



Høringssvar til NOU 2026:6 – den nye velferdskommunen fra Sanitetskvinnene

Sanitetskvinnene er Norges største kvinneorganisasjon med 46 000 medlemmer og 550 lokalforeninger over hele landet. Vi er en sentral ideell aktør som leverer helse- og velferdstjenester i et stort spenn – fra rehabilitering, alderspsykiatri, DPSer og revmatismesykehus innen spesialisthelsetjenesten, til barnevern og viktige tilbud til barn og unge. Vi er også en stor nasjonal beredskapsorganisasjon med mer enn 6000 beredskapsfrivillige. Sanitetskvinnene takker for muligheten til å komme med innspill på en viktig NOU.

Overordnet

NOU 2026:6 gir et grundig kunnskapsgrunnlag og en god virkelighetsbeskrivelse av de utfordringene som norske kommuner og den norske velferden står overfor. De demografiske endringene og presset på velferdstjenestene angår Sanitetskvinnene på flere måter: vi er Norges største kvinneorganisasjon og kvinner er både de som i størst grad jobber i velferden og som grunnet høyere levealder vil trenge tjenestene herfra. Samtidig er vi en stor frivillig organisasjon, der mange aktiviteter kan avlaste kommunene eller er avhengig av godt samspill med kommunene. Vi driver et nasjonalt veiledningssenter for pårørende, og vet godt hvilke utfordringer mange pårørende står i. Som ideell aktør og tilbyder av viktige helse- og velferdstjenester til innbyggerne, er vi klare til å bidra til å løse flere av utfordringene som norske kommuner står overfor.

Overordnet stiller vi oss bak en rekke av forslagene i NOU'en, men vi stiller oss spørsmålet om de foreslåtte tiltakene vil være tilstrekkelige, og vil understreke behovet for målrettet politikk, i mange år fremover for å løse utfordringene.

Sanitetskvinnene støtter innretningen på et nytt samfunnsoppdrag, men er usikre på om ti års virkning slik utvalget foreslår, er for kort tid. Vi vil også understreke viktigheten av at målet om å redusere og utsette behovet for velferdstjenester innrettes slik at det reduserer det reelle behovet, og ikke bare reduserer nivået på tjenestene som gis.

Forebygging

Sanitetskvinnene er enige med utvalget i at et sentralt utviklingsspor for å lykkes er forebyggende arbeid. Slik kan vi utsette og redusere behovet for kommunale tjenester, uten at det går ut over livskvaliteten til den enkelte. Imidlertid har dette vist seg å være vanskelig i praksis, slik også rapporten beskriver. Våre virksomheter forteller den samme historien: kommuner med dårlig råd utsetter gjerne tiltak i det lengste for å spare penger. Resultatet kan da være at man har gått glipp av verdifull tid som kunne bedret funksjonsnivået, eller at pasienten eller brukeren har blitt for syk til å nyttiggjøre seg av tilbudet. Vi opplever at NOU'en tar inn over seg at det er noen



oppstartskostnader som må til for å gjøre tiltak som vil lønne seg på lang sikt. Både innovasjonsprogrammet og oppskaleringsfondet svarer ut dette til en viss grad. Imidlertid savner vi løsninger som utfordrer dagens finansieringssystem og som kan gjøre det mer lønnsomt å vri ressursbruken i kommunene til forebygging og tidlig innsats.

I dag er det for eksempel en utfordring at sykehusene sparer penger på å skrive ut pasienter til kommunene, mens kommunene kan spare penger på å betale overliggedøgn fremfor å ta imot, i mange tilfeller, svært syke pasienter. Mange pasienter blir kasteballer i systemet. Kvinnehelseutvalget pekte på at særlig kvinner faller mellom flere stoler i helsevesenet. For eksempel opplever voldsutsatte kvinner, som vi vet er mer utsatt for både fysisk og psykisk sykdom, og oftere blir uføre, å stå uten noe hjelpetilbud fordi de ikke er “syke nok” for spesialisthelsetjenesten, men har for komplekse problemstillinger til at de får hjelp i lavterskeltilbudene. Dette er ett eksempel på en gruppe vi vet har høy risiko for å utvikle langvarige helseplager, med følgende inntektstap og hjelpebehov, som ikke får hjelp i dag.

Vi ber regjeringen i det videre arbeidet med utvalgets anbefalinger også se på ulike modeller for finansiering av helsesektoren som belønner forebygging og tidlig innsats, og som bygger ned skillene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Om samspillet med ideelle aktører

Gjennomgående i NOU'en opplever vi at det er for liten forståelse for og anerkjennelse av at ideelle aktører i mange tilfeller utgjør en nesten integrert del av kommunale velferdstjenester. Det vises til at ideelle aktører kan utfylle kommunens innsats (s. 45), noe som stemmer i mange tilfeller. Imidlertid har mange ideelle aktører et tjenestetilbud som er i stedet for, eller i praksis en del av det kommunale tilbudet. Det er viktig at regjering og Storting i det videre arbeidet forstår og synliggjør den ideelle sektorens særpreg og hvordan denne skiller seg både fra frivilligheten og de kommersielle, private aktørene.

Det foregår allerede innovasjon i ideell sektor, men ideell sektor har dårligere rammevilkår enn den kommersielle delen av privat velferdssektor. Kommersielle aktører kan hente inn privat kapital til investering, fordi de også kan gi utbytte eller profitt til eventuelle investorer i andre enden. Det kan ikke ideell sektor, der alle midler skal gå til formålet. På samme måte er den ideelle sektoren avskåret fra innovasjonsmidler fra innovasjon Norge fordi vi ikke oppfyller kriterier om eksport eller overskudd. Like fullt finnes det gode ideer, modeller og innovasjoner i den ideelle delen av velferden, som bør videreutvikles og oppskaleres. Utvalget anerkjenner at innovasjon



også skjer med og for offentlig sektor, og i samspill med en rekke aktører. I de foreslåtte delmålene for innovasjonsprogrammet ligger mobilisering av ideelle og frivillige inne i delmål 1. Sanitetskvinnene mener at ideelle aktører med fordel også kan løftes frem i delmål 2. Tross dette foreslår utvalget at innovasjonsprogrammets målgruppe skal være norske kommuner. Sanitetskvinnene mener at programmet også må gjøres tilgjengelig for ideelle aktører.

Det foreslåtte skaleringsfondet, bør også ta inn over seg at ideelle aktører kan ha gode tiltak og prosjekter som bør skaleres opp og ut. Sanitetskvinnene ber om at også skaleringsfondet gjøres tilgjengelige for ideelle aktører.

Utvalget peker på behovet for en ny rolle for staten, der staten bidrar til å bygge kompetanse, kapasitet og felles infrastruktur. Sanitetskvinnene er enige i at det er behov for risikoavlastningsordninger for kommunene, men det samme behovet gjelder for ideell sektor.

Utvalget er tydelige på at det ligger potensiale i et tettere samarbeid med ideell sektor. Det er vi enige i. To tiltak som foreslås er effektkontrakter og intensjonsavtaler. Sanitetskvinnene vil gi sin støtte særlig til at det tas i bruk flere intensjonsavtaler med ideell sektor, men vi tror ikke det er nok. I Sverige har de tatt i bruk en mer forpliktende modell: "Ideburet offentlig partnerskap". I Norge har offentlig privat samarbeid vært i bruk over tid på prosjekter, men dette brukes mest innen byggeprosjekter og infrastruktur, og brukes mest av kommersielle, private aktører. Vi ber om at det i videre arbeid utredes en lignende modell som kan forplikte til tettere og mer integrert samarbeid med ideell sektor. I tillegg anbefaler vi at norske kommuner i større grad benytter seg av muligheten til å reservere anbud for ideelle aktører, samt inngå langsiktige og forutsigbare avtaler. NOU'en viser tydelig at handlingsrommet i anskaffelser og innkjøp ikke utnyttes fullt ut, og at det i liten grad legges til rette for innovasjon i anskaffelsene. Et organ som skal hjelpe norske kommuner med innkjøp og anskaffelser må ha god kompetanse om handlingsrommet som finnes til å legge til rette for ideelle aktører.

Når det gjelder effektkontrakter vil vi understreke viktigheten av at dette verktøyet videreutvikles på en god måte. Effektkontrakter kan gi kommuner mulighet til utprøving av nye løsninger på sammensatte utfordringer, i samarbeid med ideell sektor. Samtidig, når kontraktenes premiss er at utbetaling skjer til oppnådd resultat og ikke tiltaket i seg selv, er det flere fallgruver å gå i. Mye av det arbeidet vi gjør i møte med mennesker, er i sin natur vanskelig å måle. Både innretning på kontraktene og resultatene man velger å måle må derfor være nøye gjennomtenkt. Vi mener også at denne typen kontrakter bør reserveres for ideell sektor.



Pårørende

Sanitetskvinnene driver nasjonalt veiledningssenter for pårørende innen rus og psykisk helse. Våre veiledere møter mange pårørende som står i en vanskelig livssituasjon, der det er lite mulighet for avlastning og belastningen ved å være pårørende kan gå ut over egen helse. Vi støtter utvalgets forslag om bedre ordninger for pårørende. I dag ender mange pårørende med å ta ulønnet permisjon, eller bli sykemeldte. I verste fall kan de falle helt ut av arbeidslivet over tid. Slik bruker de opp egne rettigheter, går ned i lønn og taper i pensjon. Dette går særlig ut over kvinner, som tar og får det med krevende pårørendeansvaret, både emosjonelt og som koordinator mellom tjenester. Sanitetskvinnene mener det haster å få på plass lønnede pårørendedager, og at disse også gir pensjonsopptjening. Vi ber regjeringen iverksette arbeidet med dette så fort som mulig.

Pårørende er en mangfoldig gruppe, som kan ha veldig ulike pårørenderoller og - påkjenninger. Vårt veiledningssenter retter seg spesielt mot de som er pårørende til noen innen rus eller psykisk helse. Det er ikke gitt at denne gruppa kan få tilstrekkelig hjelp og støtte i et tilbud som er for alle pårørende eller som er tilpasset pårørende til andre grupper som eldre og somatisk sykdom. Den ideelle sektoren er mangfoldig og har ulik, og viktig kompetanse om pårørende. Vi oppfordrer til at det offentlige benytter seg av dette mangfoldet både ved kompetansedeling med kommuner og til støtte og samtaler til pårørende. Det er viktig å sikre at mangfoldet består gjennom langsiktig og trygg finansiering til de ulike tilbudene for pårørende.

Sanitetskvinnene er glade for at utvalget løfter barn og unge som pårørende. Dette er en gruppe vi jobber mye med. Vi ser at barn og unge med stort pårørendeansvar, som er pliktoppfyllende og som undergraver egne behov og følelser ofte ikke blir fanget opp. Vi erfarer at konsekvensene ofte er store i form av dårlig fysisk og psykisk helse og utenforskap senere i livet. Å møte og støtte disse barna tidlig i livet kan forebygge. Vi håper at regjeringen i det videre arbeidet med forslagene fra NOU'en ser på tiltak som kan gjøre det lettere å fange opp unge pårørende tidlig, og tilby dem hjelp. En måte å gjøre dette på, er å styrke de frivillige, lavterskel tilbudene, slik som Sanitetskvinnenes nasjonale veiledningssenter for pårørende.

Om frivilligheten

Sanitetskvinnene driver frivillige aktiviteter i hele landet. Mange av dem er forebyggende, øker trivsel og kan avlaste kommunene. Frivillige organisasjoner nyter stor tillit i befolkningen, noe som utvalget også påpeker at er en viktig ressurs. Eksempler på dette er kløverturer, måltidsfellesskap for eldre og trygghetstreff med fokus på brannforebygging og førstehjelp for eldre. Våre frivillige forteller om to



utfordringer i møte med norske kommuner: noen steder kjenner ikke kommunen tilbudet og man blir i liten grad brukt, mens andre steder oppleves forventningene fra kommunen som et sterkt press også til å gjøre oppgaver som egentlig er kommunens ansvar. Sanitetskvinnene støtter utvalgets tydelighet på at frivillig sektor ikke må bli en gruppe ikke-betalte medarbeidere i kommunen. Det kan gjøre det vanskeligere å rekruttere og beholde frivillige. Kommunene må ha tilstrekkelig ressurser og bemanning til at frivillige tilbud blir et supplement, og ikke noe velferdstjenestene er avhengige av. Samtidig ser vi at det finnes uutnyttet potensiale i frivilligheten, som best kan frigjøres ved at frivilligheten har gode rammevilkår. Sanitetskvinnene er enige med utvalget i at frivilligheten har behov for forutsigbarhet og langsiktighet. Vi støtter at tilskudd i hovedsak er flerårige.

På kommunalt nivå ser vi at de kommunene som lykkes særlig godt med å tilrettelegge for frivilligheten er der det finnes dedikerte ansatte som tar seg tid til å bli kjent med frivilligheten på frivillighetens premisser, og har lav terskel for kontakt. I noen kommuner og på noen felt, er dialogen og samarbeidet med våre frivillige formalisert på gode måter. Et slikt eksempel er de kommunale beredskapsrådene, der våre omsorgsberedskapsgrupper er representert og har samarbeidsavtale med 170 kommuner. Disse samarbeidene fungerer særlig godt der kommunen inkluderer frivilligheten i øvelser og bruker våre erfaringer i planlegging. Vår anbefaling er at alle kommuner får forventninger om og ressurser til å ha dedikerte frivilligkoordinatorer, som kan være en tilgjengelig kontaktperson som også tar seg tid til å kjenne frivilligheten.

Gratis, tilgjengelige lokaler er også et gode som muliggjør frivillig innsats i mange kommuner.

Vold mot kvinner

Vold mot kvinner er et omfattende samfunnsproblem. Sanitetskvinnene har flere tilbud for voldsutsatte kvinner, på våre kvinnehelsehus og ute i lokalforeninger. Vi jobber også politisk med å sikre bedre oppfølging av voldsutsatte. Til tross for bred politisk enighet om at vi må få ned omfanget av vold i nære relasjoner, har lite skjedd. Vi opplever at voldsutsatte kvinner ofte faller mellom flere stoler og at arbeidet i kommuner, politi og helsevesen er fragmentert. Vi ønsker å spille inn at denne samfunnsutfordringen kan egne seg for en missionmodell, og at det bør legges til rette for at kommuner kan søke støtte til å skalere opp og ut gode løsninger for denne gruppen.

Vennlig hilsen



Kari Helene Partapuoli

Kari Helene Partapuoli
Generalsekretær