
Hva kjennetegner kommuneoverlegene og organiseringen av deres funksjon?

ORIGINALARTIKKEL

OLA KREKVIK MOWINCKEL

ola.mowinckel@himolde.no

Avdeling for økonomi og samfunnsfag

Høgskolen i Molde

Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolkning av data, litteratursøk samt utarbeiding/revisjon av manuset.

Ola Krekvik Mowinckel er stipendiat i helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde.

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

ERLEND VIK

Avdeling for økonomi og samfunnsfag

Høgskolen i Molde

Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolkning av data, litteratursøk samt utarbeiding/revisjon av manuset.

Erlend Vik er førsteamanuensis i helseledelse.

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

SØLVE MIKAL KREKVIK NERLAND

Avdeling for økonomi og samfunnsfag

Høgskolen i Molde

Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolkning av data, litteratursøk samt revisjon av manuset.

Sølve Mikal Krekvik Nerland er førsteamanuensis i samfunnsvitenskap.

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

MARIT STORJORD VESTAD

Institutt for real-, natur- og samfunnsfag

Dronning Mauds Minne Høgskole for barnehagelærerutdanning

Campus Kristiansund

Forfatterbidrag: utforming/design, datainnsamling og revisjon av manuset.
Marit Storjord Vestad er høgskolelektor i samfunnsfag.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bakgrunn

Nasjonale myndigheter ønsker å styrke kommuneoverlegefunksjonen i normaltid og i møte med kriser. Vi ønsket å undersøke kommuneoverlegers erfaring og spesialisering samt ansettelsesforhold og organisering av funksjonen som et utgangspunkt for å vurdere hvorvidt målet om en styrket kommuneoverlegefunksjon realiseres.

Materiale og metode

Vi sendte ut en spørreundersøkelse til kommuneoverleger i alle Norges kommuner høsten 2024.

Resultater

299 av 439 (68 %) kommuneoverleger i 235 av 357 kommuner besvarte undersøkelsen. 254 (85 %) var spesialister eller i spesialisering i samfunnsmedisin. 133 (44 %) hadde halv stilling eller lavere stillingsandel, og 183 (61 %) hadde tilleggstilling(er). 80 (27 %) var organisatorisk plassert i kommunedirektørens stab. Av 211 som hadde en annen leder enn kommunedirektøren, var 156 (74 %) plassert i kommunens helsesektor. 63 (21 %) svarte at kommuneoverlegefunksjonen ikke hadde fast plass i kommunens kriseledelse.

Fortolkning

Den formelle kompetansen blant kommuneoverleger i Norge er høy, men variasjon i ansettelsesforhold og organisatorisk plassering indikerer at kommuneoverleger har ulike forutsetninger for å utøve funksjonen.

Hovedfunn

85 % av kommuneoverlegene som deltok i undersøkelsen, var spesialister eller i spesialisering i samfunnsmedisin.

61 % av kommuneoverlegene hadde tilleggstilling(er).

En femtedel svarte at kommuneoverlegefunksjonen ikke hadde fast plass i kriseledelsen.

Koronapandemien satte rollen til kommuneoverlegen på dagsordenen lokalt og nasjonalt (1–5). Nasjonale myndigheter har i etterkant pekt på behovet for å styrke funksjonen (6) og at organisering og innhold i kommuneoverlegestillingen burde diskuteres nasjonalt (7).

Mai 2025 publiserte Helsedirektoratet veilederen *Kommuneoverlege – kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid*. Formålet med veilederen var å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk kapasitet, kompetanse og kontinuitet både under normale forhold og i krise- og beredskapssituasjoner (8).

Det er nødvendig med mer kunnskap om dagens situasjon for å kunne vurdere hvordan en styrking av kommuneoverlegefunksjonen kan realiseres. Eksisterende forskning har primært vært kvalitativ og basert på begrensede utvalg i lokale kontekster (3, 5, 9–11).

Den nye veilederen anbefaler at kommuneoverlegen er spesialist eller lege i spesialisering i samfunnsmedisin (8). En kartlegging under koronapandemien viste at over halvparten var spesialist eller i spesialisering, og over halvparten hadde mer enn fem års erfaring som kommuneoverlege (12).

KS (kommunesektorens organisasjon) og Legeforeningen anbefaler at kommunene legger til rette for at kommuneoverleger har minst 50 % stilling (13). Mindre stillingsprosjenter der funksjonen kombineres med andre legestillinger og -oppgaver som fastlege og legevakt, kan medføre at pasientrettet arbeid går på bekostning av de samfunnsmedisinske oppgavene (14).

Kommuner har selvbestemmelse om hvordan kommuneoverlegefunksjonen organiseres. Hva som er hensiktsmessig organisering, er et viktig spørsmål (6, 8, 15). Både den horisontale og vertikale plasseringen i kommuneorganisasjonen kan ha betydning for rolleopplevelse og faglig identitet (9) samt for involvering og utnyttelse av kommuneoverlegers samfunnsmedisinske kompetanse (3, 5).

Veilederen påpeker viktigheten av en organisatorisk plassering som legger til rette for tverrsektorielt arbeid (8). Totalberedskapskommisjonen anbefaler at kommuneoverlegen er plassert i kommunedirektørens stab (6). Høringsnotat til ny folkehelselov anbefaler mindre kommuner å samarbeide om kommuneoverlegefunksjonen for å styrke kapasitet, kontinuitet og fagmiljø (16).

Målet med vår studie var å kartlegge norske kommuneoverleger – antall, spesialistkompetanse, erfaring og ansettelsesforhold – samt kommunenes organisering av kommuneoverlegefunksjonen.

Materiale og metode

Vi foretok en spørreundersøkelse blant norske kommuneoverleger i perioden 26. august til 8. november 2024. Undersøkelsen var i forkant presentert på årsmøtekurs i Norsk samfunnsmedisinsk forening august 2024 og i en lukket Facebook-gruppe for samfunnsmedisinere.

Spørreundersøkelsen var rettet mot kommuneleger, kommuneoverleger, assisterende kommuneoverleger, smittevernleger og/eller bydelsoverleger og ble sendt per e-post til alle 357 kommunene via kommunenes postmottak (se appendiks 1 for 22 spørsmål som inngikk i spørreskjemaet).

Det ble purret på e-post i inntil tre runder og med telefon i tillegg i siste runde. Ved uteblitt respons innhentet vi informasjon om kommuneoverlegefunksjonen fra kommunens nettside.

Vi estimerte totalt antall kommuneoverleger ut fra svarene på spørreundersøkelsen, ringerunder og informasjon fra kommunenes nettsider. Deskriptive data er angitt som n (%) og gjennomsnitt (standardavvik).

Følgende variabler ble undersøkt i bivariate krysstabeller: Samlet erfaring (år) ble krysset mot henholdsvis kjønn og antall år i nåværende stilling; fast plass i kriseledelsen mot organisatorisk plassering (nivå 1: i kommunedirektørens stab, nivå 2: direkte under kommunalsjef, stabsleder eller lignende og nivå 3: mellomleder (mellom kommuneoverlege og kommunalsjef/stabsleder)); og kommunens størrelse (innbyggertall) mot henholdsvis spesialisering, interkommunalt samarbeid og hvilke kommuner som var representert. Sammenheng mellom kommunens innbyggertall og størrelse på kommuneoverlegestilling ble testet med Pearsons korrelasjonstest med 0,05 som signifikansnivå.

Spørreskjemaet var laget i Nettskjema. Innbyggertall per kommune per 1.1.2024 ble hentet fra Statistisk sentralbyrå, herunder syv innbyggertallkategorier: $\leq 1\,999$, 2 000–4 999, 5 000–9 999, 10 000–19 999, 20 000–29 999, 30 000–49 999 og $\geq 50\,000$ (ref. tabellnummer 07459 i Statistikkbanken) (17). Datasettet ble bearbeidet og analysert med Stata.

Sikt vurderte behandlingen av personopplysninger (meldingsnummer 278632). Informasjonsskriv ble sendt med undersøkelsen, og samtykke ble innhentet via spørreskjemaet.

Resultater

Kommuneoverleger i 235 av 357 (66 %) kommuner deltok i spørreundersøkelsen høsten 2024. 87 av 174 (50 %) kommuner med $< 5\,000$ innbyggere var ikke representert. Vi estimerte totalt 439 kommuneoverleger, hvorav 299 (68 %) besvarte spørreundersøkelsen (tabell 1). Tre respondenter som ikke hadde besvart noen av spørsmålene, ble utelatt fra studien.

Tabell 1

Karakteristika ved 299 kommuneoverleger som besvarte spørreundersøkelse høsten 2024.

Variabel	Antall (%)
Alder (år)	
30–39	46 (15)
40–49	111 (37)
50–59	79 (26)
60–69	54 (18)
70 +	7 (2)
Manglende svar	2 (1)
Kjønn	
Mann	131 (44)

Variabel	Antall (%)
Kvinne	164 (55)
Manglende svar	4 (1)
Samlet erfaring som kommuneoverlege (år)	
< 2	42 (14)
2–4	73 (24)
5–9	76 (25)
10–19	69 (23)
20–29	22 (7)
≥ 30	15 (5)
Manglende svar	2 (1)
Erfaring i nåværende stilling (år)	
< 2	68 (23)
2 - 4	103 (34)
5 - 9	69 (23)
10 - 19	37 (12)
20 - 29	9 (3)
≥ 30	11 (4)
Manglende svar	2 (1)
Spesialisering, flere kryss mulig	
Spesialist i samfunnsmedisin	129 (43)
Spesialist i allmennmedisin	160 (54)
Annen spesialitet	44 (15)
Lege i spesialisering i samfunnsmedisin	125 (42)
Lege i spesialisering i allmennmedisin	35 (12)
Lege i spesialisering i annen spesialitet	3 (1)
Hverken spesialist eller lege i spesialisering	0 (0)
Manglende svar	2 (1)

Gjennomsnittlig samlet erfaring som kommuneoverlege var 9 år (standardavvik 8), og 106 (35 %) av respondentene hadde 10 år eller mer. 186 (62 %) hadde like lang erfaring som antall år i nåværende stilling, altså at erfaringen i hovedsak var opparbeidet i samme kommune. 171 (57 %) hadde < 5 års erfaring i nåværende stilling, der 34 av disse hadde 10–19 års erfaring fra før. Fordeling av erfaring etter kjønn var

følgende: 71 kvinner (43 % av kvinnene) og 43 menn (33 % av mennene) hadde < 5 års samlet erfaring som kommuneoverlege, mens 24 menn (18 %) mot 13 kvinner (8 %) hadde 20 års erfaring eller mer.

254 (85 %) kommuneoverleger var spesialist eller lege i spesialisering i samfunnsmedisin.

Med hensyn til kommunestørrelse, gitt som innbyggertallkategori, fordelte disse 254 seg slik:

53 (21 %) jobbet i kommuner med > 50 000 innbyggere, 19 (7 %) var i kategorien 30 000–49 999, 33 (13 %) i 20 000–29 999, 41 (16 %) i 10 000–19 999, 39 (15 %) i 5 000–9 999, 45 (18 %) i 2 000–4 999, og 22 (9 %) var i kommuner med < 2 000 innbyggere (to var uten registrert kategori). 36 av 43 (84 %) kommuneoverleger uten spesialisering i samfunnsmedisin var i kommuner med < 10 000 innbyggere.

I de minste kommunene (de med innbyggertall $\leq$ 1 999 og 2 000–4 999) var henholdsvis 26 (70 %) og 41 (73 %) kommuneoverleger spesialister i allmennmedisin, mot 4 (20 %) og 17 (31 %) i de største (innbyggertall 30 000–49 999 og $\geq$ 50 000).

297 kommuneoverleger som svarte på flervalgsspørsmål om spesialisering, krysset av for til sammen 496 svaralternativer.

Gjennomsnittlig stillingsprosent for kommuneoverlegefunksjonen var 69 % (standardavvik 29) (tabell 2). Det var en signifikant positiv sammenheng mellom kommunens innbyggertall og stillingsprosent (Pearsons korrelasjon 0,25). Alle 27 kommuneoverlegene som hadde 20 % eller lavere stillingsprosent, arbeidet i en kommune med < 10 000 innbyggere. 183 (61 %) av kommuneoverlegene hadde annen stilling(er) ved siden av kommuneoverlegestillingen, der 130 var fastlege eller i annen allmennlegestilling.

Tabell 2

Ansettelsesforhold for 299 kommuneoverleger som besvarte spørreundersøkelse høsten 2024.

	Antall (%)
Stillingsprosent som kommuneoverlege	
0–20	27 (9)
21–40	38 (13)
41–60	83 (28)
61–80	24 (8)
81–100	125 (42)
Manglende svar	2 (1)
Stillingstype	
Ledende og særlig uavhengig stilling	113 (38)
Vanlig ansatt med regulert arbeidstid og overtidsbetaling	167 (56)
På kontrakt eller på annen måte leid inn	16 (5)
Manglende svar	3 (1)

	Antall (%)
Lederansvar innen økonomi og/eller personal	
Ja	60 (20)
Nei	236 (79)
Manglende svar	3 (1)
Tilleggsstilling(er)	
Ja	183 (61)
Nei	113 (38)
Manglende svar	3 (1)
Type tilleggsstilling(er) (n = 183)	
Fastlege/annen allmennlegestilling	130 (71)
Jobb i spesialisthelsetjenesten	11 (6)
Annen jobb	64 (35)
Manglende svar	3 (1)

171 (57 %) av respondentene svarte at de ikke hadde en stedfortreder eller vara. 63 (21 %) svarte at kommuneoverlegefunksjonen ikke hadde fast plass i den kommunale kriseledelsen. Andelen med fast plass i kriseledelsen økte med nivå på organisatorisk plassering: 57 av 80 (71 %) kommuneoverleger på nivå 3, 103 av 131 (79 %) på nivå 2 og 71 av 80 (89 %) på nivå 1.

Øvrig organisering av kommuneoverlegefunksjonen, herunder interkommunalt samarbeid og nivå- og sektorplassering, er oppsummert i tabell 3. En gjennomgang av fritekstsvar tydet på at mye av interkommunalt samarbeid var knyttet til miljørettet helsevern, men også samarbeid om legevakt og smittevern. Interkommunalt samarbeid forekom innenfor alle innbyggertallkategoriene og varierte fra 25 % til 48 %.

Tabell 3

Organisering av kommuneoverlegefunksjonen for 299 kommuneoverleger som besvarte spørreundersøkelse høsten 2024.

	Antall (%)
Organisatorisk plassering	
Nivå 1: I kommunedirektørens stab	80 (27)
Nivå 2: Direkte under kommunalsjef, stabsleder eller lignende	131 (44)
Nivå 3: Mellomleder mellom kommuneoverlege og kommunalsjef/stabsleder	80 (27)
Annet	5 (2)

	Antall (%)
Manglende svar	3 (1)
Sektor (nivå 2 og 3, n = 211)	
Helse	156 (74)
Folkehelse	12 (6)
Organisasjon og personalforvaltning	8 (4)
Plan og samfunn	14 (7)
Manglende svar	21 (10)
Det er flere kommuneoverleger i kommunen	
Ja	118 (39)
Nei	180 (60)
Manglende svar	1 (0)
Kommuneoverlegen har ansvar for flere kommuner	
Ja	36 (12)
Nei	261 (87)
Manglende svar	2 (1)
Det er interkommunalt samarbeid om enkelte ansvarsområder av kommuneoverlegefunksjonen	
Ja	110 (37)
Nei	187 (63)
Manglende svar	2 (1)

68 av 357 kommuner (19 %) hadde to eller flere kommuneoverleger. Av 118 (39 %) respondenter som svarte at det var flere kommuneoverleger i kommunen, anga 74 en horisontal organisering (ansvaret for ulike deler av kommuneoverlegefunksjonen var fordelt legene imellom) og 34 anga en hierarkisk organisering (én kommuneoverlege hadde overordnet ansvar for funksjonen).

Diskusjon

I denne spørreundersøkelsen blant kommuneoverleger i Norge høsten 2024 fant vi at 85 % var spesialister / i spesialisering i samfunnsmedisin. I 2020 var det til sammenligning 58 %, og det tyder på en kompetansestyrking i kommunene i form av en økende andel med samfunnsmedisinsk spesialisering ([12](#)). Samfunnsmedisinsk kompetanse var relativt jevnt fordelt med hensyn til kommunestørrelse, men 36 av 43 kommuneoverleger uten slik kompetanse jobbet i kommuner med < 10 000 innbyggere. Et betydelig antall respondenter krysset av for flere spesialiseringer, noe som også støtter oppunder at det er høy formell kompetanse blant norske kommuneoverleger.

Blant respondentene var 55 % kvinner, og profilen var relativt ung, med over halvparten under 50 år. I gjennomsnitt hadde de ni års erfaring, og erfaringen var i stor grad fra nåværende stilling. Dette indikerer kontinuitet og at mange hadde erfaring fra samarbeid med kommuneledelsen under koronapandemien. Tidligere studier tyder på at det er positivt for kommuneoverlegers involvering i beslutningsprosesser (5, 18).

Til tross for anbefalinger fra KS og Legeforeningen (13) om at kommuneoverlegefunksjonen bør innebære minst 50 % stilling, fant vi at 1 av 5 kommuneoverleger var ansatt i lavere stilling. Over 60 % av kommuneoverlegene hadde én eller flere tilleggsstillinger, noe som kan gå på bekostning av samfunnsmedisinske oppgaver (5). Interkommunalt samarbeid om kommuneoverlegefunksjonen kan redusere antallet stillinger med lav stillingsprosent og er foreslått for å styrke kapasitet, kontinuitet og fagmiljø (8, 16). Selv om 37 % svarte at de hadde samarbeid mellom kommuner om enkelte samfunnsmedisinske oppgaver, var det relativt få kommuneoverleger (12 %) med ansvar for flere kommuner.

Organisatorisk plassering kan ha betydning for kommuneoverlegenes involvering i beslutningsprosesser (5, 6, 8, 9, 13). Våre funn viste variasjon i kommuneoverlegens vertikale plassering (organisatorisk nivå), men relativt liten variasjon i horisontal plassering – 74 % på nivå 2/3 var i sektor for helse. Tidligere studier har vist at kommuneoverleger opplevde det utfordrende å bli involvert utenfor helse- og omsorgssektoren (9, 10). Man kan argumentere for at kommuneoverleger plassert over den kommunale sektorinndelingen har større mulighet for å ivareta tverrsektorielt arbeid gjennom bedre tilgang til kommunal ledelse og arenaer hvor sentrale beslutninger tas.

Etter pandemien er det vanskelig å se for seg en ny krise som ikke direkte eller indirekte involverer helse og samfunnsmedisin. Sett i lys av dette, de lovpålagte oppgavene (8) og innsatsen under pandemien generelt og i kriseledelsen spesielt (2–5,13), var det for oss overraskende at 21 % av kommuneoverlegene i undersøkelsen ikke hadde fast plass i kommunens kriseledelse. Og 57 % hadde ikke vara eller stedfortreder. Dette kan indikere en liten nedgang fra koronapandemien, hvor 51 % av kommunene hadde utpekt vara for funksjonen (12).

Vi talte opp 439 kommuneoverleger i Norge, og oppnådde en svarprosent på 68 %. Det indikerer at funnene er representative og generaliserbare.

En svakhet var at kun halvparten av kommuner med < 5 000 innbyggere var representert i undersøkelsen. Med det utgangspunktet kan vi i undersøkelsen ha overestimert samfunnsmedisinsk kompetanse, stillingsprosent, om man har fast plass i kriseledelsen og om man har kollega og vara/stedfortreder.

Denne nasjonale spørreundersøkelsen om kommuneoverlegens ansettelsesforhold og organiseringen av funksjonen danner et oppdatert, kvantitativt grunnlag for å evaluere i hvilken grad ny veileder for kommunalt samfunnsmedisinsk arbeid kan bidra til økt samfunnsmedisinsk kapasitet, kompetanse og kontinuitet både under normale forhold og i krise- og beredskapssituasjoner (8).

Å styrke evnen til å stå i en krise over tid ble et kjent refreng under pandemien, og det kan ha betydning for den kommunale beredskapen. I videre forskning bør man undersøke hvordan variasjon i organisatorisk plassering påvirker kommuneoverlegerollen og hva dette har å si for tverrsektorielt arbeid om lovpålagte

oppgaver. Ettersom tre av fem kommuneoverleger hadde tilleggsstilling, vil det også være interessant å undersøke hvordan det å ha flere jobber påvirker arbeidet som kommuneoverlege. Sett i lys av myndighetenes anbefalinger bør man videre undersøke hvordan interkommunalt samarbeid om kommuneoverlegefunksjonen fungerer i praksis.

Vi takker Cato Innerdal, Bettina Fossberg og Forskningsgruppen Helse og velferd ved Høgskolen i Molde for innspill i arbeidet med undersøkelsen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Statsministerens kontor. NOU 2022: 5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/> Lest 27.2.2024.
2. Heltveit-Olsen SR, Lunde L, Brænd AM et al. Local management of the COVID-19 pandemic in Norway: a longitudinal interview study of municipality chief medical officers. *Scand J Prim Health Care* 2024; 42: 214–24. [PubMed][CrossRef]
3. Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: 1391–5. [PubMed][CrossRef]
4. Hungnes T, Larsen ASA, Vik E et al. Kommunal kriseledelse under koronapandemien - en analyse av beslutningsstrategier. I: Amdam R, Larsen ASA, Nerland SMK et al, red. Lokal håndtering av koronapandemien. Oslo: Scandinavian University Press; 2025: 73–94.
5. Vik E, Hungnes T, Mowinckel OK et al. Koronapandemiens betydning for kommuneoverlegens rolle – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0673. [PubMed][CrossRef]
6. Justis- og beredskapsdepartementet. NOU 2023: 17. Nå er det alvor - Rustet for en usikker fremtid. Rapport fra Totalberedskapskommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-17/id2982767/> Lest 27.2.2024.
7. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Rapport - Statsforvalterens samordningsrolle i håndteringen av covid-19. Underveisevaluering (november 2021). Veien videre (mars 2022). <https://www.dsbinfo.no/DSBno/2022/rapport/statsforvalterens-samordningsrolle-i-haandteringen-av-covid-19/> Lest 1.12.2025.
8. Helsedirektoratet. Kommuneoverlege - Kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. Veileder til lov og forskrift. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunens-organisering-av-kommuneoverlegefunksjonen-og-samfunnsmedisinsk-arbeid-i-kommunen> Lest 26.5.2024.
9. Fossberg BC, Frich JC. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: 121–6. [PubMed][CrossRef]

10. Hagestuen PO, Feiring E. Rollen som kommuneoverlege etter pandemien – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0039. [PubMed][CrossRef]
11. Fosse A, Svensson A, Konradsen I et al. Tension between local, regional and national levels in Norway's handling of COVID-19. Scand J Public Health 2023; 51: 995–1002. [PubMed][CrossRef]
12. Helsedirektoratet. Rapport - Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen. https://www.statsforvalteren.no/contentassets/cb92abdea3b14206bc7e224194ab8cbd/nasjonal_kartlegging_av_kommunelegefunksjonen_-_sammenfatning_av_alle_fylkesrapporter.pdf Lest 23.10.2025.
13. KS og Den norske legeforening. Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale. SFS 2305. <https://www.ks.no/contentassets/7ade1bc564c241e3a7dc9288da2a4cb4/SFS2305-B7-2024Oppdatert.pdf> Lest 23.10.2025.
14. Renaa T. Kommuneoverleger i spagat. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0025. [PubMed][CrossRef]
15. Berg SF. Kommunelegens plassering. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0654. [PubMed][CrossRef]
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Endringer i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid. Høringsnotat. <https://www.regjeringen.no/contentassets/93ef4043622d4841915de1068e137082/horingsnotat-folkehelseloven.pdf> Lest 26.5.2024.
17. SSB. Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall. <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/115> Lest 26.5.2024.
18. Amdam R, Bårdsgjerde EK, Hungnes T et al. Koronapandemien og situasjonstilpassa samarbeid. I: Amdam R, Larsen ASA, Nerland SMK et al, red. Lokal handtering av koronapandemien. Oslo: Scandinavian University Press; 2025:155–80.

Publisert: 28. desember 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0233
Mottatt 31.3.2025, første revisjon innsendt 27.5.2025, godkjent 23.10.2025.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.