

Hagen, T. P. (2026). Kommunehelsetjenesten – utvikling og oppgaver. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 107–127). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180905>

5

Kommunehelsetjenesten – utvikling og oppgaver

Terje P. Hagen

Primærhelsetjenesten ble definert gjennom den såkalte Alma Ata-deklarasjonen av 1978.¹ Deklarasjonen, som ble initiert av Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs barnefond (UNICEF), definerte et sett av tjenester som er grunnleggende for primærhelsetjenesten, slik som forebyggende helsearbeid (opplæring i riktig ernæring, anskaffelse av rent vann, vaksiner), behandlingsmuligheter for sykdom og skader, og ordninger for henvisning til spesialiserte helsetjenester. I Norge er disse tjenestene organisatorisk lagt til kommunene.

Kommunehelsetjenesten inkluderer imidlertid mer enn primærhelsetjenestene slik de ble definert av Alma Ata-deklarasjonen. Kommunehelsetjenesten skal sørge for allmennlegetjeneste, herunder legevakt, fysioterapitjeneste, helsestasjon og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, psykologtjenester, hjemmebasert omsorg, sykehjem eller bolig med heldøgns pleie- og omsorgstjeneste og akuttmedisinske døgnenheter. Kommunen skal dessuten samarbeide med helseforetakene for å sikre at den medisinske nødmeldetjenesten fungerer forsvarlig. Kommunens ansvar for den medisinske nødmeldetjenesten omfatter blant annet plikt til å etablere legevaktsentral.

I dette kapittelet diskuterer vi først (5.1) teoretiske argumenter for og mot å benytte kommuneinstitusjonen i anskaffelsen av helsetjenester. Deretter (5.2) beskrives den historiske utviklingen av kommunehelsetjenesten, med vekt på endringer som har skjedd de siste 40–50 årene. Vi gir så en nærmere beskrivelse av forebyggende helsearbeid (5.3), legetjenesten (5.4) og pleie- og omsorgstjenestene (5.5). Avslutningsvis (5.6) nevner vi kort noen tjenester som grenser opp mot kommunehelsetjenesten, slik som kommunale sosialtjenester, f.eks. det kommunale boligtilbudet og NAV-kontorene.

1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

5.1 Kommunalt ansvar for helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenestene er tjenester som de fleste i Norge ønsker skal tilbys ut fra behov hos den enkelte. Hvorfor da legge anskaffelsen av helse- og omsorgstjenestene til kommunene, der lokalpolitikernes prioriteringer vil bestemme tilbudet av tjenester? Bør ikke tilbudet av helse- og omsorgstjenester heller være et statlig ansvar, og tildeling av tjenestene basert på klare retningslinjer for vurdering av behov? Det er åpenbart sterke argumenter for statlig tildeling av tjenester, og som vi skal se i kapittel 6 og 8, er det i dag stor ulikhet i tilbudet av noen typer av kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi starter derfor med en gjennomgang av argumenter *for* og *mot* dagens organisering. Modellen er basert på tre hovedargumenter (Fiva mfl., 2021): allokeringseffektivitet, lokaldemokratisk styring og nasjonale hensyn. De to første av disse argumentene trekker i retning av kommunal organisering. Det tredje begrunner at det må eksistere rutiner for nasjonal styring og regulering i en desentralisert modell.

Prioriteringseffektivitet

La oss starte med å definere *kollektive* og *private* goder. *Kollektive goder* har to kjennetegn. For det første er forbruket av kollektive goder *ikke-rivaliserende*. Det betyr at kollektive goder kan benyttes av mange uten at én persons forbruk forringer andres forbruksmuligheter. Fyrlykter og forsvaret er eksempler på slike goder. Forbruket av private goder er derimot rivaliserende. Når vi har benyttet en time med hjemmesykepleie, er denne timen ikke lenger tilgjengelig for andre. For det andre er kollektive goder *ikke-ekskluderende*. Det betyr at de som skaffer til veie kollektive goder, ikke kan hindre andre i å benytte dem. Når vi har etablert en fyrlykt, vil lyset fra lykten bli allment tilgjengelig. Et privat gode, som en helsetjeneste, kan en derimot ekskludere noen fra å benytte, f.eks. ved å øke prisen. I tillegg til rene private og rene kollektive goder finnes det også mellomformer. Tabell 5.1 gir en enkel oversikt over ulike typer goder. Som vi ser av definisjonene, er kollektive og private goder ikke det samme som at godene er anskaffet av offentlig eller privat sektor.

Tabell 5.1*Rivalisering og ekskluderbarhet*

Forbruket er:	Eksklusjon er:	
	Mulig	Ikke mulig
Rivaliserende	Private goder	Fellesressurser
Ikke-rivaliserende	Klubbgoder	Kollektive goder

Private goder anskaffes ofte gjennom økonomiske markeder. For goder som har innslag av ikke-rivalisering eller ikke-ekskluderbarhet, vil markedet imidlertid ofte svikte. Tenk for eksempel at en privatperson vil etablere en fyrlykt og forsøker å mobilisere et lokalsamfunn til å bli med på finansieringen. Som enkeltpersoner vil vi da bli fristet til å håpe at andre betaler, samtidig som vi selv slipper. Vi vil være *gratispassasjerer*. Dersom alle tenker på samme måte, blir fyrlykten ikke bygget. Dette er en *Fangens dilemma*-situasjon: Det som er best for oss som enkeltpersoner (å slippe å betale fordi andre gjør det), skaper det dårligste utfallet for fellesskapet (ingen fyrlykt). Dette er et argument for at staten griper inn og etablerer fyrlykten.

Offentlig sektor omfatter imidlertid langt mer enn kollektive goder, både i Norge og i andre land. En god del av aktivitetene som det offentlige driver, kan begrunnes med former for markedssvikt (Stiglitz & Rosengard, 2021). Innenfor helsesektoren finnes det mange slike eksempler:

- *Imperfekt konkurranse*: Når egenskaper ved produksjonsprosessen gjør at én aktør bør stå for hele (den lokale) økonomiens produksjon, står vi overfor et *naturlig monopol*. I slike tilfeller bør det offentlige regulere markedet eller selv stå for selve produksjonen. Vannforsyning og avløpshåndtering er eksempler på lokale naturlige monopol. I områder med spredt bosetting og lange avstander vil også et sykehus lett bli et naturlig monopol.
- *Eksternaliteter (eksterne virkninger)*: Eksternaliteter er positive eller negative virkninger som en eller flere aktørers virksomhet har på andre aktører, og som ikke tas hensyn til i prisen i markedet. Et klassisk eksempel er en forurensende bedrift som ødelegger vannet for andre, og som i sin konsekvens fører til helseskader. I slike tilfeller vil

myndighetene avgiftsbelegge utslippene eller regulere dem på andre måter, f.eks. ved å legge ned forbud.

- *Informasjonsproblemer*: Offentlige aktiviteter kan også begrunnes med informasjonsproblemer i markedet. I Norge har vi for eksempel sterke reguleringer på markedsføring av helsetjenester. Ifølge Helsepersonelloven skal «markedsføring av helse- og omsorgstjenester ... være forsvarlig, nøktern og saklig». Helsedepartementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser, herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring.

Både «gratispassasjerproblemet» og de nevnte formene for markedssvikt gir begrunnelser for offentlig inngrep i økonomien. Disse momentene kan imidlertid bare i noen grad forklare hvorfor private goder, som helse- og omsorgstjenester, anskaffes av det offentlige. At offentlig sektor i høy grad anskaffer disse private godene, har også andre årsaker:

- *Fordelingshensyn*: Tilgjengeligheten til visse tjenester, som helse- og omsorgstjenester, bør ikke avhenge av den enkeltes inntekt. Vi tegner derfor forsikring for å håndtere kostnadene ved bruken av tjenestene. I Norge har vi en skattebasert forsikringsordning der offentlig sektor både står for innkrevingen av skattene og anskaffelsen av tjenestene.
- *Imperfekte markeder*: Et privat marked for helseforsikring kan bryte sammen, siden private aktører vil ha begrenset informasjon om risiko og samtidig ha insentiver til å tilby helseforsikring bare til «de friskeste». Offentlige forsikringsordninger (som gir tilnærmet gratis helse-tjenester til alle) er da å foretrekke.
- *Paternalisme*: Dersom innbyggerne ikke opptrer i sin beste interesse, kan det offentlige gripe inn. Dette argumentet er særlig relevant overfor personer som ikke kan ivareta sine interesser selv, slik som barn og personer med noen medfødte funksjonsnedsettelse.

Når varer og tjenester skaffes til veie i et perfekt fungerende marked, gir *prismekanismen* signaler til produsenter og konsumenter. På denne måten vil produsentene ideelt sett vite hva og hvor mye som skal produseres. Når vi velger å skaffe til veie goder gjennom offentlig sektor, mangler prismekanismen. Det må derfor etableres andre mekanismer for å signalisere befolknin-

gens ønsker. Her kommer den *politiske* prosessen, med valgmekanismen, inn i bildet. Sterkt forenklet kan vi se på politiske valg, både stortingsvalgene og kommunevalgene, som en anledning til å velge representanter som på best mulig måte fatter beslutninger i tråd med velgernes ønsker.

Pandemien i 2020 og 2021

Fravær av smittsomme sykdommer kan sees som et kollektivt gode. Alle har nytte av et smittefritt samfunn, og en persons nytte reduserer ikke velferden til andre. Motsatt er smitte et kollektivt onde, sykdommen kan ramme alle. Lokale smitteutbrudd representerer et lokalt, kollektivt onde. Det bekjempes mest effektivt på kommunalt nivå. Lov om vern mot smittsomme sykdommer gir kommunene ansvar og vidtgående fullmakter slik at de kan verne befolkningen mot lokale smitteutbrudd som utgjør en trussel mot folkehelsen. Det er et kommunalt ansvar å teste mulige smittebærere, isolere dem som har blitt syke, spore opp kontakter som kan ha blitt smittebærere, og sørge for bruk av karantene. Når dette ikke er tilstrekkelig, er det nødvendig å begrense mobiliteten i samfunnet. Kommunestyret kan derfor fastsette lokale forskrifter om stans i utførelse av arbeid, stans i offentlige kommunikasjoner og at lokale virksomheter som barnehager, skoler og butikker skal stenges for å begrense utbruddet. Dette forutsetter som sagt at smitteutbruddet er lokalt, og ikke har vesentlige forgreininger til andre kommuner. Dersom smitteutbruddet er regionalt, kan staten (Helsedirektoratet) fastsette tilsvarende forskrifter med regionalt nedslagsfelt, og dersom smitten er spredt over hele landet, kan direktoratet la reguleringen gjelde nasjonalt. Under covid-19-pandemien ble alle disse mulighetene benyttet.

Avveininger forbundet med tjenester som har et *nasjonalt* nedslagsfelt, som forsvar, forskning og telekommunikasjoner, bør foretas av det nasjonale politiske systemet. Når det gjelder goder som har et lokalt nedslagsfelt, bør avveiningene skje lokalt. Det er dette som uttrykkes gjennom det som kalles Oates' desentraliseringsteorem (Oates, 1972):

For a public good – the consumption of which is defined over geographical subsets of the total population, and for which the costs of providing each level of output of the good in each jurisdiction are the same for the central or the respective local government – it will always be more efficient (or at least as efficient) for local government to provide the Pareto-efficient level of output for their respective jurisdictions than for the central government to provide

any specified and uniform level of output across all jurisdictions (Oates, 1972, s. 35).

Kommunene har altså et fortrinn framfor staten i tilpasningen av tjenestetilbudet til innbyggernes preferanser.

Bruken av kommunene i offentlig tjenesteproduksjon kan også begrunnes med andre argumenter (Fiva mfl., 2021):

- Har kommunene *informasjonsfordeler* i forhold til staten? I Norge har kommunene ansvaret for sosialhjelp, mens staten har ansvaret for de øvrige trygdeytelsene. Begrunnelsen kan være at sosialhjelp gis på skjønnsmessige kriterier, og følgelig krever mer detaljert kunnskap om lokale forhold, eksempelvis om lokale muligheter for arbeid. Trygdeytelsene er knyttet til lettere observerbare kjennetegn ved individene og krever mindre informasjon. I så fall taler dette for kommunalt ansvar for sosialhjelp, men ikke for trygder.
- Fører et stort og voksende offentlig engasjement til at staten blir styringsmessig *overbelastet*? Jo flere oppgaver staten har ansvaret for, desto større blir belastningen på det statlige styringsapparatet. I en stor og kompleks organisasjon må mange beslutninger delegeres. De kan delegeres til selvstendige direktorater og til den lokale statsadministrasjonen. Kommandokjeden fra departementene og statsråden blir imidlertid lang. En fordel med kommunal organisering er at vi får en direkte velgerkontroll nedenfra. Hensynet til statens styringskapasitet tilsier at kommunene bør stå for en vesentlig del av tjenesteproduksjonen ved en stor offentlig sektor.
- Bør kommunene anskaffe velferdstjenester som er *gratis*? Gratis velferdstjenester innebærer stor etterspørsel og dermed behov for rasjonering. Staten kan ha vansker med å foreta slik rasjonering fordi det er få aktører som forsvarer fellesskapets inntekter. Dette gjelder særlig tjenester der det ikke er klare regler for når tildeling skal skje, eksempelvis helse- og sosialtjenester. Når en legger disse tjenestene til kommuner og fylkeskommuner og samtidig rammefinansierer kommunesektoren, etableres en rasjoneringsmekanisme som gjør det mulig å holde finansiell kontroll.

Lokaldemokratisk styring

Oates' (1972) desentraliseringsteorem forteller oss at en kan oppnå høyere velferd når beslutninger om lokalt kollektive goder treffes desentralt heller enn sentralt. Teoremet peker på en teoretisk mulighet, men sier ingenting om hvordan potensialet skal høstes. Her er, som nevnt, valgmekanismen sentral.

Når politiske partier stiller til valg, vil de tilstrebe å få høyest mulig oppslutning for på den måten å få størst mulig innflytelse. For å få høy oppslutning må partiene imidlertid ha en politikk som i hovedsak samsvarer med det velgerne ønsker. Den klassiske analysen av disse forholdene er Downs–Hotelling-modellen (Downs, 1957; Hotelling, 1929). Her forutsetter en to kandidater som konkurrerer om velgerne langs *en* policy-dimensjon. Videre forutsettes det at velgerne har en-toppede preferanser, og at både kandidater og velgere har full informasjon om hverandres politiske posisjoner. Modellen leder fram til det såkalte *medianvelgerteoremet*, som sier at begge kandidatene vil legge seg nært opp til medianvelgerens idealpunkt (ønsker). Senere er det vist at dette hovedresultatet også gjelder i situasjoner med mange policydimensjoner og flere partier som konkurrerer, gitt at velgernes preferanser er tilnærmelsesvis homogene (Cox, 1990).

Når representantene er valgt, stilles de i prinsippet overfor to prioriteringsbeslutninger. For det første bestemmes *omfanget* av goder som skaffes til veie gjennom henholdsvis det offentlige og det private. Dette skjer grovt sett ved at en bestemmer skattenivået, og dermed hvor mye ressurser vi har til rådighet for anskaffelse av tjenester gjennom privat og offentlig sektor. I kommunene har en for eksempel muligheter for å variere eiendomsskatten (se kapittel 6). For det andre bestemmes sammensetningen av tjenestene innenfor offentlig sektor. Dette innebærer prioriteringer mellom for eksempel kultur, utdanning og helsetjenester.

Lokaldemokratisk styring er viktig for å tilpasse tjenestene til lokale ønsker, men den har også to andre begrunnelser: politisk deltakelse og politisk maktfordeling. For det første er kommunal organisering av helse- og omsorgstjenestene viktig fordi det gir bred *politisk deltakelse*. Desentralisering kan stimulere til politisk debatt og deltakelse ved at innbyggerne får en arena hvor de kan definere, debattere og løse problemer som de står overfor i sitt eget nærmiljø. Dette virker stabiliserende på det politiske systemet som helhet, og kan bidra til opplæring og rekruttering av politikere til de nasjonale beslutningsarenaene. De lokale styringsorganene har også stor betydning som

rekrutteringskanal til Stortinget: Mer enn 80 % av dagens stortingsrepresentanter har bakgrunn fra lokalpolitikken (Cirone mfl., 2021). For det andre er hensynet til politisk *maktfordeling* et argument for kommunal oppgaveløsning. Lokale beslutningsnivåer kan være en motvekt mot maktkonsentrasjon på statens hender (Tocqueville, 1988 [1835]). For eksempel er det til stadighet brukt som ankepunkt mot den statlige helseforetaksmodellen at den mangler muligheter for lokal påvirkning (NOU 2016: 25).

Nasjonale hensyn

Helse- og omsorgstjenestene er individuelle tjenester der vi ønsker at individuelle behov skal være bestemmende for tildelingen. Dette gjør at staten legger begrensninger på kommunenes handlefrihet. Generelt er det slik at norske kommuner, på grunn av den omfattende oppgaveløsningen innenfor velferds-, helse- og omsorgstjenestene, er langt sterkere regulert fra staten enn det som den internasjonale litteraturen om føderale styringssystemer legger til grunn. Staten regulerer kommunenes oppgaveløsning på flere måter:

- Inntektsfordeling: Se nærmere beskrivelse i kapittel 6.
- Regulering av oppgaveløsningen gjennom lover, forskrifter og retningslinjer, herunder etablering av nasjonale standarder.
- Tilsyn og veiledning – slik dette er organisert gjennom Statens helse-tilsyn og statsforvalterne.

Staten legger også føringer for oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og hvordan samhandlingen mellom de to nivåene skal organiseres (se Del D av boken). Viktige momenter når oppgavedelingen skal vurderes, er:

- Er det stordriftsfordeler ved produksjon av et gode? For enkelte offentlige tjenester kan enhetskostnadene være fallende ved økt produksjonsvolum, slik som for spesialiserte helse- og utdanningstjenester. Det kan være kostbart og ineffektivt om hver enkelt kommune skal stå for produksjonen av slike goder. Her kan det være formålstjenlig å skille ansvaret for forbruk og ansvaret for produksjon, for eksempel ved at kommunene bestemmer hvor mye de ønsker å kjøpe av spesialiserte

sykehustjenester fra selvstendige sykehus, eller ved at en flytter slike oppgaver til et høyere forvaltningsnivå som fylkeskommuner eller staten.

- Er det transaksjonskostnader knyttet til driften av et desentralisert system? I mange tilfeller kreves administrative ressurser for å samordne tilbudene til forvaltningsnivåene slik at en får et helhetlig system på tvers av styringsnivåene. Et viktig eksempel er forholdet mellom somatiske sykehus og primærhelsetjenesten i kommunene. Det er velkjent at kostnadene ved å ha pleiepasienter ved sykehusene er atskillig høyere enn å ha dem i hjemmebasert omsorg eller i sykehjem. Kommunene har et økonomisk insentiv til å unnlate å bygge ut tilstrekkelig omsorgskapasitet, for slik å skyve økonomiske belastninger og omsorgsansvaret over på staten. Slik atferd har samfunnsøkonomiske kostnader og tilsier at det samme styringsnivået bør ha ansvaret for både primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten, eller at det etableres betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter slik det skjedde fra 2012 (Hagen mfl., 2013; Ambugo & Hagen, 2019).

5.2 Kort historisk oversikt

Det er altså både argumenter for og mot å benytte kommunene i anskaffelsen av primærhelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, men det virker å være enighet om at når en først har valgt en desentralisert organisasjonsform der kommunene spiller en stor rolle, så er det behov for et stort innslag av statlige reguleringer. Hvordan er så disse teoretiske argumentene tilpasset i Norge?

Helse- og omsorgstjenesteloven, vedtatt i 2011, kan sies å markere den foreløpige slutten på en lengre utviklingsperiode i norsk helse- og sosialpolitikk. Loven tok opp i seg de betydelige endringene i tjenester som ble gjennomført gjennom 1980-årene og videre, helt fram til og med Samhandlingsreformen av 2012. Da ble nye tjenester som «øyeblikkelig hjelp» døgntilbud (ØHD) og betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter kommunalt ansvar (se nærmere beskrivelse av samhandlingsreformen i Del D). I perioden etter 2012

har det bare skjedd mindre endringer i det formelle kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene.

Perioden fra 1972 og fram til i dag (2024) kan grovt sett deles i fire (Hagen, 2024):

1972–1982: Kommunale minimumsløsninger

I denne perioden hadde kommunene ansvaret for deler av hjemmetjenestene, mens distriktslegene var et statlig ansvar og sykehjemmene var fylkeskommunale. Kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenestene var lave, og de utgjorde en liten andel av de kommunale utgiftene (Figur 5.1).

1980-årene: Struktureringsfase

Kommunehelseloven av 1983 (Ot. prp. nr. 66 (1981–82)) la langt på vei grunnlaget for den strukturen i helse- og omsorgstjenesten som vi har hatt fram til i dag. Fra 1984 fikk kommunene definert et bredt ansvar for befolkningens helse, herunder forebyggende helsearbeid (miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjenesten). Ansvaret omfattet videre medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg og hjelp ved ulykker. Den første og mest konkrete effekten av loven var at ansvaret for allmennlegene ble flyttet fra staten til kommunene. Deretter ble de somatiske sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1988, mens spesialsykehjemmene forble fylkeskommunalt ansvar til utpå 1990-tallet (St.meld. nr. 68 (1984–1985)).

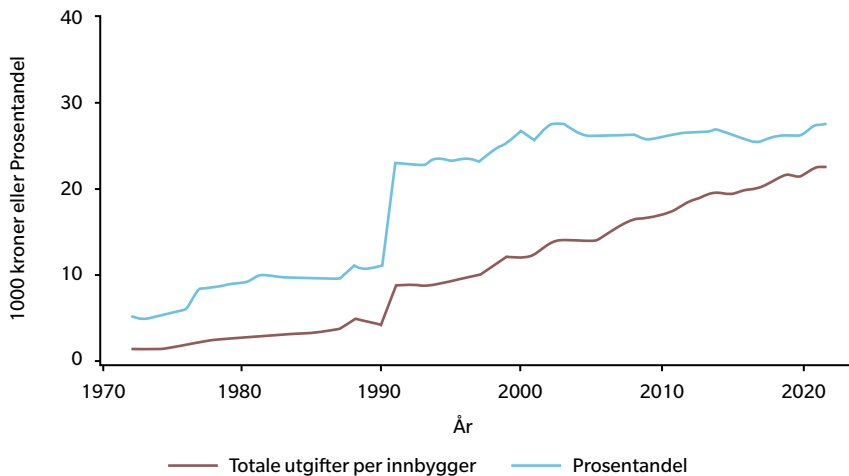
Teoretiske og praktiske argumenter for kommunalisering

Foran har vi gitt en teoretisk begrunnelse for at kommunene under bestemte betingelser bør anskaffe helse- og omsorgstjenestene. Var det også slike argumenter som ble benyttet da Regjeringen tidlig på 1980-tallet valgte kommunene som den institusjonen som skulle være hovedansvarlig for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene?

Ifølge Ot. prp. nr. 66 (1981–82) var det to hovedbegrunnelser for ønsker om reformer i helse- og sosialtjenesten. For det første må hensynet til offentlig økonomi kreve tilpasninger til lavere vekst. For det andre må tyngdepunktet forskyves fra institusjonene til primærhelsetjenesten. Argumenter for det siste var stadig større andel eldre, større behov for å vektlegge forebygging av livsstilssykdommer og sosial mistilpasning, og at opphold i institusjoner skaper passivitet.

Figur 5.1

Totale utgifter til kommunale pleie- og omsorgstjenester (2011-kroner) per innbygger og totale pleie- og omsorgsutgifter i prosentandel av totale kommunale utgifter. Veid gjennomsnitt av kommunene, 1972–2022.



Kilde: Rådata bearbeidet fra Five mfl. (2023)

1990–2010: Desentralisering av tjenester til nye grupper

Desentraliseringen av oppgaver skjøt fart fra 1991 da HVPU-reformen ble gjennomført. Reformen innebar at tilbudet til personer med utviklingshemming ble overført fra HVPU (Det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede) til kommunene. Målet var at psykisk utviklingshemmede skulle bli integrert i sine nærmiljøer og ha egne boliger i hjemstedskommunen. NOU 2001: 22 «Fra bruker til borger» gir en oppsummering etter reformens første år. Evalueringen viser at det store flertallet av brukere hadde fått egne leiligheter, som hovedregel i bofellesskap eller samlokalisert (Søbye, 1994; Tøssebro, 1996). Som vi ser av figur 5.1, skjer det en betydelig økning både i utgifter per innbygger og i pleie- og omsorgssektorens andel av de totale kommunale utgiftene fra begynnelsen av 1990-årene. Dette faller sammen med starten på HVPU-reformen i 1991, men HVPU-reformen er ikke den eneste årsaken til den kommunale ekspansjonen.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006, senere forlenget til 2008) hadde som målsetting å forbedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen hadde flere virkemidler, blant annet utbygging av kommunale tjenester, særlig boliger, og oppbygging av et lettere institusjonstilbud i spesialisthelsetjenestene gjennom etablering av distriktspsykiatriske sentra (DPS-er). Antall døgnplasser ved DPS-ene økte. Samtidig ble de psykiatriske spesialsykehjemmene og de psykiatriske sykehusene bygd ned. Som en konsekvens av reformen ble antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne totalt sett redusert, samtidig med at det skjedde en betydelig opptrapping av dagbehandling og poliklinisk aktivitet (Kalseth mfl., 2009).

I denne perioden ble også organiseringen av primærlegene endret. Vi fikk fastlegeordningen fra 2001.

2011-: Helsekommunen finner sin form

Samhandlingsreformen av 2012 hadde en rekke effekter for kommunene. Blant annet fikk kommunene ansvar for nye tjenester som «øyeblikkelig hjelp»-døgntilbud (ØHD), og det ble innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter (Ambugo & Hagen, 2019; Hagen & Tjerbo, 2023b). Betalingsplikten ga reduksjon i liggetidene i sykehusene, og mer av rehabiliteringen ble overført til kommunene.

Endringene etter 1970 har gitt kommunene dagens brede ansvar: Kommunen skal *sørge for* at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3-1). Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. At kommunen har et *sørge for*-ansvar, innebærer at kommunene ikke trenger å tilby tjenestene selv. De kan inngå samarbeid med andre, både andre kommuner gjennom interkommunale samarbeid og private aktører. De følgende delene gir en bred oversikt over oppgavene.

5.3 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid deles gjerne inn i tre grupper: primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid.

Primærforebyggende arbeid

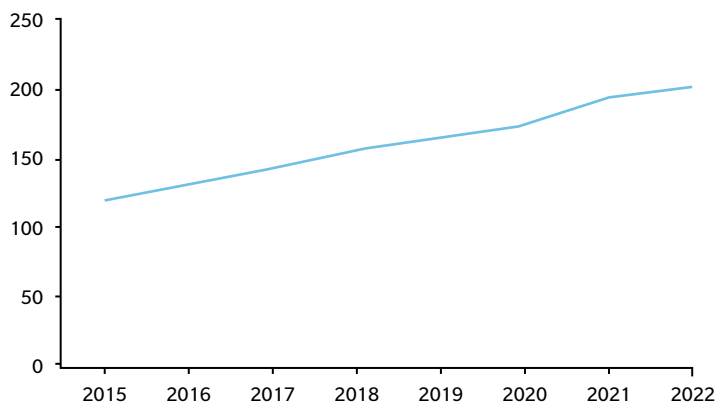
Primærforebyggende arbeid inkluderer helseopplysning og andre tiltak som gjør at folk kan mestre sin hverdag. Eksempler er opplysningskampanjer mot røyking og undervisning om kosthold. Tiltak som avgifter på sigaretter og alkohol («sin taxes»), defineres også som primærforebyggende arbeid. I kommunene inngår følgende tjenester i det primærforebyggende arbeidet:

- Helsestasjonene og skolehelsetjenesten, som begge driver opplysningsarbeid overfor barn, unge og foreldre. Helseesykepleiere er sentrale aktører i dette arbeidet.
- Miljørettet helsevern i kommunene overvåker helsetilstanden i lokalsamfunnet, for eksempel innemiljøet i skoler og barnehager.
- Fastlegene driver primærforebygging både ved opplysning og forskrivning av legemidler. Dette kan f.eks. være legemidler mot høyt blodtrykk som har som målsetting å forhindre hjerte- og karsykdommer.

Det har vært sterk vekst i helsestasjonene og skolehelsetjenesten de siste årene, slik det går fram av figur 5.2. Dette har flere årsaker, primært at det ble utstedt en egen forskrift om disse tjenestene i 2018. Det finnes også en faglig retningslinje for helsefremmende og forebyggende arbeid som spesifiserer rutiner for ledelse, styring og brukermedvirkning, samt hvilke oppgaver som skal utføres. I endringene som har skjedd de siste årene, er det særlig lagt vekt på psykisk helsearbeid.

Figur 5.2

Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0–5 år (2015–2022)



Sekundærforebyggende arbeid

Det sekundærforebyggende arbeidet har som mål å begrense varigheten av et helseproblem som har oppstått. Primærlegene/fastlegene har en særlig viktig rolle i dette arbeidet, for eksempel gjennom utskriving av medikamenter. Mens primærforebygging oftest rettes mot brede grupper av befolkningen, har sekundærforebygging en smalere målgruppe – pasienter som er diagnostisert med et bestemt helseproblem.

Tertiærforebyggende arbeid

Tertiærforebyggende arbeid har som mål å redusere konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger når disse har oppstått. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er ulike former for rehabilitering, som opptrening etter hoftebrudd, og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom. Kommunenes pleie- og omsorgstjenester er viktige her.

5.4 Nærmere om legetjenesten

Kommunene skal, som nevnt, sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Legetjenesten er sentral i dette arbeidet (vi kommer tilbake til detaljene i allmennlegetjenesten i kapittel 7). Legene som jobber i kommunen, er allmennleger. En viktig del av allmennlegenes arbeid i dag er i fastlegeordningen, men som allmennleger utfører de også oppgaver innen legevakt og sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De fleste fastlegene arbeider som private næringsdrivende (Tabell 5.2), men kommunene har også allmennleger i ordinære kommunale stillinger. I tillegg finnes det kommuneoverleger (gjerne med en spesialitet i samfunnsmedisin) som blant annet har ansvaret for helsefaglig rådgivning med vekt på folkehelse, forebyggende helsearbeid og helsemessig beredskap.

Tabell 5.2

Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform (2022)

	Avtalte legeårsverk
Kommunalt ansatte leger	1822
Næringsdrivende fastleger	4148
Turnusleger	566
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	119
Sum	6656

Kilde: SSB Statistikkbanken (tabell 11996)

Før fastlegeordningen ble etablert i 2001, var allmennlegetjenesten organisert på to ulike måter. Inntil 1984 var allmennlegene statlig tilsatt og ble kalt stadsleger i byene og distriktsleger i landkommunene. I en lang periode var allmennlegene definert som embetsmenn som formelt ble utnevnt av Kongen i statsråd etter innstilling fra Helsedepartementet. De hadde fylkeslegene som nærmeste overordnede. Da allmennlegetjenesten ble overført til kommunene fra 1985, ble navnet endret til kommunelege.

Fastlegeordningen er en ordning der hver innbygger får tilbud om å bli knyttet til én allmennlege, kalt fastlege. Fastlegen er som regel pasientens første og viktigste kontakt med helsetjenestene, og koordinerer pasientens behov for øvrige medisinske tjenester. Målet med ordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. I Norge ble fastlegeordningen iverksatt i 2001 etter en forutgående forsøksperiode i fire kommuner. Land som England, Tyskland og Danmark har liknende ordninger.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige allmennlegetjenester. Kommunene har iverksatt fastlegeordningen enten ved å tilsette fastlegene i kommunen eller ved å inngå avtaler med fastleger som er organisert som selvstendig næringsdrivende (fastlegeavtaler). Gjennom fastlegeavtalene reguleres blant annet åpningstider, antall innbyggere på listen, lokalisering av legekontoret og hvordan fastlegen skal bidra til kommunens folkehelsearbeid. De aller fleste fastlegene har hatt avtaler med kommunene, men andelen har variert noe over tid. De siste årene har andelen som er fast tilsatt økt, og var ved utgangen av 2019 på 14 %. Fastleger som er tilsatt i kommunen, får som hovedregel fast lønn. Fastleger som er næringsdrivende, får et vederlag bestående av tre deler: et tilskudd fra kommunen for hver person på listen («per capita»-tilskudd), refusjon fra staten for utførte konsultasjoner, samt egenandel fra pasienten. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere gir kommunen i tillegg et utjevningstilskudd dersom lengden på listen er svært kort. Begrunnelsen for dette er å sikre fastlegene i disse kommunene en rimelig inntekt.

Personer som står på en fastleges liste, har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året dersom det er ledig plass på en annen fastleges liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass, med mindre det er gjort formelle vedtak om dette av kommunen, for eksempel som følge av at pasienten har vist truende eller voldelig atferd. Pasienten har også rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

5.5 Pleie- og omsorgstjenestene

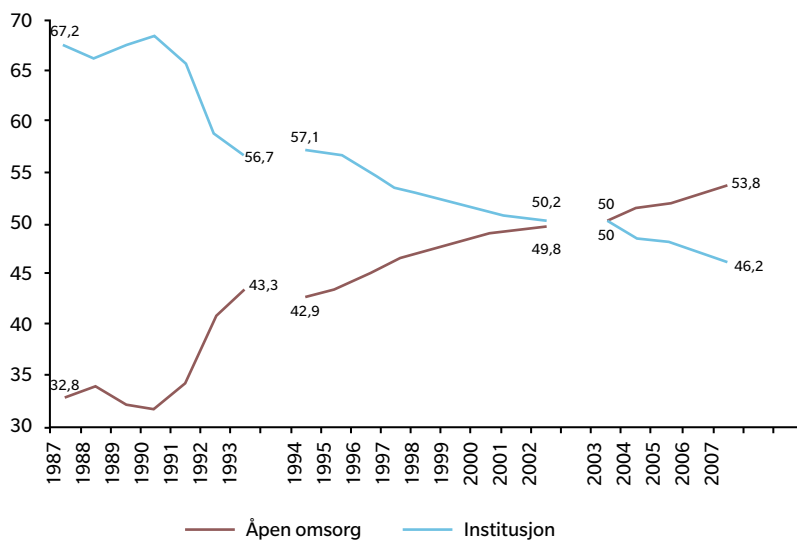
Pleie- og omsorgstjenestene er en samlebetegnelse på den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som sørger for stell, pass og tilsyn med syke eller funksjonshemmede. Pleie- og omsorgstjenestene omfatter i første rekke langtidsopphold og tidsbegrensede opphold i institusjoner (sykehjem), helse-tjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysioterapi, m.m.), praktisk bistand (matlaging, vask, stell, m.m.), støttekontakt, omsorgsstønad, pårørendestøtte og avlastning, samt brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Tjenestene tildeles på grunnlag av pasientenes og brukernes behov, slik dette er definert gjennom ulike typer av funksjonsmålinger. De aller fleste av disse tjenestene er vedtaksbaserte, noe som innebærer at det er tjenester det må søkes om. Etter individuelle søknader fattes et konkret vedtak for den enkelte bruker eller pasient. Vedtakene kan påklages til kommunens klagenemnd og eventuelt videre til Statsforvalteren.

Parallelt med desentralisering av tjenestene innenfor helsevernet for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling har det skjedd en endring i kommunenes tjenestetilbud, med en overgang fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester. Det er flere årsaker til denne endringen. Den viktigste er at kommunene, som følge av desentraliseringen av tjenester innen rusomsorg og for psykisk utviklingshemmede, har fått en rekke yngre brukere som har helt andre behov enn det tjenestene i den tradisjonelle eldreomsorgen omfatter. Figur 5.3 viser fordelingen av årsverk blant ansatte mellom institusjoner (i hovedsak sykehjem) og hjemmetjenester i perioden fra 1987 til og med 2007.

Figur 5.3

Prosent av årsverk i pleie- og omsorgssektoren, fordelt etter institusjon og åpen omsorg. 1987–2007



Kilde: Ivar Brevik, NIBR 2010

Endringene i fordeling av årsverk skjer særlig i perioden 1990–1994, da psykisk utviklingshemmede ble overført til kommunene. Endringene senere reflekterer både nye oppgaver innenfor det psykiske helsevernet og rusomsorgen og endringer i tjenestene for eldre (færre på sykehjem).

5.6 Tjenester som grenser til kommunehelsetjenesten

Kommunene bør stå for anskaffelsen av offentlige goder der det er store variasjoner i lokale behov og ønsker, og staten bør stå for anskaffelsen av offentlige goder der en ønsker standardisering. Dette prinsippet kan imidlertid skape koordineringsproblemer dersom ulike tjenester er rettet mot de samme målgruppene. I Norge har for eksempel staten hatt ansvar

for arbeidsmarkedspolitikken og trygdeytelsene, mens kommunene har hatt ansvar for sosiale tjenester. Personer som står utenfor arbeidslivet, og som mottar ytelser fra det offentlige, måtte tidligere henvende seg til flere offentlige institusjoner for å få nødvendige ytelser: til arbeidskontoret for å få ledighetstrygd og til kommunene for å få sosialstøtte. I 2005 fattet Stortinget vedtak om å etablere NAV for å få til en bedre samordning av disse ytelsene (St.prp. nr. 46 (2004–2005)). Reformen innebar to vesentlige endringer. For det første ble det opprettet en ny statlig etat for arbeid og velferd. Staten tilbyr tjenester som Aetat og trygdeetaten tidligere forvaltet. For det andre skulle den nye statlige etaten sammen med kommunene opprette arbeids- og velferdskontorer (NAV-kontorer) i alle landets kommuner. Som et minimum skal den økonomiske sosialhjelpen være en del av de nye arbeids- og velferdskontorene, sammen med tjenester som ligger under arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV-kontorene er organisert som et partnerskap mellom staten og kommunene.

I mange kommuner, særlig mindre kommuner, ligger også mange av de sosiale tjenestene til NAV-kontorene. En viktig årsak er at det er vanskelig å dele opp de tjenestene som før NAV-reformen lå til sosialkontoret.

5.7 Oppsummering

Kapittelet har analysert kommunenes rolle i norsk helsevesen med utgangspunkt i tre hovedargumenter: allokeringseffektivitet, lokaldemokratisk styring og nasjonale hensyn.

Kommunal organisering begrunnes med Oates' desentraliseringsteorem: Lokale beslutninger om kollektive goder med lokalt nedslagsfelt gir høyere velferd enn sentrale beslutninger. Dette støttes av kommunenes informasjonsfordeler, hensynet til statens styringskapasitet og behovet for rasjonering av gratis velferdstjenester. Samtidig legitimerer lokaldemokratisk styring bred politisk deltakelse og fungerer som motvekt mot maktkonsentrasjon.

Utviklingen siden 1972 kan deles i fire faser: minimumsløsninger (1972–1982), struktureringsfase (1980-årene) med Kommunehelseloven 1983, desentralisering til nye grupper (1990–2010) inkludert HVPU-reformen og

Opptrappingsplanen for psykisk helse, og til slutt «helsekommunen finner sin form» (2011–) med Samhandlingsreformen.

I dag har kommunene et bredt «sørge for-ansvar» som omfatter forebyggende helsearbeid (primær-, sekundær- og tertiærforebygging), allmennlegetjenester (hovedsakelig gjennom fastlegeordningen fra 2001) og pleie- og omsorgstjenester. Det har skjedd en dreining fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester, særlig etter overføringen av nye brukergrupper.

Staten regulerer kommunenes oppgaveløsning gjennom inntektsfordeling, lover og forskrifter, samt tilsyn for å ivareta nasjonale hensyn om likeverdige tjenester basert på individuelle behov.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 5

1. Forklar Oates' desentraliseringsteorem og diskuter hvordan det begrunner kommunal organisering av helsetjenester.
2. Analyser forskjellen mellom kollektive og private goder. Hvorfor organiseres helsetjenester (som er private goder) likevel offentlig?
3. Beskriv de fire historiske fasene i utviklingen av kommunehelsetjenesten siden 1972. Hvilke reformer var mest betydningsfulle?
4. Sammenlign argumentene for og mot kommunal versus statlig organisering av helse- og omsorgstjenester.
5. Hvordan har HVPU-reformen og Opptrappingsplanen for psykisk helse påvirket kommunenes oppgaver og utgifter? Bruk figur 5.1 i din analyse.
6. Forklar forskjellen mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende helsearbeid. Gi konkrete eksempler på hver kategori.
7. Analyser endringen fra distriktsleger til fastlegeordningen. Hvilke fordeler og utfordringer bringer fastlegeordningen med seg?
8. Diskuter hvorfor det har skjedd en dreining fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Hvilke konsekvenser har dette?
9. Kritisk analyse: Vurder balansen mellom lokal tilpasning og nasjonal likhet i dagens organisering av kommunehelsetjenesten. Hvilke dilemmaer oppstår?

