



Innspill til Helsereformutvalget

Fra patogenetisk reparasjon til biopsykososial og salutogen samfunnsmedisin

Takk for muligheten til å komme med muntlig og skriftlig innspill, og for et nyttig møte med utvalgsleder Gunnar Bovim 18.06.26.

Vi gir innspill til følgende deler av utvalgets mandat: forsterket innsats for folkehelse og forebygging, reduksjon av sosial og geografisk ulikhet, og mer sammenhengende pasientforløp.

Vi vil utfordre helsereformutvalget til å tenke helse i et bredere perspektiv, hvor dere også drøfter og kommer med innspill på hva som kan skape god helse *utenfor helsevesenet*.

Innledning: Det samfunnsmedisinske paradokset

Norge har et av verdens best finansierte, *biomedisinske* spesialisthelsevesen. Selv om medisinske fremskritt har redusert dødeligheten for kreft og hjerte-kar-sykdommer, forblir den ikke-dødelige sykdomsbyrden høy, og utgjør nå 83 % av den totale sykdomsbyrden. Eksempler på dette er muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser som var hhv. tredje og fjerde største årsaken til sykdomsbyrde i Norge i 2023.¹ Disse sykdomsgruppene bidrar i ubetydelig grad til dødelighet, men gir mange år med helsetap. Tradisjonelt har levealder blitt brukt som et kvalitetsmål, men det har mange begrensninger. Det er viktigere å være frisk gjennom livsløpet enn å leve lengst mulig.

Vi har i Norge optimalisert behandlingen av diagnoser som kan puttes i pakkeforløp og med kjente standardiserte behandlingsløp. Dermed drives sykdomsbyrden i økende grad av tilstander som krever mestring, deltakelse og funksjonsstøtte gjennom tverrfaglig tilnærming, ikke reparasjon. Dette skyldes ikke manglende faglig forståelse, men at organisering, finansiering og styringsmål ikke gjenspeiler den kunnskapen vi allerede har. Muskel- og skjelettlidelser, psykiske plager, sammensatte smerte- og utmattelsestilstander, ensomhet og utenforskap utgjør en betydelig del av årsakene til redusert livskvalitet, sykefravær, uførhet og tapte leveår. Dette er ikke bare et medisinsk problem - det er en bærekraftsutfordring for hele velferdsstaten.

Norsam mener derfor at Helsereformutvalget må løfte blikket fra organisasjonskart og forvaltningsnivå, og samtidig adressere hvilket helsebegrep og hvilke mål som skal ligge til grunn for fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Vi presenterer fem problemer med tilhørende anbefalinger:

1. Fra et patogent til et salutogent perspektiv

Dagens helsevesen er i stor grad organisert rundt sykdom (patogenese), selv om det salutogene perspektivet - det å forstå hva som skaper og opprettholder helse, funksjon, mestring og livskvalitet - langt fra er nytt i fagfeltet. Utfordringen er at hvordan tjenestene faktisk styres og prioriteres i liten grad er bygget rundt dette perspektivet. Målet kan ikke alene være å redusere sykdom, men å styrke menneskers evne til å leve gode liv med eller uten sykdom, ved å gjøre helseutfordringer

- begripelige (økt helsekompetanse)
- håndterbare (verktøy til egenmestring)
- meningsfulle (bevart tilknytning til arbeid og sosiale fellesskap).

¹ (<https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/samfunn/sykdomsbyrde/>)

Norsam vil understreke at leger og øvrig helsepersonell har en særlig viktig rolle i dette arbeidet. Helsepersonell har høy tillit i befolkningen, og møtet mellom pasient og behandler representerer en viktig arena for å styrke pasientens mestring, håp og bruk av egne ressurser. En mer systematisk salutogen tilnærming kan bidra til bedre livskvalitet for pasienter med kronisk sykdom, og på lengre sikt redusere behovet for helsetjenester.

Pasientjournalene inneholder allerede informasjon om pasientens sosiale kontekst (familie, økonomi, bosituasjon). Denne brukes i dag i liten grad systematisk i vurderingen av helse og behandlingsvalg. En mer bevisst bruk av disse opplysningene vil styrke helsepersonellens evne til å identifisere både barrierer og ressurser for mestring og livskvalitet.

Norsam anbefaler at:

1. Helsegevinst vurderes bredere enn tradisjonelle aktivitetsmål og produksjonsmål.
2. Funksjon, mestring og livskvalitet løftes frem som overordnet mål for helsevesenet.
3. Friske leveår og funksjonsevne inkluderes som sentrale mål- og styringsindikatorer, herunder endring i funksjon gjennom et pasientforløp, retur til arbeid/reduert sykefravær, og redusert bruk av unødvendige utredninger.
4. Det innføres en strukturert *salutogen samtale* i pasientmøtet, med utgangspunkt i pasientens "bakgrunn" i journalen. Strukturen bør bygge på kunnskapsgrunnlaget for hva som fremmer helse, som søvn, kosthold, relasjoner, stressbalanse og fysisk aktivitet. I samtalen stilles spørsmål som "*hva holder deg frisk?*" og "*hva skal til for at du selv skal mestre hverdagen?*". En slik samtale kan med fordel testes og videreutvikles i den tverrfaglige piloten som er foreslått i punkt 2 og 3, der punkt 2 beskriver den organisatoriske modellen og punkt 3 den tilhørende finansieringsmodellen.

2. Et nødvendig biopsykososialt skifte

Mange av de største helseutfordringene oppstår i skjæringspunktet mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Den biopsykososiale modellen har vært anerkjent i medisinen siden 1970-tallet, men gjenspeiles fortsatt ikke i hvordan helsetjenesten er organisert og finansiert. Dagens struktur, med et tydelig skille mellom somatikk og psykiatri, bygger i praksis videre på et rent biomedisinsk sykdomsparadigme, selv om fagfeltet for lengst har beveget seg videre. For pasienter med langvarige smerter, psykiske plager, utmattelse eller sammensatte lidelser fører dette til gjentatte henvisninger, utredninger og fragmenterte forløp. De blir kasteballer i systemet, uten at funksjonsevnen nødvendigvis forbedres. Særlig ved overganger, som når pasienter defineres som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten, svikter systemet fordi den sosiale og levekårmessige situasjonen ikke utredes parallelt med den medisinske. Dette fører til unødvendige liggedøgn og svingdørspasienter.

Norsam anbefaler at:

1. Det biopsykososiale perspektivet legges til grunn for fremtidig organisering av helsetjenestene, der sosioøkonomiske forhold kartlegges like systematisk som biologiske markører. Som et konkret første steg igangsettes en målrettet pilotering av en rendyrket biopsykososial modell for de tre største driverne av ikke-dødelig helsetap og sykefravær: muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og utbrenthet/sammensatte utmattelsestilstander. Pilotene organiseres som tverrfaglige forløp der lege, psykolog, fysioterapeut, sosionom og NAV samles om pasienten fra start, med fastlege som forløpskoordinator, og med den strukturerte salutogene samtalen beskrevet i punkt 1 som en integrert del.
2. Felles tverrfaglige mottak/poliklinikker lovpålegges og finansieres i spesialisthelsetjenesten, slik at somatikk og psykisk helse utreder pasienten sammen fra dag én.
3. Kvalitetsindikatorer for pasientforløp måles etter funksjonsforbedring og mestring i eget hjem, ikke bare etter diagnostisk avklaring og liggetid.

3. Finansieringssystemene må understøtte mestring

Dagens innsatsstyrte finansiering (ISF) i spesialisthelsetjenesten belønner i hovedsak aktivitet, konsultasjoner, prosedyrer og volum, og i liten grad helsefremming, forebygging, samhandling, funksjonsforbedring eller mestring. Dette gir fastlegen og spesialisthelsetjenesten økonomiske insentiver til biomedisinsk haste-modus, og favoriserer reparasjon fremfor helsefremming og forebygging. Også lavkostnadstiltak med høy avkastning, som frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre, er underfinansiert og ofte de første som rammes når kommuneøkonomien presses, delvis fordi de ikke er lovpålagt.

Norsam har vurdert den danske og svenske modellen for tverrfaglig primærhelsetjeneste (se vedlegg). Vår konklusjon er at den danske modellen, der allmennlegen er et listebærende og koordinerende nav for tverrfagligheten, er det mest relevante sammenligningspunktet for Norge dersom målet er å styrke fastlegeordningen med flere faggrupper. Den svenske vårdcentralmodellen er relevant dersom målet i stedet er større kommunale eller regionale primærhelsesentre, men da må man erkjenne at det er en annen modell, med annen ansvarslinje, annen profesjonsrolle og annen risiko for svekket kontinuitet.

Norsam vil understreke at fastlegen og allmennmedisinen som fag må forbli forankret i den kommunale primærhelsetjenesten og styrkes der, ikke flyttes til eller overtas av spesialisthelsetjenesten. Det er fastlegens kontinuitet, listeansvar og generalistkompetanse i førstelinjen som gjør tverrfaglig integrering mulig. Flyttes funksjonen til spesialisthelsetjenesten, mister man nettopp den nærheten og kontinuiteten som er hele poenget med modellen.

Norsam anbefaler at:

1. Fastlegefunksjonen forblir forankret i kommunal primærhelsetjeneste, styrkes og integreres bedre der, ikke flyttes til eller overtas av spesialisthelsetjenesten.
2. Fastlegeordningens knekkpunkt og finansiering endres slik at det lønner seg å ivareta komplekse helseutfordringer og biopsykososial tilnærming uten at dagens takstsystem for tidsbruk legger begrensninger.
3. Fastlegekontor bygges ut tverrfaglig med sosionomer og psykologer integrert. Fastlegen må gå fra bare portvakt til forlørsleder for komplekse helseutfordringer.
4. Ren stykkpris/ISF for komplekse og kroniske forløp i spesialisthelsetjenesten gradvis avvikles, og det piloterer forløps- eller rammefinansiering på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten som belønner tverrfaglig samarbeid (lege, psykolog, fysioterapeut, NAV) og pasientopplevd funksjonsgevinst, med start i prioriterte tilstander som muskel/skjelett, psykiske lidelser og utbrenthet/sammensatte plager, og med den salutogene samtalen fra punkt 1 som en integrert del av forløpet.

4. Helsefremming og forebygging må være en lovpålagt kjerneoppgave – ikke et prosjekt

Forebyggende og helsefremmende arbeid er ofte det første som nedprioriteres når kommuneøkonomien blir presset. Samtidig vet vi at tidlig innsats gir størst helsegevinst og best samfunnsøkonomisk effekt.

Norsam vil særlig fremheve helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot familier og barn/unge, ettersom det er avgjørende å forebygge utenforskap og psykisk uhelse tidlig i livet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er universelle lavterskeltilbud med svært høy oppslutning. De møter nesten alle barn og familier, og er derfor i en unik posisjon til å fremme psykisk helse, oppdage vansker tidlig og bidra før problemer vokser seg store. Vi vet samtidig at sosial ulikhet setter spor tidlig; barn i familier med lav inntekt og lav utdanning har høyere risiko for psykiske plager, og at gode barnehageerfaringer kan ha en særlig beskyttende effekt når barn strever tidlig. Det er derfor behov for både universelle og mer målrettede tiltak: universelle ordninger bygger robusthet, tillit og tilhørighet i hele befolkningen, mens målrettede tiltak sørger for at de mest sårbare ikke blir stående alene.

Norsam anbefaler at:

1. Det blir lovpålagte minimumskrav til helsefremmende og forebyggende tjenester i kommunene.
2. Det blir langsiktig finansiering av helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom ordinære rammer fremfor prosjektmidler.
3. Samfunnsmedisin må benyttes som en portvakt fra samfunnet inn til primærhelsetjenesten, og rammene rundt kommuneoverlegefunksjonen må være tilstrekkelig dimensjonert i alle kommuner for at dette skal kunne realiseres.
4. Det sikres tilstrekkelig prioritering og finansiering av forebyggende tiltak rettet mot barn, unge og familier, herunder flere helsesykepleiere, en styrket helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og nok voksne i barnehage og skole.
5. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten forblir en del av kommunal primærhelsetjeneste, og integreres tettere med fastlege og øvrige kommunale tjenester.
6. Frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre lovpålegges som kommunal oppgave, og "sosial forskriving" (aktivitet og mestring på resept) integreres i pasientjournalen som obligatorisk del av pasientforløp.

5. Sosiale problemer må ikke, og kan ikke, medisineres vekk

En betydelig del av etterspørselen etter helsetjenester skyldes problemer som i sin natur er sosiale, økonomiske eller relasjonelle. Helsetjenesten brukes ofte som siste sikkerhetsnett når andre deler av velferdsstaten ikke er tilgjengelig. Dette merkes særlig på kveld, natt og helg, når legevakten ofte er det eneste tilgjengelige kontaktpunktet, selv for rene sosiale kriser den ikke er rigget for å løse alene.

Sverige har siden 1982 hatt en lovpålagt "socialjour" utenfor kontortid, og Danmark har en tilsvarende "social døgnvagt". Disse tjenestene bemannes av sosialarbeidere som rykker ut ved akutte sosiale kriser, og som har myndighet til å fatte umiddelbare, lovpålagte vedtak (f.eks. akutt barnevern eller midlertidig botilbud). Norge har ingen nasjonal modell for dette, foruten barnevernvakta. Flere svenske kommuner løser det gjennom interkommunalt samarbeid om jourvakt, en organisering som ligner måten norsk legevaktsamarbeid allerede er innrettet på, og som derfor er et realistisk utgangspunkt for en norsk modell.

Norsam anbefaler:

1. Etablere en nasjonalt forankret, døgnkontinuerlig sosial beredskapstjeneste (sosialvakt), lovpålagt og organisert etter modell fra Sverige og Danmark, gjerne samlokalisert med eksisterende legevaktsdistrikter.
2. Tydeligere ansvarsdeling og samhandling mellom helse- og sosialtjenester, slik at medisinske ressurser avlastes fra rent sosiale oppgaver, særlig utenfor kontortid.
3. De regionale helsefelleskapene legger til rette for dette samarbeidet, og Nav og kommunale sosialtjenester kobles tettere på samhandlingen med helsetjenesten generelt.

Oppsummering

Helsereformutvalgets viktigste oppgave er ikke bare å foreslå nye organisatoriske modeller. Utvalget må bidra til et grunnleggende skifte i hvordan vi forstår helse, sykdom og bærekraft. Det må tydeliggjøres at helse er mer enn diagnoser og behandling, og at helsen i størst grad påvirkes i samfunnet. Dette er ikke primært en organisasjonsreform, men en styringsreform. Det vi måler og finansierer, er det helsetjenesten produserer.

Den nasjonale livskvalitetsstrategien gir allerede et rammeverk for å måle og styre etter det som faktisk betyr noe for befolkningen. Helsereformen bør operasjonalisere denne strategien ved å gjøre livskvalitet, funksjonsnivå og deltakelse til konkrete mål for helsetjenesten.

Dersom fremtidens helsevesen fortsatt organiseres primært for å reparere sykdom, vil verken flere penger, flere behandlingsplasser eller flere organisatoriske reformer være tilstrekkelig. Norge trenger en helsetjeneste som i større grad fremmer funksjon, mestring, deltakelse og friske leveår. Det biopsykososiale og salutogene perspektivet bør derfor være et bærende prinsipp for den kommende helsereformen. Kunnskapen om dette er godt dokumentert og tilgjengelig, men kunnskapsbroen til dagens helsevesen mangler.

Norsamstyret, 26.06.26

Vedlegg: Dansk og svensk modell for tverrfaglig primærhelsetjeneste (en sammenligning)

Under innspillsmøtet ble dansk og svensk modell for tverrfaglig primærhelsetjeneste diskutert særskilt. Norsam ønsker å utdype likheter og forskjeller, og gi en anbefaling for norsk kontekst.

Likheter

Begge land har skattefinansierte, universelle systemer der primærhelsetjenesten er første kontaktpunkt, koordinerer tjenester og avlaster sykehus. Danmark har fastlegen som portvakt og første kontaktpunkt, med inntekt fordelt mellom aktivitetsbaserte honorarer og kapitasjon. Sverige har et desentralisert system der vårdcentraler fungerer som primærhelsetjenestens lokale enheter. Begge land har pågående reformspor for å styrke helsetjenesten nær befolkningen.

Forskjeller

Norsam anbefaler at utvalget legger særlig vekt på følgende forskjeller:

- **Hva tverrfagligheten organiseres rundt.** Danmark organiserer tverrfaglighet rundt allmennlegen, som har listeansvar og bygger et praksisteam rundt dette ansvaret. Sverige organiserer tverrfaglighet rundt vårdcentralen som institusjon, der pasienten er listet til enheten, ikke nødvendigvis til en bestemt lege.
- **Eierskap og styringslogikk.** Danske allmennleger er i stor grad selvstendig næringsdrivende under kollektiv avtale med regionene. Svenske vårdcentraler drives både offentlig og privat (i 2020 var 44 prosent av primærpraksisene privat eid) og fungerer mer som en leverandørmodell der regionen kjøper tjenester.
- **Finansieringsinsentiver.** Danmark bruker blandet finansiering med omtrent en tredel kapitasjon og to tredeler aktivitetsbasert honorar, som styrker den konkrete legerelasjonen. Sverige finansierer i hovedsak gjennom regional kapitasjon med justeringer, rettet mot en leverandørenhet med definert oppdrag.
- **Pasientbetaling.** Legetjenester er i hovedsak gratis for innbyggere i Danmark, mens Sverige har regionale pasientavgifter i primærhelsetjenesten. Dette påvirker terskel for kontakt og sosial ulikhet i tilgang.
- **Kommunal og regional ansvarsdeling.** Danske allmennleger har avtale med regionene, ikke kommunene; kommunene har ansvar for forebygging, rehabilitering og sosiale tjenester. Sverige har også delt ansvar mellom regioner og kommuner, men primærhelsetjenesten ligger i hovedsak under regionene. Danmark bør derfor ikke forstås som en «kommunal modell», styrken ligger i allmennpraksis som avtale- og listebasert kjerne, ikke i kommunal drift.

Vurdering

Forskjellen mellom modellene er ikke kosmetisk, men handler om hvem som eier ansvaret for pasienten, hvordan finansieringen virker, og om tverrfaglighet bygges rundt generalistkompetansen eller ved siden av den.

Sett i sammenheng med Norsams øvrige anbefalinger i dette innspillet, om fastlegen som forløpskoordinator, tverrfaglige fastlegekontor, og at fastlegefunksjonen forblir forankret i kommunal primærhelsetjeneste, er det den danske modellen som er mest forenlig med den retningen Norsam anbefaler for norsk fastlegeordning.

Norsam anbefaler at:

1. Den danske modellen legges til grunn som sammenligningspunkt for å styrke fastlegeordningen med flere faggrupper, fordi den gir team rundt fastlegen og bevarer kontinuitet og generalistansvar.
2. Dersom utvalget i stedet vurderer å bygge større kommunale eller regionale primærhelsesentre, bør den svenske modellen ses som et eget alternativ – ikke som en utvidet fastlegeordning – med bevissthet om risikoen for svekket personlig kontinuitet og svakere medisinsk generalistansvar.