



KS' innspill til arbeidet med helsereformen

Oppsummering - KS' posisjoner, standpunkter og anbefalinger:

1. Om innholdet i modellen

- En helsereform for fremtidens helse- og omsorgstjenester bør videreutvikle dagens modell gjennom flere virkemidler. Dette innebærer også at den offentlige tannhelsetjenesten beholdes på fylkeskommunalt nivå.
- Primærhelsetjenesten i kommunene må utgjøre grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene.
- Fastlegene og øvrige allmennlegetjenester må være en del av kommunale helse- og omsorgstjenester for å sikre en helhetlig tjeneste, god samhandling og en sterk portnerrolle.
- Legevakten må være en sentral del av allmennlegetjenesten og helseberedskapen i kommunene.
- Spesialisthelsetjenesten må ha tilstrekkelig døgncapacitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til å ivareta sitt ansvar for brukere som utfordrer samfunnsvernet og kapasitet til tilstrekkelig lengde på opphold i spesialisthelsetjenesten.

2. Mer samarbeid mellom kommuner

- Kommunene anerkjenner behovet for mer samarbeid kommunene imellom. Det bør utvikles og tas i bruk flere ordninger for å understøtte dette.

3. Strategiske samhandlingsstrukturer mellom kommuner og helseforetak

- Avtalen mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste må revideres på følgende områder:
 - fordeling og bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.
 - ansvar i samarbeidsstrukturen mellom stat og kommune som ivaretar helhet og likeverdighet, samtidig som kommuner og sykehus fortsatt har selvstendig ansvar.
 - opprettelse av en samhandlingsarena på regionalt nivå mellom kommunene og regionalt helseforetak/ den statlige strukturen som styrer sykehusene bør vurderes, for å sikre kommunens medvirkning i overordnede strategiske prosesser i den statlige oppgaveløsningen.

4. Samarbeid mellom sykehus og kommuner om desentraliserte tjenester

- Sykestuer, distriktsmedisinske sentre og lokalmedisinske sentre er hensiktsmessige modeller for praktisk samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner særlig i områder langt fra lokalsykehuset. Videreutvikling av kommunalt akutt døgntilbud (KAD) og lokalisering av lokalsykehus må sees i sammenheng med disse tjenestene.
- Det bør etableres virkemidler som stimulerer til etablering og videreføring av lokalmedisinske sentre, sykestuer og distriktsmedisinske sentre.
- Sykehjems plasser bør ikke inngå i felles organisering med sykehusets døgnplasser utover samarbeid relatert til sykestuer og lignende.

5. Økonomiske virkemidler, finansiering av samhandling

- Rammefinansiering må fortsatt være hovedprinsippet for finansiering av kommunesektoren også innen helse og omsorg.
- Det bør utvikles bedre felles prinsipper for samhandlingsbudsjetter til støtte for kommuner og sykehus, men finansieringsmodeller som «penger følger pasient» mellom kommuner og sykehus støttes ikke.
- Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet må økes og videreføres som langvarige forpliktende økonomiske midler og innretningen på tilskuddet må endres.
- Staten bør etablere en bredere ramme for tilskuddsmidler samlet i en ordning for å styrke samhandling mellom kommuner.
- Innretningen på finansielle virkemidler er avgjørende for et felles digitaliseringsløft for bedre samhandling og for å realisere gevinster av digitalisering. Helseteknologiordningen må videreutvikles slik at den støtter kommuner og fylkeskommuner i å anskaffe og å ta i bruk helseteknologi, og til å håndtere økninger i drift og forvaltningskostnader før gevinstene fra investeringer i helseteknologi kan hentes ut, såkalte "pukkelkostnader".

6. Personell, kompetanse og kontinuitet

- Ledere må få økt handlingsrom til å organisere arbeidstiden slik at samlet personell og kompetanseressurser brukes mer målrettet.
- Helseutdanningstilbudene må være riktig dimensjonert i hele landet, desentraliserte og fleksible utdanningstilbud må styrkes.
- Det trengs en offensiv opptrapping av arbeidet med godkjenning og komplettering av utenlandsk helseutdanninger.
- Det må stilles tydelige krav til at spesialistutdanningen av leger sikrer breddekompetanse og vaktkompetanse, slik at man sikrer en bærekraftig lokalsykehusfunksjon i hele landet.

7. Forskning og innovasjon og kunnskapsutvikling for kommunesektoren

- Det er i dag stor skjevhet i ressursbruken til forskning og innovasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og satsningen på forskning for, i og med kommunene må forsterkes. Det er behov for en kraftfull og tverrsektoriell forsknings- og innovasjonspolitik for kommunesektoren
- Kommunens samarbeidsarena (KSF) som samarbeidsstruktur er under etablering i hele landet. For å sikre realisering i tråd med målsettingen med KSF er det nødvendig med en langsiktig og bærekraftig finansiering ikke minst av det lokale nivået.
- Dagens forsknings- og innovasjonsvirkemidler er for svake og understøtter i for liten grad innovasjon i kommunene, ikke minst de mindre og mellomstore distriktskommunene.

8. Om mer effektiv innføring av teknologi og digitale løsninger- tjenester der du bor

- Pågående digitaliseringstiltak, med vekt på digital samhandling, må fullføres og sikre gevinster.
- Reformen bør bygge videre på disse initiativene og prioritere systematisk gevinstrealisering og bruk av eksisterende løsninger, før nye initiativ settes i gang.
- Digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten er på riktig vei, men samhandlingen må forbedres og forsterkes.
- Staten må samordne sitt arbeid på digitaliseringsområdet bedre enn i dag.
- Vi må bygge videre på kommunal sektors samarbeid rundt felles modeller for samstyring og samordning til beste for innbygger, og se dette inn mot statlige initiativ.

- Staten må sikre at prinsippene for likeverdighet, tidlig involvering og reell innflytelse på digitaliseringsområdet realiseres, i tråd med regjeringens posisjoner.
- Et felles journalløft i kommunal sektor er i full gang og erstatter behov for ett nasjonalt og overgripende system, men forutsetter deling av helseinformasjon gjennom nasjonale samhandlingsløsninger.

Bakgrunn og fakta

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten har som felles oppgave å ivareta innbyggernes behov for gode, trygge og sammenhengende tjenester innenfor de rammene som foreligger. I lys av økende utfordringer knyttet til behov i befolkningen, mangel på personell og utilstrekkelig samhandling mellom tjenestene, er det bred enighet om at det er behov for endringer.

KS' innspill til arbeidet med helsereformen bygger på saksfremlegg behandlet i KS Hovedstyret 22. juni. Saksutredningen er basert på faglig arbeid i KS, bred medlemsdialog og ny kunnskap fra FoU-utredninger på oppdrag fra KS^{1,2, 3,4,5,6}. Utkast til hovedstyresak har vært behandlet i KS' regioner gjennom kommunedirektørutvalg og fylkesstyrene i mai og juni. Landsstyremedlemmene har også fått tilsendt saksutkastet til orientering i forkant av landsstyremøtet 22. mai, hvor helsereformen var tema for politisk dypdykk.

Etter en innledende faktabeskrivelse av bakgrunnen for helsereformutvalget, KS' arbeid med reformen og relevante tidligere saker, presenteres posisjoner, standpunkter og anbefalinger med tilhørende begrunnelser punktvis. Når det gjelder organisering, finansiering og drift av spesialisthelsetjenesten, for eksempel foretaksmodellen, har KS i denne omgang kun omtalt de kommunenære spesialisthelsetjenestene.

Helsereformutvalgets mandat

Regjeringen oppnevnte i august 2025 Helsereformutvalget, med oppdrag om å utrede og foreslå modeller for en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Utvalget skal vurdere organisering, styring og finansiering av tjenestene, samt ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune-, fylkes- og spesialisthelsetjenesten. Tannhelsetjenesten inngår også i mandatet.

Utvalget skal videre vurdere samarbeid med private aktører og hvordan pasientenes valgfrihet kan ivaretas. I tillegg skal utvalget foreslå tiltak som støtter kvalitet, likeverdighet, helhetlige pasientforløp og effektiv ressursbruk. Utvalget skal levere et helhetlig beslutningsgrunnlag med vurdering av faglige, juridiske, økonomiske og personellmessige konsekvenser innen 1. november 2026. Leveransen går til Helse- og omsorgsdepartementet, som har varslet at arbeidet vil følges opp med en stortingsmelding og en lovproposisjon i 2027.⁷

¹ [FoU-rapport, Fafo m.fl. \(2026\): Helsefelleskapenes rekrutterings- og samhandlingstilskudd](#)

² [FoU-rapport, Menon m.fl. \(2026\): Styrker og svakheter ved rammer og virkemidler for helsefelleskapene](#)

³ [FoU-rapport, Norce, NKLM \(2026\): Legevakt – ulike modeller for organisering av de kommunale legevaktstjenestene](#)

⁴ [FoU-rapport, Oslo Economics \(2026\): Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene](#)

⁵ [FoU-rapport, Oslo Economics \(2026\): Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller er det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester](#)

⁶ [FoU-rapport Menon m.fl. \(2026\) Forsterket interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgssektoren](#)

⁷ [Regjeringen: Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste \(Helsereformutvalget\)](#)

Utvalgsleder har lagt opp til bred involvering av relevante interessenter og har signalisert at det vil bli utviklet flere alternative modeller. Det har også vært lagt til rette for en løpende offentlig debatt, blant annet gjennom åpne møter og presentasjon av skisser til modeller underveis i arbeidet.

Sammenheng med kommunekommisjon og andre pågående utredninger

Helsereformutvalget skal «se hen til» Kommunekommisjonen⁸. I tillegg har regjeringen igangsatt flere relevante utredninger, blant annet et lovutvalg som arbeider med forslag til ny pasient- og brukerrettighetslov.⁹ Lovutvalget skal ha dialog med både Helsereformutvalget og Kommunekommisjonen, slik at regelverket understøtter mulige modeller for framtidig organisering av tjenestene.

Både Kommunekommisjonen og Helsereformutvalget har som utgangspunkt de langsiktige utfordringene knyttet til ubalansen mellom etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester og tilgangen på kvalifisert arbeidskraft. Selv om utfordringsbildet er felles, kan ulike perspektiver og innretninger i utvalgene gi ulike anbefalinger, også på departementsnivå.

En viktig overordnet premisse for Kommunekommisjonens anbefalinger er at kommunene må ha en bred oppgaveportefølje, og betydelig frihet til å organisere tjenestene innenfor denne porteføljen, dersom regjeringens mandat om effektiv ressursutnyttelse skal kunne innfris. Ser man kun på helsetjenestene med mål om mest mulig effektiv organisering av helsetjenesten, er det ikke like åpenbart at et helhetlig kommunalt ansvar i seg selv gir beste løsning jfr. også gjennomførte og pågående reformer i hhv Finland og Danmark.

KS' arbeid relatert til helsereform

Helsereformutvalgets arbeidsform legger opp til løpende offentlig debatt om modeller og virkemidler. KS har derfor arbeidet aktivt for at kommuner og fylkeskommuner skal være tydelige premissleverandører i prosessen, både overfor utvalget før det leverer sin innstilling, overfor andre aktører som gir innspill, og overfor regjeringen og Stortinget i den videre behandlingen av reformen.

Innspillene fra kommunene og fylkeskommunene i medlemsdialogen viser bred støtte til utfordringsbildet slik KS har beskrevet det og peker på behovet for å videreutvikle en sterk primærhelsetjeneste som del av det kommunale ansvaret. Samtidig uttrykkes det et tydelig behov for endringer for å møte framtidige utfordringer.

KS har også systematisert erfaringer fra blant annet Prosjekt X-utprøvingene og andre samhandlingsprosjekter, for å belyse barrierer, gevinster og overføringsverdi. I tillegg er det gjennomført flere FoU-utredninger i regi av KS, blant annet om helsefelleskap, rekrutterings- og samhandlingstilskudd, legevakt, interkommunalt samarbeid, distriktsmedisinske sentre og sykehusenes spesialiseringsgrad. Samlet bidrar dette til å styrke kunnskapsgrunnlaget for vurderingene i saken.

Tidligere relevante saker behandlet i KS

Det vises til tidligere saker på områder som er relevante relatert til helsereformen.

KS har i en rekke høringsuttalelser og i dialog med Stortinget, regjeringen og direktorater påpekt at kommunene over tid har fått økte oppgaver som følge av oppgaveglidning og føringer i stortingsmeldinger og nasjonale planer, særlig innen psykisk helse, rus og habilitering og rehabilitering. KS har samtidig løftet behovet for økt kapasitet i psykisk helsevern, inkludert innen samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri.

⁸ [Kommunekommisjonen - regjeringen.no](http://kommunekommisjonen-regjeringen.no)

⁹ [Pasient- og brukerrettighetslovutvalget - regjeringen.no](http://pasient-og-brukerrettighetslovutvalget-regjeringen.no)

Når det gjelder rehabiliteringsfeltet, er det i flere utredninger dokumentert at kommunene har fått overført oppgaver som følge av uklar ansvars- og oppgavedeling, og som resultat av forventninger om oppgaveoverføring uten tilsvarende ressursoverføring.

KS har over tid pekt på behovet for en mer differensiert tilnærming til tilbudet til eldre. Kommunene har i mange år hatt ulike strategier for å dekke behovet for heldøgns omsorg – noen har prioritert omfattende hjemmetjenester, mens andre har satsset mer på institusjoner eller ulike former for omsorgsboliger. Dette viser at behovene kan møtes på ulike måter. Kommunene har samtidig påpekt at mer differensierte tilskuddsordninger vil legge bedre til rette for investeringer tilpasset lokale behov.

Flere kommuner peker på at behovet for nye omsorgsplasser også henger sammen med mangel på egnede boliger, sosiale boformer og gode trygghetskonsepter. Det er fortsatt behov for både sykehjem og omsorgsboliger, men ikke nødvendigvis i samme omfang eller form i alle kommuner.¹⁰ Nye sosiale boformer utvikles, blant annet innenfor satsingen Bo trygt hjemme. Denne satsingen omfatter også et eget eldreboligprogram og Eldreboligalliansen, der kommuner, byggebransjen og ulike organisasjoner samarbeider om å utvikle nye løsninger og boformer.¹¹

Vurderinger

Det er behov for endringer

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal møte innbyggernes behov for gode, trygge og sammenhengende tjenester innenfor de rammene som foreligger. Helse- og omsorgstjenesten står overfor et økende og mer sammensatt utfordringsbilde som tydelig viser at dagens innretning ikke er tilstrekkelig. Stram økonomi i både kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten begrenser handlingsrommet, samtidig som mangel på helsepersonell gir betydelige kapasitetsutfordringer på tvers av nivåene. Dette forsterkes av en sterk vekst i antall eldre med sammensatte og langvarige helsebehov, som øker etterspørselen etter koordinerte tjenester over tid. Samtidig bidrar medisinsk og teknologisk utvikling til nye behandlingsmuligheter og enklere løsninger, men også til økt ressursbehov. Dette reflekterer også Riksrevisjonens vurderinger i undersøkelser fra mai¹² og juni¹³ 2026, der det pekes på svakheter i samhandlingen mellom tjenestenivåene og utfordringer i kommunenes kapasitet til å møte økende behov.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten, med økt spesialisering og sentralisering, bidrar i tillegg til mer fragmenterte pasientforløp og forsterker samhandlingsutfordringene for pasienter som har behov for samtidige tjenester fra kommuner og sykehus. Virkemidler fra samhandlingsreformen, som kommunale akutte døgnplasser (KAD), har styrket det kommunale tilbudet, men spørsmål knyttet til utskrivningsklare pasienter og betalingsplikt er fortsatt en kilde til konflikt og ubalanse i samarbeidet. For pasientene kan dette gi uforutsigbare forløp og i verste fall gi følelse av å være en kateball i systemet.

KS har i flere sammenhenger pekt på behovet for endringer, blant annet ved å fjerne betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse. Erfaringene med utskrivningsklare pasienter generelt viser at redusert liggetid i sykehus ikke kan kompenseres av kommunene alene, særlig i en situasjon med økende behov og begrensede ressurser. Utfordringene handler i stor grad om kapasitet og hvordan systemene er bygget opp. Samtidig ser vi at dagens løsninger, som at

¹⁰ [KS: Fagnotat om toppfinansiering og investeringstilskudd](#)

¹¹ [KS: Bo trygt hjemme](#)

¹² [Riksrevisjonen: Sjukehusa blir overbelasta om dagens bruk held fram](#)

¹³ [Riksrevisjonen: Kommunar er ikkje førebudde på eldrebølgja](#)

kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter, ofte ikke fungerer etter hensikten. Lovverket tillegger sykehusene definisjonsmakten for når en pasient er utskrivningsklar og kommunene opplever at premissene settes av sykehusene.

Erfaringene fra blant annet helsefelleskapene, rekrutterings- og samhandlingstilskuddet og utprøvinger gjennom Prosjekt X viser samtidig at eksisterende strukturelle barrierer knyttet til ansvar, finansiering og styring begrenser mulighetene for varig bedre samhandling. Dette understreker at dagens system i for liten grad legger til rette for helhetlige og sammenhengende tjenester.

Det er betydelige ulikheter i tilbud og kapasitet mellom kommuner, og presset forventes å øke i takt med den demografiske utviklingen og den medisinske og teknologiske utviklingen. Samtidig er det en grunnleggende verdi i Norge at tjenestene skal være likeverdige, uavhengig av bosted. Uønsket variasjon trekkes også frem av pasient- og pårørendeorganisasjonene som en hovedutfordring i arbeidet med helsereform. Dersom forskjellene øker, vil det kunne utfordre tilliten til velferdskommunene.

En mer urolig sikkerhetspolitisk situasjon stiller i tillegg nye krav til helseberedskap. Dette forutsetter sterke lokale tjenester og et tydeligere og mer forpliktende samspill mellom forvaltningsnivåene.

Samlet sett viser utfordringsbildet at det er et tydelig behov for endringer. Dagens organisering og virkemidler er ikke tilpasset de utfordringene tjenesten står overfor, og det er nødvendig med grep som i større grad understøtter likeverdige, sammenhengende og solide helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen.

Om innretning på reform – valg av modell

Helsereformutvalgets skal *utrede og foreslå ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge*. Mandatet stiller altså en klar forventning om at det utvikles og legges frem helhetlige løsninger.

Det finnes ikke én løsning som vil løse alle utfordringene i en organisasjon. Det vil alltid være fordeler og ulemper og overganger som må kompenseres for. Spørsmålet er hvilke modeller som i størst grad løser utfordringene, uten å skape nye som man ikke klarer å håndtere. Fra KS side er det avgjørende å ha kunnskap som grunnlag for veivalg.

Teoretiske modeller kan handle om å samle all helsetjenesten på ett nivå, enten på kommunalt nivå eller i staten, eller man kan se for seg mindre inngripende modeller hvor deler av helsetjenesten blir flyttet og man endrer styringsmodeller eller finansieringsmodeller.

Helsereformutvalget la på sitt åpne seminar i Bodø 3. februar frem mulige modeller for fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene. Modellene de skisserte ble omtalt som:

- Dagens modell
- Alt til kommunen
- Alt til staten
- Varianter av et nytt nivå kun for helsetjenester
- Forsikringsordning
- Ulike ordninger etter geografi og fag
- Ulike varianter av dagens modell

Modellene *Alt til kommunen, Varianter av et nytt nivå kun for helsetjenester og Forsikringsordning* ligger, slik administrasjonen i KS vurderer det, alle utenfor Helsereformutvalgets mandat som sier at:

Det legges til grunn at kommunene skal ha ansvar for omsorgstjenester og at staten skal ha ansvar for sykehus og spesialisthelsetjenester, der egne rettssubjekter innehar sørge-for-ansvar, faglig autonomi og selvstendig budsjett- og resultatansvar. Modellen Ulike ordninger etter geografi og fag innebærer å ha ulike modeller for ulike deler av landet eller ulike modeller avhengig av fagområde. I praksis er det allerede i dag ulike løsninger og delmodeller for ulike fagområder og ulike lokale løsninger. Å bevare dagens modell uten justeringer vil ikke møte utfordringene vi står ovenfor. Modellen Alt til staten innebærer en forutsetning om at man kan splitte de integrerte helse- og omsorgstjenestene i kommunen, Ulike varianter av dagens modell innebærer å bygge på dagens modell der dagens ansvarsdeling videreføres som hovedprinsipp, og å justere denne for å møte utfordringene.

Helsereformutvalget har ved flere anledninger presentert sine foreløpige tanker om hensyn ved modellvalg, senest i utvalgsleder Gunnar Bovims presentasjon for KS' landsstyre 22.mai:

1. Riktig kvalitet
2. Mest mulig helse for tilgjengelige ressurser
3. Sammenhengende tjenester for pasienter og pårørende
4. Sosial og geografisk likeverdighet
5. Beredskap og evne til tilpasning
6. Omstillingskostnader

Kommunedirektørforum har i sitt innspill til Helsereformutvalget¹⁴ i tillegg vektlagt transparens, tilgang til personell og kostnadskontroll, men vi vurderer i det følgende de foreslåtte modellene ut fra disse seks hensynene som Helsereformutvalget foreløpig har lagt vekt på. Modellene som vurderes å ligge utenfor utvalgets mandat er ikke vurdert.

Alt til staten vil kunne understøtte hensyn 3 (sammenhengende tjenester) for den medisinske delen av helsetjenesten isolert, men ikke nødvendigvis for øvrige tjenester til innbyggeren. Hensyn 4 (sosial og geografisk likeverdighet) vil man kunne hevde at understøttes i stor grad ved denne modellen, men når det gjelder hensyn 5 (beredskap og evne til tilpasning) og 6 (omstillingskostnader), fremstår ikke denne modellen som hensiktsmessig. Hensyn 1 (riktig kvalitet) og 2 (mest mulig helse for tilgjengelige ressurser) kan man ikke umiddelbart argumentere for om denne modellen vil understøtte i større eller mindre grad enn de alternative modellene.

Ulike ordninger etter geografi og fag vil særlig kunne understøtte hensyn 5 (beredskap og evne til tilpasning), derimot kan man ikke umiddelbart konkludere når det gjelder hensyn 1 (riktig kvalitet), 2 (mest mulig helse for tilgjengelige ressurser) og 3 (sammenhengende tjenester). Når det gjelder hensyn 4 (sosial og geografisk likeverdighet) og 6 (omstillingskostnader), fremstår denne modellen mindre hensiktsmessig, selv om man kan tenke at geografisk tilpassede modeller ikke innebærer at det ikke blir likeverdige tjenester, selv om det ikke blir like tjenester.

Ulike varianter av dagens modell vil kunne understøtte alle hensynene, ettersom man da kan tilpasse virkemidler der det er behov for det ut fra en vurdering av hvilke områder der det er behov for forbedring, uten å risikere store omstillingskostnader (hensyn 6). Når det gjelder hensyn 3 (sammenhengende tjenester), vil denne modellen innebære fortsatt samhandlingsflater mellom kommuner og sykehus, men en modell som samler alt av helsetjenester på ett nivå vil også innebære skillelinjer innad i nivået, og innebærer at det kan oppstå nye skillelinjer i den i dag integrerte kommunale helse- og omsorgstjenesten.

¹⁴ [26-04-08-kriterier-til-helsereformutvalget.pdf](#)

Virkemidler må innrettes for å redusere utfordringene

KS mener at den videre utviklingen av helse- og omsorgstjenestene bør ta utgangspunkt i det som fungerer godt i dag. Samtidig må virkemidler målrettes og forsterkes der det er dokumenterte utfordringer. Målet med en reform bør ikke være å flytte oppgaver eller gjennomføre omfattende omorganiseringer, men å styrke kapasitet, samhandling og bærekraft der behovene faktisk er størst. Det er avgjørende at en reform baserer seg på et solid kunnskapsgrunnlag.

Pårørende har en viktig rolle i helse- og omsorgstjenestene. Det videre arbeidet med helsereformen bør ha oppmerksomhet på hvordan pårørende kan støttes og avlastes, slik at omsorgsbelastningen ikke fører til redusert arbeidsdeltakelse eller svekket helse hos den enkelte.

Forebygging er en sentral strategi for å møte framtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Forebyggende innsats, tidlig intervensjon og mestring kan bidra til å redusere framtidig tjenestebehov. Dette er det viktig at arbeidet med helsereformen synliggjør.

Forebyggende og helsefremmende arbeid skjer i stor grad allerede i kommunene, ofte i andre sektorer enn helsetjenesten. De fleste helseplager håndteres og følges opp lokalt, og Norge har en godt fungerende primærhelsetjeneste. Ved behov involveres spesialisthelsetjenesten, men de fleste pasienter ferdigbehandles i kommunen.

I sykehusene er om lag 6 prosent av pasientene knyttet til rundt halvparten av kostnadene til pasientbehandling.¹⁵ Mange av disse er samhandlingspasienter med behov for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, blant annet eldre med skrøpelighet, personer med kroniske sykdommer, personer med rus- og psykiske lidelser, og barn med sammensatte behov. Tilbakemeldinger fra kommunene, sammen med FoU-rapporter om erfaringer fra helsefelleskapene¹⁶ og rekrutterings og samhandlingstilskuddet¹⁷, samt oppsummeringer av samhandlingsbarrierer fra Prosjekt X-utprøvingene, viser at samhandlingsutfordringene i hovedsak knytter seg til kapasitet, personell, gjennomføringskraft og svakheter i virkemiddelbruken. I mindre grad handler det om at ansvarsdelingen eller organiseringen i seg selv er feil. Dette tilsier at reformens virkemidler må rettes mer presist mot disse utfordringene, uten å svekke det som fungerer godt for store pasientgrupper.

Kommunene har ulike forutsetninger for tjenesteyting og tjenesteutvikling, og det er stor variasjon på tvers av landet. Dette tilsier behov for differensierte virkemidler og fleksible løsninger. Store strukturelle omorganiseringer innebærer betydelig risiko – både for kvaliteten i pasientbehandlingen, for økonomien i sykehus og kommuner og for behovet for helsepersonell. Målrettede og kunnskapsbaserte tiltak har større sannsynlighet for å gi varige forbedringer som både møter demografiske endringer og personellutfordringer, og samtidig bidrar til bærekraftige tjenester over tid.

Det kommunale perspektivet er avgjørende, både i beskrivelsen av utfordringene og i utviklingen av løsninger. Mens nasjonale myndigheter og Helsereformutvalget i stor grad avgrensner sitt arbeid til helsetjenesten og vektlegger en mer sammenhengende spesialist- og primærhelsetjeneste, må kommunene ivareta befolkningens behov gjennom en bredt integrert primærhelsetjeneste. Denne er tett sammenvevd med andre velferdssektorer som skole, sosialtjenester og boligpolitikk. Det er samspillet mellom tjenester, planlegging og frivillighet som gir grunnlag for bærekraft på sikt. Denne helheten er viktigere enn å samle de rent medisinske delene av tjenestene i én organisasjon.

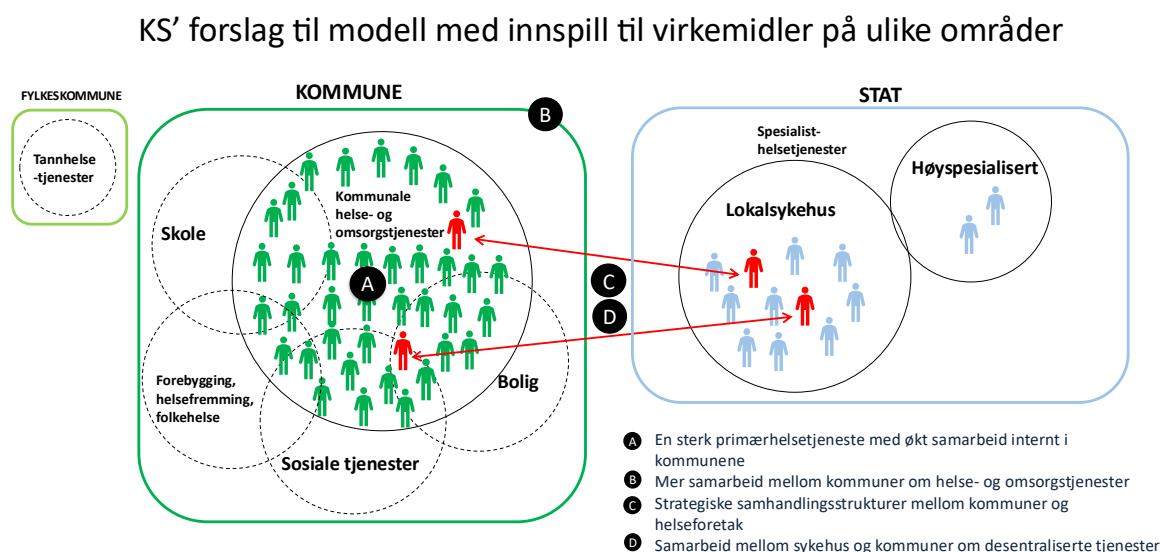
¹⁵ [Artikkel, SSB: Seks prosent av pasientene står for halvparten av kostnadene til pasientbehandling](#)

¹⁶ [FoU-rapport, Menon m.fl. \(2026\): Styrker og svakheter ved rammer og virkemidler for helsefelleskapene](#)

¹⁷ [FoU-rapport, Fafo m.fl. \(2026\): Helsefelleskapenes rekrutterings- og samhandlingstilskudd](#)

KS anbefaler derfor å videreutvikle en modell, illustrert i figur 1, som bygger på dagens hovedstruktur, men med forsterkede virkemidler. Dette innebærer blant annet å styrke primærhelsetjenesten og bedre integrere fastlegene, videreutvikle den akuttmedisinske kjeden og legevakttjenesten, styrke helsefelleskapene og samarbeidet mellom kommunene og sykehusene, samt etablere og videreutvikle felles løsninger som sykestuer. Videre er det behov for bedre digital samhandling og datadeling, og for å legge til rette for mer hensiktsmessig oppgavedeling. Det er også nødvendig å motvirke uheldig spesialisering og svekket breddekompetanse i sykehusene.

Figur 1. Figuren illustrerer forslag til modell og virkemidler.



1. Om innholdet i modellen

En helsereform for fremtidens helse- og omsorgstjenester bør videreutvikle dagens modell gjennom flere virkemidler. Dette innebærer også at den offentlige tannhelsetjenesten beholdes på fylkeskommunalt nivå

Grunnloven 49 fastslår at innbyggerne har rett til å styre lokale forhold gjennom lokale folkevalgte organer. Kommunelovens § 2-2 fastslår at offentlige oppgaver fortrinnsvis skal utføres av det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne (nærhetsprinsippet). Dette er et utgangspunkt også for KS innspill til Helsereformutvalgets arbeid. Det at oppgavene løses lokalt, gir også rom for å tilpasse tjenestene til lokale behov og forhold, noe som bidrar til effektiv oppgaveløsning.

KS vurderer at en modell for fremtidige helse- og omsorgstjenester bør bygge videre på dagens ansvarsdeling. Denne modellen gir tydelige ansvarslinjer, sikrer demokratisk forankring og gir nødvendig handlingsrom for lokale tilpasninger, samtidig som den forutsetter og understøtter samarbeid mellom nivåene.

Innenfor denne modellen fastsetter nasjonale myndigheter overordnede mål og rammer gjennom lovverk, finansieringsordninger og øvrige statlige virkemidler. Den lokale politiske styringen er samtidig avgjørende for å utvikle og tilpasse tjenestene i tråd med lokale behov. Samspillet mellom

nasjonale føringer og lokalt handlingsrom er en forutsetning både for likeverdige tjenester og for nødvendig fleksibilitet.

Erfaringer fra kommunesektoren og tilgjengelig kunnskapsgrunnlag viser at utfordringene i helse- og omsorgstjenestene i stor grad knytter seg til samhandling, kapasitet og gjennomføringskraft, ikke til selve ansvarsdelingen mellom forvaltningsnivåene. Samhandlingen mellom kommuner og sykehus er de senere årene styrket gjennom etablering av helsefelleskap og bruk av statlige virkemidler. Evalueringer viser at disse strukturene fungerer godt som arenaer for dialog, relasjonsbygging og felles problemforståelse, og har bidratt til økt tillit mellom nivåene. Samtidig viser erfaringene at begrenset gjennomføringskraft i større grad skyldes svake virkemidler og utydelige rammer enn organiseringen i seg selv.

På denne bakgrunn bør nye virkemidler primært innrettes mot å videreutvikle og forsterke samhandlingen innenfor dagens modell, fremfor å etablere nye organisatoriske nivåer eller flytte ansvar. Endringer i ansvarslinjer kan øke kompleksiteten, svekke lokal politisk styring og utfordre kommunenes rolle som helhetlig velferdsleverandør. Risikoen for utydelige ansvarsforhold og økt fragmentering vurderes som større enn de mulige gevinstene ved mer sentralisering eller omfattende omorganisering.

FoU-rapporter på legevakt¹⁸ og sykestuer¹⁹ viser at fleksible og lokalt tilpassede løsninger bidrar til bedre ressursutnyttelse og mer sammenhengende tjenester for innbyggerne. Slike løsninger forutsetter kommunal handlefrihet og evne til å se helse- og omsorgstjenestene i sammenheng med øvrige velferdsoppgaver. Samtidig understreker erfaringene betydningen av tydelig arbeidsdeling, likeverdig samarbeid og forutsigbare rammer mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. En sentral utfordring fremover er å realisere større effekter av samarbeid, både mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus.

Når det gjelder den offentlige tannhelsetjenesten, vises det til KS hovedstyres behandling av høringsvar 17.1.25 på NOU 2024:18: *En universell tannhelsetjeneste — Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar*,²⁰ der KS støtter flertallets forslag å beholde organiseringen på fylkeskommunalt nivå og innspill fra Fylkesordfører-/rådslederkollegiet til Helsereformutvalget 12.5.26: *Innspill fra fylkeskommunene til Helsereformutvalget*,²¹ der det blant annet fremholdes at *En fortsatt fylkeskommunal modell viderefører etablerte strukturer, og ivaretar bærekraft, rekruttering og kvalitet*.

Primærhelsetjenesten i kommunene må utgjøre grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene

Gjennom innspillsrunder har vi sett at kommunene viser en tydelig og konsistent preferanse for at primærhelsetjenesten fortsatt må være en integrert del av de kommunale velferdstjenestene, med kommunalt ansvar for fastlegeordningen. Primærhelsetjenesten virker i tett samspill med øvrige kommunale tjenester som skole, bolig, sosialtjenester, barnevern og folkehelsearbeid, og denne helheten er avgjørende for tidlig innsats og koordinert oppfølging. En fragmentering, der deler av primærhelsetjenesten skilles ut fra kommunene, vil svekke innbyggernes sammenhengende tilbud og redusere koblingen mellom forebygging, behandling og oppfølging i hverdagen.

¹⁸ FoU-rapport, Norce, NKLM (2026): [Legevakt – ulike modeller for organisering av de kommunale legevaktstjenestene](#)

¹⁹ FoU-rapport, Oslo Economics (2026): [Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller er det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester](#)

²⁰ [Høring NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste - regjeringen.no](#)

²¹ [Innspill fra fylkeskommunene til Helsereformutvalget](#)

En kommunal primærhelsetjeneste som utgjør grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene forutsetter økt kapasitet, bedre tilgang på kvalifisert personell og en mer systematisk satsing på utdanning, forskning og kompetanseutvikling i hele tjenesten. I en situasjon preget av knapphet på både personell og økonomiske ressurser, må den nødvendige veksten i tjenestene i hovedsak komme i kommunene, i tråd med Helsepersonellkomisjonens²² anbefalinger.

En sterk og velfungerende primærhelsetjeneste er samtidig en grunnleggende forutsetning for bærekraftige løsninger, helhetlige pasientforløp og effektiv ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåene. Sterke, tilgjengelige og tverrfaglige primærhelsetjenester er avgjørende både for å forebygge behov for mer spesialisert behandling og for å sikre god samhandling mellom kommunale tjenester og sykehus. For å ivareta dette er det behov for økt satsing på utdanning, forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten, som grunnlag for rekruttering, kvalitet, gjennomføringskraft og effekt av samhandlingsarbeidet.

En styrket kommunal primærhelsetjeneste er også en sentral del av samfunnets helseberedskap. Kommunenes brede ansvar og generalistbaserte tilnærming gir fleksibilitet og omstillingsevne i kriser, noe pandemien tydelig viste. Samtidig er det nødvendig med en tydelig ansvarsdeling der sykehusene tar et større og mer sammenhengende ansvar for enkelte pasientgrupper, blant annet innen psykisk helsevern og rus, relatert til alvorlige psykiske lidelser og samfunnsvern.

Fastlegene og øvrige allmennlegetjenester må være en del av kommunale helse- og omsorgstjenester for å sikre en helhetlig tjeneste, god samhandling og en sterk portnerrolle

Fastlegeordningen og legevakten er grunnleggende allmennmedisinske tjenester bygget på generalistkompetanse, kontinuitet og evnen til å se hele pasienten. Denne tilnærmingen blir stadig viktigere i møte med en aldrende befolkning og flere pasienter med sammensatte behov. Kommunene er avhengig av tjenester som evner å se helheten rundt pasienten og bidra til sammenhengende og koordinerte pasientforløp.

Dersom styringen av fastlegeordningen flyttes fra kommunene til helseforetakene, er det risiko for at koblingen mellom fastlegene og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester svekkes. Dette kan gjøre det vanskeligere å sikre helhetlige tjenester, forebygging, tidlig innsats og god koordinering for pasienter med sammensatte behov, og samtidig gjøre det vanskeligere å opprettholde fastlegenes portnerfunksjon inn mot spesialisthelsetjenesten.

Samtidig er det behov for å videreutvikle samarbeidet mellom fastlegene og øvrige kommunale tjenester. Erfaringer fra legevakt og legevaktssentraler viser at allmennmedisinske tjenester egner seg godt for samarbeid, både mellom kommuner og med andre kommunale tjenester som hjemmesykepleie, responsentre og digital hjemmeoppfølging. Fremtidige tiltak bør derfor styrke integrasjonen mellom fastlegene og resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke svekke den.

Allmennlegetjenesten og samfunnsmedisinen (kommuneoverlegen) er to selvstendige spesialiteter med tilgrensende kunnskap og flere felles problemstillinger. For at kommuneoverlegen skal ivareta rollen som medisinskfaglig rådgiver for hele kommunen på en god og effektiv måte, er det en styrke med tett samhandling både med andre samfunnsmedisinere og med øvrige deler av allmennlegetjenesten. Dette forutsetter at allmennlegetjenesten fortsatt er en integrert del av kommunen.

²² [NOU 2023:4 Tid for handling](#)

Fastlegeordningen og legevakten er også sentrale deler av den desentraliserte helseberedskapen i Norge. De kommunale allmennlegetjenestene bidrar med nærhet til innbyggerne, lokalkunnskap og evne til å håndtere både hverdagsmedisin, akutte situasjoner og større kriser.

Legevakten må være en sentral del av allmennlegetjenesten og helseberedskapen i kommunene

De kommunale allmennlegetjenestene bidrar med nærhet til innbyggerne, lokalkunnskap og evne til å håndtere både hverdagsmedisin, akutte situasjoner og større beredskapshendelser. Dette understøttes også av FoU-rapporten fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM),²³ som viser at kommunalt organiserte legevaktstjenester har en nøkkelrolle i lokal beredskap og håndtering av ekstraordinære situasjoner.

Erfaringene fra pandemien synliggjorde betydningen av sterke kommunale tjenester med god lokal forankring og evne til rask omstilling. Legevakten, fastlegene og kommuneoverlegen utgjør samlet en sentral del av kommunens medisinske beredskap og håndteringsevne i krevende situasjoner.

Legevakten spiller også en viktig rolle i totalberedskapen i kriser og krig. Desentraliserte tjenester gir økt robusthet og bedre evne til å opprettholde helsetjenester i situasjoner der transport, kommunikasjon eller sykehuskapasitet er under press. Det er derfor avgjørende at legevaktens rolle i den desentraliserte beredskapen tydeliggjøres og ivaretas i nasjonale planer og prioriteringer.

Spesialisthelsetjenesten må ha tilstrekkelig døgncapasitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til å ivareta sitt ansvar for brukere som utfordrer samfunnsvernet og kapasitet til tilstrekkelig lengde på opphold i spesialisthelsetjenesten

Erfaringer fra kommunesektoren viser at de største utfordringene innen psykisk helsevern og sikkerhetspsykiatri, sett fra kommunens side, knytter seg til utilstrekkelig døgncapasitet i spesialisthelsetjenesten og manglende tilgang på tilpassede tilbud over tid. Dette er godt dokumentert og bredt anerkjent. Utfordringene kan i liten grad forklares med organisering eller ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene.

Over tid har kommunene fått et økende ansvar for oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, blant annet som følge av redusert døgncapasitet i spesialisthelsetjenesten, endret praksis og regelverksutvikling. I praksis innebærer dette at flere pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk, og i noen tilfeller også personer som utfordrer samfunnsvernet, i større grad følges opp i kommunene. Dette er ikke i tråd med forutsetningene for oppgavefordelingen i tjenesten.

Kommunene har verken forutsetninger for, eller ansvar for, sikkerhetspsykiatriske tjenester. Slike tilbud krever spesialisert kompetanse, særskilte fysiske rammer og et sikkerhetsnivå som det ikke er realistisk eller hensiktsmessig å etablere i kommunene. Dette ansvaret må ligge tydelig i spesialisthelsetjenesten.

Den vedvarende mangelen på døgncapasitet i spesialisthelsetjenesten har ført til en reell ansvarsforskyvning, der kommunene i økende grad må ivareta pasienter med behov for spesialisert behandling og langvarig oppfølging, inkludert pasienter som burde vært ivaretatt innen sikkerhetspsykiatrien. Denne utviklingen er ikke bærekraftig og innebærer økt risiko både for kvaliteten i tjenestene og for samfunnsvernet.

²³ [FoU-rapport, Norge, NKLM \(2026\): Legevakt – ulike modeller for organisering av de kommunale legevaktstjenestene](#)

2. Mer samarbeid mellom kommuner

I kommuneproposisjonen for 2027 varsles det at det skal arbeides videre med endringer i økonomiske virkemidler for større kommuner. I tillegg er det nå lagt frem et høringsnotat med forslag til endringer i reglene om interkommunalt samarbeid i kommuneloven. Høringen²⁴ ble sendt ut 1. juni 2026 og innebærer blant annet forslag om å åpne for at kommunale oppgavefelleskap kan fatte enkeltvedtak og utøve offentlig myndighet, samt å legge bedre til rette for mer fleksibelt samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner.

Kommunene anerkjenner behovet for økt samarbeid kommunene imellom. Det bør utvikles og tas i bruk flere ordninger for å understøtte dette

For å opprettholde generalistkommuneprinsippet og sikre god oppgaveløsning, rekruttering og lovoppfyllelse, pekte Generalistkommuneutvalget (NOU 2023:9)²⁵ på behovet for en mer aktiv politikk for interkommunalt samarbeid. I KS' høringsssvar²⁶ fremholdes blant annet at *KS støtter utvalgets anbefaling om å beholde generalistkommunesystemet og at KS deler utvalgets vurdering om at både større kommuner og mer omfattende og langsiktige interkommunalt samarbeid i faste konstellasjoner vil bidra til å opprettholde generalistkommunesystemet, men tar ikke stilling til hvorvidt større kommuner er det tiltaket som på best måte vil opprettholde generalistkommuneprinsippet og styrke generalistkommunene.*

Utfordringsbildet tilsier at det trengs sterke virkemidler for å sikre gode tjenester også fremover. KS' landsstyre vedtok uttalelser på sitt møte i mai om kommunenes oppgaveansvar og om interkommunalt samarbeid,²⁷ der det fremheves at *Landsstyret i KS forventer at Stortinget gir et klart uttrykk for betydningen av et bredt oppgaveansvar så nær innbyggerne som mulig under en samlet folkevalgt ledelse og at (...) det er kommunene som har hovedansvaret for å løse velferdsoppgavene og være grunnmuren i tjenestetilbudet til innbyggerne.*

Interkommunalt samarbeid er et viktig supplement, særlig der kommunene hver for seg blir for sårbare. Landsstyret forventer at de varslede endringene i reglene om interkommunalt samarbeid vil gi bedre rammer for et forsterket samarbeid mellom kommuner om viktige velferdsoppgaver.

Utredningen *Forsterkede interkommunale samarbeid og kommunedelsutvalg* (Menon og Lund & Co., 2025)²⁸ viser at forpliktende og langsiktige samarbeid om flere oppgaver kan bidra positivt. Mange slike samarbeid fungerer godt, og kan gi bedre kvalitet, sterkere fagmiljøer og lettere rekruttering, selv om gevinster kan ta tid og kostnader kan øke på kort sikt. utfordringer knytter seg særlig til geografiske avstander, ulikheter mellom kommuner, valg av samarbeidsmodell, juridiske rammer og behov for støtte i etableringsfasen.

Det er et gjennomgående behov for samarbeidsmodeller som gir bedre lokalpolitisk styring, adgang til myndighetsutøvelse og mer effektiv drift. Aktuelle tiltak kan være:

- **Gjeninnføring av samkommunemodellen**, som kan avhjelpe mangel på lovregulerte modeller tilpasset forsterket samarbeid, som gir bedre mulighet for samarbeid om myndighetsutøvelse og gjør det enklere å etablere samarbeid i tråd med anskaffelsesregelverket. Et argument som taler mot en gjeninnføring, er at denne modellen har vært prøvd tidligere (2012-2020), med svært begrenset interesse i kommunesektoren. Modellen reiser også prinsipielle spørsmål knyttet til manglende direkte folkevalgt ansvar for

²⁴ [Høring – Forslag om endringer i reglene om interkommunalt samarbeid - regjeringen.no](#)

²⁵ [NOU 2023: 9 - regjeringen.no](#)

²⁶ [Høring - NOU 2023: 9 Generalistkommunesystemet - regjeringen.no](#)

²⁷ [Uttalelser fra Landsstyret i mai - Hjem](#)

²⁸ [FoU-rapport Menon m.fl. \(2025\) Forsterkede interkommunale samarbeid og kommunedelsutvalg](#)

viktige lokaldemokratiske oppgaver. Se lenker til KS' hørings svar da hhv innføring²⁹ og oppheving³⁰ av samkommunemodellen var på høring, der KS i sistnevnte hørings svar fremholder at *KS prinsipielle syn er at lokaldemokratiet skal ivaretas gjennom direkte folkevalgte organer. KS støtter derfor forslaget om oppheving av kommuneloven kapittel 5 B – Samkommune.*

- **Åpne for myndighetsutøvelse i kommunale oppgavefelleskap**, for å gjøre samarbeid enklere og mer fleksibelt, slik det er foreslått i det nylig utsendte høringsnotatet.
- **Oppgavefelleskap med administrativ ledelse**, som kan styrke samarbeid om drift og gjennomføring uten å flytte beslutningsmyndighet. Kommunene beholder ansvar for vedtak, mens utførelsen kan organiseres i fellesskap, for eksempel innen deler av helse- og omsorgstjenestene.
- **Samarbeid med andre juridiske enheter**, basert på langsiktige avtaler som ivaretar økonomi, arbeidsgiveransvar og styring. Forslaget innebærer ikke å flytte ansvar fra kommunene, men å styrke deres muligheter til effektivt, frivillig og demokratisk forankret samarbeid om administrative oppgaver.

FoU-arbeidene fra 2025 *Forsterkede interkommunale samarbeid og kommunedelsutvalg* og 2026 *Forsterket interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgssektoren*,³¹ begge utarbeidet av Lund og co i samarbeid med Menon Economics, peker på behovet for veiledning og støtte både i oppstart og gjennomføring av interkommunalt samarbeid. KS vurderer at dagens tilbud om veiledning og støtte er fragmentert, og at det er grunnlag for å utvikle en mer samordnet og målrettet oppfølging. KS har et godt utgangspunkt for å ivareta en slik rolle gjennom sin tette dialog med kommunene, erfaring fra utviklingsarbeid og et regionalt apparat med god kjennskap til lokale og regionale behov.

Erfaringer fra Tørn-programmene³² viser at strukturert prosessbistand har god effekt og legitimitet, og kan være et relevant utgangspunkt for å støtte interkommunalt samarbeid. Det kan også vurderes tilskuddsordninger etter modell av Tørn kommune, kombinert med veiledning, juridisk og organisatorisk, erfaringsnettverk og støtte til kommunikasjon. Dette vil svare på kommunenes behov for mer enn rene økonomiske virkemidler.

3. Strategiske samhandlingsstrukturer mellom kommuner og helseforetak

Det er bred enighet om behovet for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Dette løftes av en rekke aktører, også Helsereformutvalget, som en hovedutfordring i helse- og omsorgstjenestene i dag og i fremtiden. Etablering av et nytt tjenestnivå mellom første- og andrelinjetjenesten er et teoretisk alternativ. En slik løsning vil imidlertid innebære flere samhandlingsflater og skape nye avgrensingsutfordringer, både mot kommunale tjenester og andrelinjetjenesten. Det vil kunne øke kompleksiteten i systemet, snarere enn å redusere den, og vurderes derfor ikke som et hensiktsmessig alternativ. En annen teoretisk mulighet er å etablere helsefelleskapene som juridiske enheter. Dette ville kunne gi helsefelleskapet økt tyngde og formalisering, men ville samtidig introdusert nye grenseflater og overganger mellom nivåene, med tilsvarende utfordringer som ved etableringen av et nytt tjenestnivå. Dette vurderes derfor heller ikke som en anbefalt løsning.

Avtalen mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefelleskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste må revideres på følgende områder:

- fordeling og bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

²⁹ [KS' hørings svar - mulig ny modell for interkommunalt samarbeid - samkommunemodellen 17.09.2010](#)

³⁰ [KS' hørings svar - Oppheving av kommuneloven kapittel 5 B - Samkommune 06.03.2015](#)

³¹ [FoU-rapport Menon m.fl. \(2026\) Forsterket interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgssektoren](#)

³² [Tørn - KS Hjem](#)

- ansvar i samarbeidsstrukturen mellom stat og kommune som ivaretar helhet og likeverdighet, samtidig som kommuner og sykehus fortsatt har selvstendig ansvar.
- opprettelse av en samhandlingsarena på regionalt nivå mellom kommunene og regionalt helseforetak/ den statlige strukturen som styrer sykehusene bør vurderes, for å sikre kommunens medvirkning i overordnede strategiske prosesser i den statlige oppgaveløsningen.

FoU-rapporten om helsefellesskapene, utarbeidet av Menon Economics på oppdrag fra KS,³³ viser at helsefellesskapene i hovedsak fungerer godt som arenaer for dialog, relasjonsbygging og utvikling av felles forståelse mellom kommuner og helseforetak. Samtidig gir dagens rammer og virkemidler i begrenset grad støtte til faktisk gjennomføring og varig endring.

Rapporten peker også på behovet for bedre og mer systematisk bruk av felles styringsdata, samt strukturer som i større grad tar høyde for variasjoner i kommunenes kapasitet og sikrer mer likeverdig deltakelse. Videre fremheves behovet for et tydeligere mandat og klarere rolle- og ansvarsavklaringer i helsefellesskapene, slik at prioriteringer og beslutningslinjer blir mer forpliktende. Dagens tilskudd til samhandlingskoordinatorer vurderes som viktige, men for svakt innrettet til å gi tilstrekkelig strategisk effekt.

Samlet sett understreker rapporten behovet for å styrke koblingen mellom samarbeidsarenaene og partenes ordinære styringslinjer, samt å videreutvikle virkemidler som gir økt beslutningskraft og bedre grunnlag for felles prioriteringer.

En revidering av den etablerte avtalen mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene³⁴ gir muligheter for å styrke gjennomføringskraften i helsefellesskapene, og for å videreutvikle samhandlingsarenaene.

Et sentralt tema er behovet for en tydeligere beskrivelse av fordeling og bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. Erfaringer og FoU-rapporter fra Menon Economics og Fafo,³⁵ begge utarbeidet på oppdrag fra KS og med analyser av henholdsvis helsefellesskapene og rekrutterings- og samhandlingstilskuddet, viser at tilskuddet har bidratt til å etablere samarbeid og samhandlingsarenaer, men at bruken i stor grad er prosjektorientert og preget av ulik praksis mellom helsefellesskapene. Uklarhet i formål, prioriteringer og forventninger gjør at midlene i begrenset grad bidrar til varige strukturelle endringer, kapasitetsbygging og likeverdig samhandling.

En revidert avtale bør derfor gi klarere føringer for en mer strategisk bruk av tilskuddet, slik at det understøtter bærekraftige løsninger over tid, tilpasset både store og små kommuner. Se også omtale i kapittel 5 om økonomiske virkemidler og finansiering av samhandling.

Videre viser erfaringene at ansvarsforhold og roller i samarbeidsstrukturen mellom stat og kommune ikke er klart nok definert. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak³⁶ er i denne sammenhengen et helt sentralt virkemiddel, og utgjør en grunnleggende ramme for hvordan samhandlingen mellom nivåene skal organiseres og følges opp. For å sikre helhetlige og likeverdige tjenester er det likevel behov for en tydeligere beskrivelse av hvordan ansvar, beslutningsmyndighet og oppfølging skal ivaretas i samhandlingen, samtidig som kommuner og sykehus fortsatt har selvstendig ansvar for egne tjenester. Dette er særlig viktig i krisesituasjoner og ved krig, der

³³ [FoU-rapport, Menon m.fl. \(2026\): Styrker og svakheter ved rammer og virkemidler for helsefellesskapene](#)

³⁴ [Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, 26.04.2024](#)

³⁵ [FoU-rapport, Fafo m.fl. \(2026\): Helsefellesskapenes rekrutterings- og samhandlingstilskudd](#)

³⁶ [Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.](#)

nasjonale myndigheter blant annet har pekt på behovet for å kunne frigjøre betydelig kapasitet fra sykehusene til andre deler av tjenesten.³⁷ Dagens uklårheter bidrar til fragmentering, svekket gjensidig forpliktelse og redusert evne til å håndtere pasienter med behov for samtidige og koordinerte tjenester.

Det er behov for å styrke den strategiske samhandlingen på regionalt nivå. En ny samhandlingsarena mellom kommunene og regionalt helseforetak – eller statlig sykehusnivå – kan bidra til reell kommunal medvirkning i overordnede prosesser. Regionale beslutninger om sykehusstruktur, arbeidsdeling, kompetanse og kapasitet har store konsekvenser for kommunene, og manglende involvering svekker både legitimitet og samordning. En slik arena kan gi bedre sammenheng mellom statlig oppgaveløsning og kommunenes ansvar.

Erfaringer fra helsefellesskapene, dokumentert gjennom FoU-arbeid³⁸ og dialog med kommunene, viser at representativitet og gjennomføringskraft er sentrale utfordringer. Store forskjeller mellom kommunene i størrelse, kapasitet og ressurser gjør det krevende å sikre bred deltakelse, likeverdig innflytelse og effektiv oppfølging av beslutninger. Samtidig etterspør både kommuner og helseforetak mer forpliktende samarbeidsformer som gir tydeligere retning og bedre sammenheng mellom beslutninger og gjennomføring.

Mange helsefellesskap har etablert gode modeller for forankring og kunnskapsdeling som ivaretar både små og store kommuners medvirkning. Samtidig kan KS bidra til å styrke gjennomføringskraften gjennom tydeligere roller, bedre samordning mellom nivåer og mer hensiktsmessige samarbeidsmodeller. Dette vil styrke legitimiteten, redusere fragmentering og legge bedre til rette for varige forbedringer i samhandlingen. Se ytterligere omtale under kapittel 2 om mer samarbeid mellom kommuner.

Det kan være grunn til å vurdere den geografiske organiseringen av helsefellesskapene nærmere. I flere områder omfatter hvert helsefellesskap et stort antall kommuner, noe som kan gjøre samhandling og styring mer krevende. En mulig tilnærming er å organisere helsefellesskapene med utgangspunkt i lokalsykehusområder, for å styrke koblingen mellom klinisk samhandling og det strategiske samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter en tydeligere innretning av helseforetakene mot lokalsykehusfunksjonen, med bedre samordning og organisering på tvers av relevante spesialiteter. Mer samlokalisering og helhetlige opptaksområder kan bidra til klarere ansvarsforhold og mer sammenhengende pasientforløp.

4. Samarbeid mellom sykehus og kommuner om desentraliserte tjenester

Sykestuer, distriktsmedisinske sentre og lokalmedisinske sentre er hensiktsmessige modeller for praktisk samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner særlig i områder langt fra lokalsykehuset. Videreutvikling av kommunalt akutt døgntilbud (KAD) og lokalisering av lokalsykehus må sees i sammenheng med disse tjenestene

Sykestuer, distriktsmedisinske sentre (DMS) og lokalmedisinske sentre (LMS) finnes i ulike former, i stor grad preget av lokale behov og historisk utvikling. De er ofte samlokalisert med fastlegekontor, legevakt, sykehjem og/eller kommunal akutt døgnerhet (KAD), men kan også inkludere tjenester som fysioterapi, ergoterapi, helsestasjon, barnevernsvakt eller jordmortjeneste. Erfaringer viser at slike modeller gir positive effekter både for pasienttilfredshet og ressursutnyttelse.

³⁷ [Regjeringen ber sykehus og kommuner oppdatere helseberedskapsplaner - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

³⁸ [FoU-rapport, Menon m.fl. \(2026\): Styrker og svakheter ved rammer og virkemidler for helsefellesskapene](#)

Denne typen tilbud kan bidra til mer effektiv ressursbruk gjennom redusert reisebehov, bedre utnyttelse av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelsetjenesten. Særlig i områder med lang avstand til sykehus fremstår desentraliserte løsninger som et viktig fremtidig utviklingsspor.

Det er samtidig stor variasjon i finansieringsmodeller. I noen tilfeller kjøper helseforetak tjenester fra kommunene, mens vertskommunene ofte har indirekte kostnader som i liten grad fanges opp i dagens modeller. Disse kan være krevende å dokumentere og fordele. Vanlige løsninger er kombinasjoner av grunnfinansiering og fordeling etter folketall eller bruk, ofte med faste fordelingsnøkler som i begrenset grad justeres over tid. Enkelte samarbeid omfatter avgrensede tjenester, mens andre innebærer bredere kostnadsdeling basert på for eksempel areal, aktivitet eller forventet bruk av tilbud som sykestue eller KAD.

FoU-rapporten fra Oslo Economics på oppdrag fra KS³⁹, viser at gode resultater forutsetter tydelige avtaler om ansvar og finansiering. Der dette er på plass, kan modellene tilpasses lokale behov og gi gevinster for pasientene, særlig i distriktsområder. Et viktig premis for at disse tilbudene skal lykkes er at erfaringer fra velfungerende modeller tas i bruk i større grad.

Det blir viktig å se sykestuer, LMS og DMS i sammenheng med lokalisering av lokalsykehus og også opp mot en videreutvikling av KAD-plassene.

En ny rapport om kommunalt akutt døgntilbud (KAD) viser at kapasiteten generelt er lav, med små enheter og i snitt rundt tre senger per enhet. Samtidig er det en klar sammenheng mellom størrelse, organisering og funksjon. KAD synes i praksis å ivareta ulike funksjoner: enten et akuttmedisinsk tilbud med høy beredskap og reell avlastning for sykehusene, eller som et lavintensivt tilbud som i større grad inngår i kommunenes omsorgstjenester.

Dette gjenspeiler at KAD over tid har vært tillagt ulike forventninger. Tilbudet har gått fra å være tenkt som en løsning før, etter eller i stedet for en sykehusinnleggelse, til å bli en sentral del av akuttkjeden. I dag forventes det i økende grad at KAD skal fungere som et reelt akuttmedisinsk tilbud som avlastet sykehusene. Samtidig reflekterer variasjonen i praksis også naturlige forskjeller i bosettingsmønster og lokale forutsetninger, som gjør at volum og innretning av tilbudet vil variere mellom kommuner.

Dersom målet er å styrke den akuttmedisinske funksjonen, tilsier dette behov for en tydeligere avgrensning og prioritering av innholdet i KAD. Det kan innebære sterkere faglig beredskap, tettere kobling til øvrige akuttmedisinske tjenester og samlokalisering med sykestuer, DMS eller LMS, eventuelt organisert gjennom interkommunale samarbeid for å sikre tilstrekkelig volum og kompetanse. Samtidig vil det fortsatt være behov for lavintensive tilbud i kommunene. Disse funksjonene ivaretas i dag ofte gjennom bruk av KAD som korttidsplasser for eldre pasienter med funksjonsfall og sammensatte behov, eller som bufferkapasitet for utskrivningsklare pasienter. Dette kan sees på som en rasjonell tilpasning til kommunenes samlede kapasitetsutfordringer, men samtidig bidrar en slik bruk i mindre grad til avlastning av spesialisthelsetjenesten, selv om den gir bedre samlet ressursutnyttelse i helse- og omsorgstjenesten.

Det bør etableres virkemidler som stimulerer til etablering og videreføring av lokalmedisinske sentre, sykestuer og distriktsmedisinske sentre

Sykestuer og distriktsmedisinske sentre kan bidra til bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten. Samtidig viser erfaringer, dokumentert gjennom FoU-arbeid og dialog med kommunene, at

³⁹ [FoU-rapport, Oslo Economics \(2026\): Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller er det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester](#)

finansieringsmodellen i liten grad er økonomisk bærekraftig, både for vertskommunene og fordi sykehusenes innsats reduseres over tid. Det er derfor behov for å stimulere til etablering og videreutvikling av lokalmedisinske sentre, sykestuer og distriktsmedisinske sentre der det er hensiktsmessig, særlig i områder langt fra sykehus, for å bidra til bærekraftige helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester nærmere der folk bor.

Sykehjemsplasser bør ikke inngå i felles organisering med sykehusets døgnplasser ut over samarbeid relatert til sykestuer eller lignende

Kommunale sykehjemsplasser bør fortsatt være en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, med tydelig lokal forankring og styring. Kommunene satser både på omsorgsboliger og sykehjem, og det vanlige er å se det samlede heldøgntilbudet i sammenheng med hjemmetjenester, og annet boligtilbud. Sykehjemmene ivaretar brede omsorgs- og behandlingsoppgaver for pasienter med sammensatte og langvarige behov, ofte i tett samspill med øvrige kommunale tjenester som hjemmetjenester, fastleger og andre velferdstjenester. En felles organisering med sykehusenes døgnplasser vil kunne svekke denne helheten og gjøre det vanskeligere å opprettholde sammenheng i pasientforløp, særlig i overgangen mellom behandling, oppfølging og omsorg i hverdagen.

Videre vil en slik integrasjon innebære økt kompleksitet i ansvar, finansiering og styring, og kunne gi risiko for utydelige ansvarlinjer og svekket lokaldemokratisk kontroll. Erfaringer tilsier at bedre samhandling best oppnås gjennom tydeligere roller og styrket samarbeid innenfor dagens ansvarsfordeling, ikke ved å slå sammen ulike deler av tjenestene organisatorisk. Samtidig er det hensiktsmessig å videreutvikle samarbeid i grenseflatene, for eksempel gjennom sykestuer, DMS og lignende modeller, der spesialist- og kommunehelsetjenesten kan samlokaliseres og samarbeide om pasientforløp uten at det grunnleggende ansvaret flyttes.

5. Økonomiske virkemidler, finansiering av samhandling

Rammefinansiering må fortsatt være hovedprinsippet for finansiering av kommunesektoren også innen helse og omsorg

Rammestyringen sørger for at de ulike tjenestene som kommunene har ansvar for sees i sammenheng. Rammefinansieringen gir gode insentiver til effektiv ressursbruk og mulighet til å tilpasse tjenestetilbudet til lokale forhold og prioriteringer. Slik styrkes lokaldemokratiet, og politikken kan utformes nærmere innbyggerne. Staten skal legge til rette for et godt kommunalt tjenestetilbud over tid, ved å sørge for samsvar mellom kommunenes oppgaver og inntektene sektoren får.

De siste 10 årene har det skjedd reduksjon i liggetider i sykehusene og mer av rehabilitering og oppfølging er overlatt til primærhelsetjenestene. Primærhelsetjenestene i de fleste land endres fra å være institusjonsbaserte til å bli mer hjemmebaserte og det har skjedd en gradvis forbedring i eldres helse og deres funksjonsevne. Pasientbehandlingen i kommunene er nå mer avansert enn før samhandlingsreformen. Det er blitt færre døgnplasser innen psykiske helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i sykehus, og omfanget av helse- og omsorgstjenester tildelt av kommunen har økt over tid.

En utfordring for samhandlingen mellom kommuner og helseforetak er forskjell i finansieringen, og at forskjellen i finansieringen gir ulike insentiver til samhandling. Både rammefinansiering og aktivitetsfinansiering gir insentiver til kostnadseffektiv behandling. Rammefinansiering gir også gode insentiver til helhetlig pasientforløp og til forebygging, men inntektene påvirkes ikke direkte av endringer i hjelpebehovet til innbyggerne. Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester bidrar til at kommunene ikke alene må finansiere all økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester innenfor rammetilskuddet. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til økt

behandlingsvolum og kan dermed bidra til å redusere ventetider, ettersom inntektene øker når aktiviteten øker. På den andre siden gir aktivitetsbasert finansiering insentiver til å prioritere behandlinger som er godt betalt, og dermed en risiko for vridning mot enkle og målbare aktiviteter og svakere prioritering av kronikere og komplekse pasienter. Det gir også insentiver til rask behandling, kortere liggetid på sykehus og rask utskriving. Det kan igjen øke belastningen på kommunale tjenester.

Til grunn for statlig styring av kommunesektoren ligger det finansielle ansvarsprinsippet. Prinsippet innebærer at den aktøren som har ansvaret for en oppgave, også skal ha det økonomiske ansvaret for å finansiere oppgaven. Ulik finansiering av kommuner og spesialisthelsetjenesten utfordrer det finansielle ansvarsprinsippet, fordi beslutninger som tas i sykehusene utløser kostnader i kommunene. Når gevinster og kostnader havner på ulike nivåer, svekkes insentivene til forebygging, helhetlige pasientforløp og reelt partnerskap.

For å kompensere for bruddet på det finansielle ansvarsprinsippet bør en se på alternative finansieringsløsninger for å bedre samhandlingen, men uten å gå bort fra rammefinansieringsprinsippet.

Det bør utvikles bedre felles prinsipper for samhandlingsbudsjetter til støtte for kommuner og sykehus, men finansieringsmodeller som «penger følger pasient» mellom kommuner og sykehus støttes ikke

En gjennomgående utfordring for samhandlingstiltak er at finansiering i kommunen eller i sykehuset ikke understøtter felles aktiviteter. Dette fremkommer både i FoU-rapportene, men også i erfaringer fra Prosjekt X-utprøvingene. Det er dermed behov for å se etter særskilte løsninger for å finansiere tjenester der både kommune og sykehusene er med. Et samhandlingsbudsjett innebærer at en avgrenset del av bevilgningene til kommunesektoren og helseforetakene avsettes til felles bruk, og disponeres etter omforente prioriteringer i helsefellesskapene.

Formålet med et samhandlingsbudsjett er å styrke sammenhengen mellom ansvar, beslutningsmyndighet og finansiering, og legge til rette for at kommuner og helseforetak kan vurdere tiltak ut fra samlet nytte i pasientforløpet. Ordningen skal redusere barrierer som følger av ulike finansieringssystemer, og understøtte samarbeid om forebygging, tidlig innsats og hensiktsmessig oppgavedeling mellom nivåene.

I en fremtidig modell vil det være mulig å bygge videre på tidligere erfaringer og etablerte samarbeidstiltak. Helsefellesskapene som er opprettet for å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, bør spille en viktig rolle for å starte opp og følge opp tiltak med samhandlingsbudsjetter. Gjennom helsefellesskapene finnes det allerede en arena der ledere og fagfolk i både kommuner og helseforetak møtes og kan utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller ut fra faglige vurderinger og lokale forhold.

En fordel med samhandlingsbudsjett er at et slikt samarbeid kan finne sted innenfor de løsninger for finansiering som allerede eksisterer. Omfanget og finansieringen kan tilpasses lokale forhold. I utgangspunktet kan derfor samhandlingsbudsjett være rene spleiselag mellom kommunene og helseforetakene, men evalueringer viser at et øremerket tilskudd som dekker deler av kostnadene, kan være viktig særlig i en oppstartfase for å stimulere til samarbeid. I utgangspunktet kan det være vanskelig for både kommunene og helseforetakene å se fordelene med et slikt samarbeid og et økonomisk insentiv gjennom et øremerket tilskudd kan gjøre samarbeidet mer attraktivt for begge parter, og bøte på asymmetrien i finansieringen mellom nivåene. Et slikt samhandlingstilskudd bør komme som et nytt tilskudd og ikke som et nedtrekk i kommunerammen.

Samhandlingsbudsjetter må settes opp ved at partene i helsefellesskapet selv prioriterer midler fra egne budsjetter og ved at staten bidrar med nye, øremerkede midler, uten at dette fører til kutt i kommunenes generelle rammetilskudd. Ved samarbeid mellom kommuner og sykehus gjennom samhandlingsbudsjett kan man ta utgangspunkt i dagens finansiering av kommunesektoren. Omfanget og finansieringen kan tilpasses lokale forhold, og helsefellesskapene kan spille en sentral rolle for å starte opp og følge opp tiltak med samhandlingsbudsjetter. Samhandlingsmidler vil bidra til å stimulere til samarbeid.

En modell som anses lite aktuelt er at staten skal fastsette en fordeling av samhandlingsbudsjett. Det vil være en svært vanskelig oppgave for staten å fastsette denne fordelingen på rettførdig vis. Sykehusene har bedre tilgang på gode styringsdata som gjør det mulig å måle effekter av tiltak. I kommunene er det behov for mer komplekse hendelsesanalyser, samtidig som det gjerne mangler strukturerte styringsdata til å kunne gjøre treffsikre kost-nytte-vurderinger.

«Penger følger pasient», også kalt «betaling for bundlet behandling» eller «episodefinansiering», er en finansieringsform som bygger videre på elementer fra DRG-metodikken⁴⁰. I stedet for at spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunale tjenester får betaling hver for seg for sine aktiviteter, fastsettes det en samlet finansiering for et definert behandlingsforløp, som kan omfatte utredning, behandling i sykehus, utskrivning og videre oppfølging i kommunen.

Siden betalingen for bundlet behandling skal være en annen måte å finansiere oppgaver kommunene og helseforetakene har i dag, vil betalingen måtte komme som erstatning for deler av dagens inntekter og ikke som tillegg. For kommunenes del innebærer det nedtrekk av rammetilskuddet. For å beholde de positive insentivene ved bundling, vil et eventuelt uttrekk ikke kunne baseres på et én-til-én-forhold mellom uttrekk og nye inntekter for den enkelte kommune.

Episodefinansiering brukes mest internasjonalt der hvor ansvaret er samlet på ett nivå, og der forløpene er standardiserte, tidsavgrensede og relativt homogene. Det er svært vanskelig å bruke aktiviseringsbasert finansiering innenfor dette feltet for kommunenes del. Pasientgruppene med størst behov for samhandling krever omfattende ressursinnsats fra flere deler av den kommunale virksomheten, særlig når pasientene hjemme, slik de som regel gjør. Samtidig endrer ressursbehovet seg raskt over tid, blant annet som følge av nye medisinske og teknologiske muligheter. Dette kan føre til et betydelig behov for løpende justeringer av betalingsløsningene, noe som er lite effektivt og bidrar til økt byråkrati. Modellen kan ikke anbefales for kommunal sektor for samhandlingspasienter.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet må økes og videreføres som langvarige forpliktende økonomiske midler og innretningen på tilskuddet må endres

Rekrutterings- og samhandlingsmidlene er en finansieringsordning som ble innført i 2024 i forbindelse med Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027⁴¹. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bevilget 280 millioner kroner i 2024 og 286 millioner kroner i 2025. For 2026 utgjør midlene 326 mill., men det inkluderer da 80 mill. til Prosjekt X.

Denne modellen kan med fordel videreutvikles og skaleres opp, med justeringer i hvem som mottar midlene og har beslutningsmyndighet over bruken. En forutsetning for dette er en mer forpliktende og langsiktig økonomisk ramme, som gir både kommuner og sykehus nødvendig forutsigbarhet i

⁴⁰ DRG-finansiering (innsattsstyrt finansiering) innebærer at sykehus får betaling basert på hvilke pasientgrupper (DRG-er) de behandler, der hver gruppe representerer en gjennomsnittlig ressursbruk og gir et bestemt antall DRG-poeng - [DRG-systemet - Helsedirektoratet](#)

⁴¹ [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#)

planlegging og utvikling av tilbud. Dagens ramme på 326 millioner kroner fremstår som begrenset. En økning vil kunne bidra til bedre planlegging, mer målrettet innsats og mer effektiv ressursutnyttelse.

Videre oppleves det som lite likeverdig fra kommunenes side at midlene i dag er lagt til de regionale helseforetakene, uten at de nødvendigvis i sin helhet videreføres til helsefelleskapene. Det bør derfor vurderes alternative løsninger. Én mulighet er å legge tilskuddsordningen til Helsedirektoratet. En annen er å etablere tydeligere føringer som sikrer at midlene i sin helhet kanaliseres fra de regionale helseforetakene til helsefelleskapene.

Staten bør etablere en bredere ramme for tilskuddsmidler samlet i en ordning for å styrke samhandling mellom kommuner

KS er beredt til å bistå kommunene for å støtte samarbeid mellom kommuner. I dag peker mange kommuner, særlig i distriktene, på manglende utviklingskapasitet til å få til samarbeid mellom kommuner. Mer samarbeid kan skape bærekraftige løsninger og kan bidra positivt gjennom å løse oppgaver, minske behov for administrativt personell, og skape bredere fagmiljøer som virker rekrutterende. En styrking av samarbeid mellom kommunene vil være viktig å for å motvirke mer statlig styring. Manglende utredningskapasitet, kan gjøre det vanskelig å sette i gang nye tiltak og samarbeid på driftssiden.

KS mottar tilskuddsmidler i dag som kan omdisponeres i en bredere ramme og rettes særskilt mot oppgaveløsning mellom kommuner innen helse og omsorg. Det vil være interessant å se på mulighetene for å etablere en bredere ramme for tilskuddsmidler samlet i en ordning hvor KS som utviklingsaktør arbeider sammen med kommuner for å styrke samhandling mellom kommuner. Finansielle virkemidler er avgjørende for et felles løft for bedre samhandling og for å realisere gevinster av digitalisering.

Om finansiering av digitalisering

KS mener at dagens finansiering av digitalisering i helse og omsorg ikke er bærekraftig, fordi kommunene i stor grad må bære kostnader uten å få tilsvarende gevinster. Det er behov for at staten må ta et større finansieringsansvar, både gjennom økte midler og bedre samfinansiering, at pukkelkostnader ved innføring må dekkes, slik at kommunene faktisk kan ta i bruk nye løsninger og at kostnader og gevinster må fordeles mer rettferdig mellom kommuner og sykehus, basert på faktisk nytte. I tillegg understrekes det at finansiering må knyttes til reell effekt i tjenestene, ikke til sektorinteresser, og at dagens ordninger i for stor grad hindrer samhandling og gevinstrealisering.

6. Personell, kompetanse og kontinuitet

Ledere må få økt handlingsrom til å organisere arbeidstiden slik at samlet personell og kompetanseressurser brukes mer målrettet

Når presset på tjenestene øker, må ledere få økt handlingsrom til å organisere arbeidstid og bemanning mer målrettet. Uten økt handlingsrom blir det vanskelig å organisere arbeidet mer effektivt og håndtere økende etterspørsel, uten tilsvarende vekst i personell. Det må etableres mekanismer som sikrer en mer helhetlig styring og prioritering av helsepersonellressursene på tvers av kommunal og statlig sektor, slik at kommunene fremover sikres tilgang på nødvendig kompetanse i en situasjon hvor etterspørselen etter helsepersonell øker.

Riktig oppgavedeling er nødvendig for å oppnå en bærekraftig bemanning av helse- og omsorgssektoren. Det største potensiale for oppgavedeling ligger ikke i å overføre oppgaver mellom yrkesgrupper, men å organisere eksisterende oppgaver på en mer effektiv måte. Oppgavedeling kan ikke sees alene, men i sammenheng med kompetanse, utdanning, arbeidstid og organisering av tjenestene. I KS' medlemsdialog ber kommunene om redusert sentralt styringstrykk og større rom til å prioritere og organisere tjenestene lokalt.

Behovet for personell og kompetanse i egen virksomhet må møtes gjennom å ta flere grep som; å heve kompetanse til egne ansatte, å beholde seniorarbeidstakere, en mer offensiv rekruttering av unge arbeidstakere, å øke heltidsandelen, å redusere sykefraværet, å samarbeide med andre kommuner og å endre organisering, oppgavedeling og arbeidsformer, for å nevne noen.

Helseutdanningstilbudene må være riktig dimensjonert i hele landet, desentraliserte og fleksible utdanningstilbud må styrkes

Det er avgjørende at helseutdanningstilbudene er riktig dimensjonert i hele landet, og at det finnes et godt tilbud av fleksible og desentraliserte studier for å sikre deltakelse og gjennomføring. Videre er det viktig at kompetanseutviklingen er i samsvar med arbeidslivets behov, og at de kontinuerlig utvikles i tråd med krav til omstilling og innovasjon i praksis og at etter- og videreutdanning i hovedsak skjer på arbeidsplassen.

For å få en best mulig bruk av samlet kompetanse og mer effektiv ressursutnyttelse, må kompetansebegrepet være bredt nok til at oppgaver kan løses på lavest effektive kompetansenivå. Behovet for kompetanse rommer mer enn profesjoner og yrkesgrupper, det rommer kompetanser, ferdigheter og hvilken oppgaveløsningsevne tjenestene må ha tilgang til for å opprettholde forsvarlig kontinuitet i tjenestene. Dette må også sees i lys av Helsepersonellplan 2040.⁴²

Like viktig er det å heve kompetansen til personell uten formell utdanning og å rekruttere flere personer som står utenfor arbeidslivet, inn i helsetjenestene. Det kan gjøres gjennom alternative kvalifiseringsløp, vurdering av kompetansekrav og praksisbasert læring /kvalifisering. Kommunesektoren har gode erfaringer med inkluderende rekruttering (f.eks. Menn i helse,⁴³ Inn i jobb,⁴⁴ Flyktninger i jobb,⁴⁵ etc.)

Det trengs en offensiv opptrapping av arbeidet med godkjenning og komplettering av utenlandske helseutdanninger

Manglende godkjenning av utenlandsk utdanning er en flaskehals for at flere innvandrere skal komme inn i arbeidslivet, spesielt utenfor EU/EØS. Statlige myndigheter må ta initiativ til, og gjennomføre en offensiv opptrapping for å etablere et mer effektiv, smidig og brukervennlig system for godkjenning og komplettering av utenlandsk utdanning.

Det må stilles tydeligere krav til at spesialistutdanningen av leger sikrer breddekompetanse og vakkompetanse, slik at man sikrer en bærekraftig lokalsykehusfunksjon i hele landet

Lokalsykehusene utgjør en sentral del av sykehusstrukturen og er den delen av spesialisthelsetjenesten kommunene har tettest samarbeid med. Det er her de fleste pasienter ferdigbehandles, og lokalsykehusene har en nøkkelrolle i akuttberedskap, pasientforløp og samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten de siste årene, med økt spesialisering og sentralisering, har gitt viktige kvalitetsgevinster innen avansert behandling, men kan over tid bidra til svekket breddekompetanse og vakkompetanse ved lokalsykehus.

FoU-arbeid og erfaringer fra kommuner og sykehus viser at økt spesialisering bidrar til større personellbehov, mer fragmenterte pasientforløp og økt belastning både på større sykehus og på

⁴² [Meld. St. 11 \(2025–2026\) - regjeringen.no](#)

⁴³ [Menn i helse - Din vei til fagbrev og jobb](#)

⁴⁴ [Inn i jobb - Hjem](#)

⁴⁵ [Flyktninger i jobb - Hjem](#)

kommunene⁴⁶. Flere, blant annet Helsepersonellkomisjonen,⁴⁷ har pekt på at spesialiseringen er i ferd med å gå for langt, og at dette bidrar til sentralisering av sykehusstrukturen og redusert tilgjengelighet til tjenester for deler av befolkningen. Når lokalsykehusene i mindre grad har forutsetninger for døgnkontinuerlig beredskap med bred klinisk kompetanse, øker risikoen for flere overføringer, lengre avstander og pasienter som opplever seg som kasteballer i systemet.

For å sikre en bærekraftig lokalsykehusfunksjon i hele landet, er det derfor nødvendig at utdanningssystemet for legespesialister i større grad legger til rette for breddekompetanse og vaktkompetanse. En styrking av breddekompetanse som er relevant for samhandlingspasienten vil kunne redusere personellbehovet, styrke akuttberedskapen og gi bedre forutsetninger for sammenhengende pasientforløp. Dette vil også styrke lokalsykehusenes rolle som tilgjengelig og stabil samarbeidspartner for kommunene. Et utdanningssystem som bedre balanserer behovet for spesialisering med krav til bred klinisk kompetanse er avgjørende for likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted, for mer effektiv samhandling mellom kommuner og sykehus og for en sterk helseberedskap. Dette er nødvendig for å møte fremtidens demografiske utfordringer og den økende knappheten på helsepersonell, og for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i hele landet.

7. Forskning og innovasjon og kunnskapsutvikling for kommunesektoren

Det er i dag stor skjevhet i ressursbruken til forskning og innovasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og satsningen på forskning for, i og med kommunene må forsterkes. Det er behov for en kraftfull og tverrsektoriell forsknings- og innovasjonspolitik for kommunesektoren

Det er i kommunene innbyggerne bor og i all hovedsak mottar sine helsetjenester. Økonomisk sett er fordelingen av Norges helsekroner 50% til primærhelsetjenesten og 50% til spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser rapport fra NIFU 2016 at fordeling av helse- og omsorgssektorens forskningsvirkemidler er fordelt med 90% til spesialisthelsetjenesten og 10% til kommunehelsetjenesten. Selv om det har skjedd en positiv utvikling spesielt de siste tre årene, blant annet gjennom Forskningsrådets utlysning av forskningsvirkemidler med tanke på å sikre mer bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester, er fordeling fortsatt svært ujevn. Den store interessen for nevnte utlysning bevitner også et stort behov for forskning og kunnskapsutvikling i, for og med kommunene. Forventningene til kommunehelsetjenestene er store. Kommunene på sin side står ovenfor et stort omstillingsbehov. Dette som følge av endringer i demografi, økt etterspørsel etter tjenester fra alle aldersgrupper parallelt med redusert økonomisk handlingsrom. For å sikre kunnskapsbaserte og helhetlig beslutninger trengs en kraftfull og tverrsektoriell forsknings- og innovasjonspolitik for kommunesektoren.

Kommunens samarbeidsarena (KSF) som samarbeidsstruktur er under etablering i hele landet. For å sikre realisering i tråd med målsettingen med KSF er det nødvendig med en langsiktig og bærekraftig finansiering ikke minst av det lokale nivået

KSF bygger samarbeid mellom små og store kommuner, og mellom kommunene, academia og andre relevante kunnskapsaktører. KS forvalter en finansiering av KSF, gjennom en foreløpig årlig bevilgning over statsbudsjettet. Pr 2026 utgjør bevilgningen totalt 10,4 mil kr, fordelt mellom 5 mil kr fra KD og 5,4 mil kr fra HOD. I tillegg finansierer KS selv det nasjonale KSF nivået, gjennom en langsiktig FoU-ordning. Kommunene viser stor interesse for å etablere KSF lokalt og regionalt. Nåværende finansiering over statsbudsjettet gir imidlertid svært begrensede muligheter til å sikre en langsiktig og bærekraftig videre utvikling av strukturen. For å sikre vellykket etablering og gevinst i tråd med målsettingen med KSF er det derfor behov for en langsiktig og bærekraftig finansiering.

⁴⁶ FoU-rapport, Oslo Economics (2026): Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene

⁴⁷ NOU 2023: 4 - regjeringen.no

KSF skal sette fart på omstillingsarbeidet i kommunesektoren ved å styrke utvikling, spredning og bruk av forskning. KSF skal sees i sammenheng med annet relevant utviklingsarbeid og interessepolitisk arbeid for kommunene. I videre utvikling må kommunenes og fylkeskommunenes rolle som aktive deltakere i forskningssystemet utvikles, tydeliggjøres og styrkes. Forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i, for og med kommunesektoren er helt avgjørende for å møte komplekse samfunnsutfordringer og ikke minst helse- og omsorgssektorens behov for omstilling i årene fremover. I etableringsperioden er fokusområdet å bidra til bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunenes behov for ny og forbedret kunnskap er imidlertid ikke avgrenset til enkeltstående tema eller sektorer, men tvert imot preget av et ansvar for et helhetlig tilbud til befolkningen på tvers av tjenesteområder. Utfordringene i helse- og omsorgssektoren skapt av endret demografi kan derfor ikke løses innenfor denne sektoren alene, men krever en helhetlig lokalsamfunnsutvikling i samspill med ny nasjonal politikk.

Dagens forsknings- og innovasjonsvirkemidler er for svake og understøtter i for liten grad innovasjon i kommunene, ikke minst de mindre og mellomstore distriktskommunene

Kommunene er økonomisk og personellmessig under stort press. Forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling er en viktig del av nødvendig omstillingsarbeid i kommunene, og bidrar til at både kortsiktige og langsiktige beslutninger tas på et solid kunnskapsgrunnlag.

Innovasjons- og samskapingsutvalgets utredning *Den nye velferdskommunen*⁴⁸ viser til at mange kommuner er innovative og piloterer nye løsninger, men at disse i begrenset grad gir varig effekt og/eller spredning til andre kommuner og regioner. Innovasjonsvirkemidlene må i større grad støtte hele innovasjonsprosessen frem til implementering og spredning, og samtidig bidra til å bygge regional kapasitet og kompetanse som understøtter hensiktsmessige samarbeidsstrukturer.

Dagens virkemidler og ressursinnsats til forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i, for og med kommunene er for svake. Finansielle og helhetlige virkemidler til kommunene er avgjørende for kommunenes muligheter til å inngå i systematisk samarbeid rundt forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling.

8. Om mer effektiv innføring av teknologi og digitale løsninger- tjenester der du bor

Digitale løsninger skal bidra til økt effektivitet, å utsette behovet for helsetjenester og å legge til rette for personellbesparende prosesser i kommuner og fylkeskommuner. Ikke minst vil digitale løsninger bidra til å sette innbygger i sentrum for helsetjenester, innad i og mellom kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Digitalisering er dermed helt avgjørende for å skape en sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste.

Teknologi som gir sanntidsdeling av helseopplysninger, og som er integrert i arbeidsflatene til helsepersonell, er en forutsetning for at innbyggeren skal møte en helsetjeneste som henger sammen. Innbyggeren skal slippe å være budbringeren mellom aktørene – informasjonen skal være tilgjengelig der den trengs, når den trengs. Samtidig må teknologien frigjøre tid hos helsepersonellet, slik at møter mellom innbygger og tjeneste kan få den kvaliteten som skaper trygghet og tillit.

Det er ikke behov for en nasjonal felles journal når alle helseaktører benytter samme informasjonsgrunnlag for samhandling. Dette er grunnprinsippet i kommunal sektors felles journalløft, der kommuner alene eller i samarbeid med andre kommuner anskaffer egne journaler, i et velfungerende og mangfoldig leverandørmarked. Dette opprettholder konkurransekraft og bidrar til næringsutvikling og innovasjon.

⁴⁸ [NOU 2026: 6 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/NOU-2026-6)

KS vurderer at hovedutfordringen ikke er hvordan tjenestene er organisert, men at samarbeid og koordinering ikke fungerer godt nok mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. En særskilt utfordring i dag er at fragmentert statlig styring og uklare roller og ansvar i drift av nasjonale e-helseløsninger skaper barrierer, ikke løsninger. Mangelfull deling av informasjon fører til brudd i pasientforløp, dobbeltarbeid og ineffektiv bruk av helsepersonell.

Kommunal sektor har etablert en samstyringsstruktur på digitaliseringsområdet, som fungerer godt i forhold til felles prioritering, erfaringsdeling, samordning og koordinering. Denne strukturen har bidratt til økt gjennomføringskraft: felles journalløft, samstyringsstrukturer, standardiserte anskaffelser, koordinert innføring og felles krav til kvalitet og sikkerhet. Alle kommuner arbeider nå etter samme prinsipper, og resultatet er raskere innføring av nye løsninger, mindre variasjon og bedre forutsetninger for å kunne gi god digital støtte i arbeidet med å tilby innbyggerne et helhetlig og moderne tjenestetilbud. Dette er strukturer som virker – og som bør styrkes videre.

Samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor må speiles på statlig side for å sikre felles innsats på samhandlingsområdene. Digitaliseringsaktiviteten mellom kommunal og statlig sektor foregår fortsatt i mange parallelle nettverk og prosjekter, noe som fører til dobbeltarbeid, ineffektiv ressursbruk og redusert gjennomføringskraft.

Manglende nasjonale føringer og koordinering mellom kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten svekker innføringstempo og gevinstrealisering. Kommuner og sykehus står selv ansvarlige for implementering, og ulik prioritering, kapasitet og økonomi fører til stor variasjon i fremdrift. Dette forsterkes av et fragmentert finansieringssystem, dominert av kortsiktig prosjektfinansiering, der kostnader og gevinster ofte tilfaller ulike aktører.

Det øverste rådgivende organet i kommunal sektors samstyringsstruktur, KommiT-rådet, har derfor anbefalt at det etableres ett felles kontaktpunkt inn mot hvert enkelte regionale helseforetak, nettopp for å legge til rette for bedre samordning og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor på digitaliseringsområdet. Dette er et viktig tiltak for å redusere fragmentering og bidra til større grad av samtidighet for innføring av nasjonale e-helseløsninger, og dermed økt gjennomføringskraft. Sterkere nasjonale føringer for prioritering og implementering av felles løsninger, der kommunal sektor er en likeverdig part med staten, inkludert tydeligere krav til bruk når løsningene er tilstrekkelig modne, vil også bidra til å harmonisere eksisterende samarbeidsstrukturer, redusere overlapp og tydeliggjøre roller og ansvar mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Her vil helsefellesskapene kunne videreutvikles som sentrale arenaer for samordning, blant annet ved å etablere dedikerte strukturer for digitalisering.

Med tanke på digitaliseringsarbeidet anbefaler KS at reformarbeidet tar utgangspunkt i ett tydelig hovedgrep: Beholde dagens etablerte struktur – styrke samhandlingen – fullføre tiltak – realisere gevinster.

I praksis betyr dette:

- Standardisere og skalere det som virker: Kommunesektoren har etablert felles modeller for felles journalløft, innføring og samstyring. Disse gir dokumentert økt gjennomføringsevne og må være utgangspunktet for videre arbeid.
- Flytte fokus fra utvikling til gevinst: Mange tiltak er etablert, men gevinster tas ikke ut. Politisk oppmerksomhet må rettes mot reell støtte til innføring og effekt i tjenestene, ikke nye initiativer.
- Bygge én sammenhengende tjeneste: Innbyggeren skal møtes av en helhetlig tjeneste uavhengig av nivå. Det krever at informasjonsflyt, ansvar og prosesser henger sammen – ikke nødvendigvis at organisasjonen endres.

- Prioritere tiltak med dokumentert effekt: Ressursene må rettes mot tiltak som gir bedre utnyttelse av personell, mer effektive tjenester og utsetter behovet for helsetjenester.

Den overordnede retningen er dermed å få helsetjenesten til å fungere bedre på tvers, fremfor å organisere den på nytt.

For å realisere den overordnede retningen, må følgende forbedringer gjennomføres:

Pågående digitaliseringstiltak, med vekt på digital samhandling, må fullføres og sikre gevinster

Utviklingen innen digital samhandling er godt i gang, men gevinster hentes i for liten grad ut i praksis. Mange løsninger er etablert, men mangler tilstrekkelig innføring, bruk og oppfølging i tjenestene. For å sikre effekt må pågående tiltak ferdigstilles og tas i bruk før nye initiativ introduseres.

Reformen bør bygge videre på disse initiativene og prioritere systematisk gevinstrealisering og bruk av eksisterende løsninger, før nye initiativ settes i gang

Kommunesektoren har etablert felles modeller for journalløft, innføring og samstyring som har vist økt gjennomføringsevne. Disse må videreutvikles og skaleres. Reformarbeidet bør prioritere gevinstrealisering og effekt i tjenestene fremfor utvikling av nye løsninger.

Digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten er på riktig vei, men samhandlingen må forbedres og forsterkes

Innbyggerne skal oppleve én sammenhengende tjeneste på tvers av nivåer og aktører. Dette forutsetter bedre sammenheng i informasjonsflyt, ansvar og arbeidsprosesser. Utfordringene ligger i samhandling og gjennomføring – ikke i organisering av tjenestene.

Staten må samordne sitt arbeid på digitaliseringsområdet bedre enn i dag

Dagens statlige organisering er preget av fragmentering, med flere aktører, parallelle prosesser og overlappende initiativer. Dette gir økt kompleksitet, forsinkelser og lavere effekt. Det er behov for tydeligere nasjonal prioritering, bedre koordinering og sterkere gjennomføringskraft.

Vi må bygge videre på kommunal sektors samarbeid rundt felles modeller for samstyring og samordning til beste for innbygger, og se dette inn mot statlige initiativ

Etablerte samarbeidsmodeller i kommunesektoren har demonstrert evne til å samle sektoren og realisere tiltak i praksis. Disse må videreutvikles og kobles tettere til statlige initiativer, slik at det etableres én helhetlig styrings- og gjennomføringsmodell.

Staten må sikre at prinsippene for likeverdighet, tidlig involvering og reell innflytelse på digitaliseringsområdet realiseres, i tråd med regjeringens posisjoner

Kommunene forvalter hovedtyngden av tjenestene, men har i dag begrenset innflytelse på utviklingen av løsningene de skal ta i bruk. For å lykkes må samstyringsprinsippene operasjonaliseres i praksis, med tidlig involvering og likeverdig deltakelse i prioriteringer og beslutninger.

Et felles journalløft i kommunal sektor er i full gang og erstatter behov for ett nasjonalt og overgripende system, men forutsetter deling av helseinformasjon gjennom nasjonale samhandlingsløsninger

Journalløftet representerer en strategisk retning der en felles funksjonalitet realiseres gjennom flere løsninger fremfor ett nasjonalt system. Dette stiller imidlertid økte krav til standardisert og forpliktende datadeling. Informasjon må følge pasienten på tvers av nivåer og være tilgjengelig i helsepersonells arbeidsflater. Dette forutsetter både tekniske løsninger, tydelige krav og en styrket nasjonal tilrettelegging for samhandling.