



PRIMÆRHELSETJENESTE PÅ NORSK

Rapport fra konferanse 18.-19.mars 2026

Forord

Regjeringen har satt ned et helsereformutvalg som skal utrede fremtidens helsetjeneste. Utvalget vurderer ulike modeller for organisering, finansiering og styring. Dette åpner for en grunnleggende debatt om ansvarsfordelingen i Helse-Norge. I dag har kommunene ansvaret for en bred og tilgjengelig primærhelsetjeneste, mens staten har ansvaret for sykehusene. Utvalget ser også på alternative løsninger fra andre land. Noen modeller innebærer at staten tar over hele ansvaret, mens andre gir det til forsikringsselskaper.

I Norge har vi ikke en klar definisjon på hva som inkluderes i primærhelsetjeneste. Det spriker mellom flere lovtekster, historikk og hvilket utgangspunkt den enkelte har. KS inviterte sentrale aktører til konferansen «Primærhelsetjeneste på norsk» 18.–19. mars for å begynne å definere den norske primærhelsetjenesten i møte med nye reformforslag. Målet var å definere og beskrive hvordan vi løser primærhelsetjeneste i Norge, og en definisjon som er uavhengig lovverk og organisering, som ivaretar kompleksiteten av integrerte og myndiggjorte tjenester nært der folk bor.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer primærhelsetjeneste som «... *en helhetlig, samfunnsmessig tilnærming til helse som har som mål å sikre helse og velvære og rettferdig fordeling gjennom å fokusere på innbyggernes behov så tidlig som mulig, fra helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid til utredning, behandling, rehabilitering og palliasjon, nærmest mulig innbyggernes hverdag.*»

Denne definisjonen understøtter den norske modellen, hvor helsetjenestene er godt integrert med andre kommunale tjenester der folk bor. Hvordan kan vi tydeliggjøre og styrke dette perspektivet?

Konferansen rettet seg mot strategisk ledernivå i kommuner, myndigheter, akademikere innenfor relevante fagfelt, og andre relevante aktører.

Konferansen bød på korte, innsiktsfulle innlegg og mange panel- og plenumssamtaler.

Denne konferanserapporten er utarbeidet av NSDM på oppdrag fra KS.

Tromsø, 130526

Anette Fosse

NSDM

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	4
Primærhelsetjeneste i norsk og internasjonalt perspektiv	7
Velkommen og innledning v/ Mari Trommald, avdelingsdirektør Helse og velferd i KS	7
WHO's definisjon av primærhelsetjeneste v/Anna Stavdal, Spesialist i allmennmedisin, Universitetslektor UiO, Past President World Organisation of Family Doctors (WONCA)...	7
Korte beskrivelser fra et utvalg kommuner og personer med ulike roller.....	9
Lillestrøm kommune v/Björg Torill Madsen, direktør for helse og mestring	9
Bjørnafjorden kommune v/ Arild McClellan Steine, kommunedirektør	9
Gamvik kommune v/Annette Leinan, Helsefaglig ansvarlig (digitalt)	9
Spørsmål og innspill fra salen til alle innlederne	10
Brukere, pårørende og frivillige	10
Ole-Marius Minde Johnsen, landsleder i Mental Helse.....	11
Robin Kirknes Andreassen, fagrådgiver i Pårørendealliansen.....	11
Annelise Dyrli Flor, fagansvarlig for eldrefeltet i Røde kors.....	11
Spørsmål og innspill fra salen til alle innlederne	12
Grenseflater og sammenhenger	12
Silo/nettverk/grenseflater v/seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, Fafo.....	12
Bredde-spiss/populasjonsnivåer v/leder Anette Fosse, NSDM	13
Samfunnsøkonomisk perspektiv v/postdoktorstipendiat Ingrid Hjort, BI	14
Spørsmål og kommentarer fra salen	15
Grenseflater i kommunene	15
Planarbeid i kommunene – fragmenter og helhet v/kommunedirektør Senja, Stine Jakobsson Strømsø	15
Folkehelse og helsetjenestene – WHO-definisjon i norsk tapning v/Øyvind Giæver, avd.dir. levekår, Helsedirektoratet	16
Digitalt utviklingsarbeid i kommunen – primærhelsetjenestens digitale grenseflater v/Stian Rugsveen Engen, fagsjef E-helse, KS	16
Kommuneoverlegen – sammenvever av samfunn og helsetjenester v/Eva K. Nordberg, kommuneoverlege i Vestvågøy.....	17
Panelsamtale – innlederne, kommunedirektør i Alstahaug Rachel Elise Berg, Røde kors v/Annelise Dyrli Flor og salen	17
Grenseflater mellom nivåene	19
Kort innlegg om KS og helsefellesskapene og hva helsefellesskap er. Hvilke muligheter har kommunene? Hva skal til for å gjøre dem mer brukernære for kommunene og for innbyggerne? v/Madli Indseth, fagsjef samhandling, KS	19

Ahus: der sitter kommunedirektørene i strategisk samarbeidsutvalg v/Adelheid B. Kristiansen, kommunedirektør i Nittedal	19
Nord-Trøndelag: Ordførerne er på banen og møtes jevnlig for å diskutere mellom partnerskapsmøtene v/Jonas Sjømæling, samhandlingsleder for kommunene, Levanger	20
Helgeland: Om Helgelandslegen og andre samarbeidsprosjekter v/interkommunal samhandlingsleder Eline Monsen	20
Panelsamtale – innlederne, ordfører i Grimstad (H) Beate Skretting, kommunedirektør i Ål Karsten Popp Dideriksen, landsleder i Mental Helse Ole-Marius Minde Johnsen, og salen	21
Grensearbeid – hva må til?	22
Innlegg v/professor Bjørn Erik Mørk, BI	22
Spørsmål og kommentarer fra salen	23
Myndighetenes blikk på primærhelsetjenesten	23
Primærhelsetjenesten sett fra Helsedirektoratet v/divisjonssjef Helen Brandstorp.....	23
Primærhelsetjenesten sett fra FHI v/direktør Guri Rørtveit.....	24
Primærhelsetjenesten sett fra fylkeslege v/Anne Grethe Olsen, Fylkeslege i Troms og Finnmark	25
Invitert kommentar fra Grete Syrdal, direktør Helse og velferd i Bærum kommune	25
Panelsamtale – innledere + Anita Vatland, generalsekretær i Pårørendealliansen + salen	26
Samle trådene – veien videre for primærhelsetjeneste på norsk	26
Oppsummering og refleksjon om primærhelsetjeneste på norsk og det vi har hørt v/Bjørn Guldvog, spesialrådgiver Internasjonalt samarbeid, Helsedirektoratet	26
Samtale om samarbeid – organisasjonene og salen.	30
Avslutning og vel hjem v/ Mari Trommald, avdelingsdirektør Helse og velferd i KS.....	31

Fotograf er Siril Houge-Thiis.

Sammendrag

Helsereformutvalget utreder nye modeller for organisering, finansiering og styring. Dette åpner for grunnleggende debatt om ansvarsfordeling mellom stat og kommune.

Norge mangler en felles og tydelig definisjon av primærhelsetjenesten. WHO vektlegger helhet, forebygging og tjenester nær innbyggernes hverdag.

Målet for konferansen var å beskrive hvordan vi løser primærhelsetjeneste i Norge med tanke på å definere primærhelsetjeneste på norsk – en overordnet definisjon uavhengig lovverk og organisering, en definisjon som ivaretar kompleksiteten av integrerte og myndiggjorte tjenester nært der folk bor.

Konferansen samlet 66 deltakere fysisk og 127 deltakere digitalt. Et opptak av konferansen lå tilgjengelig på nett i 14 dager etterpå, og ble sett 22 ganger.

Vi fikk presentert primærhelsetjenesten fra mange ulike perspektiver og posisjoner. Det var bred enighet om noen grunnleggende elementer: At primærhelsetjenesten er viktig og må (fortsatt) legges til grunn for en bærekraftig helsetjeneste, at kommunene har viktig erfaring og kompetanse, at stor variasjon hovedsakelig er en styrke og ikke en svakhet, og sist og ikke minst at primærhelsetjenesten i kommunene er koblet til kommunenes øvrige oppgaver, og at det er essensielt og ganske særegent i en internasjonal sammenheng.

Utgangspunkt og formål

Norge står i en brytningstid for helse- og velferdstjenestene. Demografiske endringer, økende sykdomsbyrde, knapphet på arbeidskraft, økonomisk press og økt kompleksitet i befolkningens behov utfordrer dagens organisering og praksis. Regjeringens helsereformutvalg utreder nye modeller for organisering, finansiering og styring, og dette har aktualisert en grunnleggende diskusjon om ansvarsfordeling, nivå og styringslogikk i helsetjenesten.

I denne situasjonen mangler Norge en felles, tydelig og omforent forståelse av hva primærhelsetjenesten faktisk er – utover enkelt-lover, organisatoriske løsninger og profesjongrenser. Begrepet brukes ulikt, og forståelsen spriker mellom aktører, nivåer og sektorer. Samtidig er det bred internasjonal enighet om at sterke primærhelsetjenester er en forutsetning for bærekraftige, rettferdige og effektive helsesystemer.

Konferansen «**Primærhelsetjeneste på norsk**» ble arrangert for nettopp å bidra til en felles forståelse: Å beskrive **hvordan primærhelsetjeneste faktisk løses i Norge**, hva som kjennetegner den norske modellen, og hvordan denne kan styrkes og tydeliggjøres i møte med nye reformforslag. Ambisjonen var ikke å lage en ny organisatorisk modell, men å formulere en **overordnet, prinsipiell og praksisnær forståelse** av primærhelsetjenesten – uavhengig av lovverk og struktur – som ivaretar kompleksiteten i integrerte tjenester nært der folk bor.

Et internasjonalt rammeverk – og en norsk variant

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer Primary Health Care (PHC) som en helhetlig, samfunnsmessig tilnærming til helse, der målet er best mulig helse og rettferdig fordeling gjennom innsats fra helsefremming og forebygging til behandling, rehabilitering og palliasjon – nærmest mulig innbyggernes hverdag. Andre relaterte begreper på engelsk er Primary Care (PC) og Public Health (PH). Oversatt til norske forhold kan vi si at PC er helsetjenesten i kommunehelsetjenesten, PH er folkehelse og samfunnsmedisin, mens PHC inkluderer alle elementene.

Denne definisjonen harmonerer godt med den norske velferdsstatens grunnidé: at helse ikke skapes i helsetjenesten alene, men gjennom samspillet mellom tjenester, lokalsamfunn og levekår. Konferansen synliggjorde at den norske primærhelsetjenesten er mer enn «førstelinjen» i medisinsk forstand. Den er tett vevd sammen med kommunenes øvrige oppgaver: oppvekst, utdanning, arbeid, bolig, kultur, planlegging, beredskap og sosial støtte.

Primærhelsetjeneste på norsk kan derfor ikke forstås isolert, men som en integrert del av **kommunens helhetlige samfunnsoppdrag**. Dette er et særtrekk ved den norske modellen i internasjonal sammenheng, og samtidig en sentral styrke – dersom den forvaltes godt.

Kommunene som nav i systemet

Gjennom eksempler fra kommuner med svært ulike forutsetninger – fra store bykommuner til små distriktskommuner – ble det tydelig at **variasjon er et grunnvilkår, ikke et avvik**.

Befolkning, geografi, økonomi, kompetanse, kultur og historie påvirker hvordan primærhelsetjenesten organiseres og leveres lokalt.

Likevel går noen fellestrekk igjen:

- Kommunene er **navet der tjenester, livsarenaer og sektorer møtes**.
- Primærhelsetjenesten er ikke én tjeneste, men et **økosystem av tjenester, aktører og relasjoner**.
- **Kompleksitet** er ikke først og fremst problemet – det er **ofte selve løsningen** når tjenester kobles rundt menneskers faktiske livssituasjon.
- Tillit, kontinuitet, nærhet og lokalkunnskap er grunnleggende verdier.

Fastlegeordningen ble gjennomgående løftet fram som en sentral bærebjelke, men også som et sårbart element i systemet. Manglende integrasjon, høy turnover, svakt ledelses- og styringsgrep og presset arbeidssituasjon utfordrer ordningens bærekraft. Samtidig er det bred enighet om at en **god og integrert fastlegeordning er avgjørende** for en sterk primærhelsetjeneste.

Små kommuner synliggjorde på sin side betydningen av systematisk styring, risikobasert prioritering, interkommunalt samarbeid og ledelse som evner å skape helhet under krevende rammer. Erfaringene viser at også kommuner med svært begrensede ressurser kan styrke kvalitet og stabilitet når organisering, kultur og prioriteringer drar i samme retning.

Brukere, pårørende og frivillighet – de usynlige bærebjelkene

Et tydelig og gjennomgående budskap fra konferansen var at primærhelsetjenesten ikke kan forstås uten å inkludere **brukere, pårørende og frivillige som aktive og uunnværlige aktører**.

Brukerorganisasjonene beskrev store variasjoner i tjenestetilbud, manglende sammenheng i pasientforløp, og behov for lavtersktilbud, forebygging og relasjonsbaserte tjenester. Der primærhelsetjenesten fungerer godt, er tjenestene bygget rundt mennesket – ikke rundt systemet.

Pårørende yter en innsats av enorm samfunnsøkonomisk og menneskelig betydning, men opplever ofte manglende anerkjennelse, uklare roller og lite systematisk samarbeid. Samtidig er Norge i endring: færre storfamilier, mer ensomhet og flere eldre uten nære pårørende. Dette utfordrer forestillingen om at pårørende kan kompensere for mangler i tjenestene.

Frivillig sektor ble løftet fram som en viktig samarbeidspartner i primærhelsetjenesten, særlig i arbeidet mot ensomhet og utenforskap. Erfaringene viser at frivillighet fungerer best når rolleavklaringer er tydelige, og når frivillige utfyller – ikke erstatter – offentlige tjenester.

Summen av disse perspektivene understreker behovet for en **primærhelsetjeneste som ser og verdsetter hele økosystemet rundt brukeren**, og som bygger systemer for samarbeid fremfor å lene seg på individuelt engasjement og ildsjeler.

Grenseflater, styring og samfunnsperspektiv

Konferansen synliggjorde at mange av utfordringene i helsetjenesten ikke primært handler om mangel på ressurser, men om hvordan vi håndterer **grenseflater**: mellom sektorer, profesjoner, nivåer og styringslogikker. Fragmentering skaper tap av helhet, ansvarsskyving og slitasje – for både brukere og ansatte.

Flere bidrag pekte på at helseøkonomiske perspektiver alene ikke er tilstrekkelige for å forstå konsekvensene av beslutninger i kommunene. Kommunene opererer i praksis med et **samfunnsperspektiv**, der beslutninger i én sektor får konsekvenser i mange andre. Dette gir kommunene et fortrinn – men også et stort ansvar.

Helsetjenestens «økologi» ble brukt som bilde: De aller fleste helsebehov håndteres – og bør håndteres – i primærhelsetjenesten. Likevel har utviklingen gått i retning av sterkere spesialisering og spisskompetanse, mens breddekompetansen presses. Denne «timeglassformen» er ikke bærekraftig over tid.

Digitalisering ble framhevet som et viktig virkemiddel, men ikke en løsning i seg selv. Uten endring i praksis, organisering og samhandling kan teknologiske investeringer forsterke fragmentering snarere enn å redusere den.

Helsefellesskapene representerer et viktig forsøk på å håndtere grenseflatene mellom kommuner og sykehus. Erfaringene viser potensial, men også klare begrensninger knyttet til frivillighet, manglende juridisk forankring og svakt beslutningsrom.

Hva lærte vi?

- En sterk primærhelsetjeneste er grunnmuren i et bærekraftig helse- og velferdssystem.
- Primærhelsetjeneste på norsk er bredere enn helsetjenester, og dypt integrert i kommunenes samfunnsoppdrag.
- Variasjon er en styrke – men krever felles prinsipper, verdier og retning.
- Generalistkompetanse, kontinuitet og relasjonell kvalitet er like viktige som spesialisering og teknologi.
- Fragmentering mellom nivåer og sektorer er en av de største systemutfordringene.
- Godt arbeid i grenseflatene er avgjørende for bærekraftige helsetjenester.
- Brukere, pårørende og frivillige må ses som medskapere.
- Kommunene må styrkes som helhetsarena – ikke fragmenteres ytterligere gjennom reformer.

Konklusjon: Hva er primærhelsetjeneste på norsk?

Primærhelsetjenesten er den brede, integrerte og lokalt forankrede grunnmuren i helse- og velferdssystemet.

Den ivaretar majoriteten av befolkningens helsebehov gjennom livsløpet, i tett samspill med andre kommunale tjenester, lokalsamfunn, pårørende og frivillige.

Den bygger på verdier som nærhet, kontinuitet, helhet, tillit og likeverd – og på generalistkompetanse, tverrfaglighet og lokal tilpasning.

Kommunene er navet som holder helheten sammen, og primærhelsetjenesten kan ikke utvikles bærekraftig uten å styrke kommunenes rolle, handlingsrom og legitimitet.

Veien videre handler ikke først og fremst om nye strukturer, men om å ta konsekvensene av det vi allerede vet: at **helse skapes nært der folk lever livene sine, og at en sterk primærhelsetjeneste er avgjørende – både i hverdagen, i kriser og for fremtidens velferdsstat.**

Primærhelsetjeneste i norsk og internasjonalt perspektiv

Konferansen startet med et overblikk over hva primærhelsetjeneste er i en internasjonal sammenheng, og et innblikk i norsk primærhelsetjeneste med eksempler fra tre ulike kommuner.

Velkommen og innledning v/ Mari Trommald, avdelingsdirektør Helse og velferd i KS

Mari Trommald åpnet med å understreke at alle ønsker en god helsetjeneste, men at tilliten til at myndighetene klarer å levere tjenester ser ut til å være synkende, og at den solidariske norske innretningen begynner å slå sprekker. I møte med demografisk utvikling, teknologi og bemanningsutfordringer peker alle på behovet for en sterk primærhelsetjeneste. Noen ser til Danmark, England og andre land, men hva betyr det i Norge, som i utgangspunktet har en sterk primærhelsetjeneste forankret i lokalsamfunnene slik WHO anbefaler? Helsereformutvalgets mandat inneholder et kunstig skille mellom omsorg og helse, mente hun, og viste til at i praktisk hverdag er helse og omsorg tett sammenvevd i kommunene. Hun pekte på at endringer tar tid, og at det trengs kunnskap og innsikt i hva som kjennetegner en sterk primærhelsetjeneste, og hva som skal til for å sikre befolkningens tillit på sikt. Dette belyses gjennom innlegg fra mange aktører fra ulike nivåer og med ulike bakgrunner i denne konferansen

WHOs definisjon av primærhelsetjeneste v/Anna Stavdal, Spesialist i allmennmedisin, Universitetslektor UiO, Past President World Organisation of Family Doctors (WONCA)

«It takes a village to raise a child»

Anna Stavdal har vært fastlege ved Bolteløkka legesenter siden 1989, er tilknyttet Universitetet i Oslo og har hatt en rekke høytstående lederposisjoner nasjonalt og internasjonalt, bl.a. i den allmennmedisinske fagutviklingsorganisasjonen WONCA som samarbeider tett med WHO. Hun pekte på Norge som et privilegert land, men at mange av utfordringene her og i andre deler av verden er ganske like. Det vi gjør i Norge henger sammen med det som gjøres i andre land til tross for ulike rammer. Betydningen av primærhelsetjenesten som grunnmur i en effektiv og rettferdig fordelt helsetjeneste er bredt forankret i WHO og i FNs bærekraftsmål gjennom visjonen «Health for all» og «Universal Health Coverage». *Alma Ata-erklæringen*¹ fra 1978 er en hjørnestein, fulgt opp av *Astana-erklæringen*² i 2018. Disse danner grunnlag for WHOs publikasjon *Implementing the Primary Health Care Approach. A primer*³ der data fra svært ulike land presenteres og analyseres, deriblant perspektiver fra *European Observatory*⁴. Primærhelsetjenesten beskrives som en “whole of society approach to health” som skal maksimere nivå og fordeling av helse og trivsel.

Stavdal kom kort inn på begrepene Primary Health Care (PHC), Primary Care (PC) og Public Health (PH), og at det kan være forvirrende når de skal oversettes til norsk språk og norske forhold. Hun gjorde det enkelt ved å si at PC er primærhelsetjenesten i kommunehelsetjenesten, PH er folkehelse og samfunnsmedisin, mens PHC inkluderer alle elementene.

¹ <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

² <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090583>

⁴ <https://eurohealthobservatory.who.int/news-room/news/item/11-12-2025-state-of-health-in-the-eu-2025-country-health-profiles-and-synthesis-report-now-available>



Primærhelsetjenesten kjennetegnes av fire kjernefunksjoner: første kontakt, tilgjengelighet, helhet, kontinuitet og koordinering, for personorienterte tjenester.

Samlet kan PC dekke mer enn 90 prosent av en persons helsebehov gjennom livsløpet, fra vugge til grav. Ifølge WHO har familielegene i nært samarbeid med andre helseprofesjoner et stort potensial for å optimalisere dette. Stavdal viste til familielegens verdier og prinsipper slik WONCA definerer dem: personlig, kontinuerlig, helhetlig, samfunnsbasert og teambasert.

Den norske fastlegeordningen er tuftet på nettopp disse prinsippene, og forskning viser at kontinuitet kan gi lavere bruk av legevakt, færre sykehusinnleggelser og lavere mortalitet⁵. Stavdal understreket at det norske systemet må beskyttes, men også videreutvikles i møte med rekke samfunnsendringer som utfordrer den norske og nordiske modellen, deriblant spesialisering, fragmentering, faglig reduksjonisme, digitalisering som risikerer å undergrave den menneskelige faktoren, markedstenkning og økende sosiale forskjeller som krever prioritering og tilstrekkelig personell.

Hun avsluttet med å understreke sammenhengen mellom samfunn, folkehelse, helsetjenester og primærhelsetjenester; «*When people are cared for and enabled to care for each other, global stability increases*»

⁵ Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84–e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Korte beskrivelser fra et utvalg kommuner og personer med ulike roller.

Lillestrøm kommune v/Björg Torill Madsen, direktør for helse og mestring

«Kompleksitet må ikke ses som et problem, men selve løsningen»

Lillestrøm kommune utenfor Oslo har 97 000 innbyggere og er i sentralitetsklasse 1. Kommunen er godt drevet med visjoner om samskaping, mestring og helhet. Björg Torill Madsen understreket at primærhelsetjenesten ikke er et organisasjonskart eller en tjeneste, men et økosystem. Hun hevdet at kompleksiteten ikke er problemet, men selve løsningen. Når tjenester kobles til sosial støtte, bolig, utdanning, arbeid, aktivitet og tilhørighet, lykkes man bedre. Kommunene er navet som har ansvar for helheten og må bygge tjenestene nedenfra og opp. Regionale og nasjonale strukturer skal muliggjøre og forsterke.

Gjennom prosjektet Teknologiløftet har Lillestrøm laget et langsiktig målbilde og felles teknologisk plattform der digitale løsninger skal virke sammen, og der utenforskap også er et tema. Hun pekte på at de er på god vei, men at store utfordringene med transformasjon ligger foran oss, og at det handler 20% om teknologi og 80% om folk. Derfor har Lillestrøm stort fokus på utdanning og forskning. Madsen understreket at kommunene fortsatt må være en viktig utdanningsarena for helsepersonell, men dette må finansieres bedre enn i dag. Også forskning og utviklingsarbeid i kommunene er dårlig finansiert. Lillestrøm er KSF-koordinator/vertskommune, og har etablert en offentlig PhD i samarbeid med OsloMet. Madsen mente at store kommuner må være regionale motorer i samarbeid med mindre kommuner og med helseforetaket. Helsefellesskapene må få en tydeligere og mer forpliktende rolle.

Bjørnafjorden kommune v/ Arild McClellan Steine, kommunedirektør

«Det viktigste vi gjør er å satse på en god, integrert fastlegeordning»

Bjørnafjorden kommune sør for Bergen har 26 000 innbyggere og er i sentralitetsklasse 4. Den er sammenslått av tidligere Os og Fusa kommuner, som skilles av en fjord. Arild McClellan Steine åpnet med å si at lokalsamfunnet og lokalsamfunnsutviklingen henger tett sammen med primærhelsetjenesten. Kommunene er svært viktige ved at de står nær befolkningen og har helhetsperspektiv gjennom planarbeid, oppvekst, folkehelse, kultur, beredskap, NAV, samfunnsbygging og helse. Dette gir et unikt utgangspunkt og gode diskusjoner og integrering i og av tjenestene. Han fortalte at sammenslåingsprosessen mellom to ulike kommunestrukturer på tvers av en fjord med fergeforbindelse har vært utfordrende og lærerik. Forsøket på å legge ned legevakt-tilbudet i Fusa-delen måtte revurderes etter å ha lyttet til befolkningen. Dialog og åpne ører skaper tillit og gir utviklingsmuligheter. Dette er helt nødvendig i en situasjon med store underskudd der tjenestenivået må flyttes nedover i omsorgstrappen, og der det å bo hjemme lengst mulig betyr at folk må flytte nærmere tjenestene. Omstillingsarbeid må baseres på felles forståelse, og kommunen jobber mye med dialog og involvering av innbyggere, lag og foreninger. Steine beskrev fastlegene som en viktig brikke, men at det mangler nærhet mellom kommunen og fastlegene, blant annet pga stor turnover blant fastlegene. Dette prøver de nå å ta tak i.

Gamvik kommune v/Annette Leinan, Helsefaglig ansvarlig (digitalt)

«Fra brannslukking til risikostyring»

Gamvik kommune på Finnmarkskysten har drøyt 1000 innbyggere og er i sentralitetsklasse 6. Gamvik er Robek-kommune og må prioritere hardt. Det har vært mye uro både på administrativt og politisk nivå, og mange utfordringer på tjenestenivå. Det var bemanningskrise og vakante stillinger, høyt overtidsbruk, underutnyttet avvikssystem, svak læringsløype og manglende

styringsverktøy. Overtidsbudsjettet var på 10 prosent. Kommunen manglet styringskart, planer og systemer, og det var mye brannslukking. Dette har de nå tatt tak i med en målrettet strategi basert på systematisk styring og risikobasert tilnærming inspirert av ISO 31000. De har innført risikoregister, systematikk for avvik, rotårsaksanalyser, hendelsesgjennomganger og reell ansattmedvirkning, alt koblet til planverk og prioriteringer. Viktige spørsmål er: Hva er den største risikoen? Hva må prioriteres først? Konsekvensanalyse ga beslutningsgrunnlag for å pusse opp boliger for sykepleiere der de kunne bo gratis i to år. Dette fungerte: Gamvik fikk over 50 søkere i 2026, mot én i 2025. Kommunen er nå i gang med kommuneplan for helse, risiko- og sårbarhetsplan og beredskapsplan. De gjør rotårsaksanalyser knyttet til velferdsteknologi og politiske vedtak. Sårbarheter er identifisert og de har startet arbeidet med å endre organisasjonskulturen. De har etablert ny møtestruktur, økt åpenhet om hendelser, deling av analyser og læring på tvers av tjenester, der de snur avvik fra å være feil til å være data.

Spørsmål og innspill fra salen til alle innlederne

I samtalen som fulgte ble barn og unges psykiske helse løftet fram. Det ble påpekt at barn og unge med helseutfordringer må møtes på mange andre arenaer enn i helsetjenesten, og kommunene må bli flinkere til å bygge ned skott mellom helse, velferd og oppvekst. FACT ble løftet fram som en god samarbeidsarena mellom første- og andrelinjetjenesten, som blant annet bidrar til mindre reising der avstandene er lange. Når helseforetaket legger ned FACT av økonomiske årsaker rammer det brukere i kommuner som for eksempel Gamvik.

På spørsmål om kompetanse i små kommuner til å drive endringsarbeid og omstilling på en god måte, svarte Anette Leinan at godt, interkommunalt samarbeid der kommuner ofte har kompletterende kompetanse som kan deles på tvers er en måte å jobbe på.

Brukere, pårørende og frivillige

«Ingenting om oss uten oss»

Helsetjenestene er til for hele befolkningen. Alle vil i løpet av livet trenger helsetjenesten. De fleste vil oppleve å være pårørende i kortere eller lengre perioder. Innsats fra pårørende og fra frivillige er limet i samfunnet. Helsetjenesten kan ikke fungere og ikke utvikles uten å ha med pasienter, brukere, pårørende og frivillige.



Ole-Marius Minde Johnsen, landsleder i Mental Helse

«Vi må satse på mestring og relasjoner»

Ole-Marius Minde Johnsen fra Mental Helse representerte bruker-/pasientstemmen med forankring i erfaringer fra hele landet. Disse kan oppsummeres i ett ord: ULIKT. Tjenestene fungerer svært ulikt i ulike kommuner og i ulike helseforetak landet over. Mange opplever dårlig oppfølging etter akuttinnleggelser, og det er en bekymring for den skvisen fastlegene står i, der henvisninger blir avvist og at medisiner fort blir løsningen. De kommunene som får det godt til kjennetegnes av godt samarbeid mellom brukere, organisasjoner og tjenester. I kommuner som gir gode tjenester er det fokus på forebygging, ivaretagelse, mestring og mening, og gode sosiale relasjoner. For brukerne er det viktig å ha et sted å gå til før det blir akutt. Det som virker, er for eksempel lavterskeltjenester og møteplasser der de kan bygge relasjoner. Johnsens budskap var tydelig: Vi trenger mindre ulikhet og større likeverdighet. Tjenestene må bygges rundt pasienten. Forebygging må prioriteres i praksis, og samhandlingen må styrkes. Gode tjenester kan ikke være avhengige av ildsjeler.

Robin Kirknes Andreassen, fagrådgiver i Pårørendealliansen

«Vi kan ikke basere oss på at pårørende skal kompensere for helse- og omsorg».

Pårørendealliansen representerer 800 000 pårørende som gjør en innsats som tilsvarer årsverkene i hele omsorgstjenesten – 140 000. Pårørende melder at de sliter med å finne informasjon, og vet ikke hvem de skal kontakte. Mange opplever manglende anerkjennelse for innsatsen, og opplever at de selv må ta initiativ til samarbeid. Det er lite forskning på pårørendes betydning i samfunnet og de økonomiske implikasjonene. En samfunnsøkonomisk analyse fra Menon Economics anslår verdien av pårørendes arbeid til 64 milliarder kroner i året. Kvinner er mest involvert. De mest utsatte gruppene blant pårørende, er foreldre til barn med langvarig og alvorlig sykdom, personer som står i kroniske og sammensatte lidelser hos nære familiemedlemmer, pårørende til skrøpelige eldre, og familier som lever med psykisk sykdom og rus. Omtrent 30 000 barn havner i varig utenforskap som følge av situasjoner knyttet til psykisk helse eller rus i familien. Andreassen spurte om det er realistisk å satse på at alle skal bo hjemme lengst mulig uten å vite om det finnes pårørende som kan bistå. Det er nødvendig med bedre kartlegging av pårørende og mer systematisk samarbeid og involvering. Etablering av pårørendeavtaler, tydelige roller og bedre informasjon og støtte er tiltak som kan virke. Kommunenes nettsider har stort forbedringspotensial. Til slutt minnet han om at Norge er i endring, med færre storfamilier, fraflytting, behov for to inntekter, flere aleneboende og flere eldre uten nærstående.

Annelise Dyrli Flor, fagansvarlig for eldrefeltet i Røde kors

Annelise Dyrli Flor fra Røde Kors representerte de frivilliges stemmer. Hun fortalte om besøkstjenesten som har eksistert i 75 år, og som omfatter mer enn 10 000 frivillige som når 25 000 mottakere årlig. Besøkstjenesten finnes over hele landet, i små og store kommuner. Formålet er å hindre og lindre ensomhet og utenforskap. Det er en sosial tjeneste, ikke en helsetjeneste, men samarbeider tett med primærhelsetjenesten og har mange samarbeidsavtaler med både institusjoner og kommuner. Frivillige er god folkehelse for både den som gir og den som mottar. Andelen frivillige øker, men de fleste er godt voksne – en av fire i besøkstjenesten er over 70 år. Flor understreket at frivillige ikke skal utføre tjenester knyttet til personlig økonomi eller medisiner, og de skal ikke erstatte hjemmebaserte tjenester eller helsepersonell. Likevel opplever mange etiske problemstillinger rundt det å bli spurt om å gjøre

ting utenfor deres rolle, som for eksempel bistå i måltider når bemanningen er lav. Hun pekte på at det som fungerer bra, er når kommunen har dedikerte ansatte, det er tydelige roller og grenser, gjensidighet, og det legges opp til kurs og kompetansedeling. Besøksvenner kan for eksempel læres opp til å være obs på fallrisiko eller tegn til demens. I en kommune på Østlandet identifiserer kommunens innsatsteam eldre med lite hjelpebehov, men økt risiko for utenforskap, som kobles til aktiviteter eller besøksvenner.

Spørsmål og innspill fra salen til alle innlederne

I den påfølgende samtalen med salen kom det fram at det er nyttig med lokale tilpasninger i ulike deler av landet. Det ble også påpekt at det er en viss overlapp mellom brukere, pårørende og frivillige. Deltakelse i frivillighet kan være en vei ut av isolasjon og ensomhet – frivillighet som hjelp til selvhjelp, men kan også være en risiko for å bli overbelastet. Det er viktig å finne god balanse. Det er mange steder et gjensidig et forventningsgap mellom pårørende og kommunale tjenester. Et nettverkskart rundt pasienter/brukere kan være nyttig – ønske om en mal for dette i journalsystemene. Prosjektet «Social prescribing» - sosial resept – prøves ut i samarbeid mellom fastleger og sosionomer på Haukeland sykehus. Det handler om å følge personer ut i aktivitet ved angst og ensomhet, hjelp til å komme tilbake til samfunnet.

Grenseflater og sammenhenger

Grenseflater finnes innen og mellom organisasjoner, og må håndteres uavhengig av hvilken modell eller struktur helsetjenesten utformes i. Denne bolken ga innsikt i begreper og teorier som kan være nyttig i arbeidet med å forbedre arbeidet i grenseflatene. Helsetjenestene kan ikke sees isolert, men må sees som en del av samfunnet. I dette perspektivet er det for snevert å kun bruke helseøkonomiske analyser og mål. Samfunnsøkonomiske analyser og et samfunnsperspektiv på helsetjenestene er nødvendig.

Silo/nettverk/grenseflater v/seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, Fafo

«Vi burde slutte å snakke om «wicked problems» og i stedet snakke om «wicked systems»

Inger Lise Skog Hansen har arbeidet mye med sosialpolitikk, velferdstjenester og personer med sammensatte behov som møter mange grenseflater i en sektorisert og faglig spesialisert velferdsstat. Hun presenterte tre Fafo-rapporter⁶ for å belyse temaet, og presenterte begrepet «institusjonell logikk» som beskriver hvordan alle organisasjoner/enheter tilpasser seg det oppdraget de er satt til å utføre. Det er langt på vei hensiktsmessig, men kan skape ansvarsskyving og ansvarsfraskrivelse når mange ulike aktører trengs for å hjelpe en pasient. Hun viste til eksempler fra rapporten «I grenseland», som illustrerer hvordan kommune- og spesialisthelsetjeneste opererer i ulike kontekster, med forskjellige mandater, lovgrunnlag og virkemidler. Det oppstår ulik forståelse av brukernes behov, funksjonsnivå og muligheten for å mestre livet i egen bolig.

⁶<https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/i-grenseland-samfunnsvern-og-sikkerhetspsykiatri-i-et-kommunalt-perspektiv>
<https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/trobbel-i-grenseflatene>
<https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/mind-the-gap>

Noen hovedpoenger

- Samordning og samhandling - i et sektorisert system med spesialiserte fagområder og institusjonelle strukturer.
- De store samfunnsoppgavene krever samarbeid på tvers av organisatoriske grenser.
- Forebygging og god hjelp til innbyggerne = krever helhet og sammenheng.
- Bygge relasjonell kapasitet og kompetanse i systemene.



3



Hansen pekte på behovet for ulike modeller for helhetlig samhandling. Det handler om å kjenne til hva andre tjenester og profesjoner kan, anerkjenne deres kompetanse og forstå verdien de har i å løse felles oppgaver. Relasjonelle ferdigheter er viktige – både i møte med andre fagfolk og i møte med barn, unge og familier. Mange vet rett og slett ikke hva folk i andre siloer kan bidra med. Hun understreket at vi må klare å bygge broer: «Boundary theory» handler om avstander – i rom, juridiske avstander og avstanden i hvordan vi anerkjenner hverandre som del av et felles system. Vi må sette brukeren i sentrum og etablere en felles problemforståelse. Man må jobbe sammen, dele informasjon, utvikle felles forståelse og bygge felles praksiser; «Vi må bygge relasjonell kapasitet og kompetanse i systemene»

Bredde-spiss/populasjonsnivåer v/leder Anette Fosse, NSDM

Helsetjenesten og helsepersonells kompetanse må være tilpasset behovene i befolkningen. Fosse viste til forskning som beskriver «helsetjenestens økologi»⁷. Den viser at av 1 000 voksne mennesker rapporterer 750 om helseplager hver måned. Av disse kontakter 250 fastlegen. 9 henvises til sykehus og 5 oppsøker en annen lege, mens 1 blir innlagt i universitetssykehus. Norsk helsetjeneste er i utgangspunktet organisert i tråd med dette, ved at førstelinjetjenesten (kommunehelsetjenesten, samfunnsmedisin og folkehelse) har hele befolkningen som målgruppe, og portnerrollen innebærer at de fleste helsetilstander håndteres der. Andrelinjen (lokalsykehus) mottar pasienter som er selektert fra førstelinjetjenesten, og håndterer de fleste vanlige tilstander som trenger sykehusbehandling, både akutte og kroniske. Dette krever fagspesifikk breddekompetanse og bredt diagnosefokus. Tredjelinjen (regionsykehus/universitetssykehus/spesialsykehus) håndterer tilstander med behov for høyt spesialiserte tjenester, og har et spisset diagnosefokus.

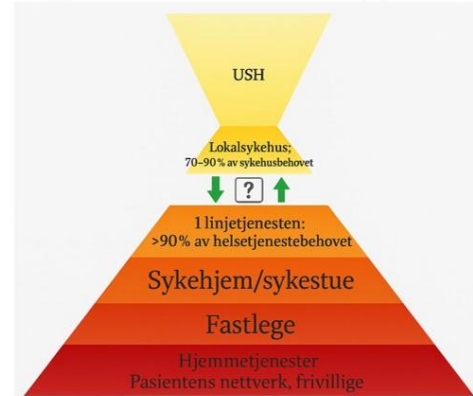
⁷ White, K. L., Williams, T. F., & Greenberg, B. G. (1996). The ecology of medical care. 1961. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (1925), 73(1), 187–212.



Helsepyramiden



Dagens deformerte helsepyramide



<https://indremedisinen.no/2024/12/12/fra-timeglass-til-helsepyramide-generalisten-i-nettverk-kan-redde-helse-norge/>

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

Dette gjenspeiles i pyramidefasongen som ofte beskriver helsetjenesten og behovet for helsepersonell. Utfordringen er at pyramidefasongen er blitt deformert på toppen, med en sterk utvidelse av spissen, mens bredden er blitt mangelfull (pyramiden har fått timeglassfasong). Dette er ikke bærekraftig, mente hun. Den nye spesialistutdanningen av leger forsterker timeglassfasongen. En styrking av breddekompetanse er sentralt for fremtidens helsetjeneste, og utdanning av leger og annet personell må i mye større grad skje der de fleste helsekontaktene skjer – i primærhelsetjenesten og lokalsykehusene.

Samfunnsøkonomisk perspektiv v/postdoktorstipendiat Ingrid Hjort, BI

Ingrid Hjort fra Institutt for samfunnsøkonomi snakket om prioritering i helsetjenesten, og skillet mellom helsetjenesteperspektiv og samfunnsperspektiv. Hun beskrev ulike analyseperspektiver. Politiske prioriteringer setter rammene, men faglige prioriteringer og beslutninger foregår i spesialisthelsetjenesten, folketrygden, kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten. Prioritering i helsetjenesten har vært utredet og diskutert i flere NOUer og stortingsmeldinger, de fleste med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, basert på kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Nytt betyr helseeffekt, ressurs er kostnad i helsetjenesten, og alvorlighet er prognosetap.

I 2025 kom en veileder fra Helsedirektoratet om prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester basert på de samme kriteriene og et utvidet helseperspektiv. Hun påpekte at veilederen går ganske langt ned i beslutningsnivå.

Deretter beskrev hun samfunnsperspektivet: samfunnsgevinst, samfunnskostnad og prinsipielle hensyn. Det løfter blikket. Det er ikke et problem i seg selv at helsetjenesten bruker et begrenset perspektiv, men det blir problematisk når det fører til ulike utfall. Hjorth mente at ressursbruk må ses på tvers av tjenestenivåene. Beslutninger i én sektor påvirker andre sektorer, noe som er veldig tydelig i kommunene. Kommunens perspektiv kan på denne måten være annerledes og mer helhetlig enn et (utvidet) helseperspektiv. Hvis alle sektorer jobber for maksimal

helseproduksjon innenfor sin silo, kan det føre til uheldige konsekvenser for andre sektorer som kriminalomsorg, utdanning, barnehage, omsorgsboliger og barnevern. Den institusjonelle logikken er skrevet ganske tydelig ned i lover og forskrifter, men man kan spørre om det er riktig at det skal være sånn.



Hjort argumenterte for at vi bør bruke et samfunnsperspektiv – og at kommuneperspektivet ligger godt til rette for det.

Spørsmål og kommentarer fra salen

I den påfølgende samtalen kommenterte flere at helse handler om mye mer en helsetjenesten, og at folkehelse og forebygging først og fremst skjer i andre sektorer. En påpekte at det merkes i kommunene når samfunnsperspektivet ikke blir håndtert. Helsereformutvalget ser ut til å ha lite fokus på det som skjer på tvers av veggene mellom helsetjenesten og samfunnet. Ingrid Hjorth kommenterte at hun hadde inntrykk av at i helsesektoren var det eksplisitt at samfunnsperspektiv skulle bort fordi man ville ha ryddigere diskusjoner. Slik ble dette perspektivet skjøvet ut – og nå er det vanskelig å få tilbake. En kommenterte at helsefellesskapene kunne være en arena for å diskutere de ulike perspektivene. Samtidig skjer det også arbeid på tvers av sektorer, for eksempel at det er etablert en tverrsektoriell kjernegruppe for utsatte barn og unge.

Grenseflater i kommunene

I denne bolken ble ulike grenseflater innad i kommunene presentert og diskutert.

Planarbeid i kommunene – fragmenter og helhet v/kommunedirektør Senja, Stine Jakobsson Strømsø

«Vi må styrke kommunene som helhetsarena for å holde velferdsstaten sammen»

Senja kommune i Troms har om lag 15 000 innbyggere og er i sentralitetsklasse 5. Kommunen er en sammenslåing av fire tidligere kommuner. Kommunedirektør Stine Jakobsson Strømsø fortalte om kommunenes planarbeid. Kommunen er stedet der alt møter alt. Kommunene er den første samordnende og helhetlige delen av velferdsstaten. De møtes av lovkrav, reformer og demografiske endringer. Med den demografiske utviklingen må kommunene ha gode lokale planer forankret hos folkevalgte. Men reformenes tid – helsereform, NAV-reformen, fellesskapsutvalg, BPA-utvalg, oppgavefordelingsutvalg – skaper utfordringer. «*Har man et problem – lag en reform. Er dette bra?*», spurte hun. Ved reform ender man ofte med mer fragmenterte tjenester i forsøket på å forbedre dem, mente hun. Kommunene jobber gjennom planverk: de ser tjenester i sammenheng, prioriterer mellom behov, planlegger for demografi og arbeidskraft og bygger bærekraft over tid. Staten jobber ofte gjennom reformer – og skaper ofte ikke en helhet.

Strømsø argumenterte for å tenke langsiktig. Staten må kjenne og anerkjenne planarbeidet i kommunene. Utfordringen er ikke organisering – vi vet hva som kommer: flere eldre, økende behov for yngreomsorg, færre yrkesaktive, knapphet på kompetanse, press på økonomien. Med dette som bakgrunn må vi tenke langsiktig og planlegge hvordan vi løser det.

Folkehelse og helsetjenestene – WHO-definisjon i norsk tapning v/Øyvind Giæver, avd.dir. levekår, Helsedirektoratet

Øyvind Giæver beskrev det norske helsesystemet som bestående av folkehelse og forebygging, primærhelsetjenester og spesialiserte helsetjenester. I en slik helhet er det påfallende at Helsereformutvalget primært fokuserer på forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, finansiering og organisering.

Han påpekte at det som fungerer, ofte ikke er synlig. Helsereformer dukker gjerne opp for å løse problemer som blir synlige over tid. Det er risiko for utilsiktede konsekvenser for det usynlige som fungerer når man gjør reformer.

Han viste til samhandlingsreformen. Målet var å flytte ressurser og personell fra dyre, spesialiserte tjenester til rimeligere, lokale primærhelsetjenester – «løse ting så langt til venstre som mulig». Lengst til venstre på den akse ligger folkehelsearbeidet, det langsiktige bærekraftarbeidet. Med samhandlingsreformen oppsto en bekymring for at venstreforskyvningen skulle bli en høyreforskyvning – at folkehelsearbeidet skulle lide fordi det som haster mest – er mest synlig – får mest oppmerksomhet. Derfor kom folkehelseloven, som pålegger kommunene systematisk folkehelsearbeid og tiltakspålegg. Mange av de andre virkemidlene som ble foreslått i samhandlingsreformen, som sterkere kompetansekrav og øremerking, ble ikke fulgt opp. Giæver Øyvind beskrev folkehelseloven som en suksess – den knytter seg til plan- og bygningsloven og spiller inn i etablerte systemer. Men den virker over mange år, ikke fireårsperioder.

Nå er en ny helsereform underveis for å løse det som haster mest. Spørsmålet er hvordan vi kan hindre en ny høyreforskyvning som svekker folkehelsearbeidet.

Digitalt utviklingsarbeid i kommunen – primærhelsetjenestens digitale grenseflater v/Stian Rugsveen Engen, fagsjef E-helse, KS

«Digitalisering kan være motoren som gjør at vi ikke trenger nye helsereformer»

Stian Rugsveen Engen fortalte at kommunene og KS har etablert samhandlingsstrukturer for digitalisering. Han beskrev dagens situasjon der elektroniske meldinger er den viktigste informasjonskanalen, men at det fortsatt er stort innslag av muntlig informasjon, mangelfull deling mellom EPJ-systemer og begrenset bruk av nasjonale e-helseløsninger.

KS arbeider nå med [Felles journalloft](https://www.ks.no/journalloft)⁸, som støtter anskaffelser og etablerer nasjonale standarder og arkitekturer. De tester samhandlingstjenester for informasjonsdeling. Når data registreres i ett journalsystem, skal de lagres på en felles plattform og være tilgjengelig i sanntid i andre systemer. NEWS2-målinger ble nevnt som eksempel på et kommunalt oversiktsverktøy. Om 5–6 år vil alle kommuner ha anskaffet nye EPJ-systemer, og kommunene samarbeider om dette.

Stortinget har bevilget 1,25 milliarder kroner til utvikling av digitale samhandlingsløsninger: pasientens legemiddelliste, prøvesvar, kritisk informasjon, sentral forskrivningsmodul,

⁸ <https://www.ks.no/journalloft>

pasientens måledata, digitalt helsekort for gravide. Engen mente at dette er oppmuntrende eksempler på godt samarbeid i forvaltningen.

Han understreket at man må ta ett steg av gangen: definere behov og gevinster, utvikle og prøve ut, og deretter innføre. Målet er raskere utbredelse, bedre bruk av teknologi, effektivt og koordinert. Det handler også om forankring, erfaringsdeling og beste praksis.

Kommuneoverlegen – sammenvever av samfunn og helsetjenester v/Eva K. Nordberg, kommuneoverlege i Vestvågøy

«Alle veier fører til kommunen!»

Vestvågøy er en øy i Lofoten med drøyt 11 000 innbyggere i sentralitetsklasse 5. Nordberg tegnet kommunens profil gjennom demografi, bosetting, utdanningsnivå, arbeid og sysselsetting, trygdeytelser og sosialhjelp, kultur, sykdomsforekomst, levealder, dødsårsaker, skader og ulykker, levekår, sosiale forskjeller, strukturelle risikoer, sårbarheter, helsetjenester, samhandling og kvalitet, folkehelsearbeid og beredskap. Kommuneoverlegens – samfunnsmedisinerens – rolle er å holde oversikt og bruke kunnskapen om alle disse elementene i rådgivning og arbeid med utvikling av kommunens sammensatte oppdrag.

Helse- og omsorgstjenesten møter pasientene i mange mikrosystemer. Kommuneoverlegen har ikke pasientkontakt, men er rådgiver på alle planområder – makrosystemene: samfunn og teknikk, oppvekst, helse og mestring. Hun beskrev overgangen fra mikro til makrosystem: å forstå hvor skoen trykker mest.

I noen kommuner er kommuneoverlegen i kombinert stilling mellom samfunnsmedisin og allmennmedisin. Når spesialisthelsetjenesten henvender seg til kommuneoverlegen som leder av fastlegetjenesten, blir rolleforståelse viktig – særlig i en kompleks organisasjon.

Hun løftet også fram helsefellesskapene som et viktig makrosystem som kan ha god bruk for samfunnsmedisinernes kompetanse og perspektiv.

Bærekraft handler om rett kompetanse til rett tid. Kartet må tilpasses terrenget. Hun undret seg over Helsereformutvalgets spørsmål om hvordan robuste, spesialiserte fagmiljøer skal romme lokal kompetanse nær befolkningen: *«et rart spørsmål – alle veier fører til kommunen!»*.

Panelsamtale – innlederne, kommunedirektør i Alstahaug Rachel Elise Berg, Røde kors v/Annelise Dyrli Flor og salen

Alstahaug kommune på Helgelandskysten har drøyt 7000 innbyggere og er i sentralitetsklasse 5. **Kommunedirektør Rachel Elise Berg** var opptatt av å fokusere på mulighetene i distriktene. De er gode læringsarenaer og egner seg godt for forskning som kan komme til nytte nasjonalt. Alstahaug har et forskningssamarbeid med Vestvågøy. Kunnskapsbygging med utgangspunkt i kommunene og i distrikt er viktig for tjenesteutviklingen framover, mente hun. Hun uttrykte bekymring for at helsereformutvalget ikke fokuserer nok på primærhelsetjenesten, distrikt og avstandsutfordringer. Og hun løftet fram helsefellesskapene som viktige arenaer i tiden som kommer.

Folkehelse og forebygging ble av flere løftet fram som altfor viktig til å kutte i, og disse perspektivene må gjennomsyre alle planområder i kommunene.

Annelise Dyrli Flor fra Røde Kors løftet fram frivilligstemmen. Hun etterlyste bedre digital støtte for frivillige, og sa at de er interessert i samarbeid om å utvikle digitale flater. Både hun og fastleger i salen sukket over det litt uhåndterlige mangfoldet i kommunenes hjemmesider, og

etterlyste bedre samordning og framfinnelighet. Dette ble fulgt opp av brukerrepresentanten fra Mental Helse som mente at brukere setter stor pris på at tjenesten har informasjon tilgjengelig, men det er krevende når informasjon må mates inn i mange ulike systemer. Både innlegging og tilgang til informasjon må kunne gjøres enklere, samtidig som at informasjonen må være sikker for innsyn. Engen fra KS pekte på at HelseNorge er verktøyet for dette, og at det trengs flere tjenester i Helsenorge som er nyttige i kommunal sammenheng. Samtidig må sikkerhet ivaretas ved at det må være logging av hvem som har sett hvilke opplysninger.



I den videre samtalen om digitalisering var flere opptatt av samarbeid og samordning, både mellom kommuner og fra myndighetenes side. Mange kommuner er små, og har nytte av at KS har tatt på seg rollen som digital samordner. Samtidig ble det påpekt at avanserte løsninger ikke alltid er hensiktsmessige i små kommuner. Små steder har sine fordeler med korte kommunikasjonslinjer og god lokal kjennskap til hverandre. Dette gjelder ofte også i samarbeid med frivillige, brukere og pårørende.

På slutten av samtalen kom bruk av KI opp, og hvordan KI vil prege primærhelsetjenesten framover. Her er noen momenter fra diskusjonen:

- Det offentlige (Helse Norge) må inn å konkurrere med chat GPT
- Det offentlige må være det foretrukne alternativet fordi det trengs kvalitetssikring
- Alternativt, bør det offentlige heller sørge for at informasjonen er tilgjengelig sånn at den blir gjengitt riktig av tjenester som chat GPT?
- Kan KI avlaste helsetjenesten? KS mener AK kan brukes mer rasjonelt og blant annet redusere personellbruk
- Befolkningen trenger å kunne drive god kildekritikk

Grenseflater mellom nivåene

Grenseflatene mellom nivåene handler både om interaksjoner mellom klinikere rundt en pasient, om pasientenes veier mellom ulike deler av helsetjenestene, og om samarbeid (eller mangel på samarbeid) mellom organisasjoner. Helsefellesskapene er i økende grad sentrale i å utvikle og smøre grenseflatene mellom nivåene. I denne bolken fikk vi presentert ulike varianter av helsefellesskap, etter en innledning fra fagsjef for samhandling i KS, Madli Indseth.

Kort innlegg om KS og helsefellesskapene og hva helsefellesskap er. Hvilke muligheter har kommunene? Hva skal til for å gjøre dem mer brukernære for kommunene og for innbyggerne? v/Madli Indseth, fagsjef samhandling, KS

Hun beskrev først helsefellesskapenes mandat og overordnede struktur, og viste til at «gullet» i helsefellesskapene er at alle kommuner og alle deler av sykehustjenesten er representert. Målet er felles strategisk utvikling. Hvis man får til innovasjon og samarbeid, kan man finne gode løsninger tilpasset lokale forhold, som også kan brukes andre steder, mente hun.

Rammer og virkemidler er konsensusbaserte. Sykehus og kommuner har ulike styringslinjer og utgjør ingen juridisk enhet. Dette er en utfordring med tanke på forankring og gjennomføringskraft. Det finnes tilskudd for kommunale samhandlingskoordinatorer, rekrutteringstiltak, samhandlingstilskudd og prosjekt X (14 utprøvinger). Andre virkemidler er styringsinformasjon, beslutningsstøtte, samhandlingsnettverk i regi av Helsedirektoratet, kommunale samhandlingsnettverk i regi av KS og nasjonalt nettverk med RHF-ene og KS. En Rambøll-rapport fra 2023 beskrev helsefellesskapene som umodne⁹. To nye FoU-rapporter er på vei, med mulige nye svar.

Hun understreket at videreutvikling av helsefellesskapene avhenger av åpen dialog, likeverd, gjensidig informasjon, tydelige føringer og oppdrag, bedre kunnskap og styringsinformasjon og håndtering av juridiske og økonomiske barrierer.

Ahus: der sitter kommunedirektørene i strategisk samarbeidsutvalg v/Adelheid B. Kristiansen, kommunedirektør i Nittedal

Helsefellesskapet består av Ahus og 21 kommuner fordelt på fire kommuneklynger/regioner. De har en samhandlingskoordinator i hver region. Området dekker til sammen 510 000 innbyggere. Partnerskapsmøtet inkluderer ordførere, fastleger, styreleder og administrerende direktør. Det strategiske samarbeidsutvalget (SSU) består av kommunedirektører, kommunalsjefer helse, kommuneoverleger og øverste ledere i Ahus. Hun beskrev viktigheten av å prioritere SSU, ha samhandlingskoordinatorer i 100 % stilling, ha formøter mellom kommuner og briefingmøter etter, samt formøter mellom kommuner og Ahus i spesielle saker. AU er velfungerende og ledes nå av kommunene.

Målet er å sikre helhetlig innsats og samhandling for å levere bærekraftige og sammenhengende tjenester. De arbeider nå med sårbare grupper, håndtering av overliggere, psykisk helse og tvang, samt rehabilitering. Samhandlingen forankres og styrkes gjennom sikring av felles innsikt og likt kunnskapsgrunnlag. Samhandlings- og rekrutteringsmidler brukes aktivt.

⁹ <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/fou-rapporter/kartlagt-19-helsefellesskap--fortsatt-en-vei-a-ga/>

Nord-Trøndelag: Ordførerne er på banen og møtes jevnlig for å diskutere mellom partnerskapsmøtene v/Jonas Sjørmæling, samhandlingsleder for kommunene, Levanger

Sjørmæling åpnet med å si at det finnes to helsefellesskap i Trøndelag; helsefellesskapet i søndre Trøndelag med St Olavs hospital som det store sykehuset, og helsefellesskapet i nordre Trøndelag med to lokalsykehus (Levanger og Namsos). Det er store politiske og kulturelle forskjeller mellom disse helsefellesskapene. Sjørmæling fokuserte i fortsettelsen på helsefellesskapet i nordre Trøndelag.

Han stilte spørsmålet: Hva er samhandling? Det er samspill eller vekselspill i aktivitet med hverandre. Han siterte Nils Arne Eggen: «Den høyeste formen for samarbeid er når individene ikke må, men vil, nå et felles mål.»

I nordre Trøndelags helsefellesskap har de valgt en litt uvanlig vri. De har etablert et PSU – politisk samarbeidsutvalg – består av seks ordførere, fem styremedlemmer fra Helse Nord-Trøndelag, fastlegerepresentant, to brukerrepresentanter, statsforvalter, fylkeslege, fylkesordfører, KS-regiondirektør, representant for Helse Midt-Norge, leder og nestleder i ASU og samhandlingssjefer. PSU møtes 4–5 ganger i året. De har også innspillmøter.

Han beskrev skillet mellom politikk og administrasjon, og at ordførerne er best til å ivareta kommuneperspektivet og helheten fordi helse bare er ett av 20 områder de har ansvar for. Prioritering må til, og rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er nyttig.

Sjørmæling pekte på følgende suksesskriterier:

- Likeverdighet er viktig
- Viktig at medlemmer i helsefortaksstyrer har kommunal innsikt
- Forankring tar tid – et evigvarende prosjekt
- Økonomi hjelper

Helgeland: Om Helgelandslegen og andre samarbeidsprosjekter v/interkommunal samhandlingsleder Eline Monsen

Helgeland er en utpreget distriktsregion. Helsefellesskap Helgeland består av Helgelandssykehuset og 17 kommuner som alle er i sentralitetsklasse 5-6, foruten Rana og Vefsn i sentralitetsklasse 4. Samarbeidet skjer gjennom dialogmøter, partnerskap, strategisk utvalg og faglige samarbeidsutvalg. Helsefellesskapet har vedtatt «Helgelandserklæringen 2025-27» med definerte innsatsområder. Monsen beskrev hvordan innsatsområdene tas inn i operativt arbeid. Prosjektet Trygt hjem - Interkommunale kartleggingsteam Helgeland er et Prosjekt-X. Andre prosjekter er digitale forløp, rekruttering, kompetanse, intermediær omsorg, tverretattlig rehabilitering og tjenestemodeller for kronikere. Målet er bedre pasientforløp og tryggere overganger. Et viktig samarbeidsområde for helsefellesskap Helgeland er rekruttering og stabilisering av leger og sykepleiere. Et eksempel er prosjektet [Helgelandslegen](https://helgelandslegen.no/)¹⁰ som ble etablert av Kommuneoverlegeforum Helgeland og senere forankret i helsefellesskapet.

¹⁰ <https://helgelandslegen.no/>

Panelsamtale – innlederne, ordfører i Grimstad (H) Beate Skretting, kommunedirektør i Ål Karsten Popp Dideriksen, landsleder i Mental Helse Ole-Marius Minde Johnsen, og salen

Som overgang til panelsamtalen var ordfører i Grimstad, kommunedirektør i Ål og landsleder i Mental Helse invitert til å komme med noen refleksjoner.

Beate Skretting, ordfører i Grimstad, fortalte at Agder har 25 kommuner, og det er vanskelig å få samlet alle. Det er krevende å få arbeidet forankret hjemme i egen kommune og i regionen. De har gjennomført to halve dager i kommunen med workshop om samhandling. Det er krevende, fordi man har ulike roller og hatter, men hun opplever å ha stort utbytte av å jobbe innenfor helsefellesskapet.

Karsten Popp Dideriksen, kommunedirektør i Ål i Hallingdal, beskrev Hallingdal sjukestugu, der seks kommuner og helseforetaket samarbeider om en avdeling med trombolyse, dialyse og sengepost. Dette reduserer gråsonene og gir forutsigbarhet for innbyggerne. Utfordringen oppstår når kommuneøkonomien spiller inn – «*Kommunene glemmer å samhandle når økonomien krasjer*».

Ole Marius Johnsen fra Mental Helse bemerket at begge regjeringer har vært positive til helsefellesskapene, men at oppbyggingen og involveringen varierer. Det er politiske kamper, og langsiktighet er avgjørende. FACT-team er gode eksempler. Interkommunalt samarbeid er nødvendig: kommuner med 300 innbyggere kan ikke ha de samme tjenestene som kommuner med 30 000. Brukere ønsker trygge digitale plattformer og mulighet til å ha samtaler med spesialister i kommunale rom – et argument for brukerstyring.



I den påfølgende samtalen ble det fokus på hvordan man samler kommuner, og følgende momenter kom opp:

- Helgeland: Arbeidet i helsefellesskapet har samlet Helgeland til en region. Helselederforum og kommuneoverlegeforum er viktige premissgivere inn i Helsefellesskapet
- A-hus: De fire samhandlingskoordinatorene er viktige. Bruker tid på å diskutere kommunene imellom og blir enige, før de går i møte med helseforetaket. Har ofte harde diskusjoner, men blir enig.

- Noen uttrykket bekymring for at Helsefelleskapene er så ulikt organisert, og skepsis til organiseringen i Nord-Trøndelag hvor politikerne er mye involvert og hvor også RHF-et er involvert. Dette ble besvart med at RHF'ene er en joker så lenge deres rolle er udefinert.
- Noen reflekterte over at det ikke alltid mulig å bli enig kommunene imellom, og at dette er i noen tilfeller helt greit og viktig.
- Det ble understreket at det er viktig å skille mellom hva som er politikk og hva som er administrasjon. De politiske diskusjonene skal tas på rett nivå.

Grensearbeid – hva må til?

Grenseflater oppstår uavhengig av organisering. Godt arbeid i og med grenseflater er avgjørende for å løse utfordringene i samfunnet generelt og i helsetjenesten spesielt. Professor Bjørn Erik Mørk er organisasjonssosiolog ved institutt for strategi og entreprenørskap på BI. Han har forsket mye på grensearbeid.

Innlegg v/professor Bjørn Erik Mørk, BI

I foredraget «Grensearbeid – Hva må til?» belyste Professor Bjørn Erik Mørk fra Handelshøyskolen BI sentrale utviklingstrekk i primærhelsetjenesten. Han problematiserte spesielt hvordan nye løsninger ofte introduseres uten at man først har stilt det grunnleggende spørsmålet: Hva er egentlig problemet vi søker å løse? Han viste til Amy Edmondson som under



Oslo Business Forum i 2022 påpekte at: «*Det er vanskelig å lære dersom du allerede har svaret*». Reell læring forutsetter refleksjon, men i en travel hverdag opplever mange ledere at nettopp refleksjon er det vanskelig å finne rom for.

Når kompleksiteten i sektoren øker, forsterkes behovet for å jobbe på tvers. Det er imidlertid viktig å huske at samarbeid og samhandling aldri er mål i seg selv. Målet er å koble sammen relevant ekspertise og ressurser for å løse oppgavene bedre. Samarbeid bør være både «disiplinert» (Morten Hansen¹¹) og «smart» (Heidi K. Gardner¹²). Møteplasser brukes mye i primærhelsetjenesten. Mens gode møter blant annet bidrar til koordinering og informasjonsdeling, funksjonelle konflikter som gir økt problemforståelse og bedre løsninger, fatte beslutninger med mer, viser både forskning og erfaring at dårlige møter har en høy pris. De er ikke bare negative for produktiviteten, men går også utover tilfredshet, motivasjon, tid til å gjøre oppgaver, og man er mindre tilgjengelig for andre. Mange kjenner på en «kognitiv bakrus» med en mangel på fokus og energi som vedvarer lenge etter at møtet er avsluttet.

¹¹ Hansen, M.T. (2009), *Collaboration: How Leaders Avoid the Traps, Build Common Ground and Reap Big Results*. Boston: Harvard Business School Press

¹² Gardner, H. K., & Matviak, I. A. (2022). *Smarter collaboration: a new approach to breaking down barriers and transforming work*. Harvard Business Review Press.

Mørk la videre vekt på betydningen av psykologisk trygghet, og forklarte seks utbredte misforståelser om begrepet. Når praksiser endres, oppstår det som i faglitteraturen kalles *grensearbeid* (boundary work). Dette beskrives som «målbevisste individuelle og kollektive forsøk på å påvirke grenser og skillelinjer mellom grupper, profesjoner og organisasjoner» (Langley et al., 2019¹³). Vi kan skille mellom tre former for grensearbeid: Konkurrerende, samarbeidende og sammenkoblende¹⁴. I primærhelsetjenesten finner vi mange eksempler på alle disse formene. For ledere er det avgjørende å gjenkjenne hvilken form for grensearbeid som utspiller seg, for å kunne navigere i styrkene og utfordringene hver av dem fører med seg.

Spørsmål og kommentarer fra salen

Flere kommenterte at det var nyttig å høre at samhandling ikke er svaret på alt, og at det er nødvendig med nyansering om når samhandling bør prioriteres, og når ikke.

Utdanning av helseledere er et viktig område som engasjerte. Det ble pekt på at topplederprogrammet bidrar til at ledere får gode nettverk og orker å stå i jobben. Det ble også understreket at avdelingsledere er nøkkelen for å få til endring, og at det er på det laveste ledernivået i kommunen det er viktig å utvikle lederskapet. Utdanningen gir et språk for det de holder på med og et faglig nettverk.

Myndighetenes blick på primærhelsetjenesten

Kommuner og helsepersonell i primærhelsetjenesten må hele tiden forholde seg til myndighetenes blick, og balansere nasjonale føringer med lokale forhold. I denne bolken fikk vi noen refleksjoner fra myndighetsnivået representert ved helsedirektoratet, FHI og Statsforvalter/fylkeslege.

Primærhelsetjenesten sett fra Helsedirektoratet v/divisjonssjef Helen Brandstorp

«Tillit fungerer som lim.»

Helen Brandstorp tok utgangspunkt i sin bakgrunn fra distriktsmedisin. Hun hentet frem WHO's definisjon av helse som en helhetlig samfunnsmessig tilnærming og drøftet hvordan man kan styrke dette perspektivet. Det er et stort system som må henge bedre sammen. Variasjon og bredde kvaliteter må forstås bedre. Tverrsektorielt samarbeid må prioriteres, særlig når det gjelder barn og unge, og beredskap må inkluderes tydeligere.

Hun understreket at folkehelse og forebygging er grunnleggende, og nevnte folkehelseloven (2012) som har styrket kommunal innsats – fra 4,2 % til 5,6 % – mens innsatsen i staten har falt.

Det er mye å lære av beredskapens logikk, mente hun. Etter 11. september 2001 oppsto en tendens til sterk standardisering, men det er mye naturlig variasjon, og den må man spille på lag med, ikke



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

¹⁴ <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/endringer-forer-til-grensearbeid/304150>

lukke ned. *Uønsket variasjon er et spørsmål om perspektiv.* Prinsippene om ansvar, nærhet og likhet står sterkt i norsk beredskap. Etter 22. juli fikk vi i tillegg samvirke som prinsipp, og EU har i sin vurdering gitt Norge gode tilbakemeldinger på dette. Hun nevnte også at den norske organiseringen av legevakt-legevaktsentral-AMK er gode strukturer.

ECDC og EU-kommisjonen gjennomførte en gjennomgang som viste at kommunene må støttes bedre. Samtidig fant de at mye henger godt sammen fordi helsevesenet formes av natur, kultur, struktur og et velfungerende demokrati. Hun pekte på styrker i beredskapen: gode nettverk, strukturer og kultur, og at variasjon og bredde må forstås bedre.

Primærhelsetjenesten sett fra FHI v/direktør Guri Rørtveit

Guri Rørtveit forklarte hvorfor primærhelsetjenesten er så viktig:

- Den er kostnadseffektiv
- Den bedrer folkehelsen
- Den skaper bedre fordeling i helsetjenesten

Men det handler ikke bare om å ha en primærhelsetjeneste – den må være god. Fastlegeordningen har levd lenge uten tydelig ledelse og samordning. Det må forbedres.

Hun tok for seg fremtidens helseutfordringer. Levealderen stiger, men forventede friske leveår flater ut. Vi får flere leveår med sykdom. De viktigste kostnadsdriverne framover blir demens, diabetes og hjerneslag – og sannsynligvis psykisk helse.



Hun pekte på felles bakenforliggende risikofaktorer som påvirker mange sykdommer samtidig. Sosial ulikhet i helse er betydelig: 7,1 års forskjell i levealder for menn, 5,5 år for kvinner. Det handler også om helsetap og arbeid. Psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser gir stort tap for både den enkelte og samfunnet.

Rørtveit knyttet disse forholdene til helsereformutvalget og bærekraft. Hun understreket at helheten er viktig. Politikerne er veldig opptatt av ventetider i sykehus, fordi ventetidene påvirker tillit. Det gir et spesialisthelsetjenestefokus for å ta ned ventetider. Men de glemmer å spørre hvorfor det blir slik. Spesialisthelsetjenesten er avhengig av hva kommunene og fastlegene gjør. Mye av nøkkelen til kortere ventetid handler om å begrense innstrømmen, og der er det kommunene som sitter på verktøyene. Tverrsektoriell forebygging er helt avgjørende. Samtidig pekte hun på at forebyggende tiltak ikke nødvendigvis reduserer helsekostnader, men kan gi bedre liv og mindre kostnader i andre deler av samfunnet.

Hun trakk fram at vi mangler mye kunnskap og trenger mer klinisk forskning som er relevant for de store sykdomsgruppene i primærhelsetjenesten.

Avslutningsvis viste hun til [Kommunens sykdomsoversikt, KoSy](https://www.fhi.no/hd/kommunens-sykdomsoversikt--kosy/)¹⁵ – sanntidsdata – som er gull i beredskapssammenheng og for å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen.

¹⁵ <https://www.fhi.no/hd/kommunens-sykdomsoversikt--kosy/>

Primærhelsetjenesten sett fra fylkeslege v/Anne Grethe Olsen, Fylkeslege i Troms og Finnmark

Anne Grethe Olsen har bred erfaring fra arbeid som fastlege, kommuneoverlege, samhandlingsleder i UNN og nå som fylkeslege i Troms og Finnmark. Hun åpnet med å beskrive fylkeslegens roller: Tilsynsmyndighet, Veileder og samfunnsaktør, Beredskaps- og kriseleder. Selv om de fleste kanskje forbinder fylkeslegen mest med tilsynsrollen, utgjør den bare om lag halvparten av jobben.

Fra hennes ståsted ser hun at det er mye ulikhet og stor variasjon i kommunene, og at antall saker øker. Fylkeslegen får gjennom meldte saker en god oversikt over utfordringer i både kommuner og sykehus. Hun understreket at tilsynsmyndighetene prøver å flytte fokus fra individ til system.

Olsen viste til at det er store forventninger til primærhelsetjenesten om å gi innbyggerne tilgjengelige, likeverdige og trygge helse- og omsorgstjenester, og at pasient- og brukerrettighetene i Norge er veldig sterke sammenlignet med andre land. Mange opplever likevel å ikke få de tjenestene de bør ha. Det ser ut til at ventetid ikke er det største problemet i Nord-Norge, mens mangel på tilgjengelig kompetanse er utfordrende både i kommuner og sykehus.

Hun trakk fram at det blir mange flere innbyggere over 80 år, og at det blir utfordrende for både kommuner og sykehus. Blant annet vil mange få kreftsykdommer som følger med økende alder, og som det må være utrednings- og behandlingsskapasitet for. Sykehusene må ha nok sengekapasitet til å ta imot eldre og andre pasienter med sammensatte behov, og til å ha dem inneliggende tilstrekkelig lenge til at helhetlig utredning og behandling kan gjennomføres.

Olsen fortalte om en sterk, faglig profesjonskultur i primærhelsetjenesten, preget av stor autonomi. Fastlegeordningen var en positiv reform som grunnmur i en sterk primærhelsetjeneste, men det er stor turnover av både fastleger og annet helsepersonell i mange kommuner. Hun ser at et langsiktig perspektiv mangler i en del kommuner, og at det mangler ledelse og internkontrollsystemer. Samtidig er mange kommuner mer villig til å prøve ut digitale løsninger enn helseforetakene er, mente hun.

Invitert kommentar fra Grete Syrdal, direktør Helse og velferd i Bærum kommune

Bærum kommune har 133 000 innbyggere og er i sentralitetsklasse 1. Syrdal fortalte at de har et storbyperspektiv, selv om Bærum ikke har ett definert sentrum, men mange kjerneområder, og i manges øyne er en forstadskommune til Oslo. Mange av utfordringene man finner i andre storbyer også finnes i Bærum. Hun kommenterte alle pågående utredninger og reformer med å sitere Torbjørn Rød Isaksen: «Ingen tror på nåtiden». Når det gjelder en ny helsereform stilte hun spørsmålet om vi skal ha fokus på struktur eller virkemidler når vi designer fremtidens helsetjeneste. Hun pekte på at arbeid med helseperspektivet i en kommune er mye bredere enn i eksempelvis et helseforetak, og understreket at med en god primærhelsetjeneste er vi rustet for både fredstid og kriser. Samtidig er det utfordringer av både økonomisk og personellmessig art. Bærum kommune forbereder mangelen på framtidig arbeidskraft med blant annet å satse målrettet på at eldre skal kunne bo hjemme, ved å ta egne, gode valg for det. Næringslivet er tett involvert med å bygge egnede boliger, og kommunen har lagt ned hundrevis av sykehjemsplasser for å dreie tjenestene i retning av hjemmeboende. Hun stilte også spørsmål ved om det skal være en kommunal oppgave å sørge for at folk er fysisk aktive, eller om mer ansvar bør forventes av den enkelte.

Panelsamtale – innledere + Anita Vatland, generalsekretær i Pårørendealliansen + salen

Til den påfølgende panelsamtalen var generalsekretær i Pårørendealliansen, Anita Vatland, invitert, i tillegg til innlederne. Vatland understreket den avgjørende rollen pårørende spiller, spesielt i lys av myndighetenes ønske om at personer med omsorgsbehov skal bo hjemme lengst mulig. Hun etterlyste et lederansvar for å følge opp de pårørende. Det er blant annet stort behov for digital kommunikasjon mellom helsetjenestene og pårørende. «Hjelp oss å hjelpe» var Vatlands budskap.

I panelsamtalen ble det vist til at helsedirektoratet har fått mange oppdrag som dreier seg om involvering av pårørende, så det er stor oppmerksomhet rundt den viktige rollen pårørende har. Digihelse er et lovende kommunikasjonsverktøy, men mye av kostnadene ligger på kommunene. Dette er en utfordring i trange økonomiske tider.

Flere var inne på at vi må tenke nytt når det gjelder fysisk aktivitet, særlig når det gjelder sekundærforebygging. Det er stort behov for synkronisering mellom statsforvalter, fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeidet; slik det er nå, er det lite samarbeid mellom etatene.

Samle trådene – veien videre for primærhelsetjeneste på norsk

Hvordan bruke begrepene og bildene vi har diskutert til å beskrive praksis/utvikling, beskrive en verktøykasse med ulike verktøy (elementer) som passer ulike deler av landet og ulike situasjoner.

Oppsummering og refleksjon om primærhelsetjeneste på norsk og det vi har hørt v/Bjørn Guldvog, spesialrådgiver Internasjonalt samarbeid, Helsedirektoratet

Bjørn Guldvog, tidligere helsedirektør, har bred erfaring og stor innsikt i norsk og internasjonal helsetjeneste. Han understreket innledningsvis at han ikke representerte Helsedirektoratet på denne konferansen, og at han snakket fritt utfra sine egne perspektiver. Han mente at konferansen, med utgangspunkt i dagens situasjon i norsk primærhelsetjeneste og utfordringene i spillet mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten, brukere og pårørende, hadde løftet fram viktige perspektiver og mulighetsrom. Han ønsket å utfordre etablerte tanker og oppmuntre til mer radikal og helhetlig tenkning om helsetjenestens videre utvikling – å tenke enda mer ut av boksen.

Guldvog tok utgangspunkt i at vi i Norge deler et solid verdigrunnlag der primærhelsetjenesten skal utgjøre grunnmuren i likeverdige helsetjenester.

Primærhelsetjenesten dekker om lag 90 prosent av befolkningens helsebehov, og bygger på verdier som kontinuitet, helhet, nærhet og tillit. Han viste til forskning og internasjonale sammenlikninger som klart dokumenterer at sterke primærhelsetjenester gir bedre helseutfall, lavere dødelighet og mindre sosial ulikhet. Kommunene har en nøkkelrolle som nav i systemet, forankret i lokaldemokratiet, og er arenaen der de fleste tjenester og livsarenaer møtes.



Bjørn Guldvog, lege, dr. med. Spesialrådgiver
Tidligere helsedirektør (2012-25),
ass. helsedirektør, professor i samfunnsmedisin
Bergen, instituttsjef helsetjenesteforskning,
fastlege, sykehuslege, sykehjemslege.

Opptatt av: Mennesker, ledelse, kvalitet,
resultater, kompetanse, medskapning, beredskap,
bærekraft, god helse- gode liv, internasjonal og
global helse

Samtidig pekte Guldvog på utviklingstrekk som utfordrer denne modellen. Tilliten til helsetjenesten er fortsatt høy, men viser tegn til gradvis svekkelse. Demografiske endringer, økt etterspørsel etter tjenester og knapphet på helsepersonell legger et betydelig press på kommunene. Mange kommuner opererer allerede på eller over grensen av sin kapasitet, noe som forsterker sårbarheten i systemet, mente han.

En gjennomgående problemstilling i Guldvogs innlegg var fragmenteringen i helsesystemet. Han viste til at spenningen mellom statlig styrt spesialisthelsetjeneste og lokaldemokratisk forankret kommunal helse- og omsorgstjeneste skaper strukturelle bruddflater. Ulike styringslogikker, finansieringsordninger, mandat og lovgrunnlag bidrar til manglende helhet. Guldvog pekte på at helsepersonell utdannes sammen, men møter i praksis to ulike systemer som både samarbeider og konkurrerer. Dette sliter på både ansatte og ledere, og han pekte på at det er brukerne som ofte betaler prisen når tjenester ikke henger godt nok sammen, særlig i overgangene mellom nivåene.

Guldvog beskrev helsetjenesten som bestående av tre øyer: kommunen, fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Fastlegeordningen bygger på andre prinsipper enn både kommune- og spesialisthelsetjenesten, og er utilstrekkelig integrert i helheten. Det brukes mye tid og ressurser på å bygge broer mellom øyene. Han poengterte at brukerne ikke har vært med på å designe denne løsningen, og at brukernes og pårørendes stemmer er for svake i hvordan tjenestene designes og utvikles i Norge. Guldvog viste til den omfattende, men i stor grad usynlige, innsatsen som pårørende yter. Denne innsatsen har store samfunnsøkonomiske konsekvenser, og bidrar samtidig til belastning, utenforskap og risiko for negative følger for barn og familier. Han viste også til den store innsatsen frivillige yter, og spurte om pårørende og frivillige i praksis fungerer som et systemkritisk sikkerhetsnett for et presset kommune-Norge.

Guldvogs innlegg bygget både på det vi hadde hørt gjennom konferansen, og på hans egen kunnskap og erfaring. Han løftet fram tre perspektiver som utfordrer: Samfunnsøkonomi vs helseøkonomi, den usynlige omsorgen fra pårørende, og frivilligheten.

Et annet sentralt poeng ifølge Guldvog, er at helsetjenestene planlegges ut fra feil premisser. Kompetanse og ressurser innrettes ofte mot sjeldne, høyt spesialiserte tilstander («sebraene»), mens de vanligste behovene hos majoriteten av befolkningen («hestene») får mindre systematisk oppmerksomhet. Det utfordrer bærekraften i helsetjenesten, påpekte han. Guldvog etterlyste

TRE PERSPEKTIV SOM UTFORDRER



Kilde: Kompetansebroen Innlandet

1. Samfunnsøkonomi vs. helsetjeneste-økonomi (Ingrid Hjort)
 - Prioriteringskriterier basert på helsetjenestens perspektiv
 - Kommuneperspektivet er bredere – ser helse i sammenheng
2. Den usynlige omsorgen
 - 800 000 pårørende = 140 000 årsverk = 64 mrd kr/år
 - 72% av kostnadene bæres privat
 - Er det pårørende som skal redde kommune-Norge?
3. Frivilligheten
 - 50% opplever oppgaver utover sin rolle
 - Skal velferdsstaten baseres på at naboer hjelper til?

mer generalistkompetanse og bedre planlegging basert på det faktiske og forutsigbare behovsbildet i befolkningen.

Når det gjelder digitalisering omtales det ofte som en viktig del av løsningen, men Guldvog understreket at digitalisering ikke er en løsning i seg selv. Uten endring i praksis, organisering og finansiering, gir ikke teknologiske investeringer nødvendigvis gevinst. Manglende samhandling mellom journalsystemer og digitale løsninger fører i dag til gjentakelser, ineffektivitet og frustrasjon for brukerne. KI kommer til å prege måten vi jobber på mye mer enn vi nå kan tenke oss, men teknologi alene kan ikke kompensere for strukturelle svakheter i organisering og styring, hevdet han.

Guldvog anså Helsefellesskapene som et lovende virkemiddel for bedre samhandling mellom kommuner og sykehus. Der de fungerer godt, har de gitt konkrete resultater gjennom felles mål og kunnskapsgrunnlag. Samtidig pekte han på begrensningene: helsefellesskapene er konsensusbaserte, mangler juridisk forankring, felles budsjett og tydelig ansvar, og krever betydelig vedlikehold og energi.

Beredskap er et sentralt tema, og helsetjenesten er en helt nødvendig del av totalberedskapen. Guldvog oppsummerte innsikter fra konferanseinnleggene slik:

Beredskap, variasjon og helhet – innsikter fra Dag 2	Utvidet beredskapsforståelse Beredskap handler nå om styrken i hverdagsstrukturene, ikke bare krisehåndtering.
	Variasjon som tilpasningsevne Naturlig variasjon i tjenester og lokalsamfunn styrker tilpasningsevnen, ikke et svakhetstegn.
	Tverrsektorielt samarbeid Helsetjenester krever samarbeid mellom skole, NAV, bolig, frivillighet og lokalsamfunn for effektiv beredskap.
	Helhetlig robust beredskap Robust beredskap bygges i fellesskap med støtte til kommuner, felles planverk og øvelser.

Han oppsummerte hvorfor en sterk primærhelsetjeneste er – og fortsatt må være – bærebjelken i helsesystemet:

- **Primærhelsetjenestens viktighet**
 - Primærhelsetjenesten er bærebjelken som holder hele helsesystemet sammen og sikrer kostnadseffektiv helsehjelp.
- **Fremtidens sykdomsbyrde**
 - Økt forekomst av demens, diabetes og psykiske lidelser krever en sterk og bredt orientert førstelinje i helsetjenesten.

- **Behov for ledelsesforankring**
 - Sterk ledelse og tydelig rammeverk er nødvendig for å styrke fastlegeordningen og primærhelsetjenesten.
- **Samarbeid og dataintegrasjon**
 - Kobling til økonomi, styringsdata og samarbeid med sykehus er avgjørende for effektiv primærhelsetjeneste.

Guldvog viste til at det finnes mange virkemidler allerede, men de er ikke tilstrekkelige. Han argumenterte for mer forpliktende strukturelle løsninger, og skisserte muligheter for felles styringsmodeller, felles budsjettansvar for utvalgte pasientgrupper, sterkere kommunal innflytelse i spesialisthelsetjenestens prioriteringer, og mer reell brukermedvirkning. Vi må gå fra «broer» mellom separate øyer til å bygge mer sammenhengende «land» mellom øyene, mente han, og understreket at når vi bygger sterkere land må vi følge KOPF-oppskriften (Kontinuerlig-Omfattende-Personlig-Forpliktende) og basere oss på WHO/OECD-anbefalingene om en sterk primærhelsetjeneste. Han oppsummerte med å vise tre mulige – men ikke ferdigtenkte modeller til utprøving:

- **Et mer forpliktende helsefellesskap**
 - Tydelig mandat, felles mål og samhandlingspott
 - Etablere felles gulv der skjøtene i dag gir størst tap
 - Bygger på helsefellesskapene og føringer om likeverdige partnere
- **En områdemodell med felles styre**
 - Kommunene og sykehuset i opptaksområdet organiseres for utvalgte forløp og oppgaver med ett styrefelles mandat, felles resultatmål
 - Minner om dansk modell med Sundhedsråd, men anbefaler kommunalt flertall i styret
 - Staten sikrer nasjonale mål gjennom lov/forskrift
- **Regionale helse- og omsorgsforetak**
 - Samler ansvar for store deler av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester på regionalt nivå.
 - Fordel enhetlig styring, felles budsjetter, standardisering
 - Ulempe: Økt avstand til lokaldemokratiet, fare for at forebygging, hverdagsnær omsorg og relasjonell kontinuitet kommer i bakgrunnen

Målet er uansett et helsesystem som skaper helse, trygghet og beredskap, gir mening og stolthet for helsepersonell, og opprettholder befolkningens tillit. Knapphet på arbeidskraft, demografiske endringer og økende kompleksitet gjør behovet for helhetlig redesign akutt. Norge har et godt helsesystem, men Guldvog mente at tiden er inne for å tenke nytt og mer ambisiøst om hvordan primærhelsetjenesten og helsetjenesten som helhet skal utvikles videre.

Samtale om samarbeid – organisasjonene og salen.

Til den avsluttende samtalen var representanter for ulike fag- og interesseorganisasjoner invitert for å tenke høyt sammen om helsetjenestens fremtid. Følgende organisasjoner deltok:

- Pasient- og brukerombudet v/nasjonal talsperson Jannicke Bruvik
- Legeforeningen v/leder av Norsk forening for allmennmedisin Torgeir Hoff Skavøy
- Norsk sykepleierforbund v/nestleder Kai Øivind Brenden
- Fagforbundet v/arbeidsutvalgsmedlem Geir Ole Kanestrøm
- Fysioterapiforbundet v/forbundsstyremedlem Kenneth Martinsen
- Psykologforeningen v/president i Norsk psykologforening Hanne Indregard Lind



Pasient- og brukerstemmen v/Jannicke Bruvik åpnet med å peke på at selv om vi har et omforent mål i Norge om likeverdige helse- og omsorgstjenester, har postadressen din betydning for behandlingen du får. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten hensyntar hvilken kommune pasienten bor i før de skriver ut pasienten, slik at oppfølging kan tilpasses lokale muligheter og begrensninger. Et annet viktig tankekors, mente hun, er at Rask psykisk helsehjelp – et godt tiltak – blir altfor lite brukt, blant annet fordi det er kommunen som må betale for tjenesten, mens spesialisthelsetjenesten får gevinsten. Til slutt løftet hun fram behovet for økt helsekompetanse i befolkningen, og viste til NUKA (Alaska)¹⁶ der pasienter og brukere selv bestemmer hvordan de vil leve livet, og er dypt involvert i utviklingen av tjenestene.

Torgeir Hoff Skavøy fra Norsk forening for allmennmedisin snakket om bærekraft og behovet for å prioritere. Vi må sikre at helsetjenestene er tilgjengelige for dem som trenger det mest. Han ønsket seg mer samarbeid framfor samhandling for å oppnå bærekraftige helsetjenester som gjør riktige prioriteringer.

Norsk sykepleierforbund v/Kai Øivind Brenden reflekterte rundt hvem pasientene kommer til å være framover. Han pekte på at omfanget av samhandlingspasienter vil øke, og at tjenestene derfor i større grad må organiseres rundt disse pasientene, for eksempel med en tverrfaglig allmennlegetjeneste. Han understreket at en sterk primærhelsetjeneste er avgjørende for bærekraft, og støttet Skavøy i at fremtiden handler om samarbeid.

Geir Ole Kanestrøm fra Fagforbundet stilte spørsmål ved om sentralisering er riktig vei å gå. Han mente at det trengs ledere som står over tid for å få til mer effektive tjenester, og at forebygging, habilitering og rehabilitering må prioriteres. Han etterlyste flere menn inn i

¹⁶ <https://www.southcentralfoundation.com/nuka-system-of-care/>

helsetjenesten, og pekte på at det må være attraktivt å jobbe der, med mulighet for videre- og etterutdanning mens man er i jobb. Det handler om arbeidsmarkedspolitik, distriktpolitikk og forskningspolitikk, mente han, og avsluttet med å si at vi også må være stolte av at vi har en meget god helsetjeneste.

Fysioterapeut Kenneth Martinsen pekte på at hvis flere skal bo hjemme må flere i fysisk aktivitet. Det må starte allerede i barndommen, og han etterlyste vedtaket fra 2017 om en times fysisk aktivitet per dag. Han mente at fysioterapeutene ikke utnyttes godt nok, og at dette kan bedres blant annet ved å bruke fysioterapeuter som portvoktere ved å gi dem sykemeldings- og henvisningsrett.

Hanne Indregard Lind fra Psykologforeningen understreket at angst og depresjon er den viktigste risikofaktoren for manglende fysisk aktivitet. Hun viste til at psykologkompetanse nå finnes i fire av fem kommuner, og at psykologer kan veilede annet helsepersonell som jobber med psykisk helse. Hun pekte også på viktigheten av godt partssamarbeid.

Etter denne runden med innledninger fra organisasjonene ble også salen invitert til samtalen. Følgende tema kom opp:

- Legevakten er en god temperaturmåler for hvordan det står til med helsetjenesten i en kommune
- Vi trenger generalister og trenger å jobbe tverrfaglig. Det må satses på generalistkompetanse i utdanning og karriereløp
- Det er et hull når det gjelder KPR-data om psykiske helsetjenester
- Det er mangler i tjenesten, rart at svarene er at vi ikke trenger mer helsepersonell (helsepersonellkommisjonen) og at vi ikke trenger kompetansekrav (kommunekommisjonen)
- Det er et paradoks at tjenestene presses til å gi flere tjenester til de friskeste – digitale tjenester og raskere respons

Avslutning og vel hjem v/ Mari Trommald, avdelingsdirektør Helse og velferd i KS

Mari Trommald oppsummerte konferansen ved å understreke at primærhelsetjenesten må være forankret i kommunen. Mye av kommunens identitet og oppdrag ligger i å tilby gode velferdstjenester. Hun viste til at hverken ledere eller profesjoner har totalt eierskap til primærhelsetjenesten, den må inngå i en større helhet i velferdstjenestene. Dette kan være utfordrende. Hun viste til en rekke utredninger som nå gjøres på bestilling fra KS, og som lanseres utover våren¹⁷. Disse vil danne grunnlag for videre arbeid med viktige utfordringer, blant annet:

- Helsefellesskap – hva er det i den strukturen som er bra
- Generalistkompetanse – hva trenger kommunene av dette framover?
- Ulike modeller for legevakt
- Samhandlingspasientene – de fire gruppene – hvilke felles modeller trenger vi?
- Samarbeid mellom kommuner – hvor mye ulikhet kan vi leve med?
 - Trenger å få farten opp på dette

Hun avsluttet med å si at kommunene via KS skal komme med et samlet innspill til helsereformutvalget og helseministeren i løpet av våren.

¹⁷ <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/helsereform/fou-utredningsoppdrag-om-helsereform/>