

Innspill til Helsereformutvalget fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Helsetjeneste på norsk – velfordelt og sterk

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har bidratt med innlegg i møter og konferanser om helsereformarbeidet. I dette notatet har vi samlet noen viktige perspektiver og begreper for det videre arbeidet med – og vurdering av – ulike modeller.

Her er våre hovedpunkter:

Helsereformen må

- sikre en sterk primærhelsetjeneste som er lokalt forankret og godt integrert i andre samfunnsområder.
- sikre at organiseringen av helsetjenestene, utdanningssystemet og andre virkemidler stimulerer til og legger til rette for en riktig og bærekraftig balanse mellom ulike kompetanser, bredde og spiss.
- sikre at distriktperspektivet er integrert i all utvikling og evaluering av helsetjenestene.
- bidra til å motvirke «den omvendte omsorgsloven» (The inverse care law).
- ta hensyn til at det uavhengig av organisering vil finnes grenseflater. Nye modeller for helsetjenesten eller justering av nåværende modeller må legge til rette for rammebetingelser som smører disse grenseflatene og tar hensyn til grenseobjekter snarere enn å tvinge alle inn i samme institusjonelle logikk. Det må evalueres hvor godt disse utfordringene adresseres og løses, med tilstrekkelig fleksibilitet og tilpasningsmulighet for ulike deler av landet.
- ta hensyn til at helsevesenet er komplekst og være forberedt på komplekse systemers iboende uforutsigbarhet og usikkerhet ved endringer.
- sikre at det skapes arenaer og nettverk for felles situasjonsforståelse, relasjonell kapasitet, gjensidig kompetanseoverføring og lokalbasert arbeidsdeling, der pasient, pårørende, helsepersonell og andre relevante aktører er involvert. Samfunnsmedisinsk kompetanse må inn på alle nivåer.
- sikre målrettet utvikling av breddekompetanse som fundament, og videreutvikle gode nettverk med spisskompetanse.
- se bemanning av helsetjenester og utdanning i sammenheng, og gjennom god ledelse legge til rette for systematisk, langsiktig planlegging for å beholde og rekruttere personell.
- bidra til å skape samarbeidsarenaer og rammebetingelser som bygger tillit mellom helsepersonell og mellom helsetjenesten og befolkningen. Helsefelleskapene bør videreutvikles med økt formell myndighet og økonomiske virkemidler.
- sikre at kvalitet blir vurdert og sikret gjennom relevant kunnskap og av relevante aktører, slik at mangfold, fleksibilitet og lokal tilpasning ivaretas.
- sikre at distriktperspektivet blir ivaretatt i beredskapsarbeid.
- sikre at det skjer forskning i alle deler av helsetjenesten, og at helsereformen følgeforskes for å avdekke både kort- og langsiktige virkninger.

Forutsetninger/grunnlag (Systemforståelse)

WHOs definisjon på primærhelsetjeneste

WHO beskriver primærhelsetjeneste som en *samfunnsomfattende tilnærming* til helse som skal sikre høyest mulig nivå av helse og en rettferdig fordeling av helse og livskvalitet. Tilnærmingen bygger på tre gjensidig forsterkende komponenter:

1. **Integrerte helsetjenester** gjennom hele livsløpet, med primærhelsetjenester og essensielle folkehelsefunksjoner som grunnmuren.
2. **Sektorovergrepene politikk og tiltak** som adresserer de bredere determinanter for helse.
3. **Engasjering og myndiggjøring av enkeltpersoner, familier og lokalsamfunn** for økt deltakelse og egenomsorg.

WHO understreker at en sterk primærhelsetjeneste er den mest inkluderende, rettferdige og kostnadseffektive måten å oppnå likeverdig tilgang til helsetjenester og styrke helsevesenets robusthet. Dagens organisering av helsetjenesten i Norge ligger tett opp mot WHOs idealer, med primærhelsetjenesten godt forankret i kommunene som også har ansvar for andre viktige samfunnsområder som oppvekst, bolig, kultur, folkehelse m.m. *Helse skapes primært utenfor helsetjenesten. Tett kobling mellom helse og øvrige samfunnsområder er derfor av stor betydning.*

Det at kommunene har ansvar for andre samfunnsområder i tillegg til primærhelsetjenesten betyr ikke at helsetjenesten nedprioriteres. Det betyr tvert imot at det kommunene gjør kan bidra til å holde/gjøre folk frisk med midler som ikke helsetjenesten rår over, og som må sees i sammenheng med helsetjenesten.

Helsereformen må sikre en sterk primærhelsetjeneste som er lokalt forankret og godt integrert i andre samfunnsområder.

Iboende motsetninger må møtes med riktig kompetanse på riktig nivå

Norge har et av verdens beste helsevesen. Mye fungerer veldig bra. Helsereformarbeidet må fokusere på de områdene som trenger justering og forbedring.

Det er noen iboende motsetninger i ambisjonene for et fremtidig helsevesen:

- Vi skal ha rettferdig fordelte helsetjenester, det vil si at de som har størst behov for helsetjenester skal prioriteres (behovsstyrt helsetjeneste). Samtidig skal helsetjenesten være lett tilgjengelig for alle som ønsker det (etterspørselsstyrt).
- Det er enighet om at vi har behov for økt breddekompetanse samtidig som spesialiseringen i helsevesenet øker.
- Helsetjenesten er i økende grad styrt av retningslinjer, veiledere og algoritmer, samtidig som vi ønsker "pasientens helsetjeneste" der pasientens ønsker blir tatt hensyn til.
- Helsetjenesten skal i større grad ytes nært pasienten (det vil si der primærhelsetjenesten opererer i dag) samtidig som tyngdekraften og subspecialisering tilser sentralisering av helsetjenestene.

Disse motsetninger må balanseres på en riktig måte for å skape bærekraft.

Det er et mål at mest mulig av helsehjelpen skal kunne gis lokalt/hjemme/nært hjemme samtidig som at den høyspesialiserte helsehjelpen er tilgjengelig både digitalt og transportmessig. Helsepersonells kompetanse må bygges slik at både bredde og spiss i første-, andre- og tredjelinjetjenesten sikres i riktig dimensjonering og fordeling for behovene i befolkningen (fig 1).

Figur 1: Kompetansebehov i helsetjenesten

Nivå		Populasjon	Kjennetegn	Kompetansebehov
Førstelinde	Samfunnsmedisin/Folkehelse Kommunehelsetjenester	Hele befolkningen	Åpen, uselektert, lavterskel, portner, håndterer de fleste helsetilstander selv	Bred generalistkompetanse, helhetsforståelse, kontinuitet, sammenheng, skille farlig fra ufarlig, prioritere, koordinere
Andrelinje	Lokalsykehusnivå	Selektert fra førstelinde	Håndterer de fleste vanlige/hyppige tilstander i sykehus, akutt og kronisk	Fagspesifikk generalistkompetanse, bredt diagnosefokus
Tredjelinje	Regionsykehusnivå (universitetssykehusnivå) Spesialsykehus	Selektert fra første- og/eller andrelinjen	Høyspesialiserte tjenester	Fagspesifikk spisskompetanse, smalt diagnosefokus

Helsereformen må sikre at organiseringen av helsetjenestene, utdanningssystemet og andre virkemidler stimulerer til og legger til rette for en riktig og bærekraftig balanse mellom ulike kompetanser.

Rural proofing – distriktsforankring

Norges mangfoldighet i geografi, bosetting, vær og demografi har betydning for organisering og innhold i helsetjenesten. Det som passer i andre land, er kanskje ikke egnet i Norge. Det som passer i byen, er ikke alltid egnet i distrikt – og omvendt. Og distriktskommuner er ulike. Det krever en verktøykasse med ulike løsninger som tillater lokale tilpasninger.

Rural proofing brukes i EU og WHO for å sikre at distriktperspektivet ivaretas i alt utviklingsarbeid¹. Dette er verktøy som bidrar til å belyse både styrker og utfordringer i utviklingen av helsetjenester i distriktsområder.

I Norge er distriktperspektivet ganske godt integrert sammenlignet med mange andre land, men makt og myndighet befinner seg likevel mest i de store byene og har naturlig nok sitt utkikkspunkt og erfaringsgrunnlag derfra.

Ulike forhold som avstander, vær og føre, befolkningstetthet, aldersfordeling, turisme, sesongarbeid osv krever ulike løsninger for å oppnå likeverdige tjenester. Dette kan ikke skje ved

¹ https://rural-vision.europa.eu/action-plan/cross-cutting/rural-proofing_en

at man først lager løsninger for byene, og så tilpasser til distrikt. Distriktperspektivet må være med i utviklingen helt fra start. Distriktene har også ofte utviklet løsninger som er lokaltilpasset og effektive. Noen ganger kan distrikts-utviklet praksis være nyttig nasjonalt, f.eks. distriktslegenes populasjonsansvar som inspirerte til fastlegeordningen.

Sentralisering/desentralisering – hva vil vi med ytterkantene?

De store forskjellene i geografi og demografi fordrer ulike løsninger innenfor et overordnet felles rammeverk for å oppnå likeverdige tjenester i hele Norge. Dette gjelder uavhengig av kommunestørrelse, interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåing. Ytterkantene vil alltid finnes, også i sammenslåtte kommuner. Det betyr ikke at alle tjenester skal finnes lokalt i alle ytterkanter. Noen tjenester må samles i større enheter for å oppnå faglig robusthet, kvalitet og et attraktivt arbeidsmiljø. Men folk som bor i ytterkantene må få være med og bestemme. De vet ofte bedre hva som er mulig og ikke, samtidig som de oftest har en god formening om hvilke tjenester det bør være nærhet til, og hvilke det er greit å reise lengre til. Dette gjelder ikke bare helsetjenester, men velferdstjenester, oppvekst, infrastruktur osv. Folk fra ytterkantene må inviteres med, både for å etablere felles virkelighetsforståelse, og for å utforske hvilke alternativer som finnes. NUKA-systemet i Alaska er et godt eksempel².

Her er noen punkter som gjelder tiltak i både sykehus og primærhelsetjeneste.

- Et tiltak som kan være nyttig og effektivt i en by, kan være lite hensiktsmessig i utkantstrøk
- Tiltak som er effektive i en liten kommune med store avstander, trenger ikke å passe i tett befolkede strøk med korte avstander
- Reisetid (for pasienter, pårørende og fagfolk), bemanning, kompetanse og tilgjengelighet er elementer som er relevante i de fleste sammenhenger
- Stort er ikke alltid bedre enn smått, sentralt er ikke alltid bedre enn lokalt
- Samlokalisering kan være ønskelig og hensiktsmessig, men ikke alltid og overalt.

Helsereformen må sikre at distriktperspektivet er integrert i all utvikling og evaluering av helsetjenestene.

‘The inverse care law’ – den omvendte omsorgsloven

Den britiske allmennlegen og forskeren Julian Tudor Hart beskrev i en artikkel i tidsskriftet The Lancet i 1971 det han kalte «The inverse care law» - den omvendte omsorgsloven³ som sier følgende:

Tilgjengeligheten til god helsetjeneste tenderer til å variere inverst med behovet for den i befolkningen den skal dekke. Loven om den omvendte omsorgen virker sterkest der helsetjenesten blir mest eksponert for markedskrefter, og mindre der slik eksponering reduseres. Den markedsbaserte fordelingen av helsetjeneste er en primitiv og historisk utdatert sosial praksis, og enhver tilbakegang til den vil ytterligere forsterke den urettferdige fordeling av medisinske ressurser.

² <https://www.southcentralfoundation.com/nuka-system-of-care/>

³ Tudor Hart J **THE INVERSE CARE LAW** The Lancet, 297, 405-412

Denne innsikten er bekreftet gjennom forskning også i nyere tid, senest i artikkelen fra Martinussen og Nordheim (NTNU) om private helseforsikringer og befolkningens helse⁴.

I Norge har det omforente politiske målet om likeverdige helsetjenester til alle⁵ med påfølgende politiske veivalg for organisering og finansiering av helsetjenestene langt på vei motvirket effekten av den omvendte omsorgsloven. Samtidig ser vi at ulikhet finnes også i Norge⁶. Det betyr at likeverdige og rettferdig fordelte helsetjenester ikke kommer av seg selv, men krever fortløpende aktiv politikk og vilje.

Helsereformen må bidra til å motvirke den omvendte omsorgsloven.

Grenseflater – grensearbeid – institusjonelle logikker

Det angis at om lag 5% av pasientene bruker halvparten av helsetjenestene i sykehus og kommuner. Disse er som regel pasienter som har behov for tjenester på alle nivå, og som derfor ofte befinner seg i grenseflatene. «Kasteballer» oppstår både innenfor nivåene og mellom nivåene. *Arbeidet i disse grenseflatene må løses bedre enn i dag.*

Grenseflater

Grenseflater⁷ viser til *overgangspunkter* der ulike deler av helsetjenesten møtes – organisatorisk, faglig eller praktisk. Det kan være mellom nivåer, profesjoner, tjenester eller sektorer. Grenseflatene er viktige fordi kvaliteten i disse overgangene ofte avgjør hvor helhetlige, trygge og effektive tjenestene oppleves for pasienten.

Uavhengig av organisering vil det finnes grenseflater. Det er ikke hvor vi setter organisatorisk grense som avgjør, men rammebetingelser for hvordan grenseflatene skal håndteres, og hvordan systemene legger til rette for å bygge broer/nettverk

Grensearbeid

Grensearbeid i helsetjenesten handler om hvordan profesjoner, organisasjoner og teknologier skaper, opprettholder og forhandler grensene mellom seg – og hvordan de bygger broer på tvers for å levere helhetlige, trygge og koordinerte helsetjenester. En artikkel fra 2019 belyser hvordan dette foregår i praksis, særlig når teknologi endrer etablerte faglige og organisatoriske strukturer⁸.

Et **grenseobjekt** i helsetjenesten er et felles referansepunkt – et dokument, en teknologi, et verktøy eller en praksis – som gjør det mulig for ulike faggrupper og organisasjoner å samarbeide på tvers av profesjonelle, organisatoriske og teknologiske grenser. Det er både fleksibelt og stabilt, og brukes aktivt til å koordinere, forhandle og skape sammenheng i tjenesten.

⁴ Pål E. Martinussen, Oda Nordheim, Somebody get me a doctor: Voluntary health insurance, social background and subjective health in Europe, 2002–2022, Health Policy, Volume 168, 2026, 105596, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2026.105596>

⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

⁶ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/bruken-av-helsetjenester-varierer-med-utdanning>

⁷ <https://www.faf.no/publikasjoner/fafo-rapporter/trobbel-i-grenseflatene>

⁸ Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B. E., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary Work among Groups, Occupations, and Organizations: From Cartography to Process. *The Academy of Management Annals*, 13(2), 704–736. <https://doi.org/10.5465/annals.2017.0089>

Grenseobjekter er viktige fordi de viser *hvordan samarbeid faktisk skjer* – ikke bare hvordan det er designet på papiret. Teknologiske grenseobjekter skaper nye rolleforståelser, nye grenser og nye samarbeidsmåter.

Institusjonelle logikker

Institusjonelle logikker er grunnleggende sett av verdier og normer som styrer hvordan ulike aktører forstår og organiserer sitt arbeid. Flere logikker virker samtidig, og spenningen mellom dem former organisering, samarbeid og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Professor Anders Grimsmo, NTNU, har arbeidet med samhandling mellom ulike aktører i helsetjenesten i årevis. Han beskrev kulturforskjellene mellom første- og andrelinjetjenesten slik:

Figur 2: Kulturforskjeller i helsetjenesten, beskrevet av Anders Grimsmo

ANDERS GRIMSMO, PROFESSOR I SAMFUNNSMEDISIN NTNU

"Kulturforskjeller"		
	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Helseproblemer	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.	Gjerne flere parallelt, hele spektret diagnoser/problemer
Behandling	Diagnoseorientert og med avansert teknologi.	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv.
Beslutninger	Tas gjerne i møter med flere og med høy lojalitet til faglige retningslinjer	Tas av helsepersonell alene eller av få, med vekt på pasientpreferanser
Planlegging	Kortsiktig – tom. utskrivning. Ofte med store endringer. Høyt tempo.	Langsiktig – mot resten av livet Ofte liten/langsom endring.
Pasient – helsepersonell forhold	Sjelden og i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle
Samarbeid med andre	Mest med kommunehelsetjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, tett med evt. pårørende

Forskjellen mellom disse kulturene/logikkene forklarer mye av samhandlingsutfordringene i norsk helsetjeneste, men også hvorfor nivåene utfyller hverandre. En type logikk er ikke bedre enn en annen, men tilpasset det oppdraget enheten/avdelingen/organisasjonen har. Ulike institusjonelle logikker oppstår mellom nivåer, men også innenfor sykehustjenestene (mellom avdelinger, fagområder osv) og innenfor primærhelsetjenesten (mellom hjemmesykepleien, fastlegene, psykiatri/rus-tjenestene osv). De er som regel nødvendige for å utføre oppgavene effektivt, og det er ikke hensiktsmessig at alle skal inn under samme institusjonelle logikk. *Det er i grenseflatene både utfordringene og mulighetene ligger.* Alle overganger skaper risiko for pasientene, men det er ikke hvor vi setter organisatorisk grense som avgjør om vi kan skape "helhetlige, sømløse tjenester" av god kvalitet. Det er hvordan vi håndterer overganger og grenseflater, hvilke rammebetingelser man har for hvordan grenseflater skal håndteres, hvordan vi legger til rette for å bygge broer og nettverk.

Helsereformen må ta hensyn til at det uavhengig av organisering vil finnes grenseflater. Nye modeller for helsetjenesten eller justering av nåværende modell må legge til rette for rammebetingelser som smører disse grenseflatene og tar hensyn til grenseobjekter snarere enn å tvinge alle inn i samme institusjonelle logikk. Det må evalueres hvor godt disse utfordringene adresseres og løses, med tilstrekkelig fleksibilitet og tilpasningsmulighet for ulike deler av landet.

Komplekse adaptive systemer

Helsetjenestene kan sees på som komplekse adaptive systemer/organismer der lineære, kausale sammenhenger som regel ikke gjelder, og der en tilsynelatende fornuftig endring i en del av systemet kan føre til uventede eller uheldige endringer/tilpasninger i andre deler av systemet.

Alle endringer i helsevesenet må derfor ta hensyn til kompleksitet. Kompleksitet er ikke noe som skal motarbeides eller fjernes, men må inkluderes i arbeidet med å vurdere hva som bør gjøres og fremfor alt hvilke endringer skal gjennomføres, og når og hvordan dette bør skje.

Joachim Sturmberg, allmennlege og forsker i Australia, har beskrevet kompleksitet og systemteori i helsetjenesten og utviklet et rammeverk for helsetjenestereformer⁹. Sturmbergs rammeverk kan bidra til å forstå og håndtere noen fenomener i arbeidet med helsereformer, som for eksempel at svært små tiltak kan føre til svært store («kaotiske») reaksjoner, mens store tiltak andre ganger ikke gir noen endring i det hele tatt, og at endringer i én del av helsesystemet kan føre til forverring i en annen del.

Figur 3: Kompleksitet og systemteori, beskrevet av Joachim Sturmberg

1.2 Health System Redesign: More than Health System Reform

5

Table 1.1 Disambiguation—systems vs complexity

Complex systems —complex systems are system composed of many components that interact with each other
Complex adaptive systems —complex adaptive systems (CAS) are complex systems whose elements (agents) learn and adapt their behaviours to changing environments
Complex and complex adaptive systems both have the characteristic of self-organisation without external control and exhibit feedback resulting in newly created, i.e. emergent (at times unforeseen), behaviours
Systems thinking —exploring the structural relationships and their implications between the elements of a system (understanding the parts in relation to the whole)
Complexity thinking —a mental approach that appreciates the interconnected nature of problems and their nonlinear relationships and dynamics; a mental approach that sees solutions arising from the continual engagement and adaptation of its stakeholders

Samtidig øker behovet for samhandling og samarbeid for å sikre sammenhengende tjenester til de økende pasientgruppene med sammensatte og komplekse sykdomstilstander. Det er gjennomført en rekke tiltak for å løse utfordringene i lovverket (krav om samhandling, IP etc) og i samarbeidsrutiner (samarbeidsavtaler, normgivende rutiner etc) med varierende resultat.

For å lykkes med samhandling er det en forutsetning av man kjenner til hverandres kompetanse, forstår hverandres virkelighetsbilde og anerkjenner at man har ulike perspektiver og ståsted. Dette forutsetter nettverkstenking og at samarbeidspartnerne treffes og skaper en felles forståelse av målsettingen og hva man prøver å oppnå sammen (relasjonell kapasitet)¹⁰.

⁹ Sturmberg, J. P. (2018). *Health System Redesign: How to Make Health Care Person-Centered, Equitable, and Sustainable* (1st ed. 2018.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64605-3>

¹⁰ <https://www.jointaction.dk/nyheder/hvad-er-relationel-koordinering>

En helhetlig tilnærming med involvering av ulike perspektiver og erfaringer er nødvendig. Uavhengig om man er innenfor eller i forskjellige nivåer/organisasjoner eksisterer det grenseflater, og kompleksiteten forsvinner ikke. Dette må håndteres innsiktsfullt og systematisk.

Helsereformen må ta hensyn til at helsevesenet er komplekst og være forberedt på komplekse systemers iboende uforutsigbarhet og usikkerhet ved endringer.

Nettverk

Ingen spesialiteter eller profesjoner kan løse alt alene. Derfor er det nødvendig å jobbe i nettverk der samarbeid skjer på grunn av – ikke på tross av – rammebetingelser, regelverk, kompetanse, finansiering osv. Nettverksorganisering må skje innenfor en organisasjon og mellom organisasjoner. Smøring av grenseflatene og tilrettelegging for godt grensearbeid er nøkkelen.

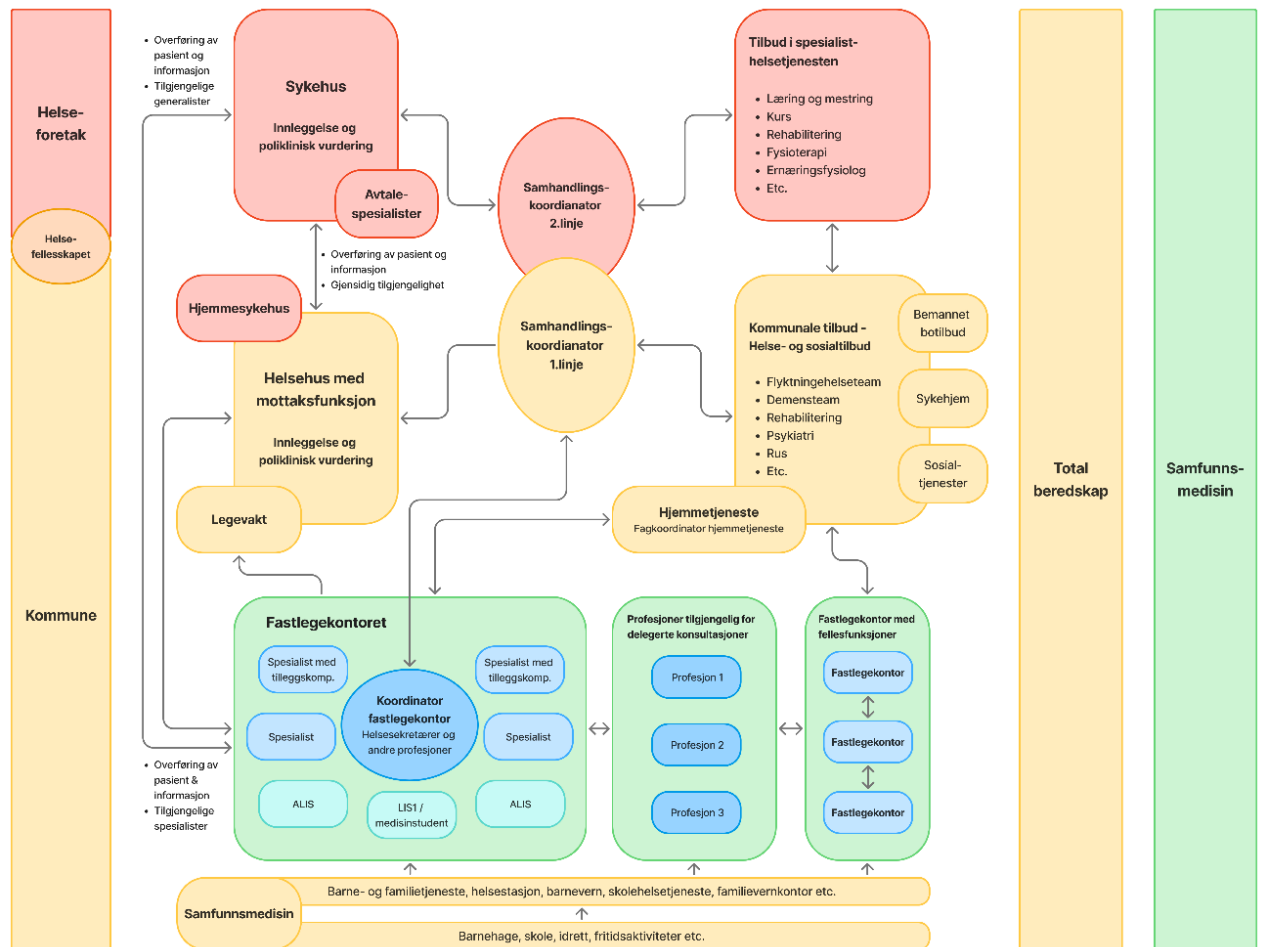
Nettverksarbeid gjelder ikke kun innenfor helsetjenesten, men også ut mot andre samfunnsfunksjoner i kommunen (bolig, kultur, næring, utdanning osv), og mot nasjonale myndigheter og næringsliv.

Kommuneoverlegens samfunnsmedisinske kompetanse er nødvendig for å synliggjøre og sikre integrering mellom folkehelse, forebygging, helsetjeneste og andre sektorer.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er også nødvendig på andre nivåer i helsetjenesten.

Nettverksfiguren nedenfor er utarbeidet av en tenkegruppe bestående av Linn Getz, Tor Magne Johnsen, Hilde Grimstad, Kari Thori Kogstad og Anette Fosse mars 2026, og er presentert for Helsereformutvalget av Linn Getz. Utgangspunktet var hvordan fastlegetjenesten er forbundet med andre tjenester, og hvordan fastlegekontorene kan organiseres i nettverk innad og utad for å styrke tjenesten til pasienter med store og/eller sammensatte behov. En liten, men viktig og ressurskrevende andel av pasientene trenger at fastlegen og øvrige tjenester i kommunen og ofte i sykehuset samarbeider tett. Det kan være unge personer med psykiske utfordringer og/eller rus, personer med utviklingsforstyrrelser, skrøpelige eldre med omfattende behov både medisinsk og pleiemessig, pasienter i livets slutfase osv. Disse bør få VIP-status. Journalsystemet må kunne gi mulighet til å markere disse pasientene som for en kortere eller lengre tid trenger en koordinator/fasilitator. I fastlegekontorene er helsesekretærene gullet. De kjenner pasientpopulasjonen og har god oversikt. Hva om en eller to av helsesekretærene fikk som hovedoppgave å være VIP-kontakter? De kunne fått kompetansebygging på nettverket i kommunen og sykehuset, og vært kontaktperson for pasient og pårørende inn mot fastlegen og øvrige tjenester. Denne rollen kan selvsagt også sykepleiere ha, evt med utvidet mandat avhengig av kompetanse.

Figur 4: Helsetjenester i nettverk (fokus på primærhelsetjenesten), utviklet av TM Johnsen mfl.



Medisinske tjenester og pleie- og omsorgstjenester henger nøye sammen i kommunehelsetjenesten, og de henger sammen med øvrige velferdstjenester. Fastlegenes og sykehjemslegenes integrerte rolle i det primærmedisinske, kommunale teamet bør understøttes og styrkes. De primærmedisinske verdiene om helhetlige, kontinuerlige pasientfokusede tjenester deles i stor grad av fastlegene (*kontinuerlig, omfattende personlig, forpliktende – KOPF*). Disse verdiene er grunnleggende for å tilby gode primærhelsetjenester. Medisinsk diagnostikk og behandling i kommunene må derfor være integrert med pleie- og omsorgstjenester og med rus- og psykiaritjenestene. Spesialsykepleiere i pleie- og omsorgstjenesten (kreftsykepleier, diabetessykepleier, hukommelsesteam, palliative team og etter hvert AKS-sykepleierne) er en del av den medisinske behandlingen og må samarbeide tett med fastlegene, samtidig som de samarbeider tett med hjemmesykepleie, helsefagarbeidere, rehabiliteringstjenestene, psykiatri- og rustjenestene og andre.

I mange distriktskommuner mangler spesialsykepleiere, og det er ikke hensiktsmessig å bygge 'silokompetanse'. Der må kompetansen bygges rundt enkeltpasienters behov, slik at sykepleiere, fastleger og andre i det tverrfaglige teamet lærer seg det som trengs i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Slik pasientnær kompetanse- og nettverksbygging vil kunne forebygge at pasienter og pårørende blir kasteballer, og må sikres gjennom organisering, finansiering og digitale og fysiske møteplasser.

Kompetansedelingsarenaer

Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har ulike oppgaver. Spesialisthelsetjenesten leverer diagnosebaserte, organspesifikke tjenester med alt fra spesialisert breddekompetanse til spisskompetanse. Kommunehelsetjenesten er basert på bred generalistkompetanse og er mer basert på pasientens/brukerens funksjon enn på enkelttilstander.

Noen pasienter har behov for spisskompetanse, andre har behov for generalistkompetanse, men ofte er det nødvendig med perspektiv fra begge nivåene for å gi gode, sømløse og helhetlige tjenester. Kompetansedeling (og ikke bare kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten) er helt nødvendig. Den viktigste kompetansedelingen skjer i hverdagen, i møter mellom helsepersonell for å løse utfordringer om og med enkeltpasienter. Det kan være skriftlig (henvisninger og epikriser), telefon eller fysiske eller digitale møter. Slike møter øker den relasjonelle kapasiteten og kan bidra til bedret samhandling. Kompetansedeling kan også skje i formelle kurs og opplæringstiltak. Disse fungerer best om de arrangeres i fellesskap mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det er et mål at tjenester i størst mulig grad skal leveres nært pasientene, det vil si på lokalsykehusnivå eller i kommunene. Dette kan skje gjennom at spesialiserte tjenester flyttes nærmere pasienten gjennom ambulerende tjenester, gjennom digitaliserte tjenester som leveres nært pasienten (for eksempel DHO). Spesialiserte tjenester kan også leveres i samarbeid med kommunen (for eksempel FACT og palliasjonsteam). En tredje mulighet er at primærhelsetjenesten overtar oppgaver fra spesialisthelsetjenesten (Aclasta-injeksjoner, blodtransfusjoner i sykehjem). Alle disse endringene krever kompetansedeling og/eller kompetanseoverføring mellom kommuner og helseforetak.

I kommuner med lavt befolkningstall vil mange tilstander kun forekomme sjelden, kanskje med års mellomrom. Det er hverken mulig eller ønskelig å bygge og opprettholde kompetanse på alle felt og diagnoser til enhver tid. I mindre kommuner er det vanlig at helsepersonell må ivareta flere oppgaver samtidig, oppgaver som i større kommuner er dedikert til enkeltpersoner eller sågar avdelinger¹¹. Denne breddekompetansen og trening i fleksibilitet og tilpasningsevne/-vilje gjøre det mulig for mindre kommuner å tilby gode helsetjenester også for sjeldne og alvorlige tilstander. Det må utvikles gode opplegg for punktopplæring når behovet for slike tjenester oppstår og legge til rette for gjensidig opplæring/kompetansebygging rundt enkeltpasienter når behovet oppstår. *Dette må ikke være ad hoc-arbeid, men regnes som en viktig og nødvendig del av tjeneste- og kompetansesamarbeidet.*

Distriktsmedisinske og distriktspsykiatriske sentre og sykestuer er gode arenaer for gjensidig læring. Det samme vil ulike hjemmesykehus-ordninger kunne være.

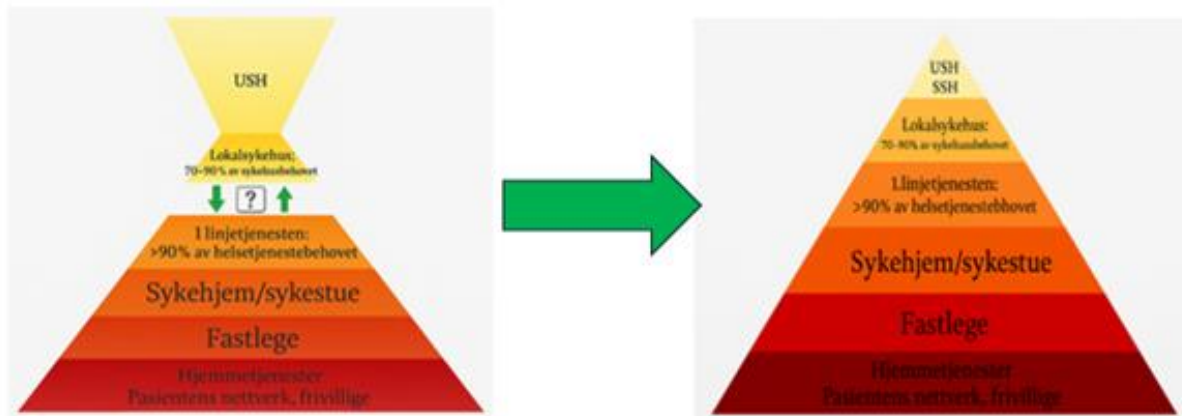
Helsereformen må sikre at det skapes arenaer og nettverk for felles situasjonsforståelse, relasjonell kapasitet, gjensidig kompetanseoverføring og lokalbasert arbeidsdeling, der pasient, pårørende, helsepersonell og evt andre relevante aktører er involvert. Samfunnsmedisinsk kompetanse må inn på alle nivåer.

¹¹ Fors, M. (2023). *Potato Ethics: What Rural Communities Can Teach Us about Healthcare*. *Journal of Bioethical Inquiry, Journal of bioethical inquiry, 2023*

Timeglass – pyramide

En viktig driver for fragmentering og ‘kasteball’-opplevelser *innenfor* sykehusene er økt spesialisering og manglende oppmerksomhet på grenseflatene som oppstår. Organisering av sykehusene i organblokker uten at noen har ansvar for helheten forsterker dette. Dette er innsiktsfullt beskrevet som ‘et timeglass-formet helsevesen’ av Braut og Olsen¹².

Figur 5: Helsepyramiden – fra timeglass til balanse



Ny spesialistutdanning for leger med direkte organspesialisering innen indremedisin og kirurgi fører til at pasienter med sykdommer i flere organer ikke møter leger som har som oppgave å håndtere disse samlet. Generell indremedisin og kirurgi finnes fortsatt på papiret, men er lite attraktive spesialiteter fordi sykehusene ikke er organisert med karriereveier for disse. Dette er ikke bærekraftig.

Lignende spissing og fragmentering skjer i mange profesjoner. Spissing er nødvendig, men det må ikke skje på bekostning av bredden.

Den beste kompetansen er ikke den kompetansen som befinner seg på toppen av pyramiden. Den beste kompetansen er den som i en gitt situasjon kan bidra til å løse pasientens problem(er) på en god og effektiv måte. Den spisse kompetansen er nyttig for de (få) som trenger det. For svært mange av de vanlige lidelsene er den allmenmedisinske kompetansen best, og for de fleste som trenger sykehustjenester er helsepersonell med *spesialisert breddekompetanse* best – altså ikke bare ‘godt nok’, men best – fordi breddekompetanse er mer enn å kunne litt om mye; *breddekompetanse er spesifikk kompetanse på å se mønstre, forstå flere tilstander i sammenheng, kunne håndtere vanlige sykdommer i flere organsystemer, se helhet, håndtere polyfarmasi, vite når nok er nok. Det handler også om å vite når det er nødvendig å kontakte noen med spissere kompetanse på ett organ/en tilstand, og enten henvise pasienten eller motta råd og vurdering via telefon, digitalt møte eller via skrift.*

Breddekompetanse må læres og trenes på. Dette må skje både i grunnutdanningen, spesialistutdanningen og i etterutdanningen, og organiseringen av helsetjenesten må understøtte både utdanning og utøvelse. *Dette kan for eksempel understøttes med å etablere kvalitetsindikatorer for breddekompetanse og samtrening.*

¹² <https://klassekampen.no/artikkel/2025-06-12/sammen-om-det-vanligste>

God samhandling og fungerende nettverk krever relasjonell kapasitet (evnen til å kunne skape produktive relasjoner på tvers av faglige og organisatoriske grenser). Nettverk oppstår ofte spontant i helsevesenet, men gode nettverk krever kunnskap om – og respekt for – hverandres kompetanse, ansvar og arbeidsoppgaver og perspektiv. Det forutsetter at man anerkjenner betydning av nettverk og aktivt jobber for å styrke dem. Gjennom å satse på bygging og vedlikehold av nettverk på tvers av organisatoriske og faglige siloer kan man redusere risikoen i overganger og grenseflater.

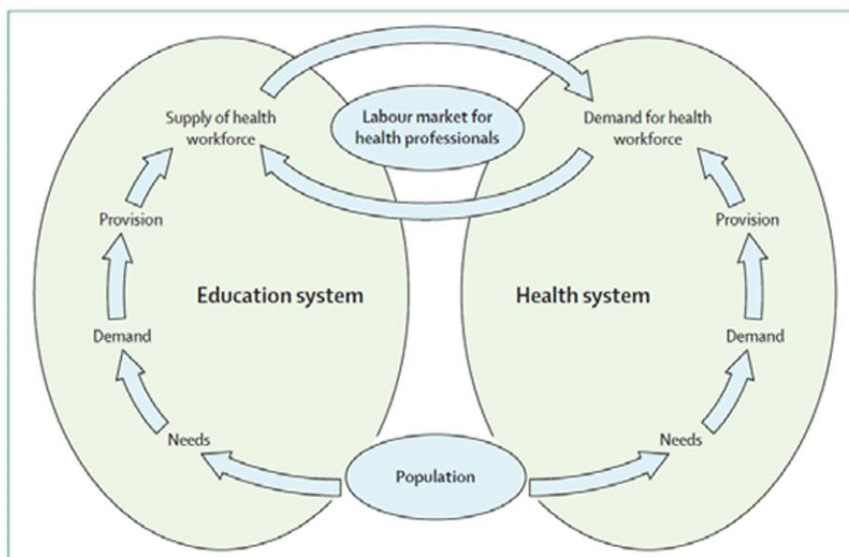
Helserenformen må sikre målrettet utvikling av breddekompetanse som fundament, og videreutvikle gode nettverk mellom nivåene i helsetjenesten for å sikre tilgang til spisskompetanse når det er nødvendig.

Utdanning – bemanning – beholde – rekruttere

Bemanning av helsetjenesten og utdanning av helsepersonell henger uløselig sammen. Dette er godt beskrevet i The Lancet's spesialnummer om utdanning av helsepersonell i 2010¹³ (se figur 6), og i oppfølgingsnummeret i 2022¹⁴, hvor de bl.a. skriver: "For å kunne møte de mange samfunnsmessige utfordringene i helsetjenesten som følge av pandemien og klimakrisen, må utdanningen av helsepersonell styrke en ny profesjonalitet som ivaretar både individet og fellesskapet. For å oppnå dette anbefaler artikkelen å ta i bruk et prinsipp om utdanning for livet, utvide og styrke kompetansebasert utdanning og i større grad utnytte læringsteknologi."

Figur 6: Sammenheng mellom befolkningens behov, helsetjenesten, utdanningssystemet og arbeidsmarkedet (Frenk et al 2010)

REKRUTTERING OG STABILISERING SKJER IKKE I ET VAKUUM



Systems framework (Frenk 2010)
The Lancet Commission on Education of
Health Professionals for the 21st Century

¹³ Frenk J, Chen L, Bhutta Z et al. **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.** The Lancet, 2010; 376, 1923-1958

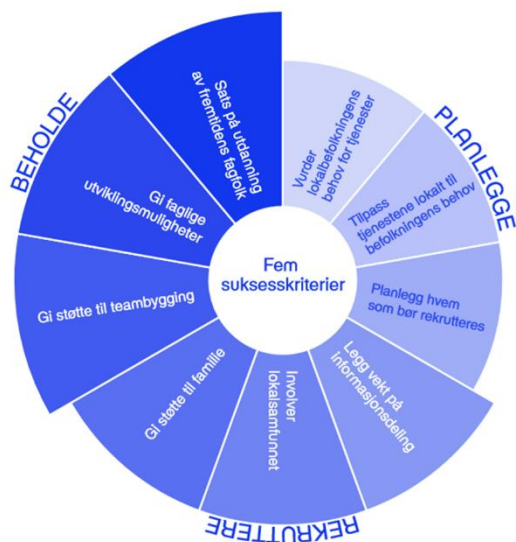
¹⁴ <https://www.thelancet.com/commissions-do/education-of-health-professionals>

Å beholde og rekruttere helsepersonell er en kontinuerlig prosess som starter med utdanning. Balansert geografisk fordeling av utdanningsplasser er viktig. For eksempel har studenter utdannet i Nord-Norge større tilbøyelighet til å fortsette karrieren i nord, særlig om de har vokst opp i landsdelen¹⁵. Fleksibel utdanning, som kan romme desentraliserte, deltids- og samlingsbaserte studier, gir lettere tilgang til utdanning og kompetanseheving for folk som allerede er i jobb og som ikke er lett flyttbare av andre grunner.

Yrkesvalg og valg av bosted påvirkes av en rekke faktorer. Noen er uavhengig av arbeidsgiver (oppvekst, erfaring, familieforhold, personlige egenskaper), andre kan påvirkes (lønn og arbeidsvilkår, faglig utvikling og arbeidsmiljø). Valg av yrkes- og karrierevalg kan virke tilfeldig, men det handler om å øke sannsynligheten for at tilfeldigheter kan skje. Dette krever en langsiktig, systematisk tilnærming som involverer hele organisasjonen og lokalsamfunnet.

Vi må rekruttere helsepersonell og vi må få dem til å bli. Rekruttering og stabilisering henger tett sammen og er gjensidig avhengig av hverandre. Det er nytteløst å rekruttere personell til en arbeidsplass der folk ikke ønsker å jobbe. Fornøyde ansatte er en viktig rekrutteringsfaktor.

Problemer med å rekruttere helsepersonell har vært en vedvarende utfordring for rurale strøk over mange år. Det finnes kunnskap om faktorer som påvirker rekruttering og stabilisering av



helsepersonell i distrikt. NSDM har sammen med organisasjoner i fem andre land utviklet et rammeverk for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt¹⁶. Rammeverket består av ni strategiske fokusområder delt inn i tre tema: planlegging, rekruttering og stabilisering. Det viktigste i rammeverket er de fem suksessfaktorene som er en forutsetning for at øvrige tiltak skal ha effekt: 1. anerkjenne de unike forholdene i distrikt, 2. inkludere lokale perspektiver, 3. tilstrekkelige ressurser, 4. årlige sykluser med aktiviteter, 5. regelmessige evalueringer. Arbeidet med å stabilisere og rekruttere må være langsiktig og systematisk. Dette gjelder både kommuner og sykehus.

Figur 7: Rammeverket Recruit and Retain – Making it work

Ledelse

God ledelse er en forutsetning for å lykkes med å rekruttere og beholde helsepersonell. Måltrettet lederopplæring må til for å styrke samhandling, sikre fagkvaliteten, prioritere og lede innovasjons- og utviklingsarbeid. Kunnskap om – og engasjement i – rekrutterings- og

¹⁵ Lindberg, M. H., & Abelsen, B. (2025). Educated for the region? A register-based sequence analysis modelling medical doctors' career trajectories. *Research in Health Services & Regions*, 4(1), Article 16. <https://doi.org/10.1007/s43999-025-00076-y>

¹⁶ Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Akearok, G. H., Mason, A., Savage, C., & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18(1), Article 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>

stabiliseringsarbeid er også nødvendig. Teknologiforståelse trengs for at teknologi skal bli en integrert del av helse- og omsorgstjenestene.

Kompetanseheving bør både foregå i form av lederprogrammer rettet mot ledere i spesialist- og kommunehelsetjenesten, og for medarbeidere i alle ledd av tjenesten, inkludert grunnutdanningene. Lederspennet er stort og det er lite tid til å drive lederopplæring, spesielt i kommunale tjenester. Læringsnettverk kan med fordel benyttes til felles kompetanse-utvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon.

Helsereformen må se bemanning og utdanning i sammenheng, og gjennom god ledelse legge til rette for systematisk, langsiktig planlegging for å beholde og rekruttere personell.

Samarbeid og tillit

God samhandling og godt samarbeid i helsetjenesten forutsetter felles situasjonsforståelse, tillit og likeverd mellom aktørene. Forskning viser at utfordringene ofte skyldes «*manglende møteplasser, manglende lokale retningslinjer og manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse*»¹⁷. Når profesjoner og forvaltningsnivåer ikke kjenner hverandre, svekkes både kommunikasjon og samarbeid. Vellykket samhandling kjennetegnes av ansikt-til-ansikt-relasjoner, teamarbeid og gjensidig respekt.

For å enes om felles mål må deltakerne se den samme virkeligheten. Uten dette blir likeverdig samarbeid vanskelig. Erfaringene fra for eksempel Akuttkjeden Telemark¹⁸ viste at strukturerte møteplasser, bevisst inkludering og likeverdig deltakelse styrker relasjoner og skaper bedre faglige diskusjoner. Deltakerne etterspør mer tid til å snakke sammen – et tydelig signal om behovet for relasjonsbygging.

Tillit er en grunnleggende forutsetning for å løse fremtidens helseutfordringer. Likevel tas tillit ofte for gitt, og arbeidet med å bygge den blir nedprioritert. Dersom tillit mellom aktørene er fraværende, vil den nødvendige samhandlingen bli skadelidende. Relasjonell koordinering (Jody Gittel), relasjonell kapasitet og psykologisk trygghet (Amy Edmondson) er også avgjørende, særlig i grupper som skal løse komplekse oppgaver. Uten trygghet oppstår lett profesjonshierarki og tilbakeholdenhet, noe som hemmer samarbeid og innovasjon.

Helsedirektoratet peker på samhandling, ledelse, kompetanse og teknologi som forutsetninger for en bærekraftig akuttmedisinsk kjede. Dette kan fint overføres til andre deler av helsetjenesten. Verdier som tillit, respekt, likeverd og anerkjennelse må ligge til grunn. Likevel settes det i dag av for lite tid og ressurser til å utvikle en slik kultur. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 legger opp til tiltak som skal styrke samarbeidet, men for å lykkes må det faktisk *lønne seg å skape løsninger sammen*.

En bærekraftig felles helsetjeneste krever en kulturendring der aktørene møtes, blir kjent og utvikler felles mål. Dette er tid- og ressurskrevende, men helt nødvendig for å lykkes.

Mange ansatte opplever å stå i en verdispagat der organisasjonens rammer og styring ikke gjør det mulig for de ansatte å jobbe i tråd med sine grunnleggende verdier. Dette er antagelig en av

¹⁷ Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>

¹⁸ <https://www.sthf.no/fag-og-forskning-ny/samhandling/akuttkjeden/>

grunnene til at ansatte i offentlig helsevesen forlater yrket eller begynner å jobbe i private helsetjenester¹⁹.

Helserformen må være en tillitsreform som bidrar til å skape samarbeidsarenaer og rammebetingelser som bygger tillit mellom og til aktørene. Helsefelleskapene er en tillitsarena som bør videreutvikles med økt formell myndighet og økonomiske virkemidler.

Kvalitet

Definisjonen av kvalitet er multifaktoriell og påvirkes av en rekke faktorer, både organisatoriske, kulturelle og relasjonelle. Bedring av kvalitet er et såkalt “gjenstridig” problem. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller store krav til kommunenes systematiske arbeid for kvalitetsforbedring. Den økende rettsliggjøringen av helse- og omsorgstjenestene har ført til økende forventinger og krav til rapportering.

Utfordringen er å balanse behovet for mangfold og fleksibilitet med kravene om likeverdige og rettferdig fordelte tjenester. Samtidig kan mangfold og fleksibilitet være virkemidler for å oppnå nettopp likeverdige og rettferdig fordelte tjenester. Vi må heie på forskjeller der de er velbegrunnet, og justere der de er dårlig begrunnet. For trange rammer gir dårlig tilpassing og motstand, for vide rammer gir for stor ulikhet. Det betyr også at kvalitetskrav, -mål og -indikatorer må fange opp, anerkjenne og reflektere gode, lokaltilpassede løsninger.

*“Silotenkning i kvalitetsarbeid har ført til manglende resultater. Vi har behov for en ny tilnærming for å sikre kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene.”*²⁰ Tradisjonelt har forskningen blitt gjennomført i "siloer" uten en tverrfaglig og helhetlig tilnærming. Dette har ført til manglende resultater hvor det fokuseres på enkeltstående tiltak og metoder som i mindre grad er tilstrekkelige for å forstå kvalitet i helsetjenesten fullt ut. Kompleksitet i både helsetilstander og i organisering fanges ofte dårlig av retningslinjer og veiledere som kun fokuserer på enkeltdiagnoser. Slike retningslinjer bidrar også til kasteball-problematikken både innenfor og mellom nivåene. Retningslinjer og veiledere utarbeides ofte av de spissete fagmiljøene innen et felt. Det er nødvendig at arbeidet med retningslinjer, veiledere, kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer inkluderer fagfolk med breddekompetanse, og med ulike geografiske perspektiver, i tillegg til en selvsagt involvering av pasienter/brukere og pårørende.

Helserformen må sikre en helsetjeneste der kvalitet blir vurdert og sikret gjennom relevant kunnskap og av relevante aktører, slik at mangfold, fleksibilitet og lokal tilpasning ivaretas.

Beredskap

Beredskap må bygge på ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippene. Kriser kan ta mange ulike former, og kan ramme lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Det kan handle om flom, ras, pandemi, terror, krig – som alle fører til nedbrutt samfunnsstruktur, brutte kommunikasjoner, manglende kontakt/kapasitet i spesialisthelsetjenesten slik at lokal helsetjeneste må håndtere et bredere spekter for å gi helsetjenester til de som befinner seg i kommunen. Folkeforflytninger kan føre til en stor økning i befolkningen lokalt. Det kan være

¹⁹ <https://tidsskriftet.no/2026/04/legelivet/tap-av-mening-i-legeyrket>

²⁰ <https://www.uis.no/nb/forskning/helse/resiliens-i-helsetjenesten>

vanskelig å flytte/evakuere beboere i institusjon/skrøpelige som bor hjemme og det vil derfor være behov for å kunne tilby primærhelsetjenester også i krise. Erfaringer fra katastrofer i Norge og andre land er at det ofte er primærhelsetjeneste man etterspør.

Beredskapsprinsippene tilsier at kriser håndteres ulikt i distrikt og by. Dette må tas hensyn til ved utvikling av beredskapen i Norge.

Silotenkning må motvirkes gjennom samarbeid og fellesøvelser der mindre kommuner i distrikt må inviteres med allerede på planleggingsstadiet. Helsefelleskapene kan være nyttige plattformer for å utvikle slikt samarbeid²¹.

Helsereformen må sikre at distriktsperspektivet blir ivaretatt i beredskapsarbeid.

Forskning

Det er et paradoks at helseforetakene har plikt til forskning og utdanning, mens kommunene kun skal medvirke. Dette skaper skjevhet i kunnskapsutviklingen og i utdanningene, og bør endres gjennom helsereformarbeidet.

Helsereformen må sikre at det skjer forskning i alle deler av helsetjenesten. Særlig viktig er det å få økt både klinisk forskning og helsetjenesteforskning i primærhelsetjenesten og på breddekompetanse i andrelinjetjenesten. Distriktsperspektivet må ivaretas også her. Infrastruktur for klinisk allmennt medisinsk forskning må bygges ut, jfr Praksisnett.

Det er også viktig at selve helsereformen følgeforskes.

Helsereformen må sikre at det skjer forskning i alle deler av helsetjenesten, og helsereformen må følgeforskes.

Tromsø, 18.05.2026

Vennlig hilsen



Anette Fosse

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway
www.nsdm.no
Phone: +47 91622312



²¹ <https://www.sthf.no/helsefelleskapet-i-telemark/meld-sak-til-helsefelleskapet-i-telemark2/fsu-beredskap/>