

# Hvordan oppleves kommunelegens rolle i folkehelsearbeidet?

*Michael* 2024; 21: 204–205

doi: 10.5617/michael.11443

## Sammendrag

**Bakgrunn:** *Nasjonalt har det over tid vært et ønske om å tydeliggjøre og styrke kommunelegerollen som del av satsingen på folkehelsearbeidet. Målet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer personer fra offentlig og frivillig sektor har med kommunelegens rolle i det kommunale folkehelsearbeidet.*

**Materiale og metode:** *En kvalitativ studie med 20 personer fra offentlig og frivillig sektor med interesse for folkehelsearbeidet, fordelt på fire fokusgrupper. Intervjudataene ble analysert med systematisk tekstkondensering.*

**Resultater:** *Informantene fortalte at kommunelegene er ønsket i folkehelsearbeid, fordi de sitter på viktig kunnskap om lokalsamfunnet, de kan gi arbeidet legitimitet og tyngde, og de kan fungere som brobyggere og fortolkere mellom helse-tjenestene og folkehelsearbeidet. Det kom frem utfordringer knyttet til fraværende og lite engasjerte kommuneleger der for små stillinger ble oppfattet som en viktig årsak til dette. Noen opplevde at det er for mye opp til den enkelte kommunelege hvilke oppgaver som blir prioritert, og at kommunelegene ikke alltid er de beste lagspillerne i folkehelsearbeidet.*

**Konklusjon:** *Funnene i denne studien viser at kommunelegene blir sett på som en potensielt viktig, men ikke uerstattelig aktør i folkehelsearbeidet. Skal kommunelegene bli godt integrert i det sektorovergripende folkehelsearbeidet, slik folkehelseloven legger opp til, kan følgende forutsetninger bidra: store nok stillingsandeler, rett organisatorisk plassering og at kommunelegene selv prioriterer arbeidet. Det er fortsatt behov for tydeliggjøring av kommunelegenes rolle i folkehelsearbeidet.*

Lovverket sier at alle kommuner må ha en eller flere kommuneleger som skal fungere som medisinskfaglig rådgiver for kommunen. Denne eller disse skal blant annet sikre nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse i folkehelsearbeidet (tekstramme 1) (1, 2). Kommunelegen er en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, blant annet for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen. Formålet er å bringe kunnskap om helseforhold inn i budsjettarbeid og plan- og beslutningsprosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan gi bedre helse for befolkningen (3).

### **Lovkrav som regulerer kommunelegefunksjonen**

- Helse- og omsorgstjenesteloven
  - Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger. Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen (§ 5-5).
- Folkehelseloven
  - Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, herunder epidemiologiske analyser (§ 27).

*Tekstramme 1. Sentrale lovkrav som regulerer kommunelegefunksjonen i norske kommuner.*

Kommunene har stort handlingsrom med hensyn til hvordan de organiserer og benytter kommunelegens medisinskfaglige kompetanse. Kommunelegefunksjonen er derfor ulikt dimensjonert og organisert i norske kommuner. Noen kommuner har flere kommuneleger i 100 %-stillinger, mens andre har kun én lege i 10–20 % stilling. Omtrent halvparten av kommunelegene i Norge er såkalte kombileger, det vil si at de har én stilling som kommunelege og én i klinisk arbeid (som regel som fastlege) (4). Organisatorisk er de fleste stillingene plassert innenfor helseområdet eller på et mer overordnet nivå tettere på kommunedirektøren. Det er vanlig at kommuneleger er involvert blant annet i beredskapsarbeid, smittevern, miljørettet helsevern, folkehelsearbeid, kvalitetsarbeid, dialog med fastlegene og samhandling med helseforetakene.

Det er ikke obligatorisk for en kommunelege å være spesialist i samfunnsmedisin. Men ifølge særavtalen mellom KS og Legeforeningen bør en

kommunelege være spesialist i samfunnsmedisin, og stillingen bør være minst 50 % (5). Det vil si at for å kunne fylle en kommunelegestilling bør legen ha kompetanse som tilsvarer de krav som stilles for å være spesialist i samfunnsmedisin (tekstramme 2).

### **Kompetanser innen samfunnsmedisin**

- metodekunnskap
- forebyggende og helsefremmende arbeid
- kunnskapshåndtering og formidling
- saksbehandling
- planarbeid
- rådgivning
- administrasjon, ledelse, økonomi og prioritering
- samhandling
- kvalitetssikring og tilsyn
- internasjonalt arbeid
- helserett
- helseberedskap, smittevern og miljørettet helsevern

*Tekstramme 2. Forventet kompetanse for samfunnsmedisinere.*

*Kilde: Målbekrivelse og gjennomføringsplan for den samfunnsmedisinske spesialiteten.*

Det er over tid funnet utfordringer i kommunelegens rolle og funksjon. Kommunelegen er ikke lenger medisinskfaglig ansvarlig for helsetjenestene slik det var fram til 1994, men har en rådgiverrolle (6). Lovverket regulerer ikke kommunelegen inn i linjeansvar for fastleger, men kommunelegen har vært anerkjent som en viktig rådgiver for kommunen også i relasjonen til fastlegene (7). Videre har kommunelegene selv påpekt utfordringer med mangelfull tilgang til beslutningsarenaer for å kunne fylle rollen (8). Kommunelegene opplever at de ikke er tilstrekkelig inkludert, og at kommuneledelsen har uavklarte forventninger til og mangelfull forståelse for kommunelegerollen (9). Det har vært hevdet at uklarhetene i kommunelegerollen må forstås ut fra dens tilknytning til samfunnsmedisinen. Fagområdet skiller seg så mye fra andre medisinske fagområder at innholdet i faget kan være vanskelig å beskrive og forstå i en biomedisinsk referanseramme (10).

Kommunelegerollen kom tydelig fram under koronapandemien (4, 11). Koronakommisjonen anbefalte i evalueringen at kommunelegefunksjonen

bør styrkes, og at viktige virkemidler vil være en tilstrekkelig høy stillingsprosent og en tydeligere og mer synlig rolle. Som en konsekvens av dette fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å finne måter å videreutvikle kommunelegefunksjonen på, herunder kapasitet, kompetanse, tilgjengelighet og oppgaver.

### **Kommunalt folkehelsearbeid**

Norge har blitt ansett som et foregangsland innen folkehelsearbeid og var først ute med en egen folkehelselov (12). I den desentraliserte norske modellen er det kommunene som har det utøvende ansvaret for folkehelsearbeidet. Den kollektive tilnærmingen til folkehelsearbeidet kan ses i lys av vår tradisjon med en sterk velferdsstat (13). Samtidig er det pekt på som et paradoks at de sosiale ulikhetene i helse likevel er økende i Norge og i de andre skandinaviske landene (14, 15).

Folkehelsearbeid stiller krav til systemledelse, flerfaglig samarbeid, samhandling, partnerskapsetablering og utvikling av helsepolitikk på lokalt nivå (16). Kommunenes ansvar for folkehelsen ble tydeliggjort og utvidet med ny folkehelselov i 2012 (2). Det ble i et flertall av kommunene etablert nye strukturer med ansettelse av folkehelsekoordinatorer, partnerskapsavtaler med fylkeskommunene og nye tverrfaglige folkehelseforum med involvering av aktører fra privat, offentlig og frivillig sektor (17). Kommunene ble pålagt å utarbeide folkehelseoversikter som skulle danne grunnlag for kommunens øvrige strategiske dokumenter, og folkehelseloven ble knyttet tett opp mot plan- og bygningsloven. Dette innebar at kommunene skulle bruke alle sektorene for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.

Folkehelsearbeidet og ambisjonene om *helse i alt vi gjør* (Health in all policy – HiAP) (18) er vedtatt nasjonalt, men mindre anerkjent lokalt (19, 20), og kan være utfordrende å legitimere på tvers av profesjoner (21). Folkehelsearbeidet var lenge preget av et tradisjonelt sykdomsperspektiv der kommunene hadde for mye oppmerksomhet på livsstilsfaktorer hos individet (22). Senere studier har vist at arbeidet har hatt effekt, og ført til en mer rettferdig prioritering av ressurser, i tråd med målet om å jevne ut sosiale ulikheter i helse (23). Den kollektive tilnærmingen til folkehelse er likevel utfordret av neo-liberale strømninger i tiden, med økt vekt på individuelle løsninger (13).

### **Kommunelegen i folkehelsearbeidet**

Nasjonalt har det over tid vært et ønske å tydeliggjøre og styrke kommunelegerollen som en del av satsingen på folkehelsearbeidet (24). Det skal i 2024 utarbeides en nasjonal veileder for kommunelegerollen som skal

bidra til å sikre det kommunale arbeidet med å fremme helse og jevne ut sosiale helseforskjeller (25).

Fra et samfunnsmedisinsk ståsted er det nærliggende å tenke at folkehelseloven var en gylden mulighet til å styrke og utvikle kommunal samfunnsmedisin og kommunelegenes rolle som brobyggere mellom medisin og samfunn. Norske leger er imidlertid utdannet i en biomedisinsk tradisjon, og det er kjente spenninger mellom folkehelsearbeid og klinisk medisin (26). Videre har det også vært utfordringer i samspillet mellom kommunene og leger i primærhelsetjenesten (7). Allerede i 2009 spådde en professor i folkehelsevitenskap at legene kunne ende opp som statister i folkehelsearbeidet, fordi de ikke ville klare å gi slipp på den tradisjonelle legerollen som fokuserer på sykdom og behandling av pasienter (27). Spådommen fikk støtte i et nasjonalt tilsyn med folkehelsearbeidet i 2015. Tilsynet konkluderte med at mange kommuner ennå ikke visste hvordan de skulle bruke kommunelegene (28).

For kommunelegefunksjonen generelt er det funnet at stillingsstørrelse synes å være en viktig faktor i mindre kommuner (9). I studier av folkehelsekoordinatorene har man funnet at stillingsstørrelse og nærhet til beslutningstakere virker inn på deres evne til å påvirke og fungere som brobyggere (29). Til tross for at det er 12 år siden innføringen av folkehelseloven, finnes det få studier om kommunelegens rolle i folkehelsearbeidet i Norge.

Denne studien har derfor som mål å undersøke hvilke erfaringer personer fra offentlig og frivillig sektor har med kommunelegens rolle i det kommunale folkehelsearbeidet.

## **Materiale og metode**

### *Studiedesign*

Dette er en kvalitativ studie med fire semistrukturerte fokusgruppeintervjuer gjennomført i 2017.

### *Informanter og rekruttering*

Inklusjonskriteriet var at informantene skulle være personer fra offentlig og frivillig sektor med interesse for folkehelsearbeidet i kommunene. Det ble lagt vekt på å få variasjon i erfaringer fra folkehelsearbeidet, profesjonsbakgrunn og sektortilhørighet. Informantene ble rekruttert strategisk ved bruk av forfatternes fagmiljø og brede nettverk, som sikret flere og varierte deltakere fra en region og ressurspersoner på regionalt og nasjonalt nivå for å sikre variasjon. Potensielle informanter ble kontaktet av førsteforfatteren og fikk tilsendt informasjon om prosjektet på e-post.

### *Personvernetikk*

Studien ble godkjent av Norsk sener for forskningsdata (NSD) (prosjekt 52922). Alle informantene signerte samtykkeskjema.

### **Datainnsamling**

Det ble gjennomført semistrukturerte fokusgruppeintervjuer som ble tatt opp på bånd og transkribert. Intervjuene varte i 90 minutter i gjennomsnitt. Intervjuene ble gjennomført enten fysisk eller digitalt. Førsteforfatter DHR var moderator i alle intervjuene mens medforfatterne BP eller AG var observatører.

Intervjuguiden (tekstramme 3) ble utviklet på basis av kjennskap til feltet og dokumenter relatert til folkehelseloven og samhandlingsreformen. Intervjuguiden ble laget for å samle data om engasjementet i folkehelsearbeidet, hos både kommunelegen og andre leger i kommunen. I denne artikkelen er det bare det som omhandlet kommunelege, som er brukt.

#### **Intervjuguide semistrukturerte fokusgruppeintervju**

Folkehelseloven pålegger kommunene å ha «nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse» og ansette en eller flere kommuneleger som medisinskfaglig rådgiver for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgiving i kommunens folkehelsearbeid, herunder epidemiologiske analyser (§ 27 folkehelseloven).

- Hvilke erfaringer har dere med legene i kommunen sin deltagelse i folkehelsearbeidet?
- Har dere erfaringer med hva de har bidratt/kunne bidratt med?
- Hva påvirker/betinginger legenes deltagelse i folkehelsearbeidet?
- Har legene (fastleger/kommunelegene) en rolle i folkehelsearbeidet?
- Hva tror dere er viktig for å eventuelt å gi legene en plass i folkehelsearbeidet?
- Har dere noen erfaringer med hvordan denne typen samfunnsmedisinsk rådgiving kan bidra konstruktivt i folkehelsearbeidet?
- Hvordan synes dere kommunelegene best kan gjøre nytte for seg i folkehelsearbeidet?
- Hvilke barrierer opplever dere kan stå i veien for at kommunelegene kan klare å være gode samfunnsmedisinske rådgivere i henhold til folkehelseloven?

*Tekstramme 3. Intervjuguide for semistrukturerte fokusgruppeintervju.*

### *Analyse*

Dataene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (30). Ved førstegangs gjennomlesing ble det identifisert sju temaer. I en induktiv og iterativ prosess blant forfatterne ble disse revidert og redusert til tre foreløpige tema. Meningsbærende enheter relatert til hvert tema ble kodet (systematisk dekontekstualisering) før temaene ble revidert og justert igjen. På slutten av denne prosessen ble de meningsbærende enhetene kondensert og skrevet i jeg-form før de ble rekontekstualisert og satt sammen i en analytisk tekst. I analysearbeidet ble dataverktøyene MindManager og Nvivo benyttet som hjelpemidler. Det ble utført brukervalidering ved at foreløpige resultater ble sendt på e-post til informantene i januar 2022, med mulighet for tilbakemelding. Sju informanter responderte på dette.

### **Resultater**

Totalt 20 personer fra offentlig og frivillig sektor ble intervjuet i fire grupper (Tabell 1). To intervjuer med henholdsvis åtte og sju informanter ble gjennomført ved fysisk oppmøte, mens de fem siste informantene (3 og 2) ble intervjuet i to ulike videomøter. Seks av informantene var leger.

Sektor / profesjon	Antall
Politiker	1
Folkehelsekoordinator	4
Frivillig sektor	2
Legemiddelindustri	1
Teknisk etat	2
Idrett	1
Kommunelege	2
Akademia, forskning og undervisning	2
Spesialisthelsetjenesten	1
Kommunale ledere helsesektor	1
Helsebyråkrat fylkeskommunalt / statlig nivå	3

*Tabell 1. Beskrivelse av informantenes sektortilhørighet og/eller profesjon. Informanter med flere tilknytninger ble registrert med det som var deres hovedaktivitet (N=20).*

### *Kommunelegen – en ønsket ressurs i folkehelsearbeidet*

Informantene uttrykte at kommunelegene burde være involvert i folkehelsearbeid. De fortalte om erfaringer hvor kommunelegene har en sentral posisjon i kommunen som gjør dem viktige i folkehelsearbeidet. De blir lyttet til og gir arbeidet legitimitet og tyngde og kan fungere som brobyggere mellom helsetjenesten, lokalsamfunnet og folkehelsearbeidet. Viktige bidrag som ble nevnt, var i analysearbeidet, fortolkning av lokal erfaringsbasert kunnskap og balansen mellom fokusering på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunelegens epidemiologiske kompetanse ble sett på som viktig i arbeidet med folkehelseoversiktene.

*«I oversiktsarbeidet har vi nå begynt å få inn noe tall og statistikk, samt erfaringsbasert kunnskap fra helsestasjonene og psykisk helsetjeneste. Når vi skal sette oss ned og analysere de, da trenger vi blant annet de samfunnsmedisinske brillene til kommunelegen.» (kommunal leder, helse)*

Den samfunnsmedisinske kompetansen ble sagt å være en forutsetning for å nå intensjonene i folkehelseloven. Det ble uttrykt ønske om at kommunelegen med sin legitimitet som medisinskfaglig rådgiver bør være nær beslutningstakere, og at kommunelege og folkehelsekoordinator bør være plassert tett opp mot rådmanns nivå. Det ble også fortalt om økende etterspørsmål etter samfunnsmedisinsk kompetanse etter innføring av samhandlingsreformen.

*«Ja, hvem kan være bedre enn dem til å hjelpe oss til å forene de ulike verdenene (helsetjenestene og folkehelsearbeidet), med forskjellige språk. De har sin bakgrunn fra det ene feltet, men beveger seg over i det andre.» (folkehelsekoordinator)*

Imidlertid pekte flere på en endring der kommunelegene har gått fra en tydelig rolle i forebyggende helsearbeid til en mer uklar rolle i dette arbeidet. Det ble snakket om at dette var utfordrende, fordi man har vært gjennom store endringer de siste årene. Blant annet har folkehelse blitt et eget politikkområde med folkehelseloven som det viktigste verktøyet for å løse vår tids folkehelseutfordringer.

### *Organisatoriske barrierer*

Flere hadde negative erfaringer knyttet til fraværende og lite engasjerte kommuneleger. En viktig årsak til dette var små stillingsbrøker. En av folkehelsekoordinatorene fortalte at de hadde kommunelege i 30 % stilling, men at det var vanskelig å få til samarbeid, fordi de manglet samarbeidsarenaer, og legen sjelden klarte å være til stede der det kunne være relevant for hen å uttale seg. Organisatorisk plassering i helsetjenesten ble holdt fram som en mulig barriere:



*«Vi har verdens hyggeligste kommunelege, men jeg har aldri snakket med ham om folkehelse. Han sitter jo på seksjon helse som egentlig er seksjon for ubelse.» (leder i sektor kultur og idrett)*

Det ble konkret snakket om utfordringene knyttet til kommuneleger med klinisk jobb, vanligvis som fastlege, og at dette var en barriere for deres mulighet til å være dedikert til folkehelsearbeidet. Et eksempel var hvordan kommunelegen måtte prioritere, for eksempel ved ikke å gi uttalelser i planarbeid, til fordel for presserende kliniske saker. Det førte til at kommunelegene drev med «brannsløkking».

*«Kommunelegene bør ikke ha pasienter til opp over ørene, men utfordringen er jo at leger ikke vil gi slipp på det kliniske.» (kommunelege)*

Videre ble det sagt at det manglet tydelige forventninger til hva kommunelegen skal bidra med, og at det manglet virkemidler til å engasjere de som ikke engasjerte seg. En kommunal mellomleder sa at mange ikke vet hva en kommunelege egentlig jobber med, eller hvilken kompetanse hen sitter på. En politiker bekreftet at det er mye opp til kommunelegen selv:

*«Dersom kommunelegen skal få 100 % stilling hos oss, så må hun først vise at det er behov for henne. Da må hun bli synlig. Når hun ikke er synlig, vil heller ikke vi komme og si at vi trenger henne mer.» (politiker)*

### *Personavhengige barrierer*

Alle gruppene omtalte det informantene oppfattet som legenes personlige preferanser og egenskaper. Det ble pekt på at uten interesse for arbeidet ville ikke kommunelegen bli sett på som en nyttig ressurs:

*«Samfunnsmedisineren er en viktig ressurs i folkehelsearbeidet, men om de ikke vil eller er interessert så kan kanskje andre fylle deres plass.» (helsebyråkrat på statlig nivå)*

En folkehelsekoordinator som hadde jobbet i ulike kommuner, beskrev erfaringer med stor variasjon i legenes grad av involvering og engasjement i arbeidet. Den ene hun jobbet med var en drivkraft, mens den andre var en brems, sa hun. Det var flere liknende fortellinger om at det var personavhengig om kommunelegen engasjerte seg eller ikke, og at dette opplevdes utfordrende. Noen mente at det var noen ildsjeler blant kommunelegene, mens majoriteten var mindre opptatt av folkehelse.

*«Jeg har dårlige erfaringer med kommunelegene i folkehelsearbeidet, de er lite synlige, bidrar ikke som premissleverandører og er mest opptatt av ubelse og reparasjonsmedisin.» (folkehelsekoordinator)*

Andre hadde erfart at kommunelegene selv mente de satt på ekspertisen og fasiten, samtidig som de ikke satte seg inn i hva som var viktig for dem de skulle jobbe sammen med. En informant fra frivillig sektor fortalte at hun hadde opplevd kommuneleger som arrogante, med manglende ydmykhet for andres kunnskap og kompetanse. Dette ble sett på som en barriere for tverrfaglig arbeid, og intervjuene etterlot et inntrykk av at flere mente at legene ikke alltid var de beste lagspillerne.

*«Det ville kle dem med litt mer ydmykhet i forhold til at det er andre typer ekspertise som må på banen, om vi skal gå lenger upstream og finne de bakenforliggende årsakene til sykdom.» (folkehelsekoordinator)*

## Diskusjon

Våre informanter hadde ulike erfaringer med kommunelegenes rolle. De mente at kommunelegen bør være involvert i folkehelsearbeid, men det ble pekt på både organisatoriske og personlige faktorer som påvirket den enkelte kommuneleges grad av deltakelse i folkehelsearbeidet.

### *Styrker og svakheter ved studien*

Studiens styrke er at den er den første i sitt slag, og at det var god variasjon blant informantene, noe som sikret ulike perspektiver på kommunelegens rolle i folkehelsearbeidet. Det er en svakhet at intervjuene ble gjort for syv år siden. Noe av denne svakheten ble veid opp ved at tilbakemeldingene i brukervalideringen i 2022 tilsa at bildet hadde endret seg lite fra 2017. Det kan være at intervju gjennomført etter covid-19-pandemien ville gitt noen andre erfaringer, fordi kommunelegen da hadde hatt en mer offentlig rolle. Det antas at dette likevel i hovedsak ville omhandlet smittevernarbeid, og at erfaringene knyttet til folkehelsearbeid ville vært noe liknende. Studien kan ikke brukes til å si hva personer uten interesse for folkehelsearbeid mener.

### *Kommunelegen som ønsket ressurs i folkehelsearbeidet*

Informantene trakk fram at kommunelegene både har kompetanse innen epidemiologi og kjennskap til lokalsamfunnet, og derfor er en nyttig og ønsket ressurs i arbeidet. Dette ble også tydelig under covid-19-pandemien hvor kommunelegene ble sentrale aktører som faglige premissgivere og koordinatorene basert på kjennskap til smittespredning og lokale forhold (11). Det samme kommer til uttrykk når kommunelegen anerkjennes som en viktig aktør i arbeidet med å analysere data til det lovpålagte oversiktsdokumentet. Den norske legerollen har blitt karakterisert med en dobbel lojalitet til både enkeltpasienter og til fellesskapet (31), og Norge har lang

tradisjon med distriktsleger og «kombileger» som har fungert som rådgivere overfor politiske beslutningstakere i kommunen (32, 33).

Den ikke-hierarkiske organisering i HiAP-tilnærmingen (18) kan ses i lys av en ny kommunerolle basert på «New public governance», med vekt på tverrfaglig samarbeid, nettverk og partnerskap (34). I et slikt perspektiv er det usannsynlig at en enkelt aktør kan oppnå målene for folkehelsearbeidet alene. Utsagnene fra våre informanter peker på det samme, at utviklingen har gått i retning av at andre aktører har fått en sentral plass i folkehelsearbeidet. Det tydeligste eksempelet er ansettelse av folkehelsekoordinatorer i kommuner. Undersøkelser viser at folkehelsekoordinatorene har gitt folkehelsearbeidet et løft (29), og at de har blitt en viktig samarbeidspartner for en del kommuneleger (35). Økt differensiering på grunn av kompleksiteten i folkehelsearbeidet har ført til økt behov for samarbeid med horisontal samhandling og multiprofesjonelle team (36). Det utløser et behov for integrasjon ved å bringe sammen tidligere spredte og uavhengige tjenester til et mer helhetlig leveransesystem (37, 38). For kommunelegen betyr dette en utvikling fra å være relativt selvgående til å være en etterspurt partner i folkehelsearbeidet, også fordi de fortsatt er en aktør som kan gi arbeidet økt gjennomslagskraft (29).

En av grunnene til denne gjennomslagskraften kan være at kommunelegene ble oppfattet å ha en viktig rolle som brobygger og fortolker mellom helsetjenesten og folkehelsearbeidet, noe også fastleger har pekt på (39). Kommuneleger står ofte med én fot i hver verden, noe som kan være et grunnlag for positive synergier. Det kan for eksempel sikre populasjonsperspektivet i helsetjenesten og involvering av lokale helsetjenester som lyttepost (33). Samhandlingsreformen førte til behov for økt integrasjon av legetjenestene i kommunen (40). Våre informanter var tydelige på at kommunelegene kunne ha en slik brobyggerrolle, ved at de «snakker begge språk». Dette kan være av betydning for å skape en felles terminologi for å lykkes med det nye folkehelsearbeidet (41).

### *Organisatoriske barrierer*

Informantene pekte på dårlig tilgjengelighet og knapphet på tid som hovedårsaker til kommunelegenes mangelfulle deltakelse i folkehelsearbeidet. Tidligere utredninger har pekt på kapasitetsutfordringer i kommunelegefunksjonen, og det var lenge vanskelig å rekruttere leger til stillingene (8). Fossberg fant at kommunelegerollen er preget av rolleklarhet og usynlighet (9), og stillingene har vært preget av utskiftninger og dårlig kontinuitet (16). Det har ikke vært utformet myndighetskrav for stillingsstørrelsen for kommuneleger, og Helsedirektoratets kartlegginger av kommunelegefunk-

sjonen har vist at et stort antall kommuner ikke kontinuitetsplanlegger for funksjonen. Koronakommisjonen konkluderte med at kommunelegestillingene i mange kommuner er for små (4). For å lykkes med tverrfaglig folkehelsearbeid er det nødvendig at politiske og administrative ledere har dette høyt nok på agendaen (42).

Uttalelser i vårt materiale kan tyde på at kommunene ikke etterspør samfunnsmedisinsk kompetanse, men har overlatt til den enkelte lege å utvikle rollen. Det er trolig stor variasjon mellom kommunene hvilke tradisjoner og kultur de har hatt når det gjelder å utvikle kommunelegefunksjonen (8). Undersøkelser har vist at det er et gap mellom nasjonale ambisjoner på området og hva kommunene faktisk gjør (20), og den nasjonale satsingen på folkehelse har ikke nødvendig legitimitet lokalt (19). En mulig konsekvens er at kommunelegen ikke føler seg etterspurt, og dermed kan prioritere klinisk arbeid eller andre samfunnsmedisinske oppgaver, slik noen informanter ga eksempler på. Kommuner oppfordres nå til å bli mer bevisste på hvordan de bruker kommunelegen også utenom kriser og sikre at kommunelegen blir involvert i relevante spørsmål (4).

Selv om det ikke ble direkte kommentert av deltakerne i denne studien, kan finansieringsmodeller også spille inn. Mens fastlegene er en statlig finansiert ordning, må kommunene selv finansiere de samfunnsmedisinske oppgavene. Dette kan være av betydning for utvikling av kommunelegefunksjonen dersom kommunen har trang økonomi, samarbeidsklimaet mellom administrasjon og leger er dårlig (7) eller hvis ledere i kommunen ikke ser verdien av samfunnsmedisinsk arbeid. Det har videre vært antydning at lønnsnivået har bidratt til at leger i større grad har prioritert klinisk arbeid, på bekostning av offentlige legeoppgaver (43).

Det var flere uttalelser i denne studien om at kommunelegenes kombinasjon av samfunnsmedisinske oppgaver med klinisk arbeid ble sett på som utfordrende. Tensjonene mellom klinisk medisin med individ-logikk på den ene siden og grupperettet medisin med kollektiv-logikk på den andre er velkjent (13, 26). Det er klare styrker ved at samme person har en fot i begge logikker, men omfanget folkehelsearbeidet har fått de senere årene, kan tyde på et behov for å ha kommuneleger som bare har den rollen. Flere kommuneleger har i senere tid tatt til orde for en mer rendyrket samfunnsmedisinsk kommunelegefunksjon (44). Disse kommunelegene opplever det som hemmende å være knyttet opp mot helsesektoren der de ofte blir oppfattet som «sjefen for fastlegene», og de ønsker å være organisatorisk plassert mer strategisk i kommunen.

### *Personavhengige barrierer*

En forutsetning for at kommunelegene skal bli integrert i folkehelsearbeidet, er at legene faktisk er interessert i faget, og at de aktivt velger å bruke tid på det. Våre funn tilsier at interessen for folkehelsearbeid varierer mye fra lege til lege. En slik antakelse finner støtte i en metastudie der de så på årsaker til mostand mot innføring av forebyggende og helsefremmende tiltak blant ansatte i primærhelsetjenesten (45). De fant barrierer på fem plan, der det på det personlige plan handlet blant annet om erfaringer, holdninger og motivasjon.

Et eksempel på dette fra funnene i denne studien er legenes biomedisinske orientering. Det å være forankret i en tradisjonell sykdomsmodell kan gjøre at interesse og forståelse for helsefremmende arbeid er begrenset, noe som er funnet i en studie blant sykepleiere (46). Holdninger og motivasjon kan også henge sammen med hvordan legerollen oppfattes av kommunelegene selv. Det er beskrevet tre ulike legeroller i Norge: livredderen, trøsteren og forvalteren (31, 47). Hvis kommunelegene er biomedisinsk orientert, vil de legge mest vekt på rollene livredderen og trøsteren, som tjener de syke og som har en allmenngyldig og tidløs legeidentitet. Dette kan stå i motsetning til rollen som forvalteren som tjener samfunnet som sådan, uten det individfokuset de andre rollene har.

Et annet eksempel er den tradisjonelle dominerende og paternalistiske legerollen. Uttalelsen om at kommunelegene kan oppfattes som arrogante og lite ydmyke overfor andres kunnskap, tyder på at noen leger fortsatt utøver en ovenfra og ned-ekspertrolle (47). Et misforhold mellom profesjonens egen oppfatning og andres syn på den kan bidra til å skape konflikter (48). På folkehelseområdet kan slike oppfatninger fungere som en barriere mot det nødvendig samarbeidet. Overdreven praktisering av individuell autonomi hos leger kan føre til tap av tillit hos andre aktører (49).

### **Konklusjon**

Denne studien tyder på at den nødvendige integreringen av kommunelegen i folkehelsearbeidet kan være hindret av at det ikke er avsatt nok tid til arbeidet, manglende følelse av kost-nytte-verdi og forsvarsmekanismer knyttet til profesjonskamp og vern om egne interesser. I et integrasjonsteoretisk perspektiv (38) krever en vellykket integrasjon mellom tidligere selvstendige aktører at man bør ha økt formaliseringsgrad mellom partene, mer varige og stabile relasjoner, økt grad av ressursdeling, et mer helhetlig perspektiv, aktører som jobber mindre autonomt og relasjoner mer preget av frivillighet enn av forpliktelse.

Funnene i denne studien viser at kommunelegene blir sett på som en potensielt viktig, men ikke uerstattelig aktør i folkehelsearbeidet. Skal kommunelegene bli godt nok integrert i det sektorovergripende folkehelsearbeidet slik folkehelseloven legger opp til, kan følgende være nødvendige forutsetninger: store nok stillingsandeler, rett organisatorisk plassering og at kommunelegene selv prioriterer arbeidet. Det er fortsatt behov for å tydeliggjøre kommunelegenes rolle i folkehelsearbeidet.

### English summary

*Background:* In Norway on national level, it has been a desire to clarify and strengthen the role of the Chief Medical Officer in public health work. The aim of this study was to investigate what experiences people from the public and voluntary sector have with the role of the Chief Medical Officer in municipal public health work.

*Material and methods:* A qualitative study with four focus group interviews with 20 people from the public and voluntary sectors with an interest in public health work. The data were analyzed with systematic text condensation.

*Results:* The informants expressed that Chief Medical Officers are asked for in public health work. This because they have important knowledge of the local community, they may give the work legitimacy and weight, and they can act as bridge builders and interpreters between the health services and public health work. Challenges with absent and unengaged Chief Medical Officers were mentioned, where too small positions were perceived as an important reason for this. Some felt that it is too much up to the individual Chief Medical Officer to prioritize tasks, and it was said that Chief Medical Officers are not always the best team players in public health work.

*Conclusion:* The Chief Medical Officers are seen as a potentially important but not irreplaceable partner in public health work. If the Chief Medical Officers are to be well enough integrated into the cross-sectoral public health work as laid down in the Public Health Act, these may be some important prerequisites: Large enough job shares, the right organizational placement and that the Chief Medical Officers themselves prioritize the public health work. There is a need to clarify the role of Chief Medical Officers in public health work.

### Litteratur

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (23.2.2024)
2. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelsearbeid> (23.2.2024)

3. Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.
4. NOU 2022: 5. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. Rapport fra Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/> (23.2.2024)
5. Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen (SFS 2305, «særavtalen»). <https://www.ks.no/contentassets/7ba542f9c97a48c4a0b3a673f5549535/SFS2305-rundskriv-B8-2022.pdf> (23.2.2024)
6. Rønnevik D-H, Braut G, Pettersen B. Kommunelegene – fra dobbeltstemme til hviskelek? *Utposten* 2019; 48 (nr. 7): 40–41.
7. Lyngroth S, Schanche P. *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Oslo: Agenda Kaupang; 2016. <https://www.ks.no/contentassets/b3154b3436fd4c85beff563a69d17b11/rapport.pdf> (23.2.2024)
8. *Utvikling av kommunelegefunksjonen*. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
9. Fossberg BC, Frich JC. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142: 121–126.
10. Nylenda M. Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 79–85.
11. Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142: 1391–1395.
12. Howard R, Gunther S. *Health in All Policies: An EU literature review 2006–2011 and interview with key stakeholders*. Equity Action. 2012. <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/04/HiAP-Final-Report.pdf> (23.2.2024)
13. Kvåle G, Kiland C, Torjesen DO. Public health policy to tackle social health inequalities: a Balancing act between competing institutional logics. I: Nugus P, Rodriguez C, Denis J-L et al., red. *Transitions and boundaries in the coordination and reform of health services: building knowledge, strategy and leadership*. Cham: Palgrave Macmillan, 2020: 149–165.
14. Bamba C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health ‘puzzle’. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2011; 65: 740–745.
15. Goldblatt P, Castedo A, Allen J et al. *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. London: The UCL Institute of Health Equity, 2023. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014> (23.2.2024)
16. Pettersen BJ. *Local public health physicians in Norway from 1994 to 2002: workload, work content, and interaction: a story of everyday life in primary health care*. Tromsø: University of Tromsø, 2008.
17. Fosse E, Sherriff N, Helgesen M. Leveling the social gradient in health at the local level: applying the gradient equity lens to Norwegian local public health policy. *International Journal of Health Services* 2019; 49: 538–554.
18. World Health Organization. *The Helsinki statement on health in all policies*. Geneva: WHO, 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>.
19. Amdam R. “Health in All Policies” in Norwegian municipalities – dilemmas and lack of legitimacy and capacity. *International Journal of Health Planning and Management* 2023; 38: 1345–1359.

20. Tallarek née Grimm MJ, Helgesen MK, Fosse E. Reducing social inequities in health in Norway: Concerted action at state and local levels? *Health Policy* 2013; 113: 228–235.
21. Synnevåg E, Amdam R, Fosse E. Legitimising inter-sectoral public health policies: a challenge for professional identities? *International Journal of Integrated Care* 2019; 19: 1–10.
22. Helgesen M, Hofstad H. *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2012.
23. Hagen S, Øvergård KI, Helgesen M et al. Health promotion at local level in Norway: the use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management* 2018; 7: 807–817.
24. St.meld. nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge*.
25. Meld. St. 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.
26. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 707.
27. Ihlebæk C. Legenes rolle i folkehelsearbeid – fra hovedrolle til statist? *Michael* 2009; 6: 395–401.
28. Helsetilsynet. *Med blikk for bedre folkehelse*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2015. Oslo: Helsetilsynet, 2014. <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2015/med-blikk-for-bedre-folkehelse--oppsummering-av-landsomfattende-tilsyn> (23.2.2024)
29. Karlsen T-I, Kiland C, Kvåle G et al. Health in all policies and the urge for coordination: the work of public health coordinators and their impact and influence in local public health policies: a cross-sectional study. *Societies* 2022; 12: 11.
30. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 2012; 40: 795–805.
31. Nylenna M, Larsen Ø. Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 2005; 125: 1813–1816.
32. Rogne P. Medisinalberetningene og distriktslegenes innsats i det offentlige helsearbeidet. *Utposten* 2016; 45 (nr. 7): 32–36.
33. Rønnevik D-H, Pettersen B, Grimsmo A. *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid - som utøver og lyttepost*. Oslo: KS, 2020.
34. Osborne SP. The New Public Governance? *Public Management Review* 2006; 8: 377–387.
35. Hagen S HM, Torp S et al. Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015; 43: 597–605.
36. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 2006; 21: 75–88.
37. O'looney J. Marking Progress Toward Service Integration. *Administration in Social Work* 1997; 21: 3–4, 31–65.
38. Keast R, Brown K, Mandell M. Getting the right mix: unpacking integration meanings and strategies. *International Public Management Journal* 2007; 10: 9–33.



39. Ronnevik DH, Pettersen B, Steinsbekk A, Grimsmo A. General practitioners' experiences of being involved in local public health work in Norway. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2022; 40: 450–458.
40. Gaski M, Abelsen B. Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester. *Fagbladet samfunn & økonomi* 2015; nr. 2: 53–66.
41. Synnevåg E, Amdam R, Fosse E. Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health* 2018; 46: 68–73.
42. Béland D, Katapally TR. Shaping policy change in population health: policy entrepreneurs, ideas, and institutions. *International Journal of Health Policy and Management* 2018; 7: 369–373.
43. Johannessen A. Primærlegetjenesten på sotteseng? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2000; 120: 529.
44. Schumacher S. Kommuneoverlegerollen i endring. *Utposten* 2019; 48 (nr. 6): 40–42.
45. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014; 9: 1–13.
46. Gammersvik ÅA, Herdis. Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2009; 5 (nr. 2): 18–29. <https://doi.org/10.7557/14.237>
47. Larsen Ø, Olsén BO, red. *The shaping of a profession: physicians in Norway, past and present*. Canton, MA: Science History Publications, 1996.
48. Larsen Ø. Legerollen – verktøy som må voktes. *Michael* 2022; 19: 215–224.
49. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2003; 123: 1870–1873.

## Takk

*Takk til alle som deltok i fokusgruppeintervjuene. Takk til Helse Fonna HF for lån av lokaler til intervjuene. Takk til Stiftelsen Dam og Nasjonalforeningen for folkehelsen for basisfinansiering og godt samarbeid. Takk til regionalt samarbeidsorgan Helse Midt Norge RHF for toppfinansiering. Takk til Primærmedisinsk forskningsfond i Rogaland legeforening. Takk også til Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) for prosjektmidler til utvikling av forskningsprotokollen til doktorgradsprosjektet.*

*Dag-Helge Rønnevik*

*dag.h.ronnevik@ntnu.no*

*Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)*

*7491 Trondheim*

*Dag-Helge Rønnevik er stipendiat ved Det medisinske fakultet ved NTNU*

*og fastlege i Haugesund kommune*

*Aslak Steinsbekk*

*aslak.steinsbekk@ntnu.no*

*Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)*

*7491 Trondheim*

*Aslak Steinsbekk er professor i medisinske atferdsfag og helsetjenesteforskning  
og professor II ved Nasjonalt senter for e-helseforskning*

*Betty Pettersen*

*Betty.pettersen@trondheim.kommune.no*

*Trondheim kommune*

*Kommunedirektørens fagstab*

*7004 Trondheim*

*Betty Pettersen er kommuneoverlege i Trondheim*

*Artikkelen er eksternt fagfelleurdert.*