

Fra Kommuneoverlegeforumet på Helgeland til Helsereformutvalget

Det er et stort og viktig arbeide som er satt i gang ved Helsereformutvalget, og vi har respekt for det komplekse saksbildet og mandat som utvalget har fått ansvar for. I den anledning ser vi det som viktig å komme med innspill til utvalgsarbeidet fra helsetjenesten på Helgeland.

Helgeland

Helgeland er en ikke uvanlig region i helsenorge; geografisk store men befolkningsmessig små kommuner. Vi arbeider med distriktsmedisin/«rural medicine». Kommunene har alt god kjennskap med utfordringer rundt et økende antall eldre, ungt utenforskap og avtagende antall yrkesaktive. Slik sett er vi et «blikk inn i fremtiden» for mer sentrale regioner i landet vårt.

Gullet i våre kommuner er høy grad av fleksibilitet og samarbeidsevner. Dette gjelder både innad i kommunene, mellom kommunene, og mellom kommunene og helseforetaket. Vi har tunge oppgaver å løse. Det er store utfordringer, både kommunene og helseforetaket sliter med å skaffe nok kvalifisert personale.

Distriktsmedisin

Vi blir alvorlig bekymret når vi ser at mandatet til Helsereformutvalget åpner for å flytte ansvaret for primærlegetjenesten ut av kommunene. Hverdagen og oppgavene for legene i våre kommuner er sammensatte og varierte; Fastlege, sykehjemslege, tett samarbeid med hjemmesykepleie og psykiatri/rus, palliasjon, sykebesøk, helsestasjon – alle roller dekkes av legene våre hver dag. Nært samarbeid med våre sykepleiere er essensielt. På kveld, natt og helg går vi legevakt, i tett samarbeid med ambulansetjenesten. Avstand til nærmeste akutt-sykehus er ofte lang, sammen med ambulansepersonellet utgjør den akuttmedisinske beredskapen i kommunen. Noen er også kommuneoverleger, og arbeider tett opp mot de kommunale tjenestene og helseforetaket på systemnivå.

Hverdagen vår er både helse og omsorg. Hvor helse går over til omsorg eller motsatt er høyst glidende. Denne fleksibiliteten og effektiviteten fordrer et tett og godt samarbeid med og kjennskap til kommunal ledelse og kommunale tjenester. Underlegges kommunens leger spesialisthelsetjenesten, vil dette samarbeidet svekkes.

Beredskap

God kommunal beredskap er essensielt i krisesituasjoner. Dette så vi til fulle under pandemien, og behovet vil ikke være mindre gjeldende ved neste korsvei. Grunnleggende beredskapstankegang bygger på ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippene. En fragmentert ledelse av primærhelsetjenesten vil rukke ved grunnlaget for disse prinsippene, noe vi frykter vil gi negative konsekvenser ved neste beredskapskrise.

Samhandling

Som kommuneoverleger deltar vi aktivt på flere samhandlingsflater opp mot helseforetaket. Der er det tydelig at vi som allmenn- og samfunnsmedisinske spesialister representerer en sentral og mer uavhengig faglig stemme. Det er vi som kjenner kompleksiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det er vi som har generalist- og distrikts-kompetansen. Når vår og organspesialistene sin kompetanse arbeider på lag, styrker dette tjenestene. Vi kan ikke se at dette vil bedres ved å skape en organisatorisk avstand mellom legene i kommunene, og den kommunen de arbeider i.

Rekruttering og stabilisering

Både kommuner og helseforetak i vår region sliter med rekruttering av leger og sykepleiere. Kommunene har de beste forutsetningene for å vurdere egne behov, og for aktivt å legge til rette for og arbeide målrettet med rekruttering av helsepersonell til egen kommune. Dette har vi evnet på Helgeland, i godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En overføring av rekrutteringsansvaret fra kommunene til helseforetakene kan få betydelige og alvorlige konsekvenser for den enkelte kommune.

Kommunene er videre viktige arenaer for praksiserfaring for legestudenter, og i avsluttende kommunal LIS1-tjeneste. Kvaliteten på den tjenesten våre unge kolleger får i starten av sin arbeidskarriere er avgjørende for å beholde dem i regionen. God kvalitet på tjenesten avhenger av erfarne og kompetente leger i kommunene. Dette får vi bare til ved å beholde et godt «recruit- and retain»-fokus. Dette fordrer lokalkjennskap til egne behov og muligheter.

Portvokter-funksjonen

Det meste av helsevurderinger og –behandling foregår i kommunene. Behovet vil heller tilta enn avta, gitt de demografiske fremskrivningene. Portvokter-funksjonen til fastleger og legevakter er avgjørende for at spesialisthelsetjenesten skal fungere. Flyttes ansvaret for primærlegene fra kommunene til helseforetaket, mister vi det livsnødvendige tette samarbeidet vi i dag har med våre kommuner. Da frykter vi at portvokteren vil knele.

Distrikt vs by

Vi har forståelse for at det er store forskjeller mellom større sentrale kommuner, og vår distriktsregion. Men mye av Norge er distrikt! I større byer er fastlegenes ansvar primært det å være fastlege. Mange har ingen involvering i kommunale tjenester eller legevakt. De fleste er selvstendig næringsdrivende. Fremtiden vil trolig kreve en innretning som i større grad involverer også «by-fastlegene» i kommunale omsorgstjenester, særlig for pasienter med store og sammensatte behov.

Det er avgjørende at helsereformutvalget har et tydelig blikk på hvor annerledes primærtjenesten fungerer i mindre kommuner. Fastlegebiten utgjør her bare en del av våre arbeidsoppgaver, mange av oss er fastlønnede, og samarbeider tett med øvrige kommunale tjenester og ledelse hver eneste dag.

Vi ønsker å fortsatt arbeide med å styrke den samlede helse- og omsorgstjenesten i Norge, i tett samarbeid med våre gode kollegaer i spesialisthelsetjenesten. God tilrettelegging for reell, forpliktende, likeverdig og vedvarende samhandling mellom kommuner og lokalt helseforetak vil være avgjørende. For kommunene fordrer dette å beholde faglig fleksibilitet og autonomi i både helse- og omsorgstjenestene i kommunene. For spesialisttjenestens del vil det være viktig med et større handlingsrom for de lokale helseforetak til å skape lokalt tilpassede løsninger i samarbeid med de lokale kommunene, til det beste for pasientene.

Helgeland, 29.01.2026

Øystein Furnes, fastlege/kommuneoverlege Hattfjelldal, spes. allmenn- og samfunnsmedisin

Jørgen Pedersen, fastlege/kommuneoverlege Leirfjord, spes. allmennmedisin

Heidrun Regina Stene, fastlege/kommuneoverlege Dønna

Mona Alvestad, fastlege/kommuneoverlege Lurøy, spes. allmennmedisin, SamLIS

Dragana Vidojkovic, fastlege/kst. kommuneoverlege Grane, ALIS

Audun Dyrhaug Hov, fastlege/kommuneoverlege Herøy, spes. allmennmedisin

Marit Osama, kommuneoverlege Vefsn, spes. Allmennmedisin, SamLIS, PhD

Sinne Simony Marken, fastlege/kommuneoverlege Vega, spes. allmennmedisin

Rolv-Jørgen Bredesen, fastlege/kommuneoverlege Sømna, spes. allmennmedisin

Morten Holmen, fastlege/kommuneoverlege Nesna, spes. allmennmedisin

Robert Novak, fastlege/kommuneoverlege Hemnes, spes. allmennmedisin

John Lockhart, fastlege/kommuneoverlege Vevelstad, spes. allmennmedisin

Trond Iversen, kommuneoverlege Bindal, spes. allmennmedisin og fys/rehab-medisin

Eline Monsen, interkommunal samhandlingsleder Helgeland

Therese Ursula Hildan, fastlege/kommuneoverlege Alstahaug, spes. allmennmedisin, SamLIS

Olga Benum, fastlege/kommuneoverlege Brønnøy, spes. allmennmedisin

Lawrence Rajakumar, fastlege/kommuneoverlege Træna, spes. allmennmedisin