

Erfaringer med desentraliseringen av primærhelsetjenesten i Norge

Tor Inge Romøren

I Norge har kommunerna ansvaret för primärvården sedan 1984. Fyra år senare fördes även sjukhemmen över till kommunerna. Förändringarna har genomförts både för att lösa organisatoriska problem och för att ge primärvård och äldreomsorg ett delvis nytt innehåll. Det finns nu data som visar vad som skedde under reformarbetets första år. Författarens slutsats är att reformen på det hela taget varit lyckat – sett från Socialdepartementets sida och Stortingets sida – men inte nödvändigtvis från alla andras.

Tor Inge Romøren som är forskningsledare och utvärderare av den norska primärkommunala sjukvården ger en översikt över norska erfarenheter från en reform som var mer omfattande än – men ändå hade vissa likheter med – den svenska ÅDEL-reformen.

I Norge fikk kommunene ansvaret for all primærhelsetjeneste gjennom *Lov om helsetjenesten i kommunene*, behandlet av Stortinget høsten 1982 og satt i verk fra 1984. Blant de motiver og interesser som forente ulike krefter i å arbeide for reformen, var disse tre sentrale:

- Ansvaret for tjenester, peronell og finansiering innen primærhelsetjenesten var svært spredt. Mange mente det trengtes en opprydning for å skape bedre oversikt over sektorens mål og økonomi.
- Slik kunne en legge et klarere grunnlag for en styrket innsats i sektoren og skape bedre balanse mellom primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten.
- Ved å gi kommunene ansvaret for primærhelsetjenesten, kunne en samtidig sikre en bedre samordning med sosialtjenesten i en enhetlig, kommunal helse- og sosialtjeneste.

Kommunhelseloven er en forvaltningsreform med fokus på *organisatoriske problemer*. Verken tjenestetilbudet som sådant eller brukerne av det stod sentralt i planleggingen og gjennomføringen av reformen. Re-

organisering ble et virkemiddel som myndighetene håpet kunne føre til et bedre tilbud og til bedre helse for befolkningen.

En viktig del av reorganiseringen omfatter også primærhelsetjenestens økonomi. Bortsett fra at privatpraktiserende leger og fysioterapeuter får ca 1/3 av sin inntekt i form av stykkprisbetaling fra den statlige folketrygden, finansieres alle offentlige utgifter til primærhelsetjeneste nå over kommunale budsjetter. Pasientenes egenbetaling til leger og fysioterapeuter er som før og utgjør en ganske liten del av primærhelsetjenestens økonomi.

Kommunene mottar et rammetilskudd fra staten som utgjør ca 40 prosent av de samlede kommunale inntektene. Dette rammetilskuddet er ment å dekke statlige bidrag til helsetjenester, sosialtjenester, grunnskole og andre tiltak kommunene har ansvaret for. Pengene overføres som *ett* tilskudd, uten å være bundet til spesielle formål. Kommunerne står fritt til å disponere dem innenfor de rammer som lover og regler setter.

Hva er kommunehelsetjenesten?

Lov om helsetjenesten i kommunene påla kommunene ansvaret for all forebygging, behandling og pleie utenom institusjon. Noen av disse oppgavene, for eksempel drift av helsestasjoner og hjemmesykepleie, hadde kommunene hatt ansvaret for lenge. Mange andre var nye. Bortsett fra i hjemmesykepleien, hadde kommunene ikke hatt personalansvar for noen av de yrkesgruppene som var knyttet til de nye tjenestene. *Tabell 1* tar utgangspunkt i kommunhelsetjenestens yrkesgrupper. Den viser på en enkel måte hva det hele dreier seg om, sett fra en slik synsvinkel.

Det ble utført ca 150 000 årsverk i norsk helsetjeneste i 1988 (1). *Tabell 1* viser at en tredjedel av disse årsverkene nå tilhører primærkommunenes ansvarsområde. Ved siden av hjelpeplejerna og sykepleierne er

Tabell 1. Personellårsverk i kommunhelsetjenesten ved inngangen til 1989.

Arbeidsområde		Antall opprettede alle årsverk*	Andel av årsverk
Legetjenesten		5 900	14 %
Herav: Leger	3 300		
Annet personell på legekontor	2 600		
Fysioterapitjenesten		3 200	7 %
Helsesøstertjenesten		1 300	3 %
Hjemmesykepleien		4 900	11 %
Herav: Sykeplejere	3 000		
Hjelpeplejere	1 900		
Sykehjem		25 200	59 %
Herav: Sykepleiere	6 700		
Hjelpeplejere	12 700		
Leger	200		
Fysioterap.	400		
Øvrige	5 200**		
''Sjeldne'' yrkesgrupper		700	2 %
Herav: Teknisk-hygi- enisk personell	270		
Jordmødre	110		
Ergoterapeuter	250		
Vernepleiere	10		
Psykologer	10		
Annet helse- faglig personell	50		
Annet***		1 700	4 %
Sum opprettede årsverk*		42 900	100 %

Kilde: Helsedirektoratet: Årsstatistik for kommunhelsetjenesten, Oslo 1989.

* Av disse var 3300 årsverk *vakante*.

** Pleiemedhjelpere, rengjørings- og kjøkkenpersonale m.v.

*** Administrativt personell, kontorpersonell og annet personell uten helsefaglig utdanning.

leger, fysioterapeuter og helsesøstre de vanligste personellkategoriene i primærhelsetjenesten.

Ca 65 prosent av årsverkene innen primær legetjenesten og nesten all tilsvarende fysioterapitjeneste var organisert som privat praksis i 1984. Etter den nye loven skulle kommunene inngå avtale om drift av disse praksisene. Kommunene overtok også ansvaret for alle de offentlige legene (distriktslegene) fra staten og ansvaret for helsesøstre fra fylkeskommunene (län).

Fire år etter ble sykehjemmene inkorporert i kom-

munehelsetjenesten. Som tabellen viser, ble kommunenes ansvar dermed utvidet drastisk.

Store og små kommuner

Norge har 449 kommuner. Mange av dem er små. I gjennomsnitt har hver ca 9 000 innbyggere (500–500 000), medianverdien er 4 000.

Tabell 2 illustrerer ressursfordeling etter kommunestørrelse, målt i antall innbyggere pr utført årsverk.

Tabellen viser et markant fall i nivået på de samlede personellressursene fra de minste til de større kommunene, målt i folketall. I de aller største kommunene (med over 50 000 innbyggere) stiger ressursnivået noe igjen. Denne regelmessigheten går igjen for alle yrkesgrupper enntatt en: fysioterapeutene. Her er ressursene større i de store kommunene. Det har sammenheng med at fysioterapitjenesten fram til 1984 ble utviklet uten offentlig styring av personellressursene.

Senere undersøkelser har vist at en finner tilsvarende fordelingsprofil for eldreomsorgen som for kommunhelsetjenesten (2). Ett interessant resultat av kommunhelsereformen har derfor vært å synliggjøre fordelingsprofilen mellom kommuner. Undersøkelser har også vist at den ikke har endret seg vesentlig i årene etter at reformen trådte i kraft (3,4).

Å tolke dette som at det foreligger store fordelingsproblemer i primærhelsetjenesten, er likevel forhastet. 85 prosent av befolkningen bor i kommuner med over 5 000 innbyggere. Mellom disse kommunene er det moderate forskjeller i ressursnivå målt i personellårsverk. Skillet går mellom de mange små kommunene, der det bor svært få mennesker (ca 250 kommuner med under 5 000 innbyggere), og resten av landets kommuner. Spredt bosetning og småskalaproblemer kan gjøre større ressurser nødvendig. Lange avstander krever tid. Og til vaktordninger i lege- eller sykepleiertjenesten i småkommunene kan det være behov for flere stillinger enn det som er nødvendig for bare å dekke etterspørselen på dagtid.

Vekst og vakanser

I de første fire-fem årene etter reformen vokste primærhelsetjenestene med ca fem prosent per år målt i netto nye personellårsverk (5). Omgjort i kroner og øre var dette en noe sterkere vekst enn for kommunal virksomhet som helhet. Bare deler av sosialsektoren (først

Tabell 2. Personell i kommunhelsetjenesten fratrukket fengselshelsetjenesten. Inbyggere pr. utført årsverk* av ulike personellgrupper etter kommunestørrelse, 1988.

Kommunestørrelse	Personell i alt	Leger	Fysioterapeu- ter	Sykepleiere	Hjelpepleiere	Øvrig personell
Hele landet	114	1 355	1 468	420	318	562
0 – 2000	60	781	2 212	226	171	220
2001 – 5000	95	1 070	2 065	349	253	441
5001 – 15000	123	1 372	1 753	439	324	688
15001 – 50000	138	1 510	1 426	488	395	770
50001 og over	108	1 481	1 115	419	316	477

* Vakante årsverk ikke medregnet.

Källa: Helsedirektoratet: Årsstatistikk for kommunhelsetjenesten.

og fremst den økonomiske sosialhjelpen) hadde en sterkere vekst i den samme perioden (6). Veksten i kommunalhelsetjenesten var noe større i de middels store kommunene enn i de aller største og de aller minste kommunene. Det skjedde med andre ord en svak utjevning mellom ulike kommuntyper.

Går en nærmere inn på kommunenes prioriteringer, står hjemmesykepleietjenestene for nesten to tredjedeler av all vekst. Administrative ressurser og ressurser til behandlingsvirksomhet har fått nesten en tredjedel, forebyggende arbeid fem til ti prosent (5).

Den sterke etterspørselen etter helsepersonell i kommunene førte til vakansproblemer. Institusjonssektoren opprettet også mange nye stillinger både for leger og sykepleiere i den samme perioden. Det forsterket vakanseproblemet ytterligere. I 1988 stod 10–15 prosent av stillingene i kommunhelsetjenesten ubesatt. Undersøkelser viser att dette problemet også følger kommunestørrelsen. Det er de aller minste kommunene som sliter mest med å holde på personellet sitt, og med å rekruttere nytt. Det gjelder nesten uavhengig av geografisk beliggenhet (2).

Kommunene har størst vansker med å skaffe seg fysioterapeuter. Det kommer av at denne ressursen var så sterkt knyttet til sentrale strøk da reformen ble iversatt. Men også offentlige leger, helsesøstre og sykepleiere i hjemmesykepleien kan det være vanskelig å få fatt i,

særlig for småkommunene. Privatpraktiserende personell er det minst rekrutteringsvansker med.

Organisering og samordning

En kommunal primærhelsetjeneste måtte organisatorisk bygges opp fra grunnen av. Samtidig ble kommunene anbefalt å samordne den med sosialtjenesten. Sentralmyndighetene gav ingen anvisninger på hvordan disse problemene skulle løses. Det ble overlatt till kommunene selv.

Det skal ikke mye fantasi til å tenke seg at denne prosessen ble både konfliktfylt og energikrevende i mange kommuner. De første årene etter reformen krevde de trolig mer oppmerksomhet enn utviklingen av selve tjenestetilbudet. De ulike helsepersonellgruppene hadde – naturlig nok – ønske om å vinne posisjoner i det nye administrative systemet. Og sosialetaten ønsket sterkt samordning, men samtidig ikke underordning under den nye helsetjenesten.

De aller fleste kommunene har etterhvert valgt en administrativ samordning av de to tjenestene. Kommunene opprettet anslagsvis 220 nye helse- og sosialsjefstillinger i årene 1985–88 (5). En del kommuner skaffet seg helse- og sosialsjef da reformen var på trap-pene, flere har fulgt opp de siste par årene. I 1990 hadde nærmere 90 prosent av kommunene en administrativt samordnet helse- og sosialtjeneste (7).

Samtidig har det skjedd en motsatt bevegelse på det tjenestytende nivået. Her har bortimot halvparten av kommunene valgt å organisere aktivitetene i tre eller flere avdelinger, med en "pleie- og omsorgsavdeling" som den tunge og sentrale enheten. En samordning på toppen av den kommunale helse- og sosialor-

Den stora efterfrågan på hälsopersonal i kommunerna ledde till vakansproblem

ganisasjonen har samtidig ført med seg en tendens til oppsplitting på lavere nivåer. Samordning og oppsplitting, samarbeid og konflikt går hånd i hånd (8). Samordningen av helsetjenesten og sosialtjenesten førte i realiteten til dannelsen av en ny etat i mange kommuner: pleie- og omsorgsetaten.

Det har vært en utpreget lokal rekruttering til de nye helse- og sosialsjefstillingene. De fleste har rykket opp fra andre stillinger i egen kommune. Halvparten av helse- og sosialsjefene er sosionomer, en tredjedel har en ren administrativ utdanning, resten er en sammensatt gruppe med relativt liten formell kompetanse. Helsepersonell finnes bare sporadisk i disse stillingene. De er stort sett organisert ut av ledelsen av den kommunale helse- og sosialtjenesten (5). For de offentlige legene, som tidligere var en slags uformelle lederfigurer innen primærhelsetjenesten i mange kommuner, har dette vært en problematisk utvikling. De hadde imøtesett kommunehelsetjenestereformen med entusiasme, men opplevde å ikke nå opp i kampen om formelle posisjoner. Det førte til at en del offentlige leger forlot primærhelsetjenesten (8).

Sykehjemsoverføringen

Kommunene hadde knapt rukket å puste ut før en ny reform var på trappene: *overføringen av sykehjemmene til kommunalt nivå*. Man kan diskutere om dette var en egen reform. Den lå i kortene da Lov om helsetjenesten i kommunene ble vedtatt. Den politiske ledelsen i Sosialdepartementet ville imidlertid vente noen år for å ikke å gjøre et for stort løft på en gang. Derfor gikk det fire år mellom kommunehelsetjenestereformen og sykehjemsoverføringen.

Som det framgår av tabell 1, representerer sykehjemmene vel 25 000 årsverk, hvorav halvparten utføres av hjelpepleiere. Til sammen har vi 330 sykehjem og 50 sykehjemsavdelinger i kombinerte hjem med alt i alt 30 000 plasser i Norge. Driftsutgiftene til sykehjem ble anslått til ca sju milliarder kroner i 1988. Målt i penger og personell var sykehjemsoverføringen en dobbelt så stor reform som kommunehelsetjenestereformen.

Sykehjemsoverføringen er også en forvaltningsreform. Den dreier sig om å flytte ansvaret for planelegging og drift av sykehjem fra fylkeskommunalt (län) til kommunalt nivå. Det politiske hovedargumentet var

Det politiska huvudargumentet var också här samordning: en förvaltningsnivå bör driva all äldreomsorg, både i och utanför institutionerna.

også her samordning: Ett förvaltningsnivå bör drive all äldreomsorg, både i og utenom institusjon. Slik sikrer en rasjonell utnyttelse av ressursene og uheldige vridningseffekter. Kommunene skal ikke kunne skyve ansvar for pleietrengende over på fylkeskommunale institusjoner – og omvendt.

Det skjedde en forskyvning av fokus for hensikten med sykehjemsoverføringen i løpet av den tiden den ble forberedt. Reformen ble et middel til å nå et annet mål enn samordning, nemlig å styrke innovasjonsprosessene i kommunenes eldreomsorg. Både meldingen om sykehjemsreformen (9) og proposisjonen (10) er full av ideer og argumenter for en annen type eldreomsorg enn den tradisjonelle. Slik sett ble sykehjemsoverføringen også en reform for innovasjoner i tjenestetilbudet. De innovasjonene sentralmyndighetene gjorde seg til talsmenn for, var:

- økt satsning på hjemmebasert omsorg
- oppheving av det organisatoriske skillet mellom institusjonsomsorg og hjemmeomsorg i kommunene
- en differensier av sykehjemmenes målsetting i retning av avlastning for familieomsorgen, gjenopptrening etter forbigående sykdom og boform for dem som trenger permanent opphold

Mange argumenter i de sentrale helsemyndighetenes tillråinger om den videre utviklingen av sykehjemmene kan tas til inntekt for en nedleggelse av sykehjemmene i sin nåværende form. I lovendringen som fulgte sykehjemsoverføringen gjøres då også betegnelsen sykehjem synonym med betegnelsen "boform for heldøgns omsorg og pleie".

En eldreomsorg i endring

Denne ideologien var ikke grept ut av luften. Snarere oppsummerte den utviklingstendenser i norsk eldreomsorg. Disse tendensene kan beskrives slik (4):

- En avtakende vekst vris vekk fra institusjoner over til hjemmebasert omsorg i økende grad.

- Sykehjemsutbyggingen er i ferd med å bli avsluttet.
- Sykehjemmene utnyttes på andre måter. Flere pasienter gjennomgår rehabilitering eller avlastningsopphold. Institusjonene oppretter skjermede enheter for aldersdemente.
- Pasientgjennomstrømningen i sykehjemmene øker. I 1976 ble 37 000 mennesker behandlet ved bruk av 22 000 plasser, i 1988 ble 74 000 behandlet ved 30 000 plasser.
- Grensene mellom sykehjemmene og den øvrige eldreomsorgen i kommunene utviskes, organisatorisk og praktisk.
- Botilbud med heldøgns service bygges ut i steden for sykehjem.
- Hjemmehjelpstjenesten endrer karakter. Flere timverk utføres av færre ansatte. Færre klienter får hjelp, men det blir gitt mer til hver enkelt. Aleneboende eldre og funksjonshemmede blir prioritert.
- I hjemmesykepleien er det langt flere pasienter, men hver av dem får mindre hjelp. Færre pasienter går fra hjemmesykepleien og over til institusjonsomsorgen. Døgntilbudene ekspanderer kraftig.

Med andre ord, vi hadde allerede *en eldreomsorg i endring*. Med sykehjemsreformen fikk disse endringene et ideologisk puff framover. Framtidige data vil vise om dette puffet også har gitt seg utslag i konkret handling. Antakelig er sykehjemsreformen blitt en ekstraordinær endringsmulighet som en del kommuner har visst å benytte, forutsatt at de har hatt pådrivere blant fagfolk, i administrasjonen og blant lokalpolitikere som har tatt opp utfordringen.

Kommunenes egne evner til å møte denne utfordringen varierer. Foreløpige undersøkelser tyder på at kommunene ofte plasserer seg i en av tre kategorier. Basert på aktiviteter og planer i eldreomsorgen, grad av deltakelse blant de ansatte og mangfoldet i tjenestetilbudet, kan man skille ut en type kommuner som kjennetegnes ved optimisme og driv, en annen som har vilje til sterk innsats, men hindres av strukturelle eller

personavhengige forhold. En tredje type har mer enn nok med å hold det hele gående: det skjer lite, på grunn av uklare ansvarsforhold og dårlig samspill mellom politikere, administrasjon og fagfolk (11).

Avslutning

Vi har i dag data om hva som skjedde med kommunehelsetjenesten i dens første år. De forteller at reformen har vært rimelig vellykket – sett fra Sosialdepartementets og Stortingets side – men ikke nødvendigvis fra alle andres. Det er ingen områder hvor kommunene – sett under ett – går på tvers av nasjonale målsettinger. Men utviklingen har på enkelte punkter tatt en annen veg, og kommunene, fagfolkene, og brukerne behøver ikke nødvendigvis dele statens oppfatning av resultatet.

REFERENSER

1. *Barstad A, Andersen A S (1990):* Utsyn over helsetjenesten. Endringer i resursbruk og aktivitet. Statistisk sentralbyrå, Rapporter 90:5, Oslo-Kongsvinger.
2. *Hammervold R (1988):* Helsetjenesten i kommunene. Variasjoner i aktivitet og ressurser 1985/86. NIS-rapport 2:88, Trondheim.
3. *Elstad J I (1989):* Distribution of welfare services in the decentralized welfare state: the case of primary health services in Norway. INAS-rapport 1989:5, Oslo.
4. *Romøren T I (1990b):* Tillegg: Utviklingen i 1988. St.meld. nr 36 (1989–90), Sosialdepartementet, Oslo.
5. *Romøren T I (1990a):* Kommunehelsetjenestens fem første år. St.meld. nr 36 (1989–90), Sosialdepartementet, Oslo.
6. St.meld. nr 36 (1989–90), Røynslar med lova om helsetenesta i kommunane. Sosialdepartementet, Oslo.
7. *Harsheim J (1990):* Upubliserte data. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.
8. *Romøren T I (1988):* Kommunelegen: vinner eller taper i kampen om en ny yrkesrolle?, i Ellefsen B og Romøren T I: Betalt for å hjelpe. Tano A S, Oslo
9. St.meld. nr 68 (1984–85), Sykehjemmene i en desentralisert helsetjeneste. Sosialdepartementet, Oslo.
10. Ot.prp. nr 48 (1985–86) Om lov endringer i lov av 19 november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover.
11. *Ellefsen B (1990):* Forandring fryder? Avdeling for helse-tjenesteforskning, SIFF, Rapport nr 6 1989, Oslo.