

## 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 utskrivning. 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 dagstentilbud for psykisk syke.