



# Hvorfor er det viktig å styrke kunnskapsbasert støtte til kommunene?

Lanseringsseminar for portalen Kommunehelsetjenesten

Guri Rørtveit, direktør

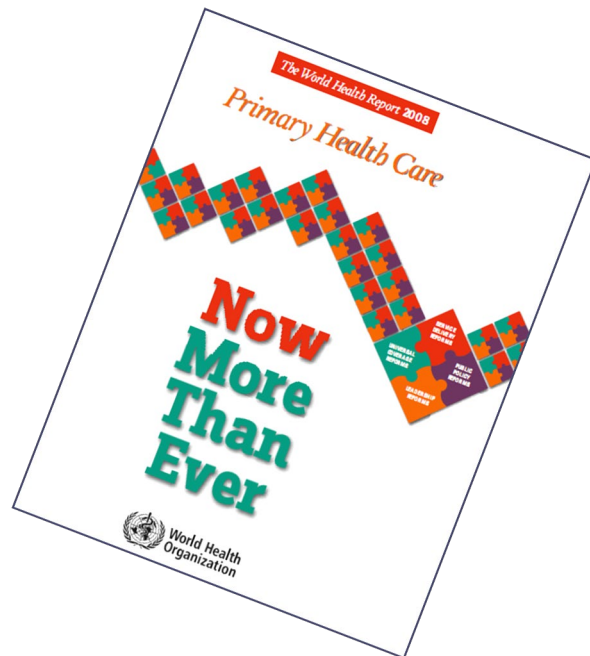
21. januar 2026

# Primærhelsetjeneste er viktig!

## Kostnadseffektivt

# Bedrer folkehelsen

## Gir bedre fordeling av helsetjenester



Mål: halvere prematur  
dødelighet med 50 % innen  
2050 i alle land  
Middel: primærhelsetjeneste




# Global health 2050: the path to halving premature death by mid-century

Dean T Jamison\*, Lawrence H Summers\*, Angela Y Chang†, Omar Karlsson†, Wenhui Mao†, Ole F Norheim†, Osondu Ogbuogiri, Marco Schäferhoff†, David Watkins†, Olusoji Adeyi, George Alleyne, Ala Alwan, Shuchi Anand, Ruth Belachew, Seth F Berkley, Stefano M Bertozzi, Sarah Balongaita, Donald Bundy, Flavia Bustreo, Marcia C Castro, Simiao Chen, Victoria Y Fan, Ayodamope Fawole, Richard Feachem, Jha Gebremedhin, Jayati Ghosh, Sue J Goldie, Eduardo Gonzalez-Pier, Yan Guo, Sanjeev Gupta, Prabhath Jha, Felicia Marie Knaul, Margaret E Kruk, Christoph Kurlowsky, Gordon C Liu, Saeda Makimoto, Awad Mataria, Rachel Nugent, Hitoshi Oshitani, Ariel Plabos-Mendez, Richard Peto, Neelam Sekhri Feachem, Srinath Reddy, Nisreen Salti, Helen Saxenian, Justina Seyi-Olajide, Agnes Soucat, Stéphane Verguet, Amanda Zimmerman, Gavin Yamey

## Executive summary

In Global Health 2050, the *Lancet* Commission on Investing in Health concludes that dramatic improvements in human welfare are achievable by mid-century with focused health investments. By 2050, countries that choose to do so could reduce by 50% the probability of premature death in their populations—ie, the probability of dying before age 70 years—from the levels in 2019. We call this goal 50 by 2050. The interventions that enable achieving the goal of 50 by 50 should also reduce morbidity and disability at all ages.

health-system strengthening and addresses major morbidities, such as psychiatric illness, that are not already covered by mortality-reducing interventions. Value for money can be assessed through a two-step process: technical cost effectiveness to assess how best to achieve module-specific goals (eg, reductions in child mortality or cardiovascular mortality) and political assessment of trade-offs in investing in expanding module coverage.

In many countries seeking reform, standard mechanisms of blanket budget transfers from ministries of finance to ministries of health have failed to

**Lancet 2024; 404: 1561–614**

Published Online  
October 14, 2024  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01439-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01439-9)

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at [the Lancet](https://www.thelancet.com) on October 25, 2024

See [Comment](#) page 1500

\*Co-first authors  
†Co-second authors

# Kommunehelsetjenesten: bærebjelken i vårt helsesystem

- Ikke undervurder kommunehelsetjenestens kompetanse og arbeidsområder
- Færre hjelpemidler og større usikkerhet
- Tjenestene er til dels siloorganiserte, uten digital kommunikasjon
- Kontinuitet er en vesentlig kvalitet

## Research

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar

### Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care:

a registry-based observational study in Norway

#### Abstract

##### Background

Continuity, usually considered a quality aspect of primary care, is under pressure in Norway, and elsewhere.

##### Aim

To analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP) and use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admission, and mortality.

##### Design and setting

Registry-based observational study in Norway covering 4 552 978 Norwegians listed with their RGPs.

##### Method

Duration of RGP-patient relationship was used as explanatory variable for the use of OOH services, acute hospital admission, and mortality in 2018. Several patient-related and RGP-related covariates were included in the analyses by individual linking to high-quality national registries. Duration of RGP-patient relationship was categorised as 1, 2–3, 4–5, 6–10, 11–15, or >15 years. Results are given as adjusted odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (CI) resulting from multilevel logistic regression analyses.

##### Results

Compared with a 1-year RGP-patient relationship, the OR for use of OOH services decreased gradually from 0.87 (95% CI = 0.86 to 0.88) after 2–3 years' duration to 0.70 (95% CI = 0.69 to 0.71) after >15 years. OR for acute hospital admission decreased gradually from 0.88 (95% CI = 0.86 to 0.90) after 2–3 years

#### INTRODUCTION

Continuity is a core value of primary care. McWhinney described continuity as an implicit contract between a patient and a GP, who then takes personal responsibility for the patient's medical needs.<sup>1,2</sup> Continuity is not limited by the type of disease and bridges episodes of various illnesses. Greater continuity with a primary care physician has been shown to be associated with lower mortality rates,<sup>3</sup> fewer hospital admissions,<sup>4,5</sup> less use of emergency departments,<sup>4</sup> and fewer referrals for specialist health care.<sup>7,8</sup> Nevertheless, continuity has been declining in recent years.<sup>9</sup>

There is no uniform agreement about how continuity should be defined, but three aspects are usually described: informational, longitudinal, and interpersonal.<sup>10</sup> Informational continuity means that the doctor has adequate access to all relevant information about the patient. Longitudinal continuity means that it transcends multiple episodes of illness, and interpersonal refers to a trustful relationship between patient and physician. Various methods have been used for measuring continuity. Most of them are based on visit patterns with different providers over time.<sup>10,11</sup> An example is the Usual Provider of Care (UPC) index, which calculates the percentage of all contacts

that is with the most frequent provider.<sup>12</sup> Most of these studies have been conducted with limited patient samples and rather short observation periods. There is scarce literature on studies with large- or full-scale populations, long follow-up, and hard endpoints.

In a limited number of countries, such as the UK, the Netherlands, Denmark, or Norway, most inhabitants are listed with a general practice or a named regular general practitioner (RGP) who is responsible for taking care of their medical needs. Such RGP schemes are usually established not only to increase continuity of care as an assumed aspect of quality, but also to prevent unnecessary spending by introducing the RGP as a gatekeeper. It should be noted, however, that patients also value such personal relationships with their RGP.<sup>13</sup>

The aim of the present study, based on Norwegian registry data, was to analyse, on a national level, the effects of longitudinal RGP continuity associated with use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admissions, and mortality.

#### METHOD

##### The Norwegian RGP Scheme

In Norway, the state is responsible for hospitals, while the primary healthcare system is the responsibility of the

# Hva er det med kommunene??

- De er mange (357)
- Ansvaret ligger i hver kommune, ikke hos HOD, KDD, KS eller andre koordinerende organer
- De varierer i størrelse, organisering og tilgjengelig kompetanse
- Tilrettelegging for forskning og kompetanseutvikling varierer

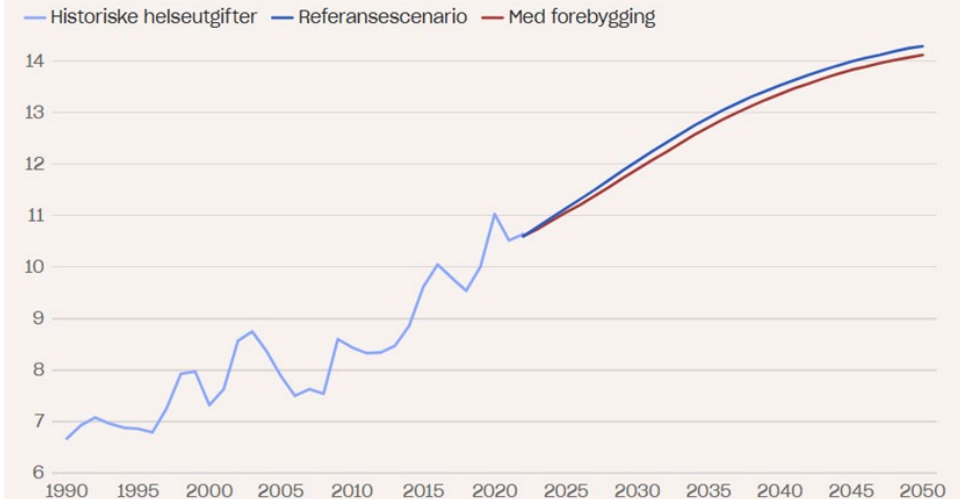
➔ Svært ulike behov for kunnskapsstøtte

# Bærekraftige helsetjenester: Flere oppgaver til kommunene

- Demografiske endringer
- Beste effektive omsorgsnivå
- Behov for samhandling og helhetlige pasientforløp
- Flere oppgave som gjøres i kommunene vil få større omfang og bli mer komplekse:
  - Forebygging
  - Oppfølging av kroniske sykdommer
  - Akuttmedisinske tjenester
  - Digitaliserte tjenester

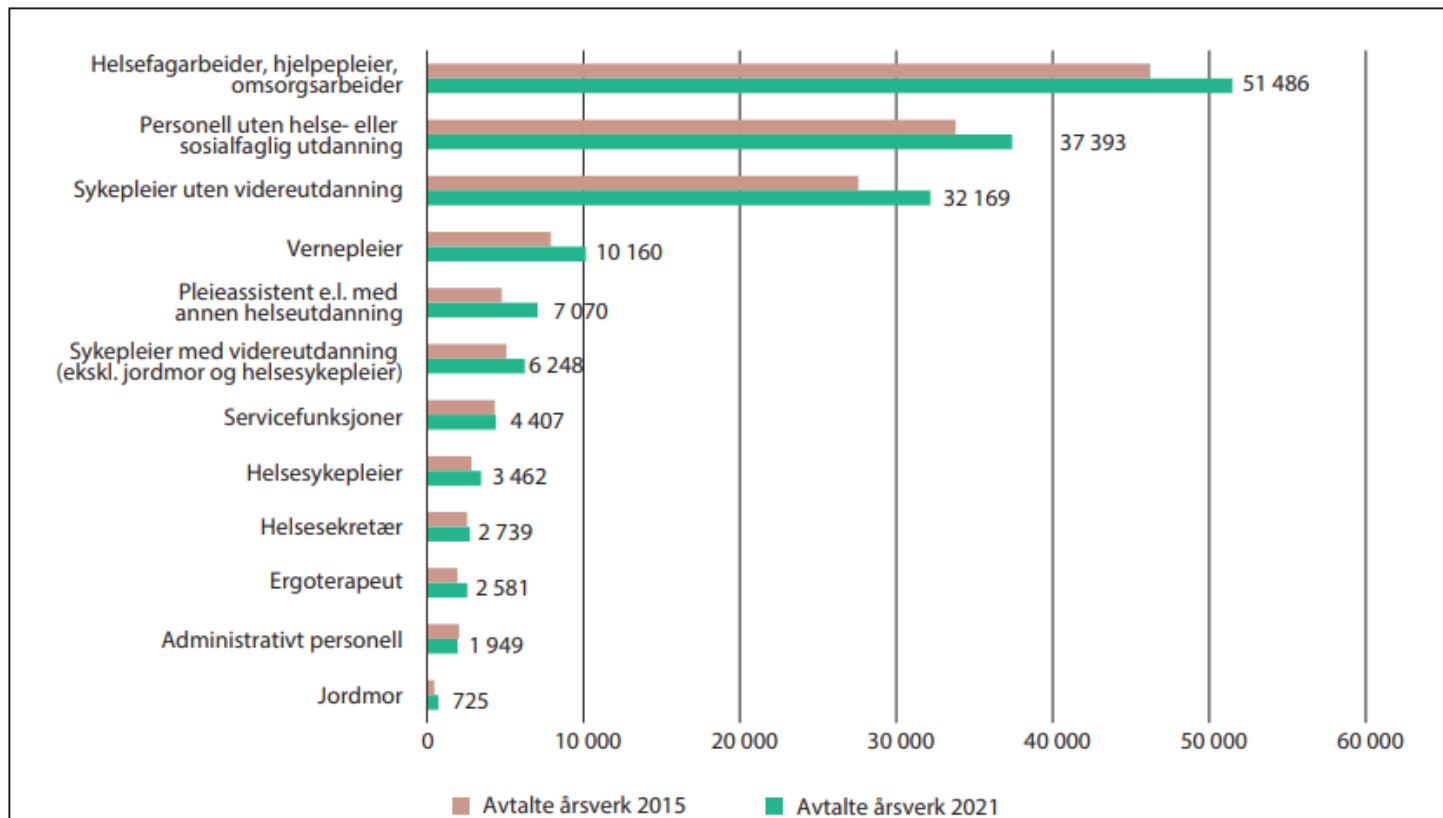
## Ingen økonomisk mirakelkur

Helseutgifter som andel av brutto nasjonalprodukt (bnp) i Norge, både historisk (1990–2021) og framskrevet for perioden 2022–2050, for et referansescenario og et scenario med omfattende forebygging\*. Prosent.



\* Med omfattende forebygging menes en gradvis reduksjon og til slutt eliminering av røyking, usunt kosthold, høy kroppsmasseindeks, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og høyt fastende blodsukker i perioden 2022–2050.  
Kilde: Jonas Minet Kinge og medforfattere

# Kompetanse og utfordringer i kommunehelsetjenesten



1. Utbredt bruk av deltidstillinger
2. Mange ansatte uten formell helse- eller sosialfaglig utdanning
3. Høyt sykefravær
4. Høy turnover

# Nye muligheter

- Teknologi, inkludert digitaliserte tjenester og bruk av kunstig intelligens
- Øke pasientenes helsekompetanse
- Støtte til å unngå medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling
- Støtte til å unngå underdiagnostikk og underbehandling
- Tiltak mot sosial ulikhet i helse

➔ Behov for mer kunnskap og mer bruk av kunnskap

# Kunnskap for kommunehelsetjenesten

- HelseOmsorg21-strategien:  
Kunnskapsløft for kommunene
- Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)
- Forskningens (manglende) plass i kommunehelsetjenesten
  - Behov for infrastruktur for forskning
  - Ikke behov for nye forskningsstrukturer

## KORT FORTALT

Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) skal bidra til:

- Å styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte beslutninger og tjenesteutvikling i kommunene og i praksisnære utdanninger.
- Å bygge en struktur for samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt mellom kommuner, universitets-, høyskole- og instituttsektoren, og andre relevante kunnskapsleverandører.
- I etableringsperioden bidrar KSF særlig i utviklingen av bærekraftig velferd, med vektlegging av bærekraftige helse- og omsorgstjenester.
- KSF vil bidra til kunnskapsbasert utvikling i alle kommunens tjenester på sikt.



# Noen av FHIs bidrag

- Oppdrag: utvikle kunnskapsstøttesystem for kommunale helse og omsorgstjenester
- «Kommunelaget»
- Folkehelseinstituttets webinarer
- Utvikling av KPR
- Tilgang til registerdata for helsetjenesten

**Nå lanserer vi portalen Kommunehelsetjenesten!**



FHI Søk i Folkehelseinstituttet English Meny

← Helsedata, datatilgang og tjenester

## Kommunens sykdomsoversikt – KoSy

KoSy er en tjeneste som gir alle landets kommuneoverleger dagsaktuell statistikk for smittsomme sykdommer og vaksinasjon i kommunen.

### Informasjon om Kommunens sykdomsoversikt



#### Hva er KoSy?

KoSy er en tjeneste som gir alle landets kommuneoverleger dagsaktuell statistikk for sykdom, smitte og vaksinasjon i egen kommune.



#### Slik får du tilgang til KoSy

For at du som kommuneoverlege skal få tilgang til KoSy må kommunen din gjennomføre tre trinn, som beskrevet i figuren under.



#### Brukerveiledning for KoSy

Når du logger på KoSy blir du sendt til det forrige dashbordet du besøkte (første gang du logger inn er dashbordet tomt).