



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til Helsereformutvalget

Sendt kun pr. e-post: Helsereformutvalget@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: SAK2025002053

Dato: 23-04-2026

Innspill fra Legeforeningen til Helsereformutvalgets arbeid

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til helsereformutvalgets viktige arbeid.

Vi viser til Legeforeningens skriftlige innspill datert 10. oktober 2025 om utfordringsbildet i Norge i årene som kommer. Vi viser også til vårt muntlig fremlegg i det digitale innspillsmøtet avholdt mandag 20. april. Her følger et skriftlig innspill med Legeforeningens synspunkter om utvalgets mandat, arbeidet med modeller, samt innspill til viktige bevarings- og endringspunkter i arbeidet med å reformere norsk helsetjeneste.

Legeforeningen ønsker å være en konstruktiv bidragsyter til arbeidet med helsereform og har et bredt, internt arbeid for å vurdere dagens modell og alternative løsninger. Vi har så langt valgt å fokusere på et knippe særlig relevante problemstillinger som har resultert i fire notater om hhv. det regionale nivået i spesialisthelsetjenesten, fastlegeordningen, samhandling og Prosjekt X, som følger som vedlegg 1-4. Vi er takknemlige for muligheten til å gi fortløpende innspill, og hører gjerne fra utvalget om det er særlige temaer som utvalget ønsker ytterligere innspill om.

Innledning

Norsk helsetjeneste leverer gode og trygge tjenester til befolkningen. Pasientene får i all hovedsak nødvendig og god behandling, og tilliten til helsevesenet er høy.

Samtidig har Legeforeningen over tid pekt på behov for endringer i måten helsetjenesten er organisert, finansiert og styrt. Utfordringene vi står overfor knyttet til kapasitet, personell, bærekraft og kvalitet, gjør det nødvendig å vurdere både strukturer og virkemidler kritisk og kunnskapsbasert.

Vi ser positivt på at Helsereformutvalget har fått et bredt mandat som også omfatter vurdering av alternative styringsmodeller for helsetjenesten. Dette gir rom for prinsipielle og nødvendige diskusjoner. Samtidig vil vi påpeke at omfanget og kompleksiteten i oppgaven står i et uheldig forhold til tiden som er satt av til arbeidet. Etter vårt syn innebærer dette en risiko for at beslutningsgrunnlaget ikke blir tilstrekkelig grundig.

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

For å kunne anbefale riktige og treffsikre endringer er det avgjørende å analysere hva som ikke fungerer i dagens system, hvorfor det ikke fungerer, og hvordan man samtidig kan bevare og videreutvikle det som faktisk fungerer godt. På denne bakgrunn finner vi det kritikkverdig at et så omfattende og potensielt omveltende arbeid ikke tar utgangspunkt i en helhetlig, systematisk og objektiv evaluering av dagens modell og de virkemidlene som har vært benyttet over tid.

Utfordringsbildet og hensyn ved vurdering av modeller

Ved oppstarten av utvalgets arbeid oversendte Legeforeningen et innspill om det overordnede utfordringsbildet i helsetjenesten. Vi opplever at utvalgets fremstilling i all hovedsak samsvarer med våre vurderinger, og vi finner derfor ikke grunn til å utdype dette ytterligere i denne sammenheng.

Vi vil imidlertid understreke at en av helsetjenestens utvilsomt største utfordringer de neste årene blir å utdanne, rekruttere og beholde helsepersonell i den offentlige helsetjenesten. Arbeidet med å sikre tilstrekkelig bemanning er helt vesentlig for å opprettholde en bærekraftig og kvalitetsorientert tjeneste. Dette er avgjørende uansett hvilken organisatorisk modell som velges, samtidig som valget av modell kan påvirke de ansattes arbeidsvilkår og fortsatte motivasjon for å jobbe i helsetjenesten. For en nærmere redegjørelse for hvordan vi mener personellutfordringene kan møtes, vises det til Legeforeningens innspill til Helsepersonellplan 2040 (vedlagt).

Utvalgets angitte hensyn¹ ved vurdering av modeller fremstår i stor grad som både relevante og rimelige, men også relativt selvsagte. Dette er prinsipper som det er bred enighet om, og som også ligger til grunn for dagens helsetjeneste. Det sentrale spørsmålet blir derfor hva som faktisk ikke fungerer etter intensjonen: i hvilken grad utfordringene kan tilskrives valg av modell, hvordan modellen praktiseres, og hva som eventuelt brenner i kultur, tradisjoner og arbeidsformer. Dette er etter vår vurdering forhold som utvalget må gå grundigere inn i.

Vi ønsker samtidig å supplere listen over hensyn for å sikre fortsatt høy kvalitet og bærekraft i tjenestene. Utvalget legger til grunn at modellen må gi mest mulig helse innenfor tilgjengelige ressurser, og det kan synes som om ressursnivået anses som gitt – og allerede høyt. Legeforeningen mener derimot at den kapasitetskrisen vi ser flere steder i helsetjenesten i stor grad er et resultat av langvarig underfinansiering. Dette har bidratt til en negativ utvikling med sviktende rekruttering og økende personellmangel i hele tjenesten, kombinert med et vedvarende arbeidspress som svekker helsepersonelllets mulighet til å gi god pasientbehandling, ha en forsvarlig arbeidshverdag med tid til faglig utvikling, utdanning og forskning, samt en bærekraftig balanse mellom arbeid og fritid.

Underfinansiering bidrar også til at økonomiske hensyn for ofte trumfer faglige prioriteringer. For å sikre god pasientbehandling må faglige vurderinger veie tyngre enn kortsiktige økonomiske mål, detaljerte rapporteringskrav og omfattende kontrollregimer. En helsereform bør derfor ha som mål å bevege styringen av helsetjenesten i retning av mer tillit og mindre kontroll.

¹ Riktig kvalitet, mest mulig helse for tilgjengelige ressurser, sammenhengende tjenester for pasienter og pårørende, sosial og geografisk likeverdighet, politisk styrt, profesjonelt drevet, beredskap og evne til tilpasning, omstillingskostnader.

Fra særlig fastlegens medisinskfaglige ståsted er kontinuitet i lege-pasient-forholdet et helt sentralt prinsipp for god behandling. Kontinuitet bør derfor være et eksplisitt hensyn i vurderingen av fremtidige modeller, og endringer bør utformes slik at dette prinsippet bevares og helst styrkes. Videre er LEON-prinsippet – at behandling gis på laveste effektive omsorgsnivå – en forutsetning for bærekraftige helsetjenester. Kommunehelsetjenesten er og må fortsatt være grunnmuren i helsetjenesten.

En vellykket reform må i sum handle om tiltak som gir størst mulig verdi for pasientene, og samtidig sikre at leger og annet helsepersonell ønsker å arbeide i helsetjenesten. Pasientrettigheter har begrenset verdi dersom det ikke finnes tilstrekkelig personell til å oppfylle dem. I denne sammenheng er også reduksjon av overdiagnostikk og overbehandling gjennom tydelige faglige prioriteringer nødvendig, både for kvalitet, ressursutnyttelse og langsiktig bærekraft.

Legeforeningens vurdering av alternative modeller

Helsereformutvalget har skissert flere prinsipielle modeller for organisering av helsetjenesten og bedt om innspill på fordeler og ulemper ved disse. Legeforeningen forstår at mandatet krever en slik bred vurdering, men anser flere av modellene som lite hensiktsmessige eller urealistiske. Vi vil her gi noen overordnede vurderinger av et utvalg av modellene.

Legeforeningen kan ikke støtte en forsikringsbasert helsetjeneste med personlige forsikringer og hovedsakelig private leverandører (modell 3). En slik modell vil etter vårt syn innebære stor risiko for økt todeling av helsetjenesten, kreve omfattende og kostbare systemendringer, og mangle tilstrekkelig legitimitet i befolkningen. Norge bør fortsatt ha en sterk offentlig helsetjeneste, med likeverdig tilgang som et overordnet prinsipp.

Vi er også skeptiske til modeller der mer eller alt ansvar samles på statlig nivå (modell 2). Selv om sterkere statlig styring kan bidra til bedre nasjonal samordning, blant annet innen folkehelse og beredskap, frykter vi at dette kan føre til økt sentralisering, mer byråkrati og detaljstyring. I et langstrakt land med store geografiske forskjeller er det avgjørende å bevare og styrke lokalt handlingsrom for faglig skjønn.

Videre stiller vi oss kritiske til en modell der geografiske helseregioner får fullt ansvar for helsetjenestene (modell 1b). En stor reduksjon i kommunenes ansvar kan svekke lokalt eierskap og innflytelse. Vi er også bekymret for at en slik organisering kan redusere samarbeid på tvers av regionene og bidra til økt geografisk ulikhet.

Tilsvarende er vi skeptiske til å etablere et nytt styringsnivå mellom kommunalt og regionalt nivå for å forbedre samhandling, noe vi forstår ligger som en mulighet i modell 0a. Vi vil advare mot å etablere flere formaliserte nivåer med eget sørge-for-ansvar, da dagens utfordringer med informasjonsflyt og beslutningslinjer neppe løses ved ytterligere kompleksitet i styringsstrukturen og enda flere samhandlingsflater. Vi støtter en fortsatt tonivå-delning av helsetjenesten, med en sterk kommunehelsetjeneste med ansvar for tjenester nært der folk bor, og en spesialisthelsetjeneste med ansvar for mer spesialisert vurdering og behandling. Samtidig ser vi et stort behov og potensiale for forbedring av dagens modell.

Spesialisthelsetjenesten – det regionale nivået

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten har vi hittil særlig vurdert det regionale nivået. Helseregionene har betydelige forskjeller i befolkningssammensetning, sykdomsbyrde, geografi, avstandsutfordringer og rekrutteringssituasjon. Et regionalt nivå har bedre forutsetninger for å tilpasse struktur, kapasitet og funksjonsfordeling til lokale og regionale behov enn et nasjonalt nivå med mer overordnet perspektiv. Legeforeningen mener derfor det er behov for en organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten som inkluderer et regionalt nivå for å sikre nødvendig samarbeid og koordinering mellom sykehusene.

Samtidig er det flere utfordringer ved dagens RHF-modell. Vi ser at det regionale nivået over tid har fått betydelig maktkonsentrasjon preget av lange styringslinjer og sterk ovenfra-og-nedstyring, der sentrale beslutninger ofte fattes for langt fra sykehusene og fagmiljøene som berøres. Vi mener derfor det er rom for flere endringer av hvordan særlig det regionale nivået er organisert, styrt og finansiert. Dette er endringer som etter vårt syn også kan innføres innenfor en fortsatt helseforetaksmodell. Vi ønsker å løfte frem særlig fem problemstillinger², som er redegjort for i vedlegg 1.

Bevaring og videreutvikling av velfungerende ordninger

Fastlegeordningen fyller i år 25 år og er en bærebjelke i norsk helsetjeneste. Ordningen sikrer kontinuitet, likeverdig tilgang og effektiv ressursbruk, og bør fortsatt være et kommunalt ansvar, understøttet av tydelig og forutsigbar statlig finansiering. Svekket kommunehelsetjenesten, vil presset på sykehusene raskt øke. En velfungerende fastlegeordning gjør det mulig å håndtere om lag 90 prosent av pasientenes helseutfordringer uten henvisning videre i systemet. Ordningen er grundig utredet og nylig justert; etter vårt syn er tiden nå inne for å la tiltakene virke, fremfor å gjøre grunnleggende strukturelle endringer. Vi viser til vedlegg 2 som utdyper dette, herunder vurderinger av fastlegenes organisatoriske tilknytning.

Avtalespesialistordningen er også velfungerende og bidrar til over 22 prosent av den polikliniske virksomheten, til en lavere kostnad enn tilsvarende tjenester i sykehusene. Denne ordningen bør bevares og videreutvikles. Vi tar bl.a. til orde for at det legges til rette for å opprette flere hjemler der det er behov.

Samhandling

Helsetjenesten må planlegges for de mange, ikke for de få. Samhandling og tverrfaglig samarbeid er viktige virkemidler, men bør tas i bruk der de er hensiktsmessige og nødvendige, fremfor å fungere som et generelt prinsipp. Samhandlingsutfordringer i helsetjenesten er i stor grad uunngåelige og springer ut av forskjeller i ansvar, prioriteringer og rammebetingelser mellom aktører. Slike utfordringer kan derfor ikke primært forklares med manglende vilje til samarbeid eller svak organisering av tjenestene.

For at samhandling skal fungere i praksis, må det etableres strukturer som legger til rette for systematisk og forutsigbar håndtering av uenighet, samt tydelig avklaring av ansvar. Vi viser til

² Finansieringsmodell, oppgave- og ansvarsfordeling, geografisk inndeling og størrelse, styreoppnevning og felleseide foretak.

vårt vedlegg 3 om samhandling i helsetjenesten, der vi foreslår et helhetlig rammeverk for samhandling som vi mener kan bidra til å synliggjøre hvilke forutsetninger som må være på plass, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre.

Helsefelleskap og andre organisatoriske strukturer må videreutvikles som sentrale arenaer for å håndtere samhandlingsutfordringer på en mer systematisk måte. Dette forutsetter klare beslutningslinjer, reelle muligheter for eskalering av problemstillinger og sterk klinisk representasjon i beslutningsprosessene.

Utprøving av nye samarbeidsformer kan gi verdifull innsikt i hvordan tjenestene kan bli mer sammenhengende og bedre tilpasset pasientenes behov. Derfor er pilot- og forsøksprosjekter om samhandling bra, men det forutsetter at hypoteser og mål tydelig beskrives på forhånd slik at man kan etterprøve om prosjektet oppnådde det man ønsket eller ikke. For flere av pilotene i Prosjekt X er dette et premiss som ikke synes ivaretatt på en tilstrekkelig måte. Vi viser til vedlegg 4 der vi redegjør for våre vurderinger av Prosjekt X.

Avsluttende merknader

Avslutningsvis vil vi peke på at den pågående reformdebatten er reist et grunnleggende spørsmål om hvorvidt det først og fremst er behov for en organisasjonsreform, eller om utfordringene i større grad kan løses gjennom justering av eksisterende virkemidler. I fravær av en helhetlig evaluering av både modell og virkemidler fremstår det som en klok tilnærming å være varsomme med omfattende og kostbare strukturelle endringer. Det er mye som kan forbedres uten å kaste om på alt.

Mandatet til Helsereformutvalget handler om balansekunst: Om å utfordre det som er dysfunksjonelt, og samtidig ivareta grunnleggende strukturer og verdier. Befolkningens tillit til den offentlige helsetjenesten er en av våre viktigste ressurser. Fortsatt tillit forutsetter at store beslutninger oppleves som fornuftige, kunnskapsbaserte og legitime.

Vi ønsker Helsereformutvalget fortsatt lykke til med det omfattende utredningsarbeidet, og stiller oss gjerne til disposisjon dersom utvalget ønsker utfyllende informasjon om våre innspill.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Anne-Karin Rime
president

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)