

# Innspill til helsereformutvalget

Fra Norsk Kommunedirektørforum

Norsk Kommunedirektørforum  
APRIL, 2026

## Innspill fra Kommunedirektørforum (Kdf) til Helsereformutvalget.

# Modellutvikling for den samlede helse- og omsorgstjenesten

## Innhold

En modell som tar vare på det som virker, og retter det som ikke gjør det .....	2
Kommunene som bærebjelke .....	3
Likeverdighet, variasjon og kommunalt selvstyre .....	3
Vurdering av modellen opp mot utvalgets kriterier: .....	4
Riktig kvalitet .....	4
Mest mulig helse for tilgjengelige ressurser .....	4
Sammenhengende tjenester for pasienter og pårørende .....	4
Sosial og geografisk likeverdighet .....	4
Politisk styrt, profesjonelt drevet .....	4
Beredskap og evne til tilpasning .....	5
Omstillingskostnader .....	5
Kostnadskontroll (tilleggsriterium foreslått av Kdf) .....	5
Kompetanse (tilleggsriterium foreslått av Kdf) .....	5
Transparens (tilleggsriterium foreslått av Kdf) .....	6
Avslutning og oppsummering.....	6

Kommunedirektørforum (Kdf) viser til Helsereformutvalgets arbeid med å utvikle og vurdere modeller for den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Kdf støtter behovet for en gjennomgang av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Dette er særlig viktig i lys av den problemforståelsen utvalget selv har identifisert, med betydelige demografiske endringer, lavere økonomisk vekst og et mer uforutsigbart geopolitisk bilde som samlet vil utfordre bærekraften i tjenestene i årene som kommer. Etter Kdfs vurdering gjør dette det nødvendig med en tydeligere prioriteringsdiskusjon enn vi har hatt til nå. Det sentrale spørsmålet er ikke primært hvordan systemet skal organiseres på nytt, men hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og på hvilken måte, innenfor de ressursene som faktisk vil være tilgjengelige.

Vi vil innledningsvis understreke betydningen av en presis og etterprøvbar problemforståelse som grunnlag for modellutvikling. Utvalgsleder har selv pekt på at Norge, målt etter objektive kriterier, sannsynligvis har verdens beste helsetjeneste. Dette

er et viktig premiss. Når et system i hovedsak fungerer godt, tilsier det at endringer må være målrettede, kunnskapsbaserte og forholdsmessige. Risikoen ved brede strukturreformer i et velfungerende system er at man svekker det som allerede virker, uten å løse de faktiske utfordringene.

KDf vil derfor advare mot en tilnærming der reformbehovet i seg selv blir premissgivende, fremfor en tydelig identifisering av hvilke problemer som faktisk skal løses.

## En modell som tar vare på det som virker, og retter det som ikke gjør det

KDf vil skissere det vi omtaler som en *mursteinsmodell* for videreutvikling av tjenestene.

Dagens helse- og omsorgstjeneste kan forstås som en struktur som over tid er utviklet gjennom gradvise tilpasninger og reformer, og som i all hovedsak er robust. Samtidig er vi helt enige i at det finnes svakheter i enkelte overganger og grenseflater. I vår modell illustreres dette som en mur der enkelte steiner har falt ut.

Disse «manglende steinene» representerer pasienter som ikke i tilstrekkelig grad fanges opp i overgangen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, eller i overganger mellom sykehusavdelinger eller i kommunale tjenester. Dette gjelder særlig pasienter med sammensatte og langvarige behov, hvor flere aktører er involvert, og hvor koordinering og kontinuitet er avgjørende.

Tilgjengelig kunnskap og erfaringsgrunnlag tilsier at dette gjelder en svært begrenset andel av pasientpopulasjonen. Samtidig er konsekvensene for den enkelte store, og ressursbruken ofte høy. Det tilsier at tiltakene må være målrettede og presise.

KDfs hovedanliggende er at reformarbeidet må konsentreres om å identifisere, forstå og tette disse hullene. Ikke om å endre de grunnleggende strukturene i et system som fungerer godt for det store flertallet.

KDf anbefaler at utvalget i større grad retter oppmerksomheten mot utvikling og bruk av virkemidler, fremfor omfattende systemendringer.

Dette innebærer blant annet:

- utvikling av tydeligere og mer forpliktende modeller på tvers av forvaltningsnivåer for oppfølging av pasienter med omfattende og sammensatte behov (samhandlingspasienter), herunder helhetlige og koordinerte tjenesteløp («wrap around care»)
- etablering av mer robuste mekanismer for samhandling i grenseflatene, inkludert klarere ansvars plassering og bedre styring av pasientforløp

- videreutvikling av kommunale tilbud som kan forebygge forverring og redusere behovet for sykehusinnleggelse for utvalgte pasientgrupper
- systematisk kompetanseoverføring mellom nivåene, slik at flere oppgaver kan løses nærmere pasienten der dette er faglig forsvarlig

Et sentralt poeng er at utfordringene i stor grad knytter seg til organisering, samhandling og kompetanse, ikke nødvendigvis til hvordan ansvaret formelt er fordelt mellom nivåene.

## Kommunene som bærebjelke

En vesentlig del av helsetjenestene ytes i kommunene. Dette gjelder både i volum og i bredde. Kommunene ivaretar forebygging, tidlig innsats, oppfølging og langvarige tjenester, og utgjør dermed fundamentet i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Det er også viktig å understreke at kommunehelsetjenesten i svært høy grad leverer høyspesialiserte medisinske og sykepleiefaglige tjenester i flere av kommunens tjenester.

KDf vil understreke at reduksjon i kommunenes oppgaveportefølje vil kunne svekke evnen til helhetlig tilnærming og lokal samordning. Kommunene representerer en arena der ulike tjenester kan ses i sammenheng, og der det er mulig å tilpasse tilbudet til lokale behov og forutsetninger.

Samtidig er det nødvendig å erkjenne at det er betydelige variasjoner mellom kommuner, både når det gjelder kapasitet, kompetanse og økonomiske rammer. Dette gir seg utslag i ulikheter i tjenestetilbudet. KDf mener at disse utfordringene i hovedsak bør møtes gjennom styrking av kompetanse, bedre ressursutnyttelse og utvikling av mer robuste fagmiljøer. Vurdering av kommunestruktur er også en svært relevant del av dette bildet, ettersom større og mer robuste enheter i mange tilfeller vil ha bedre forutsetninger for å møte fremtidens behov.

## Likeverdighet, variasjon og kommunalt selvstyre

KDf vil fremheve behovet for en mer nyansert forståelse av begrepet likeverdighet.

Geografiske, demografiske og strukturelle forskjeller tilsier at tjenestene ikke kan organiseres eller dimensjoneres likt over hele landet. Det er derfor nødvendig å skille mellom uønsket variasjon, som skyldes manglende kvalitet eller kapasitet, og variasjon som følger av lokale utfordringer og behov og legitime lokale prioriteringer.

Prinsippet om kommunalt selvstyre innebærer at en viss grad av variasjon er både uunngåelig og ønsket. Samtidig må selvsagt grunnleggende krav til kvalitet og forsvarlighet oppfylles.

## Vurdering av modellen opp mot utvalgets kriterier:

KDfs «mursteinsmodell» tar utgangspunkt i at dagens system i hovedsak fungerer godt, men at det finnes avgrensede svakheter i grenseflatene. Modellen søker å rette innsatsen mot disse svakhetene gjennom målrettede tiltak, fremfor brede strukturendringer. Nedenfor vurderes modellen opp mot utvalgets kriterier, supplert med KDfs tre tilleggskriterier.

### Riktig kvalitet

Modellen legger til rette for en tydeligere prioriteringsdiskusjon ved å avgrense innsatsen mot pasientgrupper med størst behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Dette bidrar til å styrke den faglige kvaliteten der svikten i dag er størst, samtidig som helheten i helsetjenestene ivaretas. Ved å unngå omfattende strukturendringer reduseres risikoen for utilsiktet kvalitetsforringelse i deler av tjenesten som i dag fungerer godt.

### Mest mulig helse for tilgjengelige ressurser

Ved å rette tiltakene mot en relativt liten andel pasienter med høyt ressursforbruk, legger modellen til rette for bedre ressursutnyttelse og høyere effekt per innsatsfaktor. Samtidig understøtter modellen behovet for å bygge breddekompetanse i tjenestene, fremfor økt spesialisering som kan fragmentere tilbudet og øke kostnadene. Dette vurderes som særlig viktig i lys av begrenset tilgang på personell og strammere økonomiske rammer i årene som kommer.

### Sammenhengende tjenester for pasienter og pårørende

Dette er modellens kjerne. Modellen adresserer direkte de pasientene som i dag faller mellom nivåer og enheter. Ved å etablere mer forpliktende oppfølgingsmodeller og tydeligere ansvarlinjer, legges det til rette for bedre kontinuitet og mer helhetlige pasientforløp. Samtidig tydeliggjøres det at utfordringen i stor grad gjelder avgrensede pasientgrupper, ikke systemet som helhet.

### Sosial og geografisk likeverdighet

Modellen anerkjenner at likeverdighet ikke nødvendigvis innebærer lik organisering eller like løsninger overalt. Ved å styrke forløpene til de pasientene med størst samhandlingsbehov, bidrar modellen til å redusere uønsket variasjon. Samtidig opprettholdes handlingsrommet for lokal tilpasning, i tråd med prinsippet om kommunalt selvstyre. Dette gir bedre balanse mellom nasjonale mål og lokale behov.

### Politisk styrt, profesjonelt drevet

Modellen viderefører dagens styringsstruktur, der de overordnede rammene er politisk fastsatt, mens tjenestene utvikles og drives faglig. Dette gjelder både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Ved å fokusere på virkemidler fremfor struktur, styrkes

muligheten for profesjonell utvikling innenfor tydelige politiske prioriteringer. Modellen innebærer ikke en forskyvning av ansvar som kan utfordre dette balansepunktet.

## Beredskap og evne til tilpasning

Ved å bevare og videreutvikle kommunenes rolle som grunnmur i tjenestene, styrker modellen den samlede beredskapsevnen. Kommunene er den største og viktigste beredskapsorganisasjonen i landet, og avvikling eller reduksjon av kommunehelsetjenesten vil svekke beredskapen i kommunene og dermed også i landet. KDF vurderer at robuste lokalsamfunn og brede kommunale tjenester er en forutsetning for sivil beredskap. Samtidig gir modellen fleksibilitet til å tilpasse tjenestene til lokale forhold, noe som er helt nødvendig i et land med store geografiske forskjeller.

## Omstillingskostnader

Modellen innebærer begrensede strukturelle endringer, og dermed også lavere omstillingskostnader sammenlignet med mer omfattende reformalternativer. Ressursene kan i større grad benyttes til tjenesteutvikling fremfor omorganisering, noe som vurderes som en mer effektiv bruk av tilgjengelige midler i en situasjon med økende press på økonomien.

## Kostnadskontroll (tilleggs-kriterium foreslått av KDF)

Modellen legger til rette for kostnadskontroll ved å prioritere tjenester på lavest effektive omsorgsnivå og ved å unngå omfattende strukturendringer med høy økonomisk risiko. I lys av demografiske endringer og økende behov, særlig blant brukere med omfattende og sammensatte tjenester, er dette avgjørende. Modellen understøtter en utvikling der ressursene i større grad anvendes der de gir størst effekt, samtidig som den begrenser risikoen for kostnadsvekst knyttet til økt statliggjøring av tjenester. Erfaringer tilsier at statlige tjenester gjennomgående har høyere kostnadsnivå enn kommunale, både når det gjelder lønn, lønnsutvikling og kostnad per tjeneste. Modellen bidrar dermed til å opprettholde og styrke en kostnadseffektiv struktur, og vurderes som godt egnet til å ivareta behovet for langsiktig økonomisk bærekraft.

## Kompetanse (tilleggs-kriterium foreslått av KDF)

Modellen tar utgangspunkt i de faktiske personellutfordringene tjenestene står overfor, og vurderes som realistisk innenfor disse rammene. Ved å prioritere utvikling av breddekompetanse og styrke oppgaveløsning nær pasienten, legger modellen til rette for bedre utnyttelse av tilgjengelig personell. Samtidig åpner den for hensiktsmessig oppgavedeling mellom profesjoner og mer fleksibel bruk av kompetanse på tvers av nivåer i tråd med etablering av bedre løsninger for samhandlingspasientene. Modellen unngår løsninger som forutsetter en betydelig økning i spesialisert personell, noe det er begrenset tilgang på. Dette styrker gjennomførbarheten og gjør modellen mer robust i møte med fremtidige rekrutteringsutfordringer.

## Transparens (tilleggs-kriterium foreslått av KDf)

Modellen har høy transparens ettersom den bygger videre på eksisterende strukturer og ansvarsforhold fremfor å introdusere nye og mer komplekse organisasjonsformer.

Modellen legger til rette for tydelighet i ansvar og roller, særlig ved å rette oppmerksomheten mot konkrete grenseflater der ansvarsforhold i dag er uklare. Videre bidrar den til økt innsikt i prioriteringer og ressursbruk ved at innsatsen målrettes mot definerte pasientgrupper med særskilte behov. Ivaretagelse av kommunalt selvstyre bidrar samtidig til nødvendig legitimitet i tjenestene, ved å sikre at prioriteringer og ansvar er demokratisk forankret og kan påvirkes gjennom ordinære kommunevalg.

## Avslutning og oppsummering

KDfs samlede vurdering er at den norske helse- og omsorgsmodellen i all hovedsak fungerer godt, og at hovedutfordringene er knyttet til avgrensede svakheter i samhandling og koordinering. Reformarbeidet bør derfor ha som mål å identifisere og tette disse hullene, gjennom målrettede tiltak og utvikling av virkemidler, fremfor å gjennomføre omfattende strukturendringer.

KDf vurderer at en modell som primært ivaretar gjeldende strukturer, men tilpasser oppfølging av samhandlingspasientene er hensiktsmessig nettopp fordi den tar utgangspunkt i en presis problemforståelse og retter innsatsen mot identifiserte svakheter fremfor å endre et system som i hovedsak fungerer godt. Modellen bidrar til å styrke kvalitet og sammenheng i tjenestene der behovet er størst, samtidig som den legger til rette for bedre ressursutnyttelse, styrket kostnadskontroll og utvikling av nødvendig kompetanse. Videre ivaretar den balansen mellom nasjonale mål og lokalt handlingsrom, og opprettholder en styringsmodell som kombinerer politisk forankring med faglig utvikling. Modellen innebærer også svært begrensede omstillingskostnader og gir høy grad av gjennomførbarhet. Etter KDfs vurdering representerer modellen dermed en treffsikker og bærekraftig tilnærming til videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene i møte med de utfordringene som er beskrevet.