

Prinsipielle avklaringer knyttet til Prosjekt X

Innledning

Legeforeningen støtter innovasjon og utvikling av helsetjenesten. Utprøving av nye samarbeidsformer kan gi verdifull innsikt i hvordan tjenestene kan bli mer sammenhengende og bedre tilpasset pasientenes behov. Dersom kunnskapsgrunnlaget allerede finnes, er det viktig at dette kommer tydelig frem i planleggingen av prosjektet. Dersom kunnskapsgrunnlaget ikke finnes – fordi dette er en innovasjon – må hypoteser og mål tydelig beskrives på forhånd slik at man kan etterprøve hvorvidt prosjektet oppnådde det man ønsker eller ikke. Slik det fremstår i Helsedirektoratets statusrapport^[1] (videre omtalt som statusrapporten) om pilotene i Prosjekt X datert 1. februar 2026, er dette et premiss flere av prosjektene ikke synes å ha ivaretatt tilstrekkelig.

Prosjekt X representerer en rekke utprøvinger av nye samarbeidsmodeller mellom kommuner og sykehus. Erfaringene fra disse pilotene er uttalt fra regjeringens side at skal inngå i kunnskapsgrunnlaget for den kommende helsereformen sammen med Helsereformutvalgets rapport. Statusrapporten fra Helsedirektoratet viser imidlertid betydelig variasjon i modenhet og begrenset beskrivelse av forventet effekt. Rapporten understreker også at det er for tidlig å konkludere om egnethet for nasjonal innføring. På dette grunnlaget vil det være faglig prematurt å bruke Prosjekt X som direkte begrunnelse for nasjonal implementering av nye modeller i helsereformen.

Legeforeningen mener derfor at det som et minimum er behov for prinsipielle avklaringer før erfaringene fra Prosjekt X legges til grunn for videre reformarbeid.

Bevaring av dagens nivåstruktur i helsetjenesten

Den norske helsetjenesten er bygget på et to-nivå-system med en universell og distribuert primærhelsetjeneste og en mer spesialisert og konsentrert spesialisthelsetjeneste.

Etter Legeforeningens syn utfordrer flere av prosjektene i Prosjekt X denne etablerte rollefordelingen ved å etablere nye strukturer og samarbeidsformer på tvers av nivåene. Felles er at de forsøker å nå pasientgrupper som prosjekteier mener ikke får et godt nok tilbud i dagens system.

Prosjektene er ofte beskrevet med brede og uspesifikke mål om bedre samhandling, riktigere nivåplassering og mer sammenhengende pasientforløp. Det kommer ikke tydelig frem hvordan dette skal måles opp mot ressursbruk, personellbelastning og prioritering.

Dette er bekymringsverdig i en tid da det er bred enighet om at ressursene er på strekk og vi er på jakt etter løsninger som bevarer kvaliteten uten å påføre helsetjenesten utvidede oppgaver med konsekvens i manglende totalkapasitet. Statusrapporten viser at flere prosjekter er avhengige av økt tilgang på personell, finansiering, frikjøp og digitale løsninger, og Helsedirektoratet peker selv på at enkelte modeller kan kreve betydelige investeringer.

Eksempler fra Prosjekt X inkluderer:

Vedlegg 4. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

- **Østfold – Integrerte helsetjenester**, hvor tverrfaglige team på tvers av kommune og sykehus følger opp pasienter med sammensatte behov.
- **Vestfold – Én vei inn**, som etablerer et felles mottak for psykiske helsetjenester og dermed endrer tradisjonelle henvisnings- og vurderingsprosesser.
- **Lillehammer – Bo trygt hjemme**, hvor nye ambulante ressurser som legevaktbil og trygghetspatrolje etableres i samarbeid mellom kommune og sykehus.
- **Oslo - bedre svangerskaps-, føde- og barseltjenester** hvor det skal bygges tjenestene rundt den gravide og den nye familien.

Selv om disse modellene kan gi bedre koordinering for enkelte pasientgrupper, er det behov for en grundig vurdering av hvordan de påvirker den overordnede systemstrukturen. Uten en slik vurdering er det risiko for at to-nivå-systemet svekkes, med potensielle konsekvenser for både kvalitet, likeverdighet og bærekraft. Det er også viktig å merke seg at målrettede tilbud for enkelte pasientgrupper ikke nødvendigvis vil medføre en gevinst for alle pasienter. Dette er en risiko ved å innføre prosjektene som en del av "den generelle helsetjenesten" fremfor tydelig å beskrive hvilke pasienter dette er gunstig for, og hva som skal til for å utløse ekstra ressurser (som det i realiteten er) til disse pasientene.

Uklar styring og utvelgelse av prosjekter

Det fremstår uklart hvem som har foreslått og valgt ut prosjektene i Prosjekt X. Enkelte kilder hevder at prosjektene er valgt av helsefellesskapene, mens dokumentasjon fra e-innsyn indikerer at initiativ også har kommet direkte fra Helse- og omsorgsdepartementet og fra RHF/HF. I avtalen mellom KS og HOD fremgår det kun at helsefellesskapene «skal aktivt involveres», uten at beslutningsprosessen er tydelig beskrevet^[2]. Dette gjør det vanskelig å etterprøve hvordan prosjektene er prioritert og hvilken strategisk begrunnelse som ligger til grunn.

Det har heller ikke vært mulig å finne en samlet og offentlig tilgjengelig oversikt over prosjektbeskrivelser som gjør det mulig å etterprøve utvelgelse, mål og krav på tvers av prosjektene. Selv om det finnes ulike beskrivelser av Prosjekt X på offentlige nettsider og i prosjektpresentasjoner, mangler det en enhetlig dokumentasjon som tydelig redegjør for bakgrunn, målsettinger, prosjektorganisering, planlagte aktiviteter, fremdriftsplaner, budsjett, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt identifiserte risikofaktorer. Fraværet av slik strukturert informasjon svekker transparensten og gjør det utfordrende å vurdere prosjektenes overføringsverdi og prioritering.

Helsedirektoratet har gjennom det supplerende tildelingsbrev nr. 5 for 2025 (Oppdrag TB2025-107)^[3] fått en todelt rolle i arbeidet: å følge med på utprøvingene, oppsummere erfaringer og identifisere læringspunkter, samt å bistå prosjektene med avklaringer knyttet til regelverk, herunder forholdet til forsøksloven og eventuelle behov for fritak eller regelverksendringer. Oppdraget ble gitt uten en spesifisert tidsfrist, og arbeidet med juridiske avklaringer fremstår fortsatt som pågående. Dette bidrar til ytterligere usikkerhet knyttet til prosjektets modenhet og til hvilket kunnskapsgrunnlag som vil foreligge når erfaringene eventuelt skal benyttes i helsereformarbeidet. Det er heller ikke Helsedirektoratet som har hatt en rolle i å utpeke pilotprosjektene eller fastsette krav til disse, noe som ytterligere understreker behovet for tydelig nasjonal styring.

Vedlegg 4. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

De regionale helseforetakene har samtidig fått en sentral rolle i gjennomføringen av Prosjekt X, slik det fremgår av oppdragsdokumentene for 2026^[4]. RHF-ene skal blant annet understøtte arbeidet i egen region, fordele tilskudd mellom prosjektene i tråd med formålet, bidra til deling av erfaringer og innsikt, samt sikre rapportering gjennom årlige meldinger og halvårlige statusrapporter. Denne desentraliserte finansierings- og oppfølgingsmodellen understreker behovet for klare nasjonale prioriteringskriterier og transparent styring for å sikre likebehandling og sammenlignbarhet mellom prosjektene.

Flere av prosjektene har dessuten rapportert juridiske barrierer knyttet til blant annet ansvarsforhold, informasjonsdeling og organisering av tjenester på tvers av forvaltningsnivåer. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn pekt på at det kan være aktuelt å vurdere unntak fra gjeldende regelverk for enkelte av utprøvingene. Dette indikerer at prosjektene ikke bare representerer lokale forbedringstiltak, men potensielt innebærer strukturelle endringer med vidtrekkende konsekvenser for organiseringen av helsetjenesten.

Samlet sett peker disse forholdene på behovet for tydeligere avklaringer av styringsstruktur, utvelgelseskriterier, finansieringsmodeller og juridiske rammebetingelser før erfaringene fra Prosjekt X kan legges til grunn for nasjonale reformbeslutninger.

Erfaringer fra dialog med aktører i enkeltprosjekter tyder også på at prosjektorganiseringen i flere tilfeller fremstår lite tilgjengelig og vanskelig å etterprøve. Det etterspørres blant annet tydeligere oversikter over organisasjonsstruktur, mandat og beslutningslinjer, samt hvordan faglige innspill faktisk inngår i beslutningsprosessene. Dette understreker behovet for en mer transparent prosjektstruktur på tvers av pilotene.

Formål og evaluering – pasienttilfredshet som utilstrekkelig suksesskriterium

Statusrapporten viser at prosjektene har en felles ambisjon om bedre samhandling og mer sammenhengende pasientforløp. Det fremgår imidlertid ikke tydelig hvordan disse målene er operasjonalisert eller hvordan de skal vurderes. "Bedre samhandling" er svært vagt om det ikke understøttes av færre feil, sparte ressurser eller bedre klinisk utfall. Flere av prosjektene har mål knyttet til trygghet, mestring, bedre koordinering og bedre brukeropplevelse, men statusrapporten gir i mindre grad grunnlag for å vurdere hvordan slike mål veies mot ressursbruk og prioritering.

Piloten **Integrerte helsetjenester i Østfold** illustrerer dette. Prosjektet har som mål å gi økt trygghet og bedre koordinering for skrøpelige eldre. Samtidig viser en minimetodevurdering^[5] fra Folkehelseinstituttet at modellen kan medføre økt ressursbruk og at kostnadsreduksjoner ikke anses som realistiske. Dette indikerer at tiltaket kan være attraktivt for pasientene uten nødvendigvis å bidra til bedre ressursutnyttelse.

Tilsvarende introduserer **Bo trygt hjemme** i Lillehammer nye tjenester som legevaktbil og trygghetspatrolje. Disse tiltakene kan forbedre pasientopplevelsen, men representerer også en utvidelse av tjenestetilbudet, uten at det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon på kostnadseffektivitet eller systemeffekter.

Legeforeningen mener derfor at pasienttilfredshet må suppleres med krav om dokumentert nytte og bærekraft i henhold til prioriteringskriteriene.

Manglende vurdering opp mot prioriteringskriteriene

Norsk helsetjeneste bygger på de etablerte prioriteringskriteriene **nytte, ressursbruk og alvorlighet**. Det fremgår ikke at Prosjekt X-prosjektene er vurdert systematisk opp mot disse prinsippene.

Statusrapporten peker på at enkelte modeller kan kreve betydelige investeringer og at nytte og kostnader ikke nødvendigvis fordeles på samme nivå i helsetjenesten. Legeforeningen mener at fravær av en tydelig prioriteringsvurdering innebærer en risiko for at Prosjekt X bidrar til etablering av nye, attraktive og populære – men ikke nødvendige – tilbud, som kan fortrenge kapasitet fra andre pasientgrupper med større behov.

Oppgavedeling, ansvar og medvirkning

Flere av prosjektene innebærer endringer i oppgavedeling mellom nivåer og profesjoner. Statusrapporten identifiserer uklare ansvarsforhold og behov for juridiske avklaringer som sentrale barrierer i pilotene. Dette understreker behovet for tydelige ansvarslinjer og avklaringer av medisinskfaglig ansvar. For å bøte på dette må det stilles langt tydeligere krav til hva som må være på plass i et "Prosjekt X".

Videre gir tilgjengelig dokumentasjon begrenset innsikt i hvilken grad leger har vært involvert som premissleverandører i utviklingen av prosjektene, til tross for at tiltakene direkte påvirker legers arbeidsmetoder og ansvar. Særlig gjelder dette fastleger som både er hovedhenvisere og har ansvar for medisinskfaglig koordinering for sine pasienter. Tilbud som utvikles parallelt med fastlegeordningen kan gjøre det vanskeligere for fastlegen å ivareta rollen som medisinskfaglig koordinator dersom ansvar, informasjonsflyt og samhandling ikke er tydelig avklart.

Tilbakemeldinger fra klinisk nivå i enkelte prosjekter indikerer også at leger i begrenset grad er integrert i sentrale beslutningsfora, og i større grad inngår som rådgivende ressurser uten tydelig påvirkning på utforming av tjenestene. Dette kan svekke både den medisinskfaglige forankringen og gjennomførbarheten av tiltakene.

Videre pekes det på en risiko for at nye pasientforløp utvikles parallelt med eksisterende strukturer, uten tilstrekkelig avklaring av ansvar, informasjonsflyt og samhandling. Dette kan utfordre fastlegens lovpålagte rolle som medisinskfaglig koordinator og svekke kontinuiteten i pasientoppfølgingen dersom det ikke håndteres eksplisitt i prosjektutforming og implementering.

Forholdet til eksisterende strukturer

Prosjekt X utvikler nye samarbeidsmodeller parallelt med etablerte strukturer. Statusrapporten peker på organisatoriske barrierer knyttet til ulike styringslinjer og beslutningsprosesser mellom kommuner og helseforetak. Uten tydelig integrasjon i eksisterende systemer er det en risiko for økt fragmentering, større kompleksitet og svekket sammenheng i tjenestene.

Erfaringer fra enkelte piloter tyder på at manglende avklaringer av hvordan nye modeller skal innpasses i eksisterende tjenester, fører til uklarhet i ansvarslinjer og samhandling. Dette gjelder særlig der nye tilbud utvikles parallelt med fastlegeordningen og øvrige kommunale og spesialisthelsetjenester, og kan utfordre både kontinuitet og medisinskfaglig koordinering.

Konklusjon

Legeforeningen støtter innovasjon, utprøving og utvikling av nye samarbeidsformer i helsetjenesten. Helsetjenesten er i kontinuerlig utvikling for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Nettopp derfor er det avgjørende at slike prosjekter planlegges, styres og evalueres på en måte som muliggjør å vurdere reell nytte, ressursbruk og konsekvenser for helsetjenesten som helhet. Prosjekt X fremstår per i dag ikke tilstrekkelig avklart på disse punktene til at erfaringene fra pilotene uten videre kan brukes som premiss for en ny nasjonal helsereform.

Det sentrale spørsmålet er ikke om enkeltprosjekter kan oppleves som nyttige eller attraktive for utvalgte pasientgrupper. Spørsmålet er om de gir en bedre og mer bærekraftig helsetjeneste samlet sett. Når prosjektene griper inn i oppgavedeling, ansvarlinjer, prioritering og forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, må kravene til tydelig problemforståelse, dokumentasjon og evaluering være høye.

Legeforeningen mener derfor at erfaringene fra Prosjekt X først kan tillegges vekt i helsereformarbeidet når det foreligger tydeligere avklaringer om mål, styring, evalueringsdesign, prioriteringsmessige konsekvenser, medisinskfaglig ansvar og forholdet til eksisterende strukturer. Ideelt sett burde disse kravene vært stilt før prosjektene fikk støtte fra staten, men det bør som et minimumskrav etterspørres nå. Om dette er gjennomført for hvert av pilotene må denne informasjonen tilgjengeliggjøres.

Uten slike avklaringer er det en reell risiko for at reformarbeidet bygger videre på løsninger som er utilstrekkelig vurdert, svakt dokumentert og dårlig forankret i helsetjenestens grunnleggende organisering og prioriteringsprinsipper.

Erfaringer fra enkeltprosjekter illustrerer at flere av de prinsipielle utfordringene som løftes i dette innspillet også gjør seg gjeldende på operativt nivå, særlig knyttet til styring, ansvar og medisinskfaglig forankring.

Helsereformen bør ikke bygge på hva som fremstår tiltalende i enkeltpiloter, men på hva som er dokumentert faglig forsvarlig, prioriteringsmessig legitimt og bærekraftig for helsetjenesten som helhet.

Vurderingene i dette dokumentet sendes også som innspill til Helse- og omsorgsdepartementet.

^[1] [Statusrapport «Prosjekt X» - Oppdrag TB2025-107](#) (1.02.2026)

^[2] [Tilleggsavtale mellom HOD og KS om utprøvinger](#), signert 17. juni 2025

^[3] [Supplerende tildelingsbrev nr. 5 for 2025](#), datert 1. juli 2025

^[4] [Oppdragsdokument for de fire RHF-ene](#)

^[5] [Minimetodevurdering: Integreerte helsetjenester](#) (13.02.2025)