

SLUTTRAPPORT

INTERKOMMUNAL SAMFUNNSMEDISINSK ENHET

PROSJEKT INFO:

Oppdragsgiver	Ringerike kommune	Prosjektnummer	
Prosjektansvarlig hos oppdragsgiver	Christine Myhre Bråthen	Prosjektansvarlig hos HRP	Cecilie P. Øyen
Dato	26.3.2024	Saksbehandler HRP	
Utarbeidet av	Guri Lyngstad og Vibeke Resch- Knudsen	Versjonsnummer	3

Innhold

1. Gjennomføring	3
2. Mål med prosjektet.....	3
3. Kommuneoverlege.....	5
3.1 Kommuneoverlegens ansvar og oppgaver.....	6
3.1.1 Smittevern.....	6
3.1.2 Folkehelsearbeid.....	7
3.1.3 Miljørettet helsevern.....	7
3.1.4 Psykisk helsevern	7
3.1.5 Beredskap.....	8
3.1.6 Andre oppgaver	8
4. Dagens organisering.....	9
4.1 Modum, Sigdal og Krødsherad.....	9
4.2 Ringerike og Jevnaker	11
4.3 Hole	12
4.4 Vurdering av oppgaver og ressursbruk	12
5. Prosessen frem til i dag.....	13
6. Aktuelle organisasjonsformer for et samarbeid.....	14
7. Anbefaling.....	16
7.1 Prioritering av oppgaver	17
7.2 Organisering	18
7.2.1 Samfunnsmedisinsk enhet	19
7.3 Finansiering	21

1. Gjennomføring

Helsesamarbeidet i Ringeriksregionen har bedt om bistand fra HRP AS i prosessen med å ferdigstille et saksfremlegg med en samlet anbefaling om en felles samfunnsmedisinsk enhet i regionen. Målet er å foreslå en løsning for et interkommunalt samarbeid som sikrer en mer robust og driftssikker organisering av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, samt ivareta kommunenes lovpålagte forpliktelser knyttet til kommuneoverlegens funksjoner. Saksfremlegget skal inneholde forslag til organisering av et interkommunalt samarbeid samt en fremdriftsplan/tidslinje for politisk behandling og gjennomføring av endringen.

Helsefelleskapet, dvs. kommunalsjefene innen helse i de 6 kommunene, har opprettet en arbeidsgruppe som sammen med HRP AS skal ferdigstille saksfremlegget.

Arbeidsgruppen består av:

Kommuneoverlege for Ringerike og Jevnaker: Christian Skari

Kommuneoverlege for Modum, Sigdal og Krødsherad: Pål Steiran

Kommunalsjef Ringerike kommune (representerer Hole, Jevnaker og Ringerike): Christine Myhre Bråthen

Kommunalsjef i Modum (representerer Modum, Sigdal og Krødsherad): Aase Kristin Andreassen

HRP AS bistår med:

Oppdragsansvarlig: Cecilie P. Øyen

Oppdragsleder: Guri Lyngstad

Prosessveileder og juridisk rådgiver: Vibeke Resch-Knudsen

Saksfremlegget skal ferdigstilles 05.04.24 og oversendes Helsesamarbeidet og regionens kommuneoverleger som møtes i uke 15. Deretter sendes saken til kommunedirektør i Ringerike kommune som forankrer saken hos de andre kommunedirektørene i regionen før politisk vedtakelse.

Det har vært avholdt tre felles møter:

07. mars 08:30 – 12:00

21. mars 09:00 – 12:00

02. april 14:00 – 16.00

2. Mål med prosjektet

På bakgrunn av blant annet erfaringene fra pandemi, fastlegekrise og økt fokus på beredskapsarbeid i kommunene, har spørsmålet om opprettelse av en felles samfunnsmedisinsk enhet i Ringeriksregionen igjen blitt aktualisert.

Selv om alle kommuner plikter å ha en kommuneoverlege er verken funksjonen eller oppgavene som ligger til en kommuneoverlege godt kjent i kommunesektoren. Det gjelder både på administrativt og politisk nivå. Dette på tross av at det er en lovpålagt funksjon, at kunnskap om samfunnsmedisin blir stadig viktigere i kommunenes arbeid for bedre folkehelse samt stadig skjerpede kravene til kommuneoverlegens involvering i kommunale prosesser.

Vi står overfor et demografiskifte og rekrutteringsutfordringer som tilsier at kommuner må tenke alternativt fremover. Driften må dreies over til mer attraktive og bærekraftige løsninger. I tillegg utfordrer nasjonale myndigheter kommunene i større grad enn tidligere til å samarbeide for å løse krav og oppgaver, både innen tjenestetilbud, planarbeid og beredskap. Det er derfor et stort fokus på interkommunale samarbeid, også innen fagområdet samfunnsmedisin.

I møte 07.03.2024 ble arbeidsgruppen utfordret på hvilke fordeler et interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske oppgaver i Ringeriksregionen ville ha, og kom frem til følgende:

- **Ressursutnyttelse og økt tilgjengelighet:** Gjennom samarbeid kan ressursene utnyttes mer effektivt, og det muliggjør bedre kommuneoverlegetilgjengelighet. Mange oppgaver som utarbeidelse av dokumenter, høringssvar og utvikling av maler, kan utføres én gang for alle kommunene. Dette bidrar til mer effektiv ressursbruk.
- **Bedre kvalitet og koordinering:** Samarbeid bidrar til å samle og styrke fagmiljøene. Det sikrer også en likeverdig saksbehandling og tilnærming på tvers av kommunene i regionen. Ved habilitetsspørsmål er det flere instanser som kan behandle saker, og det etableres en samordnet og styrket beredskapsordning. Dette gir bedre koordinering og håndtering av utfordrende situasjoner.
- **Bedre samlet ressursutnyttelse:** Ved å samle kompetanse og ressurser i en felles samfunnsmedisinsk enhet vil den medisinske faglige rådgivningen med større sannsynlighet bli mere tilgjengelig og enhetlig. Gjennom redusert dobbeltarbeid og smidig overlappning av lignende/tilsvarende oppgaver på tvers av kommunene, blir et interkommunalt samarbeid ressursbesparende.
- **Mer robust:** En naturlig effekt av et kompetansefellesskap bestående av flere kommuner er deling av både oppgaver, ansvar, kompetanse og ressurser. Det styrker den generelle robustheten i tjenesten. Kommuneoverlegene kan ivareta rollen som lokal helsemyndighet og rådgivere ved en kollegas fravær. Spesialisert kompetanse og erfaring deles naturlig i et kompetansefellesskap.
- **Kompetansedeling og erfaringsutveksling:** Organisering av et felles kontor og samarbeidsstrukturer legger til rette for utveksling av kompetanse og erfaring. Dette fremmer beste praksis, innovasjon og tjenesteutvikling, som igjen fører til bedre tjenester.
- **Arbeidsfellesskap:** Et arbeidsfellesskap, der man møter kollegaer med like interesser, men ulike bakgrunner, skaper attraktive arbeidsplasser og tiltrekker kompetanse til regionen. Det er igjen en positiv faktor for å sikre stabilitet og kontinuitet i tjenesten.

3. Kommuneoverlege

Alle kommuner i Norge skal ha én eller flere kommuneoverleger som skal utføre oppgavene som funksjonen er tillagt gjennom lov eller instruks. Kommuner kan eventuelt samarbeide om ansettelse av kommuneoverlege.¹

Kommuneoverlegen er kommunens medisinsk faglige rådgiver og har i tillegg oppgaver etter smittevernloven, folkehelseloven, beredskapslovgivningen samt oppgaver innen psykisk helsevern. Kommuneoverlegen har dermed oppgaver på tvers av de kommunale sektorene, og er i tillegg et viktig bindeledd mellom kommunen og statsforvalteren. Kommuneoverlegen plikter også, på anmodning, å delta i lokal redningsentral.

Kommuneoverlegens oppgaver er både lovpålagte og av mer rådgivende karakter, og har en overordnet hensikt å fremme innbyggernes helse og forebygge skader og sykdom. Oppgavene faller inn under arbeidsområdet samfunnsmedisin i kommunene. Samfunnsmedisin er en medisinsk spesialitet som setter søkelys på helse og sykdom i et samfunnsmessig perspektiv. Fagområdet er innrettet mot befolkningsgrupper mer enn enkeltpersoner, og i tidsperspektiv trekker en samfunnsmedisiner de lange linjene bakover for å forstå hva som har skjedd, og fremover for å påvirke det som skal skje. Legen er ofte premissleverandør og rådgiver, mens politiske organer eller myndigheter iverksetter eventuelle tiltak.²

Særavtale mellom KS og legeföreningen (SFS 2305) omtaler samfunnsmedisin i § 13:³

13.1 Kommunens medisinsk-faglige rådgiver benevnes kommuneoverlege. Andre stillingsbenevnelser kan avtales.

13.2 Kommuneoverlegen bør være spesialist i samfunnsmedisin. Kommunen skal legge til rette for at lege uten slik kompetanse kan inngå gjensidig forpliktende avtale med kommunen om å gjennomføre spesialistutdanningsprogrammet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2.

13.3 Kommunen skal legge til rette for at stillingen som kommuneoverlege utgjør minst 50 % av full stilling.

13.4 For å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen, og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern, kan det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning.

Figur 1 Utdrag fra SFS 2305

¹ Se helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5.

² Nylenna, Magne (2020). *Helsetjenesten i Norge et overblikk* (2. utg). Gyldendal.

³ SFS 2305 ("Særavtalen"). Se www.legeföreningen.no

3.1 Kommuneoverlegens ansvar og oppgaver

Kommuneoverlegen har ansvaret for å gi medisinfaglig rådgivning med sikte på å fremme god helse, forebygge sykdom og sikre en effektiv håndtering av helsemessige utfordringer i kommunen. Kommuneoverlegen er kommunens øverste helsemyndighet. Det omfatter flere lovregulerte områder som beskrives nedenfor. I tillegg til de lovpålagte oppgavene har kommuneoverlegen arbeidsoppgaver som reguleres gjennom avtaler. Hvordan tjenesten faktisk organiseres kan den enkelte kommune selv bestemme. Kommuneoverlegen har også myndighet til å delegere passende oppgaver og funksjoner til andre.

Alle kommuner er pålagt ved lov å ha en kommuneoverlege som medisinsk faglig rådgiver. Det er derimot opptil hver enkelt kommune hvordan de organiserer denne rollen. Vedkommende må ha spesialisering innen samfunnsmedisin eller ev. være under opplæring. Rollen kan plasseres på ulike nivåer og i ulike sektorer i organisasjonen, og de kan være ansatt som rådgivere, ledere eller ansatt. Stillingens omfang, plassering og innhold varierer, men særavtalen SFS 2023 gir retningslinjer for kommunenes forpliktelser på området. Lokale forhold avgjør kommunelegens øvrige ansvar og daglige arbeidsoppgaver.

Kommuneoverlegens rolle som medisinsk faglig rådgiver er omfattende og utgjør en stor del av deres arbeidshverdag. Dette inkluderer å være tilgjengelig for innbyggere, organisasjoner i kommunen, og ikke minst for kommunens administrative ledelse. Det er utfordrende å definere kommuneoverlegens rolle og oppgaver nøyaktig. Helsedirektoratet har nylig påbegynt arbeidet med en ny veileder på området. Denne forventes å være ferdig i løpet av inneværende år.

3.1.1 Smittevern⁴

Kommuneoverlegen har ansvar for å forebygge og kontrollere smittsomme sykdommer i kommunen. Dette inkluderer å ha løpende oversikt over kommunens sykdomsutbrudd og smittesituasjon, informere innbyggere om forebyggende tiltak, og samarbeide med lokale, regionale og nasjonale myndigheter (helsemyndigheter). Forarbeidene til smittevernloven fremhever kommuneoverlegens ansvar for å organisere og lede kommunens smittevernarbeid, og det administrative ansvaret for å iverksette kommunens vedtak på dette området.

På grunn av sin rolle og ansvar for oversikten over smittesituasjonen i kommunen, er det naturlig at kommuneoverlegen har en sentral rolle i utarbeidelsen av kommunens planer for arbeid med vern mot smittsomme sykdommer og tilhørende forslag til forebyggende tiltak. Det er dog kommunestyret som vedtar aktuelle planer, og som avgjør hvilke ressurser kommunen skal benytte. Kommuneoverlegen har ikke myndighet til å instruere eller disponere midler på kommunens vegne. Kommuneoverlegen har derimot både en rett og en plikt til å utarbeide forslag.

I hastesaker kan kommuneoverlegen utøve den myndighet kommunestyret har til å vedta smitteverntiltak etter lovens § 4-1.

⁴ Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).

3.1.2 Folkehelsearbeid⁵

Kommunen skal i henhold til folkehelseloven ha oversikt over helsetilstanden til kommunens befolkning. Oversikten skal baseres på opplysninger fra statlige helsemyndigheter, fylkeskommune, kommunale helse- og omsorgstjeneste samt kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, som f.eks. biologiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer.

I folkehelseloven § 27 følger kommunens ansvar om å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse til å ivareta oppgavene sine etter loven. Dette skal skje via kommuneoverlege eller ansatte som er delegert oppgaver på området. Kommunen velger selv om kommuneoverlegen i denne sammenheng skal benyttes som rådgiver eller pålegges et direkte ansvar for utføring av oppgavene.

3.1.3 Miljørettet helsevern⁶

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Dette inkluderer blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale faktorer. Kommunen skal føre tilsyn med disse faktorene og forholdene i miljøet som potensielt kan påvirke helsen, med det formål å fremme trygge og helsefremmende miljøer⁷.

Miljørettet helsevern er et komplekst område i samfunnsmedisin og deler ansvarsområdet for kommuneoverlegen inn i følgende:

- rådgivende instans (f.eks. plan og utviklingsarbeid)
- myndighet; planlagt og hendelsesbasert (som meldeplikt, godkjenning og tilsynsvirksomhet)

3.1.4 Psykisk helsevern⁸

Vurdering av om det er grunnlag for tvungent psykisk helsevern skal skje på bakgrunn av en legeundersøkelse. I tilfeller der det er behov for en slik undersøkelse, men pasienten av ulike årsaker ikke gjennomgår den, kan kommuneoverlegen vedta at undersøkelsen likevel skal gjennomføres. Det samme gjelder om annen offentlig myndighet eller pasientens nærmeste pårørende begjærer dette. Overordnet samarbeid med spesialisthelsetjenesten er avgjørende for god tilnærming og oppgavedeling, og tilfaller naturlig en kommuneoverleges overordnede ansvar.

⁵ Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

⁶ Forskrift av 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern.

⁷ Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

⁸ Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

3.1.5 Beredskap⁹

Helseberedskapsloven pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide beredskapsplan for sine respektive deler av helse- og sosialsektoren. Kommunene skal ha en rekke planer for å håndtere uønskede hendelser som ulykker, smitteutbrudd, naturkatastrofer osv. (NOU 2022:5).

Kommuneoverlegen har en sentral rolle i å sikre at kommunen er godt forberedt på ulike type kriser og at helsemessige aspekter ivaretas på en effektiv måte i beredskapsarbeidet. En del av kommuneoverlegens rådgiverrolle er å påse at helseperspektivet er tilstrekkelig ivaretatt i kommunens planverk. En forutsetning for at hen skal lykkes med dette, er tilstrekkelig involvering i risikoanalyser, utredninger og vurderinger som ligger til grunn for planverket.

3.1.6 Andre oppgaver

I tillegg har kommuneoverlegen som helsemyndighet plikt til å samordne utredninger og tiltak med andre relevant lovverk (ikke uttømmende);

- Plan- og bygningsloven
- Arbeidsmiljøloven
- Matloven
- Forurensningsloven
- Grannelova
- Likestillings- og diskrimineringsloven
- Strålevernloven
- Forvaltningsloven og offentleglova
- Arkivloven

Kommuneoverlegen har en naturlig og sentral rolle i kommunene når det gjelder utforming av overordnede styringsdokumenter, slik som kommunedelplaner, temaplaner, utredninger og høringer. Dette kan inkludere høringer fra staten, fylkeskommunen eller andre relevante aktører. Grad av involvering av kommuneoverlegen i dette arbeidet varierer fra kommune til kommune, og er ofte avhengig av kommunens størrelse, tilgjengelige ressurser og øvrig faglig ekspertise.

Kommuneoverlegen har et spesielt ansvar for å integrere helsefremmende perspektiver på tvers av ulike sektorer og organisasjoner i denne prosessen. Dette innebærer å sikre at folkehelse og helsefremmende tilnærming blir ivaretatt i beslutningsprosesser knyttet til planlegging og utvikling av lokalsamfunnet.

⁹ Lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) og lov av 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven).

Videre har kommuneoverlegen et ansvar for å fremme det samfunnsmedisinske perspektiver i interne fora og i kommunens daglige virke. Gjennom implementering av rutiner og prosedyrer, legevakt, nettverk og samarbeidsfora på tvers av interne og eksterne arenaer.

4. Dagens organisering

Kommuneoverlegen har hovedansvar for å tilby samfunnsmedisinsk rådgivning og fungere som den øverste helsemyndigheten i kommunen. Kommuneoverlegen innehar ingen klinisk rolle.

I henhold til SFS 2305 §13 forventes det at enhver kommune legger til rette for en kommuneoverlegestilling på minst 50 % av full stilling. Hvordan tjenesten faktisk organiseres kan den enkelte kommune selv bestemme, og kommuneoverlegen har myndighet til å delegere passende oppgaver og funksjoner til andre. I dag håndterer Hole kommune oppgavene og funksjonen gjennom egne ressurser, mens Modum er vertskommune for Krødsherad og Sigdal og Ringerike vertskommune for Jevnaker.

Tabellen under gir oversikt over dagens ressursomfang og kompetanse i de 6 kommunene:

Kommune	Innbyggere	Kommune-overlege ressurs i stillings%	Andre tilhørende ressurser
Modum	14 673	60 %	
Sigdal	3505	20 %	
Krødsherad	2241	20 %	
Jevnaker	7037	80 %, vakant (sykefravær)	
Ringerike	31 581	150 %, fordelt på 2 personer	200 % rådgivere i MHV og 60 % merkantil
Hole	6989	50 %	
Samlet		380% (3,8 årsverk)	260 % (2,6 årsverk)

Figur 2 Ressursbruk til samfunnsmedisinske oppgaver pr. 01.04.2024.

4.1 Modum, Sigdal og Krødsherad

Modum, Sigdal og Krødsherad kommuner har et vertskommunesamarbeid, der Modum er vertskommune.

I dette samarbeidet er det ansatt en kommuneoverlege i 100 % stilling. Kommuneoverlegen er under spesialisering og fullfører denne høsten 2024.

Kommunene finansierer tjenesten på følgende måte (alle utgifter samlet):

- 20 % Krødsherad + 2 % stedfortreder
- 20 % Sigdal + 2 % stedfortreder
- 60 % Modum + 6 % stedfortreder

Kommuneoverlegefunksjonen er organisert i Støtte og utviklingsenhet under kommunalsjef for støtte og utvikling i Modum kommune. Organiseringen gir kontorfellesskap med kommunedirektørens stab. Kommuneoverlegen sitter i styringsgruppe sammen med kommunalsjef Helse og omsorg i Sigdal kommune og kommunalsjef Livsløp i Krødsherad kommune. Det er kontorlokaler for kommuneoverlegen i Modum 4 dager pr uke og i Krødsherad 1 dag pr uke. Det er ikke etablert kommuneoverlegekontor i Sigdal.

Krødsherad og Sigdal kommune har begge politiske vedtak om økning av kommuneoverlegeressurs fra 20 % til 50 % og Modum har føringer om en økning fra 60 % til 100% ressurs gjennom den sist vedtatt legeplanen. Dette gir vertskommunesamarbeidet en forventet samlet ressurs på 2 årsverk fremover.

Kommuneoverlegen har det overordnede ansvaret for, og utfører de lovpålagte oppgavene i samarbeidet. I tillegg har hver enkelt kommune egne ansvarspersoner eller team som utfører oppgaver som ligger innenfor kommuneoverlegens ansvarsområde, slik som smittevern og folkehelseoppgaver.

Når det gjelder psykisk helsevern, er oppgaven delegert til legevakt for kveld, natt og helg.

Det vises imidlertid til at samarbeidet ikke har en tilfredsstillende ordning for stedfortreder,¹⁰ og begrenset kapasitet til å følge opp oppgaver knyttet til:

- Rådgivende funksjoner innen miljørettet helsevern, som både planlagte og hendelsesbaserte tilsyn
- Forebyggende helsearbeid
- Planoppgaver i kommunene
- Kvalitetsarbeid i helsetjenestene i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.¹¹

Kostnadene fordeles mellom deltakerne ut fra den prosentvise andelen de har av kommuneoverlege og stedfortreder etter følgende beregningsgrunnlag:

- Alle direkte kostnader knyttet til kommuneoverlege utenom husleie. Krødsherad stiller med eget lokale.
- Overheadkostnader for tiden på 35 000 kr. (fast sats).

Samarbeidskommunene dekker sine deler av utgiftene etterskuddsvis. Krav sendes fra vertskommunen for hvert tertial.

¹⁰ Se tilsyn fra Statsforvalteren i Viken side 2, ref. 2023/27274 13.12.2023.

¹¹ Forskrift av 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4.2 Ringerike og Jevnaker

Kommunene Ringerike og Jevnaker etablerte et vertskommunesamarbeid i desember 2023, der Ringerike kommune fungerer som vertskommune. Samarbeidet omfatter totalt 2,3 årsverk kommuneoverlegeressurser, i tillegg til 2 årsverk rådgiverstilling innen miljørettet helsevern. For tiden er 0,8 årsverk kommuneoverlege utilgjengelig på grunn lengre sykefravær. Vedkommende er foreløpig ikke erstattet. De to kommuneoverlegene er stedfortredere for hverandre.

Flere funksjoner og kostnader er knyttet til samfunnsmedisinske oppgaver, men ikke direkte underlagt kommuneoverlegen som kostnadssted pr. i dag. Det er merkantilressurs og ressurser som arbeider med smittevern og migrasjonshelseressurser i kommunene. Samlede ressurser på området samfunnsmedisin i dette samarbeidet er pr. i dag 7,9 årsverk.

Kommunene antar å dekke sine lovpålagte samfunnsmedisinske oppgaver innenfor dagens ordning.

I Ringerike kommune er Kommuneoverlege 1 organisert under kommunalsjef Helse og omsorg. Slik blir kommuneoverlegen deltaker i kommunalsjefens ledergruppe, og sikres dermed rask informasjons- og kommunikasjonslinje til kommunedirektør og dennes ledergruppe.

Ringerike og Jevnaker sikrer involvering og forankring av kommuneoverlegens oppgaver gjennom plan for miljørettet helsevern fra 2024. Saker behandles som orienteringssak i kommunestyret. Kommuneoverlegen deltar i Folkehelsenettverket hvor alle sektorer er representert. I tillegg kalles kommuneoverlegen inn på kommunedirektørens informasjonsmøter til lederne og ledersamlinger. Kommuneoverlegen samhandler direkte med kommunedirektøren ved behov.

Kommuneoverlegen bistår kommunalsjef helse og omsorg i Jevnaker i legenes samarbeidsutvalg og med kommunens planarbeid. Fra januar i år fikk kommuneoverlegen delegert myndighet innen miljørettet helsevern og folkehelseloven.

Smittevern: Kommuneoverlegen har det formelle overordnede ansvaret, mens oppgaver og beredskap er bygd opp og utføres i den enkelte kommunen. I Jevnaker ligger oppgavene til helsestasjoner og/eller sykehjem og hjemmetjenesten, mens i Ringerike er oppgavene lagt til helsekontoret.

Psykisk helsevern: Utføres på dagtid av kommuneoverlegen, mens det på kvelder, natt og i helgene er delegert til legevakten.

I Ringerike kommune er oppfølging av folkehelseloven og miljørettet helsevern videredelegert til kommuneoverlegen via kommunalsjef helse og omsorg. Kommunene har egne rådgivere som arbeider med oppgaver knyttet til folkehelse (f.o.m april 2024). I Ringerike kommune er denne koordinatoren organisatorisk plassert i sektor Familie og utdanning og i Jevnaker er folkehelsekoordinatoren organisert i kommunedirektørens stab.

Funksjonen kommuneoverlege har tilknyttet to rådgivere i heltidsstillinger, altså 2 årsverk, for dedikerte oppgaver innen miljørettet helsevern. Det er kommuneoverlegen som har det overordnede ansvaret, mens oppgavene utføres av rådgivere.

Annet: Deler av Migrasjonshelsetilbudet inngår i samarbeidsavtalen mellom de to kommunene. De samarbeider og utfører oppgaver etter ordinasjon fra kommuneoverlegen, med de lokale/kommunale helsestasjonene/helsekontoret for smittesporing og TBC oppfølging og helseundersøkelse 2 til flyktninger.

I forhold til finansiering utarbeider Ringerike kommune utkast til årlig driftsbudsjett og oversender utkastet til neste års budsjett til Jevnaker innen 1. september. Grunnlaget for budsjettet er lønn- og sosiale kostnader for kommuneoverlegen og øvrig personell som er nødvendig for å gi tjenester etter denne avtalen.

Samarbeidskommunen betaler 1/5 av lønnskostnader og administrasjonskostnader på 4%. Det også regnet inn 40% sosiale kostnader for årslønnen. Det enkelte budsjett er gyldig når begge kommunene har vedtatt dette.

Jevnaker kommune dekker sine deler av utgiftene forskuddsvis. Beløpet forfaller med en halvpart 1. februar og 1. august hvert år. Kostnadene justeres årlig med faktisk lønnsvekst.

4.3 Hole

Kommunen har et halvt årsverk som kommuneoverlege. Kommuneoverlegen mangler spesialisering i samfunnsmedisin og mangler kvalifisert stedfortreder.

Kommuneoverlegen i Hole er organisert under kommunalsjef velferd.

Kommunen mangler kompetanse og kapasitet på å ivareta lovpålagte oppgaver rundt miljørettet helsevern. Kommunen har ikke formalisert samarbeid med andre kommuner hverken innen smittevern, migrasjonshelse eller miljørettet helsevern.

4.4 Vurdering av oppgaver og ressursbruk

Det er et uttalt krav til arbeidsgruppen om at et interkommunalt samarbeid ikke skal føre til merkostnader for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, utover kommunenes allerede vedtatte utgifter. Modum, Krødsherad og Sigdal har i budsjettplan og/eller plan for legetjenester vedtatt økt omfang av ressurser for det samfunnsmedisinske arbeidet, uten at dette er iverksatt når denne rapporten skrives.

Hole har ikke politiske vedtak som tilsier utredning eller utvidelse av samfunnsmedisinske ressurser. Ved kartlegging har det blitt rapportert at det er kun kommuneoverlegen som benyttes til å utføre de lovpålagte oppgavene og for å ivareta rådgivningsansvaret innen samfunnsmedisin. Arbeidsgruppen antar imidlertid at Hole kommune må forvente økte kostnader for å oppnå bedre dekning av de ansvars- og oppgaver forholdene som kreves for å imøtekomme samfunnsmedisinske behov.

For å kunne inngå et samarbeid er det en forutsetning at de politiske vedtakene om økning av kommuneoverlegens ressurser i Sigdal og Krødsherad gjennomføres. Modum har i vedtatte budsjettplan beskrevet et behov for en økning på 40 %, uten at dette foreløpig er fulgt opp med et eget vedtak. Ut fra dette vil disse tre kommunen samlet bidra med 2 årsverk inn i det nye samarbeidet.

I følge SFS 2305 skal den lavest ressursbruk per kommune være på 50 %. Når Sigdal og Krødsherad og Modum gjennomfører sine politiske vedtak og intensjoner om økning av ressurser, oppfyller kommunene dette minimumskravet. Det anbefalte omfanget av ressurser for de seks kommunene vil dermed være totalt 5 årsverk, mot dagens 3,8 årsverk.

Arbeidsgruppen vurderer at Ringerikskommunen slik kan få en betydelig forsterket effekt med en felles samfunnsmedisinsk enhet; ressursene blir fler, samtidig som det forventes positive synergieffekter ved å samle fagressurser inn i en felles enhet.

5. Prosessen frem til i dag

Helsesamarbeidet (kommunalsjefene i Ringeriksregionen og Midt-Buskerud) vedtok 25. august 2017 «Strategisk plan for legetjenester» og gav med dette tilsagn om at det ble utarbeidet et mandat for å utrede interkommunal samfunnsmedisinsk enhet for kommunene Hole, Jevnaker, Krødsherad, Modum, Ringerike og Sigdal.

Det ble opprettet en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utrede ulike organisasjonsformer og strukturer i en interkommunal samfunnsmedisinsk enhet og utfra det gjøre en anbefaling til de ovennevnte 6 kommunene. Mandatet til arbeidsgruppen ble revidert 12.01.2018 og lød som følger:

«Arbeidsgruppen skal utrede ulike organisasjonsformer og strukturer i en interkommunal samfunnsmedisins enhet og utfra det gjøre en anbefaling til kommunene Ringerike, Hole Jevnaker, Krødsherad, Modum og Sigdal.»

Arbeidsgruppen fremla forslag til tre alternative samarbeidsformer i uprioritert rekkefølge:

- En interkommunal samfunnsmedisinsk enhet for 6 kommuner
- En interkommunal samfunnsmedisinsk enhet for 3 kommuner
- En interkommunal enhet for miljørettet helsevern for 6 kommuner

Dokumentet ble sendt til de seks kommunene som ble bedt om tilbakemelding på hvilken form for samarbeid de ønsket for å løse kommunens samfunnsmedisinske oppgaver på en bedre måte. På bakgrunn av svarene skulle arbeidsgruppen utarbeide en konkret anbefaling til organisatorisk modell, med oppgaver og anbefalt ressursinnsats.

Helsesamarbeidet fattet våren 2019 følgende vedtak:

«Styringsgruppen dvs. Helsesamarbeidet i Ringeriksregionen og Midt-Buskerud (kommunalsjefene) støtter prosjektgruppens anbefaling, hvor 3 + 3 kommuner, henholdsvis Ringerike/Jevnaker/Hole og Modum/Krødsherad/Sigdal går sammen om å utrede en Interkommunal samfunnsmedisinsk enhet.»

På denne bakgrunn ble det etablert et vertskommunesamarbeid mellom Modum, Krødsherad og Sigdal kommuner fra 01.02.2020. I kommunene Hole, Jevnaker og Ringerike ble det ikke jobbet videre med en samarbeidsløsning på grunn av ressurstillgang i Hole og Jevnaker. Beslutningen fattet av Helsesamarbeidet våren 2019 ble derfor aldri fremmet til politisk behandling.

Arbeidet med å få til en felles samfunnsmedisinsk enhet for alle de 6 kommunene ble besluttet gjenopptatt i begynnelsen av 2023.

Siden dette har Helsesamarbeidet hatt møter med representanter for andre interkommunale samfunnsmedisinske enheter og blitt enige om å invitere alle kommunedirektørene til et møte hvor Helsesamarbeidet sammen med kommuneoverlegene presenterer et felles forslag til en interkommunal samfunnsmedisinsk enhet for regionen før påske 2024.

Jevnaker manglet stedlig kommuneoverlege i en lengre periode, og bad om bistand fra flere av de nærliggende kommunene uten å finne en løsning. Ringerike og Jevnaker ble derfor enige om å etablere en samarbeidsavtale for å finne en mer forutsigbar løsning. Vertskommune-samarbeidet mellom Ringerike og Jevnaker ble etablert 01.12.2023.¹²

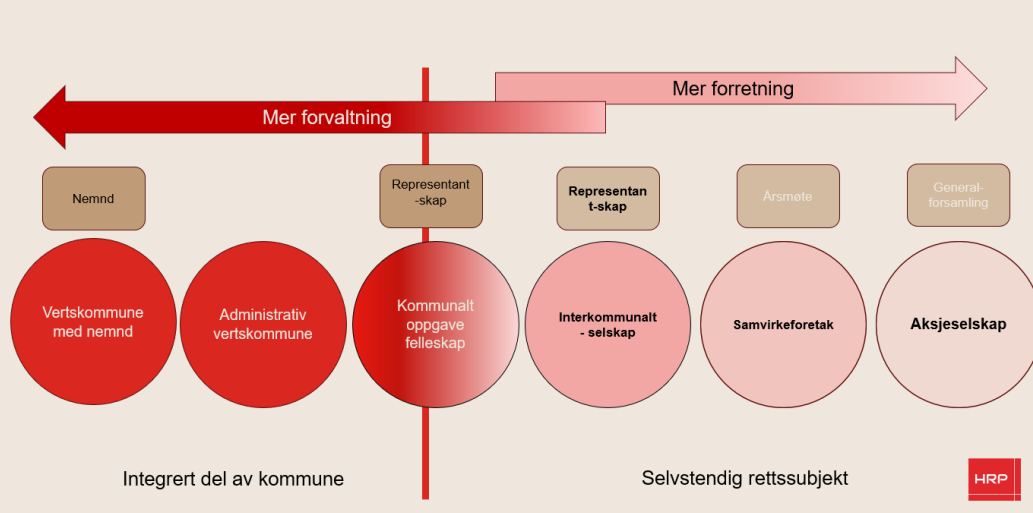
Ingen av kommunene har i dag et politisk vedtak om at det skal etableres et samarbeid mellom alle de 6 kommunene om samfunnsmedisinske tjenester. Det er derfor viktig å forankre dette arbeidet politisk før det eventuelt jobbes videre med.

6. Aktuelle organisasjonsformer for et samarbeid

Kommunene i Ringeriksregionen deltar i dag i to administrative vertskommunesamarbeid innen samfunnsmedisin hvor henholdsvis Ringerike og Modum er vertskommune for hvert sitt samarbeid. Det er nå et ønske om at alle de 6 kommunene skal etablert et felles samarbeid om de samfunnsmedisinske oppgavene.

Kommuneloven § 17-1 lovfester kommuners adgang til å samarbeide om oppgaver. Bestemmelsen inneholder en meny over lovlige samarbeidsformer som det kan velges fra. Det kan ikke etableres andre samarbeidsformer enn de som er listet opp.¹³ Av dem kan være aktuelle for samfunnsmedisinske oppgaver er:

- Vertskommuner (administrativt og med en politisk nemnd) kommuneloven kap. 20
- Kommunalt oppgavefelleskap kommuneloven kap. 19
- Interkommunalt selskap etter IKS-loven
- Aksjeselskap, samvirkeforetak og andre samarbeidsformer hjemlet i særlov



Figur 3 Organisering av interkommunalt samarbeid

¹² Denne avtalen er ikke til hinder for det pågående arbeidet med en felles enhet for alle 6 kommunene, men ble inngått for å avhjelpe Jevnaker kommune i en kritisk situasjon.

¹³ Interkommunalt politisk råd nevnes ikke her, da det er uaktuelt for en samfunnsmedisinsk enhet.

Interkommunalt selskap, aksjeselskap og samvirkeforetak er selvstendig rettssubjekt, hvor kommunene vil kunne drive eierstyring gjennom henholdsvis deltakelse i representantskapet eller møter i årsmøte eller generalforsamling. Administrasjonen vil være underlagt et styre som er ansvarlig for «forvaltningen av selskapet» og som skal «føre tilsyn med daglig leders ledelse av virksomheten». Finansieringen av selskapet vil måtte dekkes av kommunene som i dag, men med mulighet for noe ekstern finansiering gjennom å selge tjenester til eksterne aktører. Avtaler om tjenesteleveranse vil måtte avtales mellom selskapene og administrasjonen i den enkelte kommune.

Noen kommuner har organisert samfunnsmedisinske oppgaver i interkommunale selskaper (IKS). I de tilfellene vi kjenner til har kommuneoverlegen fortsatt et arbeidsforhold i én av deltakerkommunene og leies ut til selskapet. De ansatte i selskapet utfører delegerede oppgaver innen helse- og miljøtilsyn. Helse- og miljøtilsyn Salten IKS er eksempel på et slikt selskap. I Rogaland er helse- og miljøtilsynet organisert som en avdeling i det interkommunale brannvesenet sammen med skjenkekontrollen.

Arbeidsgruppen har vært opptatt av å samle og styrke fagmiljøet for kommuneoverlegene samt fremme samarbeidet innen helhetlig og overordnet samfunnsmedisin. I denne sammenhengen synes derfor ikke selskapsformene relevante, og det vil være kommunalt oppgavefelleskap eller vertskommune som synes som reelle alternativer for samarbeidet.

Formålet med et kommunalt oppgavefelleskap er å legge til rette for en enkel organisasjonsform som samtidig gir en forutsigbar ramme for samarbeidet. Et oppgavefelleskap kan ikke gis myndighet til å treffe enkeltvedtak, men det er likevel anledning til å bruke kommunalt oppgavefelleskap ved samarbeid om individrettede tjenester. Tjenesten må da organiseres slik at det er deltakerkommunen som fatter eventuelle enkeltvedtak knyttet til tjenesten, og at det kommunale oppgavefelleskapet har andre oppgaver, som eksempel utredning, rådgivning, informasjon og opplæring.

Vi kjenner ikke til noen samfunnsmedisinske enheter som er organisert som kommunale oppgavefelleskap og ser her de samme utfordringene som ved selskapsorganisering; organisasjonsformen ivaretar ikke arbeidsgruppens mål om å samordne kommunelegefunksjonen i de 6 kommunene.

Den mest aktuelle organisasjonsformen er vertskommunesamarbeid som er utformet med henblikk på å: «overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver og delegerer myndighet til å treffe enkeltvedtak eller vedta forskrift til en vertskommune.».¹⁴

I et vertskommunesamarbeid overlater en kommune (samarbeidskommunen) oppgaver eller delegerer myndighet til en annen kommune (vertskommunen). Vertskommunen delegeres en generell adgang til å treffe enkeltvedtak og vedta forskrifter på veggen av de deltakende kommunene. Gjennom dette er det en ulik styringsmulighet mellom deltakerkommune. Det er vertskommunen som har ansvar for å løse oppgavene kommunene samarbeider om, og arbeidet inngår i kommunens organisasjon.

Samarbeidskommunen har ikke samme mulighet for tett oppfølging av oppgavene. Samarbeidskommunen har likevel flere styrings- og kontrollmuligheter som gjør at den kan gripe inn og ivareta egne interesser. Samarbeidskommunen kan gi vertskommunen instruks om

¹⁴ Se kommuneloven § 20-1.

hvordan delegert myndighet skal utøves og omgjøre vedtak vertskommunen har fattet på vegne av samarbeidskommunen. I denne modellen har vertskommunen ubegrenset ansvar for samarbeidets økonomiske forpliktelser overfor kreditorer, på samme måte som for annen virksomhet i kommunen. Det er fordi samarbeidet er en del av vertskommunen som rettssubjekt. Det skal framgå av samarbeidsavtalen hvordan vertskommunen skal kompenseres for utgifter og oppgaver som gjøres på vegne av de(n) andre kommunen(e).¹⁵

Det finnes *to typer vertskommunesamarbeid*; vertskommune med politisk nemnd og administrativ vertskommune. I tilfeller der samarbeidet skal fatte beslutninger om saker av «prinsipiell betydning», kreves det etablering av en politisk nemnd. Når det gjelder en samfunnsmedisinsk enhet, vil et administrativt verstkommunesamarbeid være mest hensiktsmessig. Dette innebærer at samarbeidskommunene overlater til vertskommunens administrasjon å utføre oppgavene og fatte vedtak på vegne av samarbeidskommunene, i de typene saker som inngår i samarbeidsavtalen.

Flere interkommunale samfunnsmedisinske enheter er organisert som vertskommunesamarbeid, slik som Kongsbergregionen og Hamar samfunnsmedisinske enhet.

7. Anbefaling

Saken belyser kommunens ansvar for å ivareta lovpålagte oppgaver innen samfunnsmedisin og behovet for medisinsk faglig rådgivning til deltakerkommunene. Oppgavene innen samfunnsmedisin er både omfattende og komplekse, og krever spesialisert kompetanse.

En løsning som foreslås for å sikre at alle kommunene i regionen oppfyller sine lovpålagte krav i henhold til gjeldende lovverk, er å etablere en interkommunal enhet for samfunnsmedisin i Ringeriksregionen. Her vil kommuneoverlegene og rådgivere innen miljørettet helsevern organiseres i en felles enhet. Dette vil kunne styrke muligheten for å tilby god medisinsk faglig rådgivning til de deltakende kommunene og dermed forbedre de medisinsk faglige vurderingene og utførelsen av tiltakene. Samtidig vil det sikre forsvarlige arbeidsforhold for de ansatte innen samfunnsmedisin og miljørettet helsevern, også i de mest pressende situasjoner som ved sykdom blant personalet, større krisesituasjon i regionen eller en ny pandemi.

Arbeidsgruppen går samlet inn for å anbefale opprettelsen av et administrativt vertskommunesamarbeid gjennom etablering av en samarbeidsavtale.¹⁶ Det er spesielt fire forhold arbeidsgruppen er opptatt av å ivareta:

1. Kommunens forpliktelser i henhold til gjeldende lover og planverk.
2. Forsvarlig ivaretagelse av kommunelegens arbeidsforhold, også i omfattende beredskapssituasjoner.
3. Sikre at alle de samarbeidende kommunene tar eierskap til samarbeidet og ansvar for forpliktelsene.

¹⁵ Se Veileder om interkommunalt samarbeid utgitt av KDD 05.10.2023.

¹⁶ Se kommuneloven § 20-4.

4. Etterstrebe mest mulig lik saksbehandling i regionen samtidig som den enkelte kommunes særbehov ivaretas.

Arbeidsgruppen vil understreke viktigheten av at selv om samfunnsmedisin legges til en enhet i en vertskommune, må fagområdets og lovverkens intensjoner ivaretas gjennom den enkelte kommunenes daglige virke og organisering.

Samarbeidet vil skape synergier som bidrar til at dobbeltarbeid unngås, og det vil ha positive effekter gjennom frigjøring av samlet tid for ressursene i enheten. Dette vil i større grad gjøre det mulig å utføre samfunnsmedisinske oppgaver som kommunene for tiden ikke gjør, som for eksempel oppgaver knyttet til forebyggende arbeid og miljørettet helsevern.

Noen kommuner i regionen ønsker at den samfunnsmedisinske enheten også skal ha ansvar for administrative oppgaver som:

- Administrere fastlegeordningen
- Helseberedskapsplaner
- Migrasjonshelse
- Administrere kommunenes smittearbeid

Kommunene har frihet til å organisere arbeidet slik de ønsker, og flere har valgt å tildele disse funksjonene til enten kommuneoverlegen eller en felles samfunnsmedisinsk enhet. Kommuneoverlegen er imidlertid ikke pålagt å ha dette ansvaret etter lov.

Arbeidsgruppen har drøftet spørsmålet og mener det ikke er hensiktsmessig å legge disse funksjonene til den samfunnsmedisinske enheten i vertskommunesamarbeidet på det nåværende tidspunkt. Arbeidsgruppen anbefaler at disse funksjonene videreføres av den enkelte kommune inntil videre, men at temaet bør gjenopptas og diskuteres ved en evaluering av samarbeidet på et senere tidspunkt. Anbefalingen begrunnes i:

- Uoversiktlige kostnadsberegninger, da omfanget er ulikt definert i kommunene.
- Kommunene har et annet behov for oversikt, kontroll og direkte styringsrett i forhold til disse tjenestene, og det er vanskelig pr dags dato å se gode synergieffekter for oppgavene inn i et interkommunalt samarbeid.

Det er enighet i arbeidsgruppen om at oppgavene skal begrenses til det som er nevnt i denne rapporten, og som er sakens kunnskapsgrunnlag. Øvrige oppgaver som ikke er direkte tilknyttet til samfunnsmedisin anbefaler vi å holde utenfor en ny samfunnsmedisinsk enhet, og at disse løses i den enkelte kommune.

7.1 Prioritering av oppgaver

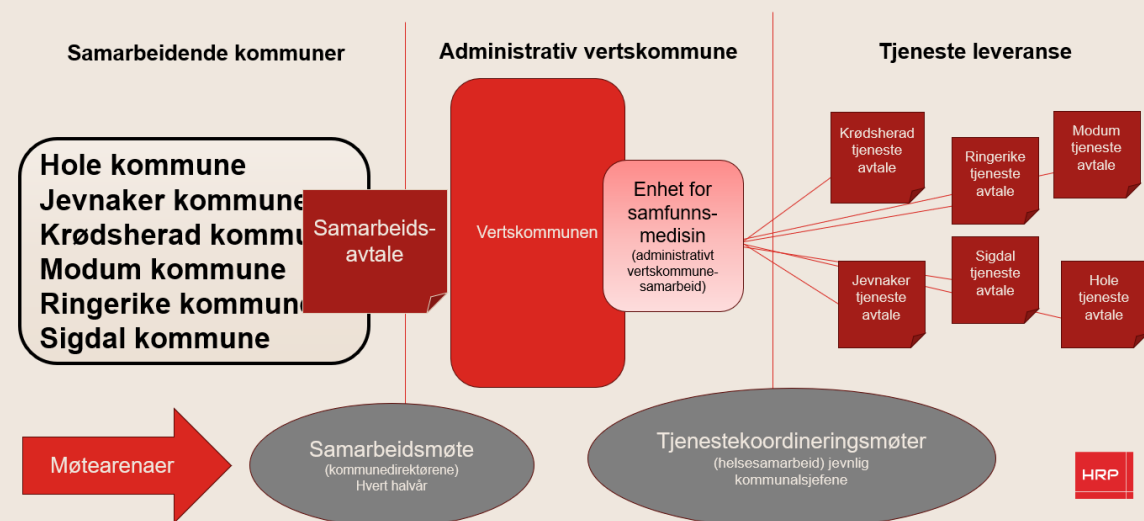
Det lovpålagte ansvaret for en kommuneoverlege er omfattende, og det er utfordrende å gi en detaljert beskrivelse av hvilke oppgaver dette omfatter, og hvordan de skal prioriteres. Vektingen av hvilke områder som vil kreve mest ressurser vil variere gjennom året, avhengig av de utfordringene og mulighetene regionen til enhver tid står ovenfor. De lovpålagte oppgavene vil alltid være prioritert som «skal» oppgaver, mens rådgivende oppgaver i presserende situasjoner kan nedprioriteres til «bør» eller «kan» oppgaver. Det finnes pr. i dag ingen offentlige dokumenter som beskriver en slik forpliktende oppgavebeskrivelse. Helse- og omsorgsdepartementet har som nevnt gitt direktoratet i oppgave å utarbeide en veileder for kommuneoverlegens rolle og

oppgaver. Det er mulig denne vil være mer konkret, men den antas ikke å ferdigstilles før senere i år.

Enheten vil være i en situasjon der oppgaver og prioriteringer kan bli pålagt av kommunenes administrative eller politiske ledelse samt av staten gjennom statsforvalter og/eller departement/direktorat. Organisering av enheten har derfor stor betydning for prioritering og fordeling av arbeidsoppgaver innen enheten. Arbeidsgruppen anbefaler at enhetens leder også er faglig leder, det vil si kommuneoverlege med spesialisering i samfunnsmedisin. Det vil være denne som har ansvaret for enhetens prioritering av oppgaver.

7.2 Organisering

Etablering av et administrativt vertskommunesamarbeid forutsetter at deltakerne inngår en samarbeidsavtale som blant annet identifiserer deltakeren i samarbeidet og vertskommunen, oppgavene som overføres på et overordnet nivå samt den økonomiske fordelingen mellom deltakerne.



Figur 4 Anbefalt modell for organisering av felles samfunnsmedisinsk enhet for Ringerike

I tillegg til **samarbeidsavtale** som regulerer det overordnede og er lovpålagt, vil det være nødvendig å avklare hva vertskommunen bistår den enkelte deltakerkommune med, og hva den enkelte deltaker selv må bidra med for å ivareta de samfunnsmedisinske oppgavene i den enkelte kommune. Disse avtalene vil stort sett være identiske, men noen deler vil være kommunespesifikke. Vi kaller disse avtalene for **tjenesteavtaler**, se figur 4.

Samarbeidsavtalen vil være en avtale som er relativt fast, mens tjenesteavtalene bør gjennomgås årlig. For å ivareta en god dialog mellom deltakerkommunen bør det gjennomføres jevnlig **samarbeidsmøter** mellom kommunene, slik som skisseres i samarbeidsavtalen mellom Ringerike og Jevnaker i dag. Dette er et møte mellom deltakerkommunene for å ivareta det overordnede, og bør gjennomføres hvert halvår. Deltakerne vil være kommunedirektørene, eller den rollen kommunedirektøren delegerer til.

For å ivareta tjenesteavtalene på en god måte bør leder av enhet for samfunnsmedisin med jevne mellomrom møte med den enkelte kommunalsjef innen helse for å påse at leveransen ivaretas på

en god måte av enheten i vertskommunen, og at den enkelte kommune oppfyller sine forpliktelser i tjenesteavtalen. Slike møter bør gjennomføres hvert kvartal og benevnes i figur 4 for **tjenestekoordineringsmøter**.

7.2.1 Samfunnsmedisinsk enhet

Ringerike kommune stiller seg positivt til å være vertskommune for en felles interkommunal samfunnsmedisinsk enhet. Arbeidsgruppen anbefaler at samfunnsmedisinsk enhet organiseres som en administrativ vertskommune modell etter kommuneloven kapittel 20. Ringerike vil da være vertskommune og Modum, Jevnaker, Sigdal og Krødsherad og Hole vil være samarbeidskommuner.

Det naturlige vil være at alle de ansatte innen samfunnsmedisin er ansatt i vertskommunen, dvs. Ringerike kommune. Reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven kap. 16 kommer derfor til anvendelse for de personene som er knyttet opp til de arbeidsoppgaver som er tiltenkt enheten og som i dag ikke er ansatt i Ringerike kommune.

Til enheten ansettes et årsverk med fagleder; kommuneoverlege 1, 4 årsverk kommuneoverlege 2, to rådgivere dedikert til miljørettet helsevern og én merkantil ressurs.

Ringerike kommunen bidrar inn i enheten med 1,5 årsverk kommuneoverlege og 2 årsverk innen miljørettet helsevern. Samarbeidskommunene bidrar med følgende ressurser inn i enheten:

- Jevnaker 80 %,
- Sigdal: 50 %,
- Krødsherad: 50 %,
- Modum 100 %
- Hole: 50 %

I tillegg ansettes et årsverk merkantil ressurs.

Arbeidsgruppen anbefaler at den samfunnsmedisinske enheten blir en egen organisatorisk enhet med en kommuneoverlege 1 som fagleder.

Slik arbeidsgruppen ser det, er det to aktuelle alternativer for organisatorisk plassering i Ringerike:

1: Tilhørende kommunalsjef helse i Ringerike kommune. Leder av enheten rapporterer direkte til kommunalsjefen. Leder av enheten anbefales å være faglig overordnet øvrig personell, og bør derfor være kommuneoverlege med spesialisering innen samfunnsmedisin. I en slik løsning vil leder ha personalansvar for de øvrige ansatte i enheten.

2: Tilhørende enhet interkommunale tjenester og samhandling i Ringerike kommune. Ved denne løsningen har enhetsleder interkommunale tjenester og samhandling personalansvar, mens leder av samfunnsmedisin har det faglige overordnede ansvaret for området og vil være fagleder for de ansatte innen samfunnsmedisin. Vedkommende vil da benevnes avdelingsleder. Det er ved denne løsningen enhetsleder for interkommunale tjenester og samhandling som rapporterer til kommunalsjef for Helse og Omsorg.

Arbeidsgruppen har diskutert hvilken av de to alternativene som vil være å foretrekke. Begge alternativene fremkommer som aktuelle, og begge har sine fordeler og ulemper. En løsning der man velger alternativ 2, med presiseringer i tjenesteavtalene, er gruppens anbefaling:

Enhetsleder for interkommunale tjenester og samhandling innehar personalansvar for de ansatte innen samfunnsmedisin, mens kommuneoverlege 1 har fagansvaret. Slik vil kommuneoverlege 1 kunne disponere sin tid til fagoppgaver. En slik organisering forutsetter at kommuneoverlege 1 har møte og talerett i kommunalsjefens lederfora, som enhetsleder for interkommunale tjenester og samhandling sin rådgiver på fagområdet.

Ved etablering av en felles enhet er det viktig å ivareta og etablere en solid lokal tilknytting mellom den samfunnsmedisinske enheten og den enkelte kommune. Kunnskap om lokale forhold og lokale ressurser til ulike arbeidsoppgaver vil være en styrke i et slikt interkommunalt samarbeid Uansett valg av organisatorisk plassering mener vi at hver samarbeidskommune skal ha direkte tilknytting til en navngitt kommuneoverlege. Det vil i det jevne være denne kommuneoverlegen som kjenner den enkelte kommunen best, og som har den daglige kontakten opp imot kommunen. For å sikre informasjonsflyt begge veier; mellom kommunes administrative ledelse og den samfunnsmedisinske enheten, vil tjenesteavtalen beskrive en forpliktende samhandlingsstruktur. Kommuneoverlege 1 vil ha myndighet til faste møtearena i den enkelte kommunens administrative ledelse, på det nivået den enkelte kommune finner mest hensiktsmessig. Kommuneoverlege 1 har myndighet til å delegere ansvaret fra samfunnsmedisinsk enhet til kommuneoverlege 2.

I en interkommunal samfunnsmedisinsk enhet vil det bli etablert en struktur der kommuneoverlegens ansvar organiseres med delegert stedfortrederroller for hverandres ansvarsområder. En slik organisatorisk struktur skal sørge for at ansvar og funksjoner blir ivaretatt i alle kommunene selv når en kommuneoverlege er fraværende.

Arbeidsgruppen mener at det må etableres beredskapsordning for arbeid som kan bli pålagt de ansatte i enheten utover ordinær arbeidstid. Rutiner bør også etableres for kommuneoverlegens rolle i den enkelte kommunes beredskapsplan, der det ikke er gjort.

Det vil være fagleder av samfunnsmedisinsk enhet som har ansvaret og koordineringen av enhetens arbeidsoppgaver.

Arbeidsgruppen anbefaler at kommunene forplikter seg gjennom tjenesteavtalene til å etablere rutiner for gjensidig kommunikasjon mellom kommunen og samfunnsmedisinsk enhet. Hver enkelt kommune etablerer rutiner for hvilke roller dette involverer, og beskrivelse av hvordan. Her foreslår arbeidsgruppen sjekklister der det i kommunenes saksutredninger blir lagt inn et punkt om medvirkning og involvering av samfunnsmedisinsk kompetanse.

Rutinene skal sørge for direkte nødvendig involvering av kommuneoverlegen i den enkelte kommunes daglige virke. Arbeidsgruppen anbefaler at rutiner utarbeides innenfor tema:

- Generell involvering og medvirkning i den enkelte kommune
- Planarbeid
- Folkehelse
- Beredskapsarbeid
- Deltakelse og rolle i krisestab
- Migrasjonshelse
- Smittevern
- Miljørettet helsevern
- Psykisk helsevern

- Overordnede samhandlingsarenaer mellom primær og spesialisthelsetjenesten

Arbeidsgruppen anbefaler bredere involvering i utarbeidelse av rutinene for at involverte og samarbeidsparter skal ha god forståelse av egen rolle og ansvar. Det bør gjennomføres en form for opplæring og presentasjon av enhetens oppgaver og tilhørende rutiner.

7.3 Finansiering

Ved interkommunale samarbeid velges ofte enkle kostnadsfordelingsmodeller som er lett for alle involverte å relatere seg til, fremfor å benytte en mer kompleks modell.¹⁷ Fordelingsmodellen baseres da på en praktisk tilnærming i stedet for en objektiv og nøyaktig fordeling av kostnadene. Innbyggertallet i de samarbeidende kommunene blir ofte brukt som et utgangspunkt for kostnadsfordelingen. Dersom dette fører til betydelige avvik fra det som oppleves å være en rettferdig kostnadsfordeling, eller om det er forhold ved samarbeidet som gjør at dette prinsippet oppleves som feil, kombineres dette gjerne med en fast andel eller er fast grunnbeløp.

Kostnadsfordeling etter innbyggertall reflekterer som utgangspunkt at alle kommuner har samme bruk av tjenesten per innbygger og at kostnad per innbygger er den samme. Fordelen med modellen er at den er enkel å forstå, transparent og enkel å oppdatere. Dersom innflytelse er koblet til antall innbyggere, vil samtidig innflytelse samsvare med økonomisk bidrag. En utfordring kan være at kostnadsfordelingen ikke nødvendigvis gjenspeiler den faktiske kostnaden knyttet til tjenesten i hver kommune, eksempelvis definerte oppgaver som må gjennomføres uavhengig av om kommunen er stor eller liten.

En ikke uvanlig kostnadsfordelingsmodell er et fast grunnbeløp pluss en variabel andel. Fordelingen mellom fast og variabel andel kan bestemmes ut fra kriterier som rettferdighet, rimelighet eller evne. Modellen gir en minimumskostnad for alle deltakende kommuner i samarbeidet, der resterende kostnader belastes etter kommunens størrelse målt etter aktivitet, uttak, antall innbyggere eller annen relevant kostnadsdriver. Fordelen med modellen er at den er enkel å forstå, transparent og er enkel å oppdatere.

Arbeidsgruppen har utover dette også diskutert betydningen antall hytter i en kommune kan ha for kostnadsfordelingen. Omfang hytter, med både ivaretagelse av nåværende hytteeiere og eventuelt nyetableringer er av betydning for kommuneoverlegens samlede oppgave- og ansvarsområde. I hvilken grad det skal påvirke kostnadsfordelingen ønsker ikke arbeidsgruppen å ta stilling til, da vi mener det må ses i sammenheng med finansieringsmodellene i de øvrige interkommunale samarbeidene i regionen.

¹⁷ Se rapport «Eksempler på sjekklister, samarbeidsavtaler mv. for interkommunalt samarbeid» utarbeidet av BDO på oppdrag for KDD 14.12.2023.