

## Kapittel 3

# Helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag

### 3.1 Innledning

Begrepene verdier og verdigrunnlag kan forklares som etiske normer og idealer som er lagt til grunn i samfunnet, og som kommer til uttrykk i politikk og gjennom samfunnets institusjoner. I NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, er verdier beskrevet som vurderinger av hva som er av det gode, det vil si hva en ønsker å arbeide for å oppnå. Verdier er ikke objektivt gitt eller målbare. De er uttrykk for menneskelig opplevelse av egenskapene ved et fenomen eller system, og om den målestokk som man legger på sine valg og sin virksomhet.

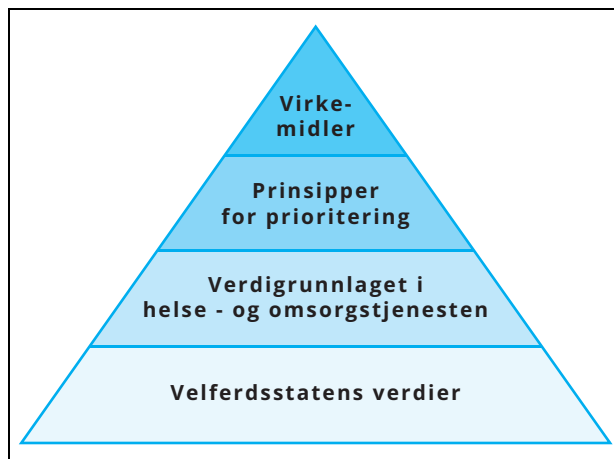
Den offentlige helse- og omsorgstjenesten er en sentral del av velferdsstatens institusjoner. Helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag bygger derfor i stor grad på de samme verdiene som ligger til grunn for velferdsstaten (se figur 3.1).

Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten handler om å fordele helse- og omsorgstjenestens ressurser til noen områder og tiltak fremfor andre. Prinsippene som legges til grunn for fordelingen av ressursene, må ha forankring i grunnleggende verdier som har legitimitet i befolkningen og blant helsepersonell. Gjennom prinsippene for prioritering gir man verdiene i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk.

Nedenfor omtales kort velferdsstatens verdier, før verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten beskrives nærmere.

### 3.2 Velferdsstatens verdier

Den norske velferdsstaten kjennetegnes av et omfattende offentlig ansvar for grunnleggende velferdsoppgaver, som blant annet helse- og omsorgstjenester, sosialforsikringer, utdanning og bolig. Et viktig mål er å dekke grunnleggende behov for alle gjennom universelle velferdsordnin-



Figur 3.1 Velferdsstatens verdier, verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten, prinsipper for prioritering og virkemidler

ger, som blant annet likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Alle innbyggere er dermed sikret grunnleggende velferdstjenester uavhengig av hvilke egenskaper de er født med, sosial status, kjønn, alder, seksuell orientering, etnisk tilhørighet, bosted, stilling på arbeidsmarkedet og sosial status.

Det er over tid blitt utviklet et sett med felles verdier som ligger til grunn for den norske velferdspolitikken, og som kjennetegner den norske velferdsstaten. Viktige verdier i den norske velferdsstaten er menneskeverd, rettferdig fordeling av velferdsgoder, likebehandling, selvbestemmelse, rettssikkerhet, sosial trygghet, forutsigbarhet og åpenhet.

### 3.3 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten

Hvilke grunnleggende verdier som bør vektlegges i utformingen og utførelsen av helse- og omsorgstjenestene, synes å ha bred samfunnsmessig tilslutning på tvers av ideologiske og poli-

tiske skillelinjer, men det mer konkrete innholdet i verdiene er åpent for ulike tolkninger.

De grunnleggende verdiene i helse- og omsorgstjenestene er omtalt i en rekke offentlige dokumenter, blant annet gjennom flere utredninger, strategier og stortingsmeldinger. I de foregående prioriteringsutredningene (Lønning-utvalgene<sup>1</sup> og Norheim-utvalget<sup>2</sup>) og i rapporten fra Magnussen-gruppen<sup>3</sup> er det mer eller mindre tydelig hvilke grunnleggende verdier helse- og omsorgstjenestene bygger på.

Det verdimessige grunnlaget for helse- og omsorgstjenesten ble i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* oppsummert på følgende måte:

Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv. Helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene etter beste evne samtidig som de har et ansvar for helheten. Prioritering i helsetjenesten må praktiseres slik at den ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helsehjelp. Pasienter skal videre møtes på en verdig måte. Pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det selv om ikke helsetjenesten kan tilby virkningsfull behandling.

Verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten kommer også helt eller delvis til uttrykk i de sentrale lovene på området. Formålsbestemmelsene i sentrale lover som helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, psykisk helsevernloven, hel-

sepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven gir uttrykk for mål som lovgiver har lagt vekt på, og som er i tråd med de grunnleggende verdiene. Verdier som kommer til uttrykk i formålsbestemmelsene, er blant annet: respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd, sosial trygghet, likeverd, likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester, tillit mellom pasient/bruker og tjenesten, selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det fremgår av Prop. 71 L (2016–2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* at dette også er verdier som ligger til grunn for den offentlige tannhelsetjenesten.<sup>4</sup>

I et prioriteringsperspektiv er menneskeverd og likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester sentrale verdier, i tillegg til selvbestemmelse og medvirkning. Utvalget mener videre at rettssikkerhet og sosial trygghet er viktige verdier som må ligge til grunn for prioriteringsprinsippene i helse- og omsorgstjenesten. I den videre teksten er disse verdiene nærmere omtalt.

### 3.3.1 Menneskeverd og likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester

Et sentralt utgangspunkt for helse- og omsorgstjenesten er at alle mennesker har en ukrenkelig egenverdi (menneskeverdet), og er likeverdige. Det ukrenkelige menneskeverdet og menneskers likeverdighet har grunnlag i en lang historisk tradisjon, utviklet blant annet av 1700-tallets opplysningsfilosofer som Locke, Voltaire, Montesquieu og Kant. Forestillingen om et ukrenkelig menneskeverd er nedfelt i Grunnloven, og prinsippet er nedfelt blant annet i FN's erklæring om universelle menneskerettigheter av 1948. I menneskerettighetserklæringen anerkjennes alle menneskers iboende verdighet og likeverdige krav på grunnleggende menneskerettigheter. Menneskeverd har man i kraft av å være menneske og er ikke avhengig av den enkeltes stilling eller sosiale status i samfunnet. Allmenne menneskerettsprinsipper er gjort til norsk rett ved lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetens stilling i norsk rett.

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* uttales det at helsepolitikken skal bygge på respekt for menneskeverdet og legge til grunn en rettferdig fordeling av rettighe-

<sup>1</sup> NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*, NOU 1997: 18 *Prioritering på ny*

<sup>2</sup> NOU 2014: 12 *Åpenhet og rettferdighet – prioriteringer i helsetjenesten*

<sup>3</sup> Magnussen-gruppen (2015): *På ramme alvor – alvorlighet og prioritering*

<sup>4</sup> Prop. 71 L (2016–2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, side 95

ter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet til forsvarende tjenester, og en styrket rettsstilling for den som trenger tjenestene.

Et viktig prinsipielt skille når det gjelder rettferdig og likeverdig tjenestetilbud går mellom likhet i muligheter (tilbudslighet) og likhet i resultat (resultatlikhet) (NOU 2014: 12, kapittel 3.1). NOU 1997: 18 *Prioritering på ny* (s. 73) peker på at:

Likhetsbegrepet kan innebære adgang til et grunnleggende behandlingstilbud for alle, eller lik tilgang på tjenester for like behov, eller lik behandling for like behov, eller lik helsetilstand for alle. Det Etske Råd påpeker at målet om lik helsetilstand er en utopisk målsetting. Likhetsbegrepet må derfor forstås slik at alle med samme behov skal behandles på samme måte. Det vil si at dersom en person i en gitt situasjon blir gitt behandling, vil andre personer i samme situasjon også ha krav på behandling.

Et viktig mål for folkehelsearbeidet er å redusere forskjeller i helse i befolkningen. Dette fremgår blant annet i Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Meldingen vektlegger at folkehelsearbeidet skal bidra til at alle får muligheter til å ta ut sitt helsepotensial, det vil si en vektlegging av likhet i muligheter. Dette fremgår også av forarbeidene til folkehelseoven.

Det er bred politisk enighet om at hele befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Denne målsettingen fremgår blant annet av formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helse- og omsorgstjenester, har samme mulighet til å skaffe seg helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet med videre. Til tross for at alle formelt sett har lik rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, vil det være variasjoner i den reelle tilgangen til helse- og omsorgstjenester blant annet som følge av geografiske forskjeller og spredt bosetting. Forutsetningene i kommunene er forskjellige og tjenestetilbudet må derfor utformes ut fra lokale behov og forhold. Det er et mål å gi et mest mulig likeverdig tilbud til befolkningen, samtidig mener utvalget at det må tas hensyn til lokale behov og forhold i den helhetlige vurderingen og prioriteringen.

### 3.3.2 Selvbestemmelse og medvirkning

En konsekvens av å se på menneskeverdet som ukrenkelig er å akseptere at den enkelte har kom-

petanse til å gjøre egne valg. Relasjonen mellom disse to prinsippene kan formuleres slik:

Prinsippet om respekt for den enkeltes integritet er et utslag av det overordnede prinsippet om menneskets ukrenkelighet. Integritetskravet er uttrykk for ideen om at alle mennesker har rett til en privat sfære og å bli møtt med respekt med hensyn til ulikhet i forhold til vurderinger og ønskemål, også om de mangler evne til helt og fullt å ta rasjonelle valg. Retten til selvbestemmelse, til å fatte beslutninger og handle i tråd med egne ønskemål og vurderinger i den grad dette ikke går ut over andres rett, og også en rett til medbestemmelse i den grad egne rettigheter berøres, er en kjerne i dette prinsippet. I forlengelsen av dette bør også nevnes verdien av at individet beholder kontrollen over og tar ansvar for sin egen tilværelse så langt mulig.<sup>5</sup>

Begrepet personlig autonomi uttrykker blant annet enkeltindividets rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv. Retten til selvbestemmelse har i de senere årene blitt mer og mer sentral i helse- og omsorgstjenesten og må anses å være helt sentralt i forståelsen av hva integritet i helse- og omsorgstjenesten handler om.

Pasienter, brukere og pårørendes medvirkningsrett innebærer blant annet at de involveres både på faglig- og overordnet nivå. Retten til medvirkning innebærer at pasienter, brukere og pårørende skal kunne delta aktivt i beslutninger om helsehjelp og utforming av behandlingstilbud. Brukermedvirkning er nærmere omtalt i kapittel 17.2.

### 3.3.3 Rettssikkerhet og sosial trygghet

Prinsippet om rettssikkerhet er forankret i menneskerettighetene og en sentral verdi også i helse- og omsorgstjenesten. Rettssikkerhet er ikke et entydig begrep, men kjernen i begrepet er knyttet til krav om at enkeltindividet skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, samtidig som vedkommende skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser.<sup>6</sup> Menneskeverdet og

<sup>5</sup> NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, kapittel 6.3

<sup>6</sup> NOU 2009: 15 *Skjult informasjon – åpen kontroll – Metodekontrollutvalgets evaluering av lovgivningen om politiets bruk av skjulte tvangsmidler og behandling av informasjon i straffesaker*, kapittel 7

enkeltindividets rett til fysisk og psykisk integritet står sentralt i rettssikkerhetsbegrepet. Også retten til selvbestemmelse (autonomi) og retten til privatliv kan ses som deler av et utvidet rettssikkerhetsbegrep. Likhet og rettferdighet nevnes blant forhold som kan falle inn under rettssikkerhetsbegrepet (Eckhoff og Smith 2010). Fravær av vilkårlighet er også et element i rettssikkerheten.

Rettssikkerhet innebærer blant annet at «[...] den offentlige myndighetsutøvelsen skal være forankret i på forhånd gitte rettsregler, slik at borgeren på den måten kan forutberegne sin rettsstilling og innrette seg i tillit til dette.»<sup>7</sup>

Det er to hovedbetydninger av begrepet rettssikkerhet. For det første benyttes begrepet rettssikkerhet om virkemidler som skal sikre gode og rette avgjørelser i forvaltningen og i domstolen (rettssikkerhetsgarantier). Dette kan for eksempel være saksbehandlingsregler, regler som gir klageadgang eller et overordnet system for tilsyn og kontroll.

For det andre benyttes begrepet rettssikkerhet om lovbestemmelser skal sikre borgerne visse grunnleggende rettigheter. Dette kan for eksempel være Grunnlovens bestemmelser om at inngrep overfor den enkelte må følge av lov, eller at mennesker ikke skal utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Sentralt står også Grunnlovens vern om privatlivet og den personlige integritet.

I forvaltningsretten er begrepet rettssikkerhet tradisjonelt benyttet som et sett av virkemidler som skal sikre at den enkelte borger får oppfylt sine rettigheter overfor det offentlige.

For pasienter og brukere kan rettssikkerhet handle om at de «[...] lett skal kunne sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som tilsikker at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt.»<sup>8</sup>

Det er i juridisk teori tatt til orde for at rettssikkerhetsbegrepet omfatter de velferdsstatlige grunnverdiene og stiller krav om at rettsordenen ivaretar innbyggerens sosiale og helsemessige sikkerhet. Rettssikkerhet omfatter dermed både garantier for en forsvarlig beslutningsprosess når det offentlige treffer avgjørelser som har betydning for enkeltpersoners rettigheter og plikter, og et krav til rettsreglene og de rettslige avgjørelsenes innhold (Bernt og Kjellevold 2000).

Innbyggernes sosiale og helsemessige sikkerhet ivaretas blant annet ved å sikre alle tilgang til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I formålsbestemmelsen til helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at loven skal fremme sosial trygghet. Sosial trygghet innebærer at alle skal få nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester når de har behov for det, og at tjenestene tilbys med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Den som trenger helsehjelp eller er avhengige av pleie eller praktisk hjelp i dagliglivet, skal kunne være trygg på å få nødvendig hjelp. Videre skal den som mottar slik hjelp, oppleve trygghet i møte og samhandling med dem som yter tjenestene.

Utvalget vil understreke at en forutsetning for sosial trygghet er at tjenestetilbudet er egnet til å dekke grunnleggende behov for befolkningen.

<sup>7</sup> NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, kapittel 6.4

<sup>8</sup> Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, s. 49

## Kapittel 10

# Hva skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten?

I mandatet bes utvalget om å beskrive de viktigste forskjellene og likhetene mellom prioriteringsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Verdigrunnet og de rettslige kravene for utøvelse av tjenestene er i all hovedsak gjennomgående for hele helse- og omsorgstjenesten (se kapittel 3 og kapittel 7). Tjenestene har videre til felles at beslutningstakere både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte må ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike brukere og pasienter. Ressurser må fordeles mellom ulike formål, et gitt antall sengeplasser på sykehus eller sykehjemsplasser må fordeles til de som trenger det mest, og ansatte må disponere dagen til det beste for pasienter og brukere.

Ulikhetene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten knytter seg både til innholdet i tjenestene, styringslinjene og til finansieringssystemet. I kapittel 6 ble det redegjort for kommunens rammer for organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenestene. Kort oppsummert kan det sies at mens styringen av spesialisthelsetjenesten skjer gjennom statens eierstyring av de regionale helseforetakene, er det kommunene selv som innenfor gitte rammer har ansvaret for å dekke befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Kommunene er ikke en del av den hierarkisk oppbygde statsforvaltningen. Staten har dermed ingen instruksjonsmyndighet over kommunesektoren, og den må derfor styres på andre måter. Finansieringssystemene skiller seg fra hverandre ved at Stortinget fastlegger de økonomiske sektorrammene for spesialisthelsetjenesten, mens helse- og omsorgstjenesten ikke har et statlig bestemt sektorbudsjett. De samlede rammene for kommuneøkonomien er langt på vei vedtatt av Stortinget.

Videre skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten seg fra spesialisthelsetjenesten ved hvordan pasienten/brukeren får tilgang til tje-

nester. Inngangen til spesialisthelsetjenesten går vanligvis gjennom en henvisning fra en lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten. Med andre ord er det allerede gjort en første vurdering før spesialisthelsetjenesten vurderer hvem som skal motta helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten foretas det i mange tilfeller ikke en tilsvarende vurdering i møte med tjenesten. Alle kan fritt oppsøke fastlegen sin, og alle barn og familier kalles inn til konsultasjoner i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. Konsekvensen av dette er at de kommunale tjenestene må ha kapasitet til å håndtere første kontakter som, i en del tilfeller, ikke kan begrunnes i et reelt behov for tjenester. For denne typen aktivitet vil avvisning på grunnlag av prioriteringskriteriene ikke være aktuelt. Utvalget diskuterer dette nærmere i kapittel 15.

For andre kommunale tjenester vil det være mer naturlig å anvende prioriteringskriteriene i tildeling av tjenester. I omsorgstjenesten vil det i mange tilfeller skje en prioritering ved at det gjøres en vurdering av brukerens behov og funksjonsnivå før vedtak om tiltak fattes.

Ikke minst skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten seg fra spesialisthelsetjenesten ved at behandling, oppfølging og rehabilitering i mange tilfeller skjer nærmere den enkeltes hjem og i tettere samhandling med familie/pårørende og øvrig nettverk. I mange tilfeller supplerer pårørende og helse- og omsorgspersonell hverandre i oppfølgingen av pasienten/brukeren, og pårørende er derfor viktige aktører i prioriteringssituasjoner (se kapittel 17.2.4 om pårørendes rolle).

Etter utvalgets vurdering er det tre viktige forskjeller som vil ha betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene. For det første skiller nivåene seg fra hverandre ved at kommunen har et bredt samfunnsoppdrag som også omfatter andre sektorer enn helse- og omsorgs-

sektoren, og som kommunens ledelse må ta hensyn til når det skal fattes beslutninger om ressursfordeling. For det andre har tjenestenivåene til dels ulike faglige målsettinger. For det tredje skiller nivåene seg fra hverandre ved at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten i langt større grad enn i spesialisthelsetjenesten mangler forskning på tiltak som iverksettes. I dette kapitlet vil utvalget særlig se nærmere på disse tre forskjellene.

## 10.1 Kommunens brede samfunnsoppdrag

Kommunesektoren har ansvar for et bredt spekter av velferdsoppgaver som fremgår av ulike lovverk, som for eksempel opplæringslova, barnevernloven, barnehageloven og sosialtjenesteloven, i tillegg til helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene kan også fritt påta seg oppgaver som ikke er tillagt andre forvaltningsorganer. Den største andelen av kommunenes ressursbruk og sysselsetting er innen barnehage, skole og helse- og omsorgstjenester. Både i daglig drift og i planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet vil kommunen måtte vurdere og prioritere ressursbruk på tvers av tjenesteområdene. Økt ressursbruk i én sektor innebærer mindre i en annen. Mens spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere *innen* helsetjenesten vil kommunene både måtte prioritere *mellom* tjenesteområder og *innen* de enkelte områdene.

I denne to-trinns prosessen må kommunene ta hensyn til at innsats og tiltak i én sektor vil kunne ha effekter i en annen sektor. For eksempel kan strøing av fortau medføre færre fall hos eldre og dermed besparelser både i spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesten. Tilsvarende kan økt innsats i skolehelsetjenesten bidra til mindre mobbing, bedre trivsel og mindre frafall i skolen.

For beslutningstakere i kommunen betyr dette at man ikke kan betrakte prioriteringsbeslutninger innen helse- og omsorgssektoren isolert fra beslutninger som angår fordelingen mellom helse- og omsorgssektoren og de andre sektorene i kommunen. Det betyr også at man, i motsetning til i spesialisthelsetjenesten, ikke ensidig kan se på effekten av tiltak på det tjenesteområdet tiltaket skjer innenfor. Når kommunene skal vurdere hvilke tiltak som skal igangsettes, vil det i mange tilfeller være naturlig at man også vurderer konsekvenser av tiltakene for andre sektorer.

## 10.2 Helse- og omsorgstjenestens faglige målsettinger

### 10.2.1 Mestring

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har på flere områder ulike faglige målsettinger. Spesialisthelsetjenesten har i stor grad oppmerksomheten på én avgrenset problemstilling eller én enkelt diagnose. Den kommunale tjenesten vil ofte måtte forholde seg til flere problemer eller diagnoser av gangen, og i større grad ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin tilstand. Satt på spissen kan man si at mens målet for spesialisthelsetjenesten er å gjøre pasientene så friske som mulig, vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte ha som mål å sette pasientene/brukerne i stand til å leve godt med den tilstanden de har. De vil dermed ivareta et bredere sett av behov hos pasientene/brukerne enn hva tilfellet er i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter og brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ofte langvarige og sammensatte behov. Dette krever godt koordinerte tjenester og samarbeid på tvers av sektorer, tjenester og profesjoner. Flere store pasientgrupper har et forløp som kjennetegnes av en første behandling i spesialisthelsetjenesten, og en videre oppfølging i kommunene. Det gjelder for eksempel pasienter med hoftebrudd og pasienter med hjerneslag. For begge disse gruppene tilbyr spesialisthelsetjenesten strukturerte og avgrensede behandlingsopplegg før pasienten skrives ut til videre oppfølging i kommunene. I denne oppfølgingen må kommunen forholde seg til pasientens hjemmesituasjon, sosiale situasjon samt kognitive og fysiske funksjonsnivå. Kommunen vektlegger konsekvensene og utfordringene av sykdommen eller tilstanden like mye som sykdommen i seg selv (Førland 2018).

Forskjellene i faglige mål og rammer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er vist i tabell 10.1 (Grimsmo 2018).

Som nevnt i kapittel 9 om utviklingstrekk, har over 20 prosent av fastlegens pasienter to eller flere kroniske sykdommer. Disse står for over 50 prosent av konsultasjonene hos fastlegen. I helse- og omsorgssektoren har over 90 prosent flere sykdommer samtidig, i gjennomsnitt 4–5 lidelser.

Grimsmo viser i en artikkel at det ikke bare dreier seg om en medisinsk kompleksitet for denne pasientgruppen, men at også hjemmesituasjonen kan kreve tilrettelegging for tiltak som gjør at man kan bo hjemme så lenge som mulig. «Det handler

Tabell 10.1 Forskjellene i faglige mål og rammer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

	Spesialisthelsetjenesten	Den kommunale helse- og omsorgstjenesten
<i>Helseproblemer</i>	Ett problem, ev. fokus på ett om gangen	Gjerne flere parallelt, hele spekteret diagnoser/problemer
<i>Behandling</i>	Diagnoseorientert og med avansert teknologi	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv
<i>Beslutninger</i>	Tas gjerne i møter med flere og med høy lojalitet til faglige retningslinjer	Tas av helsepersonell alene eller av få, med vekt på pasientpreferanser
<i>Planlegging</i>	Kortsiktig – til og med utskriving. Ofte med store endringer. Høyt tempo	Langsiktig – mot resten av livet. Lite/langsom endring
<i>Forholdet pasient - helsepersonell</i>	Sjelden og i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle
<i>Samarbeid med andre</i>	Mest med kommunehelsetjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helsetjenesten, tett med eventuelle pårørende

Kilde: Grimsmo 2018

med andre ord om en dobbel kompleksitet, og den største utfordringen i primærhelsetjenesten er at det knapt finnes kunnskapsbaserte faglige retningslinjer hverken for medisinsk behandling eller for funksjonell og sosial tilrettelegging for personer med multisykdom» (Grimsmo 2018, s. 103).

Utvalget vil derfor peke på *mestring* som et fremtredende aspekt ved den faglige målsettingen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For store grupper vil tiltak utformes og rettes inn mot at pasienten/brukeren skal kunne mestre hverdagen til tross for sykdom og/eller smerter.

### 10.2.2 Forebygging og helsefremming

Alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene har i oppgave å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Tilsvarende gjelder for den offentlige tannhelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et eksempel på en tjeneste hvor forebygging er et vesentlig aspekt ved tjenestens innhold og faglige målsetting. Målsettingen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er, gjennom tverrfaglig samarbeid, å bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barn og unges lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen.

Når kommunene driver forebygging, er målsettingen knyttet til flere forhold enn befolkningens helsetilstand. Effekten av forebygging vil

også komme flere steder enn i helse- og omsorgssektoren. Utvalget mener at dette må reflekteres i de prinsippene som skal ligge til grunn for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

### 10.3 Ulikt forskningsgrunnlag

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skiller seg fra spesialisthelsetjenesten ved at det for mange tiltak som iverksettes mangler forskning og systematisk dokumentasjon av effekt. Beslutninger om hvem som skal få og hva man skal få tilbud om, fattes i mange tilfeller på usikkert grunnlag (se kapittel 16).

Riktignok er det ikke slik at det finnes god dokumentasjon av effekt for alle tiltak som igangsettes i spesialisthelsetjenesten, og enkelte tiltak i spesialisthelsetjenesten vil kunne kategoriseres som utprøvende tiltak eller tiltak uten dokumentert effekt. Ofte vil disse tiltakene være gjenstand for randomiserte kontrollerte studier, med mål om å undersøke effekten av tiltaket.

Mange tiltak som iverksettes hos fastlegen, tannlegen og tannpleieren har godt dokumentert effekt. For en del andre tiltak i helse- og omsorgstjenesten vil man imidlertid ha mindre kunnskap om effekten av tiltaket. For eksempel vet man til dels lite om effekten av ulike typer intervensjoner innen psykisk helsearbeid eller effekten av dagstentertilbud for psykisk syke.