

# Innspill til Helsereformutvalget

## Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF)

Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF) setter pris på muligheten til å gi innspill til Helsereformutvalgets arbeid.

Utvalget skal foreslå modeller for organisering, styring og finansiering av en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. For NAAF er det avgjørende at modellene også vurderes ut fra hvordan de fungerer for mennesker som lever med kronisk sykdom over mange år.

For mennesker med astma, allergi og andre overfølsomhetssykdommer handler en god helsetjeneste i stor grad om å holde sykdom under kontroll, forebygge alvorlige hendelser og forverringer og gjøre det mulig å leve gode og aktive liv med minst mulig behov for akutt og ressurskrevende helsehjelp.

**NAAF mener derfor at god sykdomskontroll og forebygging av forverring bør være et tydelig mål når framtidens helse- og omsorgstjeneste organiseres, styres og finansieres.**

### Forebygging stopper ikke når diagnosen er satt

Forebygging handler ikke bare om å hindre at sykdom oppstår. For mennesker som allerede lever med kronisk sykdom handler det også om å oppdage endringer tidlig, forebygge forverringer og bevare funksjon og livskvalitet.

Ved astma kan god sykdomskontroll redusere risikoen for forverringer og behov for akutt helsehjelp. Dokumentasjonen for strukturert egenmestring er solid. Systematiske kunnskapsoppsummeringer viser at pasientopplæring, en individuell behandlingsplan og regelmessig faglig oppfølging kan redusere sykehusinnleggelser, akuttbesøk og annen uplanlagt bruk av helsetjenesten.

**Dette er ikke aktiviteter ved siden av behandlingen. Det er behandling.**

Folkehelseinstituttet peker i Folkehelse rapporten 2026 på det store potensialet i forebygging og beskriver forebygging som den mest kostnadseffektive strategien for å redusere sykdomsbyrden.

NAAF mener derfor at forebygging må forstås bredt. Den må omfatte både å hindre at sykdom oppstår og å forebygge unødvendig forverring og funksjonstap hos dem som allerede lever med sykdom.

### Finansieringen må insentivere forebygging

En utfordring oppstår når den delen av tjenesten som må investere i forebygging, ikke er den samme som får gevinsten.

En kommune eller fastlege kan bruke ressurser på oppfølging som reduserer behovet for sykehusbehandling senere. Spesialisthelsetjenesten kan gjennom god behandling og pasientopplæring redusere behovet for kommunale tjenester. Et tiltak kan koste penger på helsebudsjettet, mens deler av gevinsten kommer gjennom redusert sykefravær, høyere arbeidsdeltakelse eller mindre behov for andre offentlige tjenester.

Folkehelseinstituttet peker på den samme utfordringen i sitt innspill til Helsereformutvalget: dagens system gir for svake insentiver til forebygging når kommunen må bære kostnaden, mens deler av gevinsten tilfaller staten eller spesialisthelsetjenesten. FHI peker samtidig på at organisering alene ikke løser problemet, og at større enheter også kan ha ulemper.

Kols illustrerer hvor store verdier som kan ligge utenfor selve helsetjenestebudsjettet. Menon Economics har beregnet de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene ved kols i Norge til rundt 105 milliarder kroner årlig, mens helsetjenestekostnadene utgjør en mindre del av den samlede belastningen. Analysen peker blant annet på røykesluttbehandling, vaksinasjon, systematisk oppfølging og rehabilitering som tiltak med potensial til å redusere sykdomsbyrden.

NAAF tar ikke stilling til én bestemt finansieringsmodell. Men modellene utvalget vurderer bør testes mot et grunnleggende spørsmål:

**Gir finansieringen tjenestene gode nok incentiver til å investere i sykdomskontroll og forebygging når gevinsten kommer senere eller et annet sted i systemet?**

Hvis ikke, risikerer vi at tiltak som gir stor verdi over tid fortsatt taper mot aktivitet som gir økonomisk uttelling her og nå.

### Kontinuitet må behandles som kvalitet

Mennesker med kronisk sykdom trenger ikke nødvendigvis mye helsehjelp hele tiden. De trenger derimot et system som kjenner sykdommen og reagerer riktig når situasjonen endrer seg.

En systematisk kunnskapsoppsummering publisert i 2025 fant jevnligere besøk hos fastlege sannsynligvis reduserer risikoen for sykehusinnleggelse, akuttbesøk og prematur død. Studiene omfattet flere millioner pasienter, og sikkerheten i disse tre hovedfunnene ble vurdert som moderat. En egen systematisk oversikt for astma og kols fant også at høyere relasjonell kontinuitet gjennomgående var forbundet med bedre utfall, særlig lavere risiko for sykehusinnleggelse.

Ved astma må blant annet symptomer, medisinbruk, inhalasjonsteknikk og utviklingen over tid ses i sammenheng. For mennesker med komplekse allergiske tilstander kan sykdomshistorikk og tidligere reaksjoner være avgjørende for videre utredning og behandling.

Fastlegen vil for mange være den naturlige medisinske forankringen. Det betyr ikke at fastlegen skal kunne løse alle problemstillinger alene. Det må være enkelt å få råd fra eller bli henvist til relevant spesialistkompetanse når det er nødvendig.

NAAF mener derfor at kontinuitet bør inngå som et kvalitetsmål når nye modeller vurderes. Flere kontaktpunkter er ikke nødvendigvis en forbedring dersom oppfølgingen samtidig blir mer fragmentert.

### Allergifeltet viser hvorfor kompetanse må organiseres på tvers

Astma, allergi og overfølsomhet illustrerer en annen utfordring: spesialisert kompetanse er nødvendig, men finnes ikke like tilgjengelig over hele landet.

Tilbudet til voksne i spesialisthelsetjenesten har vært mangelfullt og tilfeldig, og enkelte sykehus mangler tilbud. For noen allergologiske problemstillinger mangler det også adekvat kompetanse i andrelinjetjenesten.

De fire regionale sentrene for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) er én del av svaret på denne utfordringen. Sentrene er spesialiserte enheter som både håndterer kompliserte pasienter og bidrar med kompetanse der andre deler av tjenesten mangler den.

Likeverdige tjenester krever ikke at all spesialistkompetanse finnes på alle sykehus eller i alle kommuner. Men pasient og behandler må ha en forutsigbar vei til riktig kompetanse når den trengs.

For fagområder med små og geografisk spredte kompetansemiljøer bør Helsereformutvalget derfor vurdere hvordan regionale og nasjonale fagmiljøer kan kobles tettere til pasientforløpene. Det må være enkelt for fastleger og lokale spesialistmiljøer å få faglig støtte, og tydelig når pasienter skal henvises videre.

RAAO-strukturen er et relevant eksempel på en modell det kan bygges videre på.

### Pasientopplæring må være en del av behandlingen

Knapphet på helsepersonell gjør det nødvendig at mennesker med kroniske sykdommer kan håndtere mest mulig av sykdommen trygt i hverdagen.

Det betyr ikke at ansvar bare kan flyttes fra helsetjenesten til pasienten.

God egenmestring krever kunnskap, behandlingsplaner, opplæring og mulighet for faglig hjelp når situasjonen endrer seg. Astma er et godt eksempel. Forskningen viser at støttet egenmestring virker best når pasientopplæring og individuell plan kombineres med regelmessig faglig oppfølging.

Pasientopplæring og helsekompetanse må derfor planlegges og finansieres som en del av pasientforløpet.

Digitale løsninger kan være nyttige der de gjør kunnskap eller oppfølging mer tilgjengelig, men bør brukes som et virkemiddel og ikke som en generell erstatning for nødvendig personlig oppfølging.

### Reformen må merkes for pasientene

Helsereformutvalget skal vurdere store spørsmål om organisering, styring og finansiering. Mandatet sier samtidig at modellene skal bidra til blant annet høy kvalitet, likeverdige tjenester, sammenhengende pasientforløp, god forebygging og effektiv ressursbruk.

#### **For pasientene er det resultatet som teller.**

For NAAFs grupper betyr det om flere oppnår god sykdomskontroll, om færre får forebyggbare forverringer, om riktig kompetanse er tilgjengelig når den trengs, og om tilbudet er likeverdig uavhengig av bosted og økonomi.

Pasient- og brukerombudet beskriver fortsatt en helse- og omsorgstjeneste der pasienter og pårørende må bruke mye krefter på å koordinere egne tjenester og sørge for at nødvendig informasjon følger dem mellom ulike deler av systemet.

En ny organisering er derfor ikke et mål i seg selv. Reformen må gjøre pasientforløpene bedre i praksis.

## NAAFs anbefalinger til Helsereformutvalget

Norges Astma- og Allergiforbund ber Helsereformutvalget særlig ta med seg fem prinsipper i det videre arbeidet:

- 1. God sykdomskontroll og forebygging av forverring må være tydelige mål for helse- og omsorgstjenesten.** Forebygging må omfatte hele sykdomsforløpet, også mennesker som allerede lever med kronisk sykdom.
- 2. Finansieringen må trekke i samme retning gjennom hele pasientforløpet.** Det må være mulig å prioritere tiltak som reduserer framtidig sykdomsbyrde og ressursbruk, også når kostnaden og gevinsten oppstår på ulike budsjetter eller tjenestenivåer.
- 3. Kontinuitet må regnes som kvalitet.** Mennesker med kronisk sykdom trenger en tydelig medisinsk forankring over tid, samtidig som fastleger og lokale behandlere må ha enkel tilgang til relevant spesialistkompetanse.
- 4. Spesialisert kompetanse må være tilgjengelig uavhengig av bosted.** Regionale og nasjonale fagmiljøer bør brukes bedre for å støtte lokale tjenester og sikre tilgang til riktig kompetanse. RAAO-strukturen er ett relevant eksempel.
- 5. Pasientopplæring og egenmestring må være en del av behandlingen.** Pasientene må få kunnskap, behandlingsplaner og oppfølging som gjør det mulig å håndtere sykdommen trygt i hverdagen.

For NAAF handler en helsereform til slutt om at flere skal kunne leve best mulig med sykdommen sin og ha minst mulig behov for akutt og ressurskrevende helsehjelp.

Når sykdom holdes under kontroll, forebyggbare forverringer unngås og riktig kompetanse kobles inn på riktig tidspunkt, er det først og fremst bra for pasientene. Det er også god bruk av de begrensede ressursene helse- og omsorgstjenesten har til rådighet.

Med vennlig hilsen

**Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF)**

## Kilder

Folkehelseinstituttet (2026). Temautgave av Folkehelse rapporten: De viktigste folkehelseutfordringene.

Folkehelseinstituttet (2026). Om behovet for reformer i helsesektoren – innspill til Helsereformutvalget.

Menon Economics (2025). Samfunnsøkonomiske kostnader av kols i Norge. Menon-publikasjon nr. 88/2025.

Pasient- og brukerombudet (2026). Årsmelding 2025.

Helsebiblioteket. Praktisk veileder i håndtering av matallergi – spesialisthelsetjenesten.

Systematiske kunnskapsoppsummeringer om kontinuitet i primærhelsetjenesten og ved astma/kols (2022–2025).

Systematisk kunnskapsoppsummering om støttet egenmestring ved astma.