ordningen i Finnmark til å gjøre den gjeldende for alle 18 fylkeslegekontorer som et ledd i styrkingen av utdanningen i spesialiteten samfunnsmedisin. Videre vil arbeidsgruppen anmode Helsedirektoratet om å medvirke til at det blir opprettet utdanningsstillinger i den statlige helseforvaltningen, eller med andre ord at det opprettes utdanningsstillinger etter mønster av opplegget i direktoratet i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn, i RF'ene og i HF'ene.*

8.5.3 Forskning

De samfunnsmedisinske miljøene på de fire universitetene bør også kjenne ansvar for:

- Å fornye det faglige grunnlaget for praktisk samfunnsmedisinsk arbeid
- Å ta et forpliktende ansvar for å støtte praksisfeltet, herunder ansvar for videreutdanning

- Å tilrettelegge kunnskapsgrunnlaget for sentrale, nasjonale helsepolitiske vedtak

Alle de fire universitetene må delta i og markedsføre kursvirksomheten som er en del av spesialistutdanning. Det er ønskelig at miljøet ved NTNU fortsatt har hovedansvaret for dette.

Det er ikke noe klart skille mellom forskning innen anvendt samfunnsmedisin og annen samfunnsmedisinsk forskning. Begrepet primærmedisinsk forskning antyder samhandling mellom allmennmedisin og anvendt samfunnsmedisin, og det er her heller ingen klar grense. Helt siden 1980-tallet har vi hatt ordningen med allmennpraktikerstipend, og i tråd med statuttene har også anvendt samfunnsmedisin fått støtte gjennom denne ordningen. I løpet av de siste årene er det også opprettet flere forskningscentre med primærmedisinsk profil: Distriktsmedisinsk senter, Senter for Legevaktsmedisin m.fl. som er relevante for samfunnsmedisinere som vil forske. I tillegg bør samfunnsmedisinske ressursbaser i fylkene ha kontakter med sine samfunnsmedisinske institutter og med de primærmedisinske forskningssentrene. Samfunnsmedisinsk forskning på dr.gradsnivå må ha samme kvalitet som annen forskning og dessuten størst mulig internasjonal relevans. Forskning med bakgrunn i praktisk samfunnsmedisin må få større prioritet, og man må gjøre kjent resultater av basal epidemiologisk forskning og helsetjenesteforskning for praktikerne. Man må klarlegge hvordan de store helseundersøkelsene (særlig HUNT) kan brukes til samfunnsmedisinske forskningsprosjekter. Mye av denne forskningen kan absolutt foregå som anvendt samfunnsmedisinsk forskning og er direkte eller indirekte relevant som kunnskapsgrunnlag for utøvelse av kommunelegefunksjonene.

I dag prioriteres valg av forskningsoppgaver mye ut fra programmessige føringer. Frie forskerinitierte prosjekter er tyngre å drive fram, spesielt hvis initiativet kommer fra personer/miljøer som ikke er etablerte som tunge innen forskningsverdenen. Forskningsmiljøene konsentrerer seg om langsiktige og avgrensede programmatiskke områder gjennom forskergruppedannelse. Resultatene av forskningsinnsatsen veies på de akademiske vekter, hvor antall publikasjoner og grader teller mest. Dette innebærer at det blir gitt prioritet til prosjekter som gir slik uttelling, mens samfunnsnytte kommer i annen rekke. Lokale og nasjonale prosjekter er vanskeligere å publisere fra, noe som også er hemmende for anvendt samfunnsmedisinsk forskning. Rekrutteringen av leger til forskning er for tiden vanskelig, og spesielt innen samfunnsmedisin. Dette henger sammen med lønn og usikker karrierevei.

I kraft av sin spesialitet alene har samfunnsmedisinere lite forskningsmessig kompetanse. En mastergradsutdanning i tillegg til medisinerutdanning gir en god plattform for et videre dr.gradsløp. En slik karriere kan med fordel begynne allerede i studiene ved hjelp av student stipend. Å ta fatt på en forskningsmessig utdanning (som en dr. grad) etter mange år som utøvende samfunnsmedisiner er en stor overgang. Innen forskningsprogrammer og stipendiatprogrammene på universitetene er det hard konkurranse om stillingene. Kandidater med mastergrader blir ofte foretrukket, fordi de allerede har etablert kontakt med forskningsgrupper og er kommet i gang med sin dr.grad.

- *Arbeidsgruppen anbefaler at de medisinske fakultetene, i samarbeid med helsemyndighetene og eventuelt Dnlf, utarbeider en handlingsplan som omfatter:*

- *Pedagogisk utvikling av samfunnsmedisinsk undervisning i profesjonsstudiet i medisin. Det er særlig viktig at studentene får et godt innblikk i anvendt samfunnsmedisin i løpet av praksisperiodene i kommunehelsetjenesten. Videreføring av en ordning med studentstipend*
- *Videreutvikling av samfunnsmedisinsk forskning som er relevant for kommunehelsetjenesten.*
- *Styrking av akademisk kompetanse blant samfunnsmedisinere. Utvikling av veilederkompetanse i forhold til anvendt samfunnsmedisin*
- *Etablering av et eget forskningsprogram i regi av NFR for anvendt samfunnsmedisinsk forskning, i likhet med tidligere satsinger på allmennmedisin, psykiatri og klinisk psykologi*
- *Man bør satse på unge medisinere og tilby et karriereprogram som består av en mastergradsutdanning ved norsk eller utenlands universitet med muligheter for en dr.gradsutdanning deretter. Det bør være økonomiske insentiver, både i form av studiestøtte, men også meritterende gevinster ved oppnådde grader.*
- *Ordningen med allmennpraktiker/primærlegestipend bør videreføres, og det bør opprettes et samfunnsmedisinsk forskningsfond*

8.6 Finansieringen av primærlegetjenesten – forslag til forbedringer

8.6.1 Problembeskrivelse

Etter lov om helsetjenesten i kommunene er kommunene ansvarlig for å skaffe innbyggerne en helsetjeneste der leger er sentrale medarbeidere, jf. § 1-3:

- Miljørettet helsevern
- Helsestasjonsvirksomhet
- Helsetjenester i skoler
- Opplysningsvirksomhet
- Helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen
- Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
- Medisinsk habilitering og rehabilitering
- Pleie og omsorg
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

For å løse disse oppgavene skal kommunene sørge for deltjenester, bl.a. :

1. Allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. Legevaktordning

Etter § 3-5 er kommunen pliktig til å ansette en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver som kommunelegene er tillagt i lov eller instruks.

Kap. 5 i kommunehelsetjenesteloven omhandler utgiftene til disse tjenestene.

Kommunen skal dekke utgiftene ved helsetjenester den har ansvar for.

I § 2-3 er det fastsatt bestemmelser om at mottakere av kommunens helsehjelp skal betale vederlag når dette følger av lov eller forskrift. I praksis er dette egenbetalingen for legehjelp og fysioterapitjeneste, og vederlag for opphold i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.

Staten yter årlige rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene. Til de berørte kommunene yter dessuten staten et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten.

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i medhold av lov om folketrygd. Dette er stykkprisgodtgjørelse til kurativ legetjeneste.

Når det gjelder legetjenestene i kommunehelsetjenesten, er denne delte finansieringsordningen problematisk fordi de kurative legetjenestene er i en særstilling, og dermed ikke er innenfor det kommunale styrings- og prioriteringsansvaret slik som de øvrige legetjenestene.

Dette er et problem i forhold til de såkalte offentlige allmennlegetjenestene, det vil si legetjenester i sykehjem, i forhold til allmennlegetjeneste til brukere av kommunale omsorgstjenester, kronisk syke og andre med sammensatte problemer, i forhold til legetjenesten i helsestasjonene, i skolehelsetjenesten og når det gjelder prioritering av kommunelegefunksjonen.

Eksempelvis betyr det i praksis at kommunene i en vanskelig økonomisk situasjon vil ha et ønske om å redusere utgifter f. eks. til sykehjemslegefunksjonen eller legetjenesten i helsestasjoner så langt mulig. Samtidig er det et økonomisk tap for fastlegene å delta i disse tjenestene.

Dermed har vi en situasjon som medfører at viktige primærlegetjenester ikke blir prioritert av kommunene slik som ønskelig, samtidig som privatpraktiserende fastleger vil søke å unngå dette arbeidet fordi de taper økonomisk på å delta. Denne "tap – tap"-effekten lar seg i praksis ikke rette opp med avtaler, jf. at det i mange kommuner er slik at de avtalte tjenester ikke blir levert.

De såkalte "kombilegene", kommuneleger som også er privatpraktiserende fastleger, vil tape penger dersom stillingsbrøken for kommunelegetjenesten er stor, sammenlignet med en fulltids privat praksis. Siden en stor del av kommunelegefunksjonen nettopp dekkes av kombileger, er nok dette en ikke uvesentlig del av forklaringen på den tydelige tilbakegangen i utførte årsverk i kommunelegetjenesten etter 1990.

8.6.2 Finansieringen av privat fastlegetjeneste i et fordelingsperspektiv

Fordelingsproblemene når det gjelder utgifter til legetjenester er tatt opp i NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.*

I denne utredningen er det opplyst at små kommuner hadde gjennomgående høyere utgifter (både brutto og netto) per innbygger enn store kommuner. Eksempelvis hadde kommuner med mindre enn 2000 innbyggere 2 337 kroner i utgifter per innbygger i 2002, mot 478 kroner i kommuner med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere. Det er opplyst i utredningen at Helse- og omsorgsdepartementet mener at de store forskjellene i hovedsak skyldes at det er behov for bedre legedekning i forhold til innbyggertall i små kommuner for å kunne ivareta nødvendig vaktbredsrap.

Dette problemet mener utvalget som står bak denne utredningen, kan løses ved en justering av fordelingsnøkkelen knyttet til helsetjenester slik at kostnadsulemper knyttet til småkommuner og spredt bosetting blir rettet opp.

Det er imidlertid tvilsomt at justering av nøklene er tilstrekkelig, siden problemene så tydelig må sees i sammenheng med behovet for leger til legevaktordningene.

8.6.3 Hva må gjøres?

Det daværende Sosial- og helsedirektoratet har i Rapport 2007 *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren* anbefalt:

- *At det gjennomføres en vurdering av hvorvidt de prioriterte pasientgruppene får tilstrekkelig oppmerksomhet fra blant annet fastlegene med de insentivene som ligger i dagens finansieringssystem*
- *En gjennomgang av sammenhengen mellom finansieringssystemenes virkemåte og prioriteringer i kommunehelsetjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten*
- *At finansieringsordningene for legetjenesten i kommunene gjennomgås for å sikre at de er i tråd med nasjonale og lokale helsepolitiske mål*

Det sies også i denne rapporten:

Rammefinansiering av kommunene er basert på at folkevalgte politikere fastsetter hvor store ressurser det skal brukes på de ulike sektorene innenfor kommunen. Med andre ord foretar kommunen prioriteringer på innbyggernes vegne, både med hensyn til hvem som skal få et tilbud og hvilke tjenester de skal få et tilbud om.

Rammefinansiering av kommunene gir dermed best prioriteringseffektivitet, gitt at de kommunale beslutningene gjenspeiler lokale preferanser.

- - -

Finansieringen av privatpraktiserende helsepersonell avviker i stor grad fra finansieringsordningene for de offentlige, gjennom at finansieringsansvaret i vesentlig grad hviler på en "tredjepart" uten styrings- og prioriteringsansvar.

Arbeidet med denne gjennomgangen av finansieringsordningene er en prioritert oppgave i Helsedirektoratet. Dette arbeidet er omfattende og vil ta sin tid.

Arbeidsgruppen for utvikling av kommunelegetjenesten vil derfor foreslå at det så raskt som mulig blir tatt i bruk en finansieringsordning for primærlegetjenesten med sikte på:

- Å sikre kostnadsnøytralt valg og prioritering av legetjenester i kommunene.
- Å redusere de store utgiftsforskjellene mellom små og store kommuner når det gjelder legetjenester.

8.6.4 Nærmere om et forslag til finansieringsordning for primærlegetjenesten

Tidligere bidro staten med et såkalt fastlønnskudd til de kommuner som ønsket å satse på fastlønnede leger som et alternativ til privat allmennpraksis. Denne ordningen falt bort i og med innføringen av fastlegeordningen. Den innebar i enkelte henseender en mulighet for at kommunene i en viss utstrekning kunne prioritere legetjenester kostnadsnøytralt, samtidig som det var mulig å støtte kommuner med store utgifter til legetjenester på grunn av vaktordningene.

Arbeidsgruppen vil imidlertid foreslå en modifisert ordning som også ivaretar et ønske om kostnadsnøytral prioritering for kommunene når det gjelder den totale primærlegetjenesten, ikke bare den kurative legetjenesten, samtidig som den innebærer en mulighet for å støtte småkommunene som har legevaktproblemer.

Forslaget går ut på at det etableres en beregningsmåte for tildeling av et samlet *primærlegetilskudd* til en kommune. Størrelsen på dette samlede tilskuddet fremkommer ved å multiplisere det nødvendige antall primærlegeårsverk (eksklusive antall fastleger som driver privat praksis) i en kommune med et gjennomsnittsbetrag som svarer til en normert legelønn i fastlønnen kommunal stilling.

Fra denne summen må det trekkes de inntekter som vedkommende kommune har hatt på disse primærlegene i form av pasienters egenbetaling og trygderefusjoner.

Restbeløpet må danne et utgangspunkt for å beregne et primærlegetilskudd som utbetales kommunen i etterhånd.

Arbeidsgruppen antar at det må drøftes nøye hvordan denne beregningen skal foretas:

- Dersom staten overtar en for stor del av utgiftene, kan dette bety en uheldig prioritering av legetjenester generelt sammenlignet med øvrige deler av kommunehelsetjenesten.
- Dersom den statlige støtten blir for liten, kan effekten når det gjelder et kostnadsnøytralt valg for kommunene dermed også bli for liten.

I alle tilfelle vil en slik ordning bety en større grad av kostnadsnøytralt valg for kommunen.

Det må drøftes nøye hvordan godkjenningen av antall legestillinger som er nødvendig i hver enkelt kommune skal foretas. Det er nærliggende å tenke seg at dette blir foretatt av fylkesmannen, jf. at det var fylkesmannen som fordelte fastlønnskuddet da denne ordningen gjaldt. Det er også fylkesmannen som foretar fordelingen av de såkalte

utjamningstilskuddene i inntektssystemet, slik at det vil være naturlig at det er fylkesmannen som vurderer legebehov ut fra bl.a. legevaktordninger.

Dette forslaget innebærer ingen endringer i forhold til kommuners organisering av fastlegeordninger basert på privat praksis.

8.6.5 Finansiering av ordningen

Dersom dette forslaget følges opp, betyr dette en omfordeling av utgiftene til helsetjenester mellom kommune og stat, en situasjon som ikke er uvanlig.

Utgiftene som staten får i form av et statlig primærlegetilskudd slik som skissert, må dekkes ved at en tilsvarende reduksjon blir innarbeidet i det totale rammetilskuddet til kommunene.

Dersom ordningen medfører at kommunene satser på flere primærlegestillinger, vil utgiftene fordeles mellom stat og kommune etter en fordelingsnøkkel som eksempelvis kunne være 50 % fra staten. Som nevnt ovenfor må en eventuell fordelingsnøkkel drøftes nøye.

Det er et viktig poeng at samfunnsøkonomisk blir en ønsket økning av antall primærleger uavhengig av utformingen av fordelingsnøkkelen.

Medlemmene oppnevnt av KS, rådmann Anna Welle og kommuneoverlege Vegard Vige har denne særmerkningen:

Om finansiering / primærlegetilskudd

For KS er dette ikke et spiselig forslag. KS har et klart standpunkt i forhold til at all finansiering av kommunene bør skje i form av rammer og frie driftsmidler, ikke ved øremerkede tilskudd som begrenser muligheten for lokal prioritering. Særlig i en situasjon der økonomien er trang vil øremerking i forhold til et godt formål medføre større problemer med å gjennomføre et annet, og det blir vanskeligere for kommunen å sette prioriteringen inn i en helhetlig sammenheng.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

9.1 Økonomiske konsekvenser av arbeidsgruppens forslag

I kap. 8 *Forslag til tiltak for å styrke kommunelegefunksjonen* er det fremmet en rekke forslag som for den aller største delen er av en slik karakter at de ikke har budsjettmessige konsekvenser.

F. eks. vil en eventuell reformulering av de funksjoner kommuneoverlegen skal ha i framtida, neppe ha økonomiske konsekvenser av betydning, det er tale om en endret disposisjon av kommuneoverlegenes arbeidsinnsats i kommunene.

Nedenfor omtales de forslag som har økonomiske konsekvenser, slik arbeidsgruppen ser det.

9.1.1 *En ønsket økning av årsverk utført av kommuneleger*

Gjennomsnittlig årslønn for kommuneleger ligger på ca. 750 000,- , slik at utgiftene som dekkes av kommunene er ca. 1 mill. per stilling, inklusive sosiale utgifter, utgifter til kontor, hjelpepersonell etc.

En ønsket utvikling i retning av at det i løpet av f. eks. en fem-årsperiode skal lykkes å få antall årsverk tilbake til 250 årsverk fra ca. 219 i dag, vil derfor koste kommunene ca. 1 mill. x 30 i tillegg til dagens utgifter.

Denne ønskede utviklingen vil med andre ord bety en **årlig økning på ca. 6 stillinger, eller 6 mill.** totalt på primærkommunenes budsjetter i kommende 5-årsperiode. Se foran om forslaget til løsning på finansieringsproblemerkene i primærlegetjenesten.

9.1.2 *Økning av faglig kompetanse – videreutdanning*

Arbeidsgruppen foreslår under pkt. 8.4.4 at spesialistkompetanse må vektlegges i forbindelse med lønnsavtaler. Det er ikke mulig og vel heller ikke ønskelig at arbeidsgruppen prøver å tallfeste hva dette vil koste, siden dette er et forhandlingstema.

Det er sterkt ønskelig at den faglige kompetansen økes, se pkt. 8.5.2 Videreutdanning – spesialiteten samfunnsmedisin.

Som nevnt består spesialistutdanningen av fire elementer:

- Klinisk tjeneste

- Samfunnsmedisinsk tjeneste
- Veiledet utdanningsprogram
- Kursutdanning

Den kliniske tjenesten innebærer ingen ekstra utgifter som ledd i utdanningsprogrammet.

Den samfunnsmedisinske tjenesten på kommunenivå er "gratis" for både lege under utdanning og kommunene. Siden det er sterkt ønskelig å heve kvaliteten på utdanningen i kommunene, anbefaler arbeidsgruppen at den såkalte Finnmarkmodellen gjøres gjeldende for hele landet, se nærmere omtale nedenfor.

På statlig nivå, f. eks. i Helsedirektoratet, er utdanningsstillingene omgjorte ordinære stillinger. Lønnsnivået er lavere enn for tilsvarende ordinære legestillinger i direktoratet. Tilbudet som organiseres er et ledd i et arbeid for generell kompetanseheving i direktoratet, og koster på den måten ikke noe for utdanningskandidaten.

Veiledet utdanningsprogram organiseres av Legeforeningen, og lege under veiledning betaler oftest ca. kr. 10 000 til Legeforeningen for dette. Arbeidsgiver må tillate noen timer "fri" i året for deltakelsen i disse gruppene.

Kursutdanningen har økonomiske konsekvenser for arbeidsgiver i forbindelse med permisjon for å kunne delta. Kursavgift og reiser dekkes i stor utstrekning av Legeforeningens fond.

9.1.3 Forslaget om å ta i bruk Finnmarksmodellen, jf. kap. 724 post 21

I regelverket for denne ordningen heter det bl.a. at den dekker reise- og oppholdsutgifter for legene som deltar i veiledningsgrupper, samt lønn til veiledere og andre kostnader forbundet med fagutvikling og drift av det samfunnsmedisinske nettverket i fylket.

Av årsberetningen for dette tiltaket fremgår det at fra og med 2004 har ordningen også hatt ansvaret for å forvalte tilskudd til veiledning i allmenn- og samfunnsmedisin for hele Nord-Norge. I alt vesentlig har det blitt gitt støtte til deltakelse i veiledningsgrupper for allmenntilleggsmedisin i Troms og Nordland.

Utgiftene til dette tiltaket i Finnmark var i 2005:

<i>Tildelt belastningsfullmakt</i>	<i>1.000.000</i>
<i>Lønn og godtgjørelser</i>	<i>112.457</i>
<i>Reiseutgifter</i>	<i>531.327</i>
<i>Møteutgifter</i>	<i>33.483</i>
<i>Andre utgifter</i>	<i>245.719</i>
<i>Ubrukte midler</i>	<i>77.014</i>

I tillegg må regnes utgifter til 1 legestilling ved fylkeslegekontoret.

Bevilgningen var i 2007 på kr. 1.100 000,-, og i 2008 er den på 900 000.

Lønnsutgiftene som er nevnt her, er utgifter til bistillingen for kommunelegen i Sør-Varanger, som har ivaretatt veiledningsoppgavene i hovedsak. Utgiftene til veiledningsordningen i Troms og Nordland er inkludert. Mer enn halvparten av disse utgiftene har blitt brukt til samfunnsmedisinen.

Arbeidsgruppen foreslår som nevnt i pkt. 8.5.2 *Videreutdanning – spesialiteten samfunnsmedisin* at ordningen må utvides til å gjøres gjeldende for alle 18 fylkeslegekontorer. Det foreslås at bevilgningen kan nyttes slik det passer best i det enkelte fylke. F. eks. kan det være nødvendig i enkelte tilfelle å opprette nye stillinger, i andre fylker kan det passe best å engasjere på deltid f. eks. kommuneleger eller andre kvalifiserte personer til å ivareta arbeidet med å løse oppgavene i tillegg til at det er ressurser til disposisjon for fagutvikling og dekning av reiser for kommuneleger som deltar i et utdanningsprogram som kvalifiserer for spesialiteten samfunnsmedisin, etter mønster fra Finnmarksmodellen.

Oppgaver som kan ivaretas med disse midlene som grunnlag:

- Ivareta mester/svenn-veiledningen for kommuneleger i utdanning for spesialiteten samfunnsmedisin.
- Bidra i utdanningen for allmennmedisin.
- Bidra i den faglige delen av turnustjenesten.
- Knytte kontakt til leger i samfunnsmedisinske stillinger i HF'ene, bl.a. med henblikk på Helsedirektoratets "følge-med"-ansvar som et bidrag til direktoratets arbeid med å følge opp den vedtatte helsepolitikken, når det gjelder prioritering, fordeling av ressurser, samordning mellom 1. og 2. nivå i helsetjenesten, folkehelsearbeid m. v.
- Tilsvarende å knytte kontakt med kommunelegene for å få en mer effektiv utnytting av deres kompetanse i forbindelse med kommunenes gjennomføring av vedtatt helsepolitikk, også her for å få en bedre fordeling, prioritering, samordning, folkehelsearbeidet m. v.
- Bidra til kvalitetssikringsarbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.
- Fagutvikling for helsepersonell i fylket, herunder fagutvikling av samfunnsmedisinen.

Med dette vil man oppnå bl.a. følgende:

- Helsedirektoratets arbeid med å følge opp vedtatt helsepolitikk kan styrkes vesentlig, jf. at direktoratet ikke har hatt et tilfredsstillende ytre apparat til dette formålet.
- "Følge med"-funksjonen som er viktig for Helsedirektoratets arbeid kan styrkes.
- Rekrutteringen til kommunelegestillingene vil sannsynligvis bedres, jf. erfaringene fra Finnmark.
- Utdanningen av samfunnsmedisinere vil styrkes, i og med at mester/svennprinsippet kan realiseres også på kommunenivå.
- Fagutviklingen av samfunnsmedisin vil kunne bli vesentlig styrket, jf. Nylenna-utvalgets innstilling.
- Utdanningen av allmennpraktikere og turnuskandidater vil bli vesentlig styrket.
- Arbeidet med folkehelsearbeidet kan styrkes ytterligere.
- Informasjonsinnhenting kan bedres jf. arbeidet med en ny form for de såkalte

medisinalberetningene som fylkeslegen i Sogn- og Fjordane har initiert.

Med utgangspunkt i tallene fra fylkesmannen i Finnmark foreslås at en økt bevilgning på denne posten fordeles på hvert fylkeslegekontor med ca. kr. 1,5 mill., etter hvert som ordningen utvides.

Til sammen ved full utbygging kr. 25 mill. på kap. 724 post 21 på statsbudsjettet.

9.1.4 Økonomiske konsekvenser av forslagene til økonomisk løsning

Etter forslaget skal staten delvis overta ansvaret for finansieringen av *fastlønnede primærleger*, i tillegg til statens bidrag i form av stykkprisgodtgjørelse til disse legenes inntjening i forbindelse med eventuell fastlegevirksomhet.

Hensikten med dette forslaget er følgende:

- Kommunene vil stå friere med hensyn til bruk av de ansatte legene til de behov kommunen har, det være seg kommunelegetjeneste, fastlønnet fastlegevirksomhet, tjeneste som sykehjemslege, legetjenesten ved helsestasjonene mv., fordi statens bidrag vil medføre at disse tjenestene i større grad vil bli *kostnadsnøytrale i forhold til kommunens preferanser*.
- Kommunene vil i større grad kunne velge antall primærleger ut fra *behov*, f. eks. i forhold til organisering av legevakt.
- Ordningen vil kunne virke som et element i kostnadsutjevningen knyttet til problemer i forbindelse med spredt bosetting og lavt innbyggerantall, jf. arbeidet med et forbedret inntektssystem for kommunene, se Borge-utvalgets NOU 2005:18 og Sørheimutvalgets innstilling som ble lagt fram 8.10.07.
- Kommunene kan uavhengig av denne ordningen organisere allmennlegetjenesten som privat praksis slik som i dag.

Samfunnsøkonomisk vil dette bety at staten overtar en del av utgiftene, kommunene får tilsvarende mindre utgifter.

At disse utgiftene flyttes fra kommunene til staten betyr at de kommunale rammene kan reduseres på sentralt nivå slik at staten får et tilsvarende beløp til å dekke det foreslåtte primærlegetilskuddet.

Med andre ord vil ordningen være kostnadsnøytral dersom det er tale om et uendret antall årsverk. Men hensikten er at *utgiftene i større grad settes i relasjon til behovet for leger*, og på den måten vil staten bli delansvarlig for kostnadsulemper med å organisere primærlegetjeneste i en spredt bosetting, i stedet for kommunene.

Størrelsen på det statlige primærlegetilskuddet vil som nevnt i pkt. 8.9 bl.a. i noen grad være avhengig av hvordan Sørheim-utvalgets innstilling blir fulgt opp. Det er verdt å merke seg at Borge-utvalget peker på at små kommuner har gjennomgående høyere utgifter (både brutto og netto) per innbygger enn store kommuner når det gjelder allmennlegetjenesten etter at fastlegeordningen ble innført. Eksempelvis hadde kommuner med mindre enn 2000 innbyggere 2.337 kroner i utgifter *per innbygger* i

2002, mot 478 kroner i kommuner med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere. Bruttoutgifter *per legeårsværk* varierer også med kommunestørrelse og er størst i de minste kommunene. De minste kommunene hadde nærmere 1,5 millioner i utgifter per legeårsværk i 2002, mens kommuner med mer enn 10 000 innbyggere hadde fra om lag 650 000 til 750 000 kroner i utgifter. (Se NOU 2005:18, side 197 – 198). Med andre ord er det et sterkt behov for ordninger som innebærer utjamning, både i sammenheng med det kommunale inntektssystemet og ordninger som i tillegg setter utgifter til legetjenester i relasjon til antall leger som det er behov for, for å minske de ulemper som følger av hovedprinsippet i fastlegeordningen der legebehov kun er sett i relasjon til antall innbyggere.

Det bør være en kommunal egenandel i utgiftene til de fastlønnede legene av flere grunner.

- *Arbeidsgruppen antar at det er en rekke spørsmål knyttet til den konkrete utformingen av forslaget i pkt. 8.9 som må utredes nærmere før dette kan settes ut i livet, men vil konkludere så langt med at det er gode argumenter for at så skjer.*

9.2 Administrative konsekvenser

Forslagene til arbeidsgruppen legger opp til å styrke styringssirkelen i helseadministrasjonen, jf. beskrivelse i pkt. 8.3.3.1 *Nærmere om innholdet i veilederen – kommunens rolle i gjennomføringen av helsepolitikken*

De viktigste administrative konsekvensene av arbeidsgruppens forslag er derfor følgende:

- *Fylkesmannens/fylkeslegens rolle i styringssirkelen vil bli styrket, jf. forslag om økt bemanning og styrking av rådgivningsfunksjonen.*
- *Kommunenes rolle i gjennomføringen av helsepolitikken vil bli styrket, jf. at denne rollen etter arbeidsgruppens oppfatning er avhengig av at signalene fra sentralt nivå blir oppfattet og tolket på en for kommunen hensiktsmessig måte. Forslagene som tar sikte på å styrke kommunelegefunksjonen, må klart sees på denne bakgrunnen.*

Referanser:

1. NOU 1998: 18: Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. nr. 16 (2002 -2003) *Resept for et sunnere Norge*.
3. Handlingsplan for utvikling av samfunnsmedisinen. Sosial- og helsedirektoratet. 2005.
4. Rapport 2007 Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Sosial- og helsedirektoratet.
5. Sundhedsloven. 16. mai 1860.
6. Sosialdepartementet. Ot. prp. nr. 36 (1980-81 Om lov om helsetjenesten i kommunene
7. Sosialdepartementet. Ot. prp. nr. 66 (1981-82) Om lov om helsetjenesten i kommunene
8. Sosialdepartementet. St. meld. nr. 41 (1987-99) Nasjonal helseplan.
9. Sosialdepartementet. St. meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.
10. Sosialdepartementet. NOU 1992 1992: Finansieringsordninger for allmennlege- og fysioterapitjeneste
11. Betty Johanne Pettersen: Local Public Health Physicians in Norway from 1994 to 2002. ISM skriftserie nr. 97. Universitetet i Tromsø. 2008.
12. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Utredning nr. 3. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Oktober 2003.
13. Sosial- og helsedirektoratet. Magne Nylenna: Rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge. 2005.
14. Sosial- og helsedepartementet. Ot. prp. nr. 99 (1998-99) Fastlegeordningen
15. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.
16. Sosial- og helsedepartementet. Lov om vern mot smittsomme sykdommer. 1994.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.
18. Frode Forland: Utposten 2004;3:35-7
19. Sosial- og helsedepartementet. NOU 1998:18 Det er bruk for alle.
20. Sosialdepartementet. St. meld. nr. 23 (1996-97) Om fastlegeordningen.
21. Sosialdepartementet. Lov om helsemessig og sosial beredskap. 2000.
22. Sosialdepartementet. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. 1984.
23. Sosialdepartementet. St. meld. nr. 50 (1994-94) Samarbeid og styring.
24. Tor Ødegård: Utposten 1997;26:8-10.
25. H. Sandvik: Evaluering av fastlegereformen 2001 – 2005. NFR 2006.
26. Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport 2004. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år.
27. Miljøverndepartementet. Plan- og bygningslov. 1985.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
29. Helse- og omsorgsdepartementet. St. prp. nr. 1 ((2007 -2008).Kap. 724. Post 21. Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.
30. Aina Schiøtz: Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003, bind II

Vedlegg

Nærmere omtale av utviklingen fra helserådsordfører til kommunelege.

Nedenstående er et sammendrag fra Aina Schiøtz' omtale i bokverket "Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003), bind II.

Sundhedsloven av 1860 hadde bestemmelser om opprettelse av sunnhetskommisjoner i hver eneste norske kommune. Byene skulle ha sunnhetskommisjoner som bestod av magistraten eller en annen representant for administrasjonen, byingeniøren samt tre andre valgt av kommunestyret. Den statlig ansatte embetslegen, stadsfysicus, skulle lede arbeidet.

På landet skulle kommisjonen også ledes av embetslegen. Videre skulle den settes sammen av hele kommunestyret eller av så mange av dets medlemmer som kommunestyret "ved Commissionens Oprettelse og senere efter hvert nyt almindelig Valg av Formænd og Representanter dertil udvælger". Etter hver kom det også to til som *ikke* skulle sitte i kommunestyret, og fra 1931 ble det – etter påtrykk fra Norske Kvinners Nasjonalråd – bestemt at det skulle sitte minst én kvinne i helserådet.

For sunnhetskommisjonene i byene gjaldt at de *skulle* fremme forslag til alminnelige forskrifter for sunnhetsvesenet i kommunen, i landkommunene at de *kunne*. Disse måtte godkjennes av kommunen og dernest av departementet. Etter dette hadde forskriftene lovs form. Et lovlig fattet vedtak i sunnhetskommisjonen kunne altså ikke omstøtes av noen lokal myndighet. Bare departementet, eller i "fornødent Fald" Kongen, kunne oppheve eller forandre et slikt vedtak. Sunnhetskommisjonene fikk gjennom disse forskriftene myndighet til å regulere og begrense enkeltindividets handlefrihet.

Sunnhedsloven innebar en klar innrømmelse til legestanden. Det tidligere tysk-inspirerte

prinsippet om at det var politiet som skulle lede sunnhetsarbeidet i kommunen, ble fraveket. Om dette uttalte Karl Evang i 1955: "Derved var med en gang hovedvekten og betoningen flyttet fra det politimessig kontrollerende over til det forebyggende og konstruktive, fra det juridiske til det medisinske". Sunnhetsloven understreket den offentlige legens ansvar for det forebyggende helsearbeidet, og at sunnhetskommisjonen skulle være hans viktigste instrument i dette arbeidet. I rollen som kommisjonens ordfører ble embetslegen det sentrale formidlingsleddet mellom staten, kommunene og befolkningen i alt som gjaldt helsespørsmål.

I årene som fulgte, var det mange faktorer som bidro til å forhale eller stoppe sunnhetskommisjonenes arbeid. Legene arbeidet under problematiske rammebetingelser som dels skyldtes sentralmyndighetenes forsømmelser, dels kommunestyrenes likegyldighet. Særlig møtte legene motstand i alle foranstaltninger som kostet penger, "både hos de engere kommuner og hos den på dette gebet usagkyndige Amtmand". Slik omtalte legen og veterinæren Ole Malm dette i 1887. Men legene hadde også mangelfull opplæring i hygienespørsmål. En annen årsak til sunnhetskommisjonenes "fiasko" var, ifølge Malm, medisinalvesenets haltende organisasjon. Bindeleddet mellom medisinalledelsen i sentraladministrasjonen og distriktslegene ute i felten manglet. En amtslege (fylkeslege) på linje med amtmannen, som kunne veilede og ha oversikt, kunne rette på dette misforholdet. Ute i landdistriktene viste kommunestyrene ofte likegyldighet for sunnhetspleien. Man betraktet bruken av tid på slikt arbeid som nærmest bortkastet. Andre faktorer som bidro til de elendige resultatene, var at legene fullt ut var opptatt med det kurative arbeidet, og at den godtgjørelsen de fikk for det offentlige helsearbeidet, var under enhver kritikk. Aina Schiøtz sier i bokverket *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003*, bind 2 at det som *ikke* ble nevnt i Malms artikkel, kanskje hadde like stor betydning, nemlig at store deler av befolkningen skulle ha seg frabedt at embetsstandens normer og standarder ble trødd nedover hodene deres. At befolkningens materielle betingelser neppe tillot en annen livsform, synes heller ikke Malm å ha vært oppmerksom på.

I helserådsprotokoller og medisinalberetninger finnes mange eksempler på at distriktslegene, med eller uten sunnhetskommisjonen i ryggen, tok oppgavene alvorlig. Tilsvarende er eksemplene mange om man leter etter folkelig motstand og protest, eller etter leger som hadde annet å bruke tiden på enn å bidra til å bringe befolkningen ut av "Ukyndighedens lave Trin".

På 1890-tallet ble det igjen ny aktivitet – om enn på en annen måte. To utviklingstrekk satte sitt preg på bygdas helserådsarbeid og legenes aktivitet, den ene med rot i nye ideologiske grunnholdninger, den andre med rot i vitenskapen. Den sosiale siden ved helsearbeidet trengte seg frem, mens påvisningen om at det var biologiske årsaker til sykdom, og at smitte lot seg identifisere og isolere, nedfelte seg i nye lover og påbud. På ny ble det understreket at fattigdomsproblemene eller de sosiale problemene var strukturelle, og på ny understreket man det offentlige ansvar. Det offentliges ansvar ble erkjent på en rekke områder, men helst for de svakeste og begrenset til de laveste inntektslagene. Men det private ble på ingen måte trengt tilbake, snarere tvert imot. Det utviklet seg et privat-offentlig system, der private organisasjoner fant sin naturlige plass i samarbeid med det offentlige.

Nok et utviklingstrekk fra 1890-årene er det verdt å stoppe opp ved. Det gjaldt menighetsdiakonissenes inntog i hygienearbeidet og i den praktiske sykepleien. Både

gjennom Legeforeningens tidsskrift og på lokalt hold ivret leger for å ansette sykepleiere i "marken". De ville ha medhjelpere som kunne lære befolkningen praktisk hygiene og gi sunnhetsopplysning. På denne måten ble menighetsdiakonissene – som de første utdannede sykepleiere i landdistriktene – forløpere for de senere helsesøstrene. Men det var først i det neste århundre at sykepleiere og medlemmer av frivillige organisasjoner ble en virkelig kraft i det forebyggende helsearbeidet.

I byer og tettsteder nedfelte bakteriologien seg i en rekke miljøhygieniske tiltak. Fra slutten av 1880-årene og særlig i løpet av 1890-årene avstedkom dette nye oppgaver for sunnhetskommisjonene. Det kunne gjelde kjemiske utslipp, luftforurensning og sanitære problemer i tettsteder med gruve- og industrianlegg.

Tross ideologiske skifter og endringer i det medisinske kunnskapsregimet – fra miasmer til bakterier – kan man se en rød tråd i helserådsarbeidet og i legenes opplysningsvirksomhet innen hygienefeltet. Det var særlig tre saksfelt som aldri ble tatt av programmet. Det gjaldt boliger og bolighygiene, personlig hygiene og ernæring. Det skjedde også en sterkere fokusering på individets atferd og individets ansvar for ikke å spre smitte. Ytterligere et trekk ved det lokale helserådsarbeidet var sentraliseringen. En mer aktiv stat materialiserte seg på sunnhetsvesenets område med stadig flere påbud og direktiver initiert fra sentralt hold. Slik ble det i mindre grad opp til det lokale helseråd å sette dagsorden. Det kan slås fast at det var et lite enhetlig sunnhetsapparat landet over.

Utover hele 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, ja kanskje enda lenger, eksisterte det divergerende oppfatninger av begrepet "helse". Det kan registreres en gjenstridighet i allmuen mot hygieneidealene, en gjenstridighet som både var økonomisk og kulturelt betinget.

Forutsetningen for at 1800-tallets helsearbeidere skulle lykkes med sitt hygieneprosjekt, var derfor ikke ensidig å ta utgangspunkt i medisinske "sannheter", lover og påbud, veiledninger og borgerlige idealer, men å sette seg inn i den allmenne forståelsen av hva som fremmer helse, og slik ta mål av seg til å endre de kulturelle kodene. Det var først og fremst her legene kom til kort. Det var her den åpenbare mangelen på kulturforståelse kom sterkest til syne. Det finnes utallige eksempler på leger om i skrift og tale viste forakt for allmuen, og heller måtte støte folk fra seg enn å åpne for nye idéer, ny lærdom og ny mentalitet.

Det var et kulturarbeid som ble satt i gang med sunnhetsloven av 1860. Men det gikk langsomt å endre befolkningens holdninger og vaner, for ikke å si dypstrukturer i menneskesinnet. Sunnhetskommisjonene representerte allikevel et gjennombrudd når det gjaldt mulighetene til å kunne nå befolkningen. Det var et forum der leg og lærd møttes, og der betroede menn i lokalsamfunnet kunne diskutere helsespørsmål med representanten for øvrigheten og vitenskapen. Legen på sin side tjente som bindeleddet mellom vitenskapen og befolkningen og mellom sentraladministrasjonen og lokaladministrasjonen. Offentlig politikk, formulert på sentralt hold, ble formidlet i lokalsamfunnet, mens legen gjennom medisinalberetningene bidro med viktige innspill til utformingen av den overordnede helsepolitikken.

I 1886 kom stortingsmann Søren Jaabæk med utspill om å avvikle embetslegeordningen. Tolv år etterpå nedsatte regjeringen "Lægekommisionen af 1898". Oppdraget var å svare på tre spørsmål:

1. Er eksisterende legeordning skikket til å yte befolkningen overalt i landet tilstrekkelig legehjelp, og er de bidrag som staten yter til sunnhetsvesenet, fordelt på en rettferdig måte?
2. Er eksisterende ordning skikket til å sikre en "betryggende ivaretagelse af det offentlige Sundhedsvæsens Tarv?"
3. Tilbyr eksisterende ordning, både i dag og i fremtiden, de offentlige legene slike vilkår at man kan være sikret tilfredsstillende tilgang av dyktige leger til tjenesten?

Legekommisjonen kunne etter fem års arbeid peke på en rekke uheldige forhold:

1. Myndighetene hadde stadig pålagt sunnhetskommisjonen og dens ordfører nye oppgaver. Så vel samfunnsutviklingen som utviklingen innen den medisinske vitenskap tilsa at slik måtte det også være. Problemet var bare at ved siden av kurativ praksis i de mange store og ufremkommelig distriktene, var det tidsmessig uråd for distriktslegene å etterkomme myndighetens mange krav. For å løse problemet hadde en rekke kommuner skilt ut nye helserådsdistrikter og tilsatt privatleger som ordførere. En lite gunstig ordning, hevdet Legekommisjonen. Dette bidro til at så vel embetslegens som statens ansvar og oversikt smuldret opp. Videre svekket det helserådets handlekraft og autoritet. En privatlege som ensidig var avhengig av å opprettholde en viss praksis for å kunne tjene til livets opphold, ville nødvendig komme i konflikt med omgivelsene. Men mange av helserådets arbeidsoppgaver var nettopp av en slik art at de "på det ømfindtligste berører enkeltmands økonomiske interesser og griber ind i private forhold". Dermed ble det offentlige helsearbeidet skadelidende. En embetslege på fast lønn ville lettere kunne stille seg uavhengig i forhold til påtrykk fra ulike interessegrupper og privatpersoner.
2. For det andre: Den offentlige legeordningen led under en haltende organisasjon. Den var ikke hierarkisk bygd opp, og distriktslegene utover landet befant seg faglig sett mer eller mindre i et vakuum. Legene manglet det mellomledet som kunne bistå dem og helserådende med råd og veiledning.
3. Distriktslegeordningen led under forgubbing. I en tid med overproduksjon av leger og ingen aldersgrense i offentlige stillinger ble de gjerne sittende så lenge som mulig.
4. Embetslegene klaget over dårlige lønnsvilkår, langt dårligere enn andre embetsmenn. Bakgrunnen var at det var forventet at en vesentlig andel av distriktslegenes lønn skulle komme fra kurativ praksis. Jo mer de viet seg til hygienens tjeneste, desto lavere ble inntektene.

Etter lange og intense diskusjoner ble *Loven om de offentlige legeforretninger* vedtatt av Stortinget i 1912.

Fra da av og utover fikk vi et hierarkisk oppbygget legevesen med medisinaldirektøren på toppen, dernest amtsleger (kalt fylkesleger fra 1918), stadsfysici, stadsleger og distriktsleger. Det viktigste var at amtslegene skulle være bindeledet mellom medisinalstyrelsen og distrikts- og stadslegene. De skulle ha en rådgivende og kontrollerende funksjon. Dernest skjedde det en formidabel utbygging av det offentlige legevesenet, med en økning fra 161 legedistrikter til etter hvert 372. Gjennom utformingen av denne nye legeloven ser vi hvordan staten gikk i kompaniskap med legeprofesjonen.

Diskusjonene rundt loven om de offentlige legefóretninger dels revitaliserte og dels startet en rekke av det 20. árhundrets viktigste helsepolitiske debatter. Spórsmalet om hvilken myndighet og hvilket forvaltningsnivá som skulle ha arbeidsgiveransvar for de offentlige legene – kommune eller stat – var et slikt tema. I forlengelsen av dette kom diskusjonen om distriktslegenes stillingsbetegnelse, ogsá kalt "honnórspsórsmalet". Andre temaer var spórsmalet om fastlónnsordninger, om størrelsen på de offentlige utgiftene knyttet til primærhelsetjenesten, om legedistriktenes inndeling, om helserådendes sammensetning og funksjon, og om å styrke den kollegiale styringsformen (fagstyret) på sentralt nivå. Loven tok ogsá distriktpolitiske hensyn. Den betydde en revitalisering av helserådsarbeidet og bidro slik til å legge det faglige fundamentet for det senere så aktive folkehelsearbeidet.

I årene etter 1. verdenskrig var det mange som arbeidet for folkehelsens fremme. Målet var mentalitetsendringer og adferdsendringer i "folkehelsens ånd". Strategien for gjennomføringen av hygieneprogrammet ble lagt opp på et samfunnsmessig og et individuelt plan. Sentralt utviklet man politikken innen alkoholspsórsmalet, ernæring, idrett, bolighygiene, legemiddelkontroll, mentalhygiene, mødrehygiene, skolehelse og sterilisering. Lokalt etablerte man badeanlegg, vaksinasjonsprogrammer, skolehelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Dette skjedde så vel i offentlig som i privat regi, men svært ofte som et samarbeid mellom ulike parter – stat, kommuner og frivillige (organisasjoner eller privatpersoner). Begrepet *velferdstrekanter* er benyttet for å forstå fremveksten av helsevesenet i denne perioden og i årene etter krigen. Hjørnene i trekanten er staten, kommunene og de private aktørene (herunder de frivillige hjelpeorganisasjonene). Kommunene var viktige, både som organer for å sette i verk statlige mål, som selvstendige initiativtagere og som knytestruker for frivillig og kommunal innsats. I denne sammenheng spilte ikke minst de kommunalt organiserte helserådene en betydelig rolle, med den statsansatte distriktslegen, stadslegen eller stadsfysicus som ordfører, men de øvrige medlemmene var lokalt oppnevnt. På alle nivåene økte engasjementet utover i mellomkrigstiden – lokalt, sentralt, offentlig og privat - innen de frivillige organisasjonene til dels med betydelig styrke.

Forholdene under krigen og de endringer som nazi-styret iverksatte ogsá for helserådene, skal ikke omtales nærmere her.

Da Karl Evang vendte hjem fra London i 1945, var han full av energi og hadde klar en femårsplan for gjenreisningen av folkehelsen. Bl.a. ville han styrke det offentlige legevesenet og ha en grundig gjennomgang av helselovgivningen, herunder en revisjon av sunnhetsloven. I 1947 utvidet han perspektivet og snakket om kampen mot sykdommene og forebyggende helsetiltak.

Selve grunnfjellet i primærhelsetjenesten var, ifølge Evang, det offentlige legevesenet, først og fremst distriktslegene. Ut fra disse skulle arbeidet organiseres og ledes lokalt, særlig gjennom helserådet. Sunnhetsloven av 1860 og loven om de offentlige legefóretninger av 1912 (ogsá kalt "distriktslegeloven") var retningsgivende for hvilke oppgaver som skulle tillegges etaten og hvordan arbeidet skulle organiseres. Bl.a. skulle det vurderes hvorvidt landets legedistrikter kunne inndeles på en annen måte. Slik det nå fungerte, var de altfor store til at én distriktslege skulle kunne overkomme både den kliniske praksisen og det stadig mer krevende administrative, forebyggende og kontrollerende helsearbeidet. Evang ville se på helserådsinstitusjonen, både med

tanke på representasjonen og å få bygget ut det administrative apparatet. Man burde også innføre yrkestittelen *helsesjef* på den ledende offentlige lege i et distrikt, og det ble opprettet distriktslege II-stillinger. En del av endringene tok tid. I desember 1960 tvang det seg frem en endring av 1912-loven. Årsaken var den pågående revisjon av kommuneinndelingen. Endelig ble det gitt hjemmel for å endre distriktsinndelingen og at disse skulle følge kommunegrensene, og det ble åpnet adgang til å ha flere distriktsleger innenfor ett og samme distrikt. På slutten av 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet skjedde det endringer som gjaldt stadsfysikaterne og fylkeslegeembetene. Formelt skjedde det ingen endringer i helserådet. Men det er åpentbart at de offentlige legene hadde forholdsvis fritt spillerom. Det var gjerne opp til den enkelte helserådsordfører å ta initiativ – i den tiden tillot det. Som statsansatte og med et sterkt Helsedirektorat i ryggen hadde de stor frihet, betydelig autoritet og mange muligheter til å forme den lokale helsepolitikken. Fra sentralt hold ble de oppfordret til å utvide virkefeltet og å styrke hjelpeapparatet. På mellomnivået – på fylkesplan – var fagstyrets gjennombrudd mer konkret. Fylkeslegeembetet fikk stadig mer preg av å være en institusjon, av å være et sterkt faglig "sosialmedisinsk team" som fra 1960-årene spilte en betydelig rolle i utformingen av fylkenes helsetjenester. Det gjaldt så vel primærhelsetjenesten som institusjonshelsetjenesten.

Utover på 1960-tallet ble legemangelen i Norge mer og mer prekær. 22. november 1963 ble Helsepersonellkomitéen (Kringlebottenkomitéen) oppnevnt som skulle "legge fram forslag til tiltak som kan sikre tilstrekkelig tilgang på og hensiktsmessig spredning av helsepersonell". Innstillingen kom i juli 1967 og tok for seg leger og tannleger. Med basis i dette dokumentet kom Stortingsmelding nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*, som ble retningsgivende for utviklingen av primærhelsetjenesten i 1970- og 80-årene. Evang og Helsepersonellkomitéen fikk i stor grad gjennomslag for sine forslag – med ett vesentlig unntak. Det gjaldt det stadig mer betente spørsmålet om representasjon i styrende organer. Folkestyret var i ferd med å erstatte fagekspertenes dominans.

1970-tallet var et begivenhetsrikt tiår. Nye ideologiske strømninger, utallige mapsaker, sterke politiske motsetninger og idealistiske og samfunnsengasjerte aktører formet 70-tallet til et oppbruddets tiår. De mange aktivistene – den nye generasjonen akademikere og intellektuelle – utfordret det tilvante og det etablerte. Et hovedkrav var at samfunnets institusjoner måtte tilpasse endrede betingelser. Kontinuerlig og i alle sektorer søkte myndighetene etter nye organisasjons- og styringsformer. Målet for reformvirksomheten skulle være "en desentralisering og demokratisering forbundet med en praktisk og effektiv administrasjonsordning". Desentralisering var med andre ord et hovedmål som ble presisert i uttalelser som denne: "Samfunnsoppgaver som egner seg for avgjørelse i folkevalgte organer, bør så langt som mulig legges til fylkeskommuner og kommuner".

I 1970-årene kom oppløsningen av fagstyret. Etterkrigstiden "profesjonsstat", der medisinere hadde utøvd betydelig innflytelse på utformingen av helsepolitikken gjennom institusjonell integrering i styringssystemene på alle nivåer, stod for fall. Karl Evang var opptatt av og bekymret for en slik utvikling. For ham må det ha vært nesten paradoksalt at mens man utover på 1960-tallet drøftet opprettelsen av en egen spesialitet i samfunnsmedisin, som så absolutt skulle bidra til å styrke det offentlige legearbeidet, så ble han tvunget til å innse at "legestyret" stod for fall. I et ganske polemisk innlegg på Legeforeningens landsmøte på Voss i 1969 uttalte han dette:

”Det som er spørsmålet, er derfor intet mer og intet mindre enn om legestanden ønsker å gi fra seg det å planlegge, tilpasse, koordinere, effektivisere helsetjenesten, eller om den ønsker å ha sine egne spesialister på området Spørsmålet om en hardhendt prioritering til beste for folkehelsen innenfor de summer som kommer, er blitt av fundamental betydning. Her vil politikeren, naturlig nok ut fra sitt utgangspunkt – og det ligger ikke noen bebreidelse i det – ha en tendens til å gi etter for trykket fra visse pressgrupper som aldeles ikke taler den samlede befolkningens interesse. Eller de vil gi etter for bestemte kliniske spesialister som med sitt fremragende kikkertsyn er i stand til å presentere sine særproblemer på bekostning av andres, selv om de dermed får en prioritering som virker ødeleggende innenfor den rammen vi får Det å omsette i praktisk gjerning, i institusjoner, personell og utstyr det som legevitenskapen gir, er blitt en egen spesialitet, og vårt valg er nå: skal vi følge andre lands vei og gjøre dette til en medisinsk spesialitet, eller skal vi kaste dette over bord og la andre overta. Det står fullt av folk ferdig til å overta. Politikerne ... liker faktisk å putte inn mellom seg og sakkyndigheten folk som ikke er sakkyndige. Derved unngår de å få sakkyndigheten så tett innpå seg at den blir besværende med de faglige argumenter den kan fremføre.”

Helsepolitikken som i hovedsak var blitt utformet av profesjonens egne, med få tilknytningspunkter til andre deler av velferdssektoren og i isolasjon fra andre politikkområder, måtte nå innordne seg under overgripende styringssystemer og kontroll. Dermed skjedde det en gradvis endring av maktbalansen mellom de folkevalgte og ekspertene, og en gradvis overføring av beslutningsprosessene til de politiske og administrative organene – først og fremst i primærkommunene. Dette materialiserte seg i kravet om nedbygging av det legestyrte helserådet og overføring av saksfelt og beslutningsprosesser til andre kommunale organer og folkevalgte helse- og sosialstyrer.

Senhøsten 1972 tiltrådte Torbjørn Mork stillingen som helsedirektør, og bare et par måneder etter sin inntreden skisserte han fire utfordringer for fremtidens helsevesen: for det første behovet for å bygge ut ”den primære helsetjenesten”, for det andre og det tredje behovene for en bedre *samordning* mellom helse- og sosialsektoren og helsetjenesten i og utenfor institusjon, og for det fjerde behovet for å bedre *arbeidsforholdene* for de ulike yrkesgruppene i sektoren.

I påvente av et lovedtak som oppfølging av Stortingsmelding nr. 85 (1970-71) pågikk det to betydelige organisatoriske endringer i primærhelsetjenesten. Det gjaldt opprettelsen av lokale *helsesentre* og endringene i *helserrådet*. Det siste i den forstand at det mistet politisk betydning og til dels fikk en annen funksjon. Dette siste var et signal om styrket folkestyre på bekostning av fagstyret.

Våren 1973 behandlet Stortinget to meldinger om helsetjenesten utenfor institusjon – utgått fra henholdsvis en arbeiderpartiregjering og fra en borgerlig samlingsregjering. I et utkast til planlov om sosial- og helsetjenesten utenfor institusjon som ble sendt samtlige kommuner i 1977, het det at det skulle skje en samordning av sosial- og helsetjenesten på kommunalt nivå. Kommuneplanene skulle så samordnes på fylkesplan, for igjen å sys sammen for hele landet.

Til tross for økende forståelse for helserådets rolle og funksjon i utviklingen av land og

folk utover på 1900-tallet, ble det allikevel fra tid til annen fremmet forslag i Storting og regjering om å nedlegge rådene, inndra distriktslegestillinger og å fordele de ikke-kurative oppgavene til privatpraktiserende leger, eller ikke-leger. Truslene ble med få unntak tilbakevist, og helserådsfunksjonen ble *formelt* stående også etter 1982, dvs. etter vedtaket om lov om helsetjenesten i kommunene.

Ingen enkeltsak har gjennom 1900-tallet reist et slikt engasjement og en slik kampvilje fra de offentlige legenes side som truslene mot helserådet. Forklaringen på det sterke engasjementet ligger i at det her ikke bare var snakk om å rokke ved vitale samfunnsinteresser, men også ved profesjonsinteresser – nærmere bestemt ved legenes myndighetsområde og posisjon i det lokale hierarkiet. I 1930-årene var forslagene om helserådernes oppløsning knyttet til debatten om landets økonomiske problemer. I 1970-årene handlet det mer om ideologi enn om økonomi, d.v.s. om å svekke ekspertenes dominans og å overføre makt og myndighet til folkevalgte organer – alt i tråd med de demokratiserings- og desentraliseringstendenser som lå i tiden. Behovet for en bedre samordning av helse- og sosialspørsmål på lokalt plan inngikk i denne ideologien. En annen, men ikke mindre viktig side ved saken, var knyttet til de akselererende miljøtruslene og den økende fokuseringen på miljøvern. Folkeopinionen krevde et sterkere offentlig engasjement. I lokalsamfunnene var det helserådene som hadde ansvar for de teknisk-hygieniske oppgavene, eller det lokale miljøvernarbeidet. Med det var sjelden helserådet fungerte etter hensikten. Konsekvensen ble at man på sentralt hold mistet tilliten til at helserådene kunne make å forholde seg til et stadig mer komplekst og krevende saksfelt. Dette hadde blant annet ført til at alt fra 1960-tallet var det blitt overført oppgaver til andre kommunale og fylkeskommunale organer (det gjaldt oppgaver som sorterte under av 1965 og ulike bestemmelser om vannforurensning fra 1970). Helserådet ble slik tappet både for oppgaver og ansvar. Sett fra en annen synsvinkel dreide dette seg om utviklingen innen et stadig mer uoversiktlig og sammensatt samfunn, der det var behov for å tilpasse samfunnets institusjoner til endrede betingelser. Helserådet var ikke noe unntak.

Fra de offentlige legenes side ble det hevdet at problemene knyttet til samordningsspørsmål og miljøvern burde kunne løses innenfor eksisterende organisatoriske rammer, d.v.s. helserådene. Vi må bygge på det som var bra, var omkvedet. Problemene med helserådene slik de nå fungerte, eller ikke fungerte, bunnet i at de manglet så vel penger som hjelpepersonell. Når helserådets ordfører dertil var en overbelastet distriktslege med 60-70 timers arbeidsuke – der det aller meste av tiden gikk med til å tilfredsstille befolkningens behov for kurative tjenester, og der det fantes få eller ingen reelle muligheter for faglig oppdatering – så stod legen nærmest maktesløs overfor det vell av oppgaver han eller hun burde gripe fatt i.

Helserådendes funksjon kunne imidlertid variere fra kommune til kommune. I enkelte kommuner ble helserådet sektorstyre for det som var av kommunale helsetjenester. Helserådsordføreren var da også helsesjef. Andre helseråd hadde et snevrere ansvarsfelt. Av mange grunner satset etter hvert kommunene mindre på det som ble kalt helsetjenesten. Viktig var det at disse tjenestene – miljørettet helsevern, smittevern osv. – utelukkende var en kommunal utgift, med unntak av lønn til distriktslegene og helsesøstrene som var henholdsvis statlig og fylkeskommunalt avlønnet. Gjennomgående i alle kommuner var det at helserådet som institusjon mistet politisk makt.

Tanken om samordning mellom helsetjenester og sosialtjenester var som et tema med variasjoner, og *Sosialreformkomitéens* innstilling II (NOU 1972:30) og oppfølgingen, Stortingsmelding nr. 9 (1975-76), *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat* føyde seg til de tidligere offentlige dokumentene. Men innstillingen inneholdt noen nyheter eller snarere brannfakler. De angikk i første rekke *helserådsinstitusjonen* og distriktslegenes rolle og funksjon, men også *fylkeslegeetaten*. I innstillingen het det at hver kommune burde opprette et sosialsenter bestående av en helse-, trygde- og sosialseksjon. Den faglige delen av arbeidet i senteret burde ikke ledes av noen lege eller helserådsordfører, men av et *sosialutvalg* som skulle bestå av lederne for de forskjellige seksjonene. Administrativt skulle utvalget underordnes et *politisk* valgt nevnnd, kalt *helse- og sosialstyret*. Det ble videre foreslått at helserådets *teknisk og hygienisk* pregede oppgaver skulle overføres til kommunenes tekniske etat.

I realiteten fremmet Sosialreformkomitéen forslag om å legge ned helserådet og derved også foreta drastiske endringer i de offentlige legenes arbeidsbetingelser og myndighetsområde. Innstillingen skapte bekymring og ble av mange sett på som et mistillitsvotum til det offentlige legevesen. Innstillingen gav altså klare signaler om at myndighetene ønsket å tillegg lokalplanet et *politisk* ansvar for å planlegge, budsjettere og fungere som styre for institusjoner innenfor helse- og sosialsektoren. Sett fra de offentlige legenes side var forslaget om et politisk oppnevnt helse- og sosialstyre meldingens mest kontroversielle forslag, særlig fordi man her så en utvikling i retning av en politisk styrt helsesektor på bekostning av fagstyret.

Like provoserende for legene var forslaget om at fylkeslegekontoret skulle amputeres – fratas *fylkeshelsesøster, familierådgivningskontoret* og de *sosiale oppgavene*.

Stortingsmeldingen (nr. 9 1975-76 *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*) fulgte opp de aller fleste av Sosialreformkomitéens forslag, og protestene fra de offentlige legene kom nå som brottsjører.

Helserådet ble ikke nedlagt – ikke formelt. Men legene følte seg ikke trygge, og kampen fortsatte. Selv i lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982 heter det at rådet skulle bestå (§1-3). Men lenger ute i loven står det at "Kommunestyret kan opprette styre, utvalg eller nemnd fir bestemt saklig og/eller stedlig arbeidsområde innen helsetjenesten" (§3-2). Etter som tiden gikk, ble helserådet stadig mer amputert. Utover i 80-årene overtok helse- og sosialstyret, sammen med en del andre kommunale utvalg og organer, det meste av styringen.

I 1979 kom det to sentrale offentlige utredninger som skulle få stor betydning for organiseringen av landets helsevesen. Det gjaldt NOU 1979:10 (Helsepolitikken), som var en delinnstilling i den såkalte Juel-komitéen store arbeid, der mandatet for arbeidet var å fremme forslag til "desentralisering og demokratisering forbundet med en praktisk og effektiv administrasjonsordning". I 1979 handlet dette om å overføre ansvaret for planlegging, etablering og drift av distriktshelsetjenesten fra staten til kommunene. Innstillingen reiste en rekke spørsmål av prinsipiell art, ikke minst om det offentlige legevesens organisering og ansvarsforhold. Det mest problematiske i delinnstillingen, sett fra distrikts- og stadslegenes side, var utvilsomt spørsmålet om *kommunal* versus *statlig* ansettelse av legene.

I mai 1979 og bare tre-fire måneder etter at "Helsepolitikken" var presentert, kom Nyhus-

utvalgets innstilling, NOU 1979:28 *Om helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. Nyhus-utvalget hevdet at en kommunal modell ville styrke interessen for deltagelse i planleggingen m.v. fra kommunenes side, samtidig som folkevalgt innflytelse ville øke. Også denne innstillingen tok opp spørsmålet om distrikts- og stadslegenes ansettelsesforhold. For å motvirke at hevdvunne ansiennitetsregler innen etaten skulle kastes på båten, foreslo utvalget at det skulle opprettes et sentralt ansettelsesråd, men at kommunen skulle tilsette.

Motsetningsforholdet som oppstod på 1960-tallet mellom helsedirektøren og den politiske ledelse – uansett hvem som satt med regjeringmakten, ble videreført av Torbjørn Mork. Da Ruth Ryste ble sosialminister i 1976, kom hun under innflytelse av den nye helsedirektøren, mens hun fra sitt eget parti (Ap) hadde et klart mandat om å følge opp partiets politiske program om desentralisering og lokalt selvstyre. Forvirrende for mange må det ha vært at Mork i mai 1977 slo fast at man fra regjeringshold gikk inn for et statlig offentlig helsevesen med statsansatte offentlige leger. Flertallet som stod bak "Helsepolitikken", fulgte opp noen av disse signalene ved å gå inn for en fortsatt statlig distriktslegeordning. I Nyhus-utvalget lå det føringer på det motsatte. Det er også tegn som tyder på at Norske Kommuners Sentralforbund tidlig presset på for at distriktslegene skulle bli et kommunalt ansvar.

I 1978 var Helsedirektoratet klar på at de ville kjempe for å opprettholde den statlige distriktslegeordningen. Regjeringens flertall helte imidlertid i motsatt retning. Ved årsskiftet 1978/79 annonserte sosialminister Ryste at nå ville lovforslaget snart bli sendt på høring, og i februar var Nyhus-utvalget nær ved å bli oppløst – sannsynligvis etter påtrykk fra helsedirektøren. Ryste ble imidlertid overkjørt av resten av regjeringen, og Nyhus kunne fortsette arbeidet.

Odelstingproposisjon 36 (1980-81) *Om lov om helsetjenesten i kommunene* forelå i mars 1981. Det er interessant å merke seg at lovspørsmålet igjen hadde skiftet navn. Betegnelsen *distriktshelsetjenesten* var byttet ut med *helsetjenesten i kommunene*. Det var et klart uttrykk for at primærhelsetjenesten skulle være et kommunalt ansvar. Saken ble imidlertid utsatt, og etter regjeringsskiftet samme høst kom det en ny odelstingsproposisjon Ot. prp. nr. 66 (1981-82).

Det gikk verken som Legeforeningen eller mange av de offentlige legene hadde ønsket seg. Distriktslegene fikk ikke beholde sin tilknytning til staten, de ble ikke automatisk helsesjefer i sine kommuner, og de fikk ikke beholde distriktslegetittelen.

Ordet *helseråd* ble beholdt i den nye kommunehelsetjenesteloven, i hvert fall i noen år. I denne lovens § 1-3 stod det under punkt 1 at kommunens helsetjeneste skulle omfatte fremming av helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte og at ett av tiltakene med dette for øy skulle organiseres som *helserådstjeneste*. I § 3-4 ble det slått fast at en lege ansatt i kommunen "skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten". Med virkning fra 1995 ble denne betegnelsen endret til medisinsk faglig rådgivende lege, ofte forkortet til MFRL. Den aktuelle paragrafen i kommunehelsetjenesteloven som hjemler denne oppgaven, er nå § 3-5.

Forut for innføringen av denne paragrafen hadde det høsten 1988 vært en livlig debatt om kommunelegenes innstillingsrett i saker vedrørende miljørettet helsevern, om møterett i helse- og sosialstyrets møter og om kommunelegene skulle ha talerett i

møtene i forbindelse med slike saker.

