



Innst. S. nr. 150

(2006-2007)

**Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen**

St.meld. nr. 25 (2005-2006)

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgs-
utfordringer (Mestring, muligheter og mening)**

INNHold

1	Sammendrag	5
1.1	Omsorgsplan 2015	5
1.2	Historisk utvikling	6
1.3	Dagens omsorgstilbud	7
1.4	Framtidige behov	8
1.5	Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging	9
1.6	Kapasitet og kompetanse	10
1.7	Bedre samhandling og medisinsk oppfølging	10
1.8	Aktiv omsorg	11
1.9	Partnerskap med familie og lokalsamfunn	12
1.10	Finansiering	12
1.11	Økonomiske og administrative konsekvenser	12
2.	Komiteens merknader	12
2.1	Innledning	12
2.2	Kvalitetsutvikling	20
2.3	Forskning	22
2.4	Ressurskrevende brukere	22
2.5	Brukerstyrt personlig assistanse	23
2.6	Pasientombudsordning	23
2.7	Revidert helse- og sosiallovgivning	24
2.8	Planlegging	24
2.9	Etiske komiteer	26
2.10	Kapasitet og kompetanseheving	27
2.11	Investeringsstilsjudd og finansiering av sykehjem, omsorgsboliger og andre botilbud	31
2.12	Samhandling og medisinsk oppfølging	33
2.13	Handlingsplan for demens	36
2.14	Lindrende behandling	37
2.15	Handlingsplan for eldre i spesialisthelsetjenesten	38
2.16	Habilitering og rehabilitering	38
2.17	Aktiv omsorg	40
2.18	Partnerskap med familie og lokalsamfunn	41
2.19	Forebygging og folkehelsearbeid	43
2.20	Utbygging av frivillighetsentraler, eldrecentre og forebyggende tiltak	44
2.21	Styrket rettssikkerhet	45
2.22	Egenandeler	46
2.23	Eldre i utlandet	47
3.	Forslag fra mindretall	47
4.	Komiteens tilråding	48



Innst. S. nr. 150

(2006-2007)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

St.meld. nr. 25 (2005-2006)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)

Til Stortinget

1. SAMMENDRAG

1.1 Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 oppsummerer Regjeringens strategi de nærmeste ti år for å møte både dagens og framtidens omsorgsutfordringer.

Regjeringen og KS er blitt enige om en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Partene er enige om de hovedstrategier som er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer og legger vekt på tverrfaglig kompetanseheving, lokalt utviklingsarbeid, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling.

Det framholdes at fastsettelsen av lokale kvalitetskrav bør skje på politisk nivå. Etter Regjeringens vurdering vil politisk behandling av kravene til kvalitet kunne styrke det systematiske kvalitetsutviklingsarbeidet og øke det lokale engasjementet i forhold til innholdet i omsorgstjenestene.

Regjeringen foreslår å styrke forsknings- og utviklingsarbeidet knyttet til omsorgstjenestene og eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demens. Dette skal skje gjennom etablering av regionale FoU-sentre for omsorgsforskning og en gradvis opptrapping av forskningsmidler.

Regjeringen vil legge fram et høringsnotat med forslag til utvidet rett til å få praktisk bistand helt eller delvis organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Regjeringen vil foreslå lovendringer slik at også brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal omfattes av ordningen med pasientombud.

Som oppfølging av NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene varsles det et høringsnotat

med forslag til en harmonisert sosial- og helselovgivning våren 2007.

Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle en nettbasert erfaringsbank som støtter kommunenes arbeid med å etablere gode systemer for forvaltning og drift av omsorgstjenesten.

Det framholdes at Regjeringen gjennom økte rammer til kommunesektoren har lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009.

Det vises til Kompetanseløftet 2015 som har som mål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten. I handlingsprogrammet for den første fireårsperioden vil det bli lagt vekt på følgende tiltak:

- Aksjon helsefagarbeider
- Kvalifisering av personell
- Rekrutteringskampanje
- Øke andelen med høyere utdanning
- Desentraliserte høgskolestudier
- Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring
- Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell
- Øke andelen som arbeider heltid
- Ledelsessatsingen "Flink med folk i første rekke"
- Forbedring av arbeidsmiljø
- Undervisningssykehjem, tilbud om omsorg ved livets slutt og lindrende behandling
- Samarbeid om etikk

Regjeringen varsler et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet skal også gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen. Regjeringen vil komme tilbake til dette i forbindelse med statsbudsjettet for 2008.

Det tas sikte på å presentere en helhetlig demensplan i løpet av 2007.

For å legge til rette for en nasjonal standard for lege-tjeneste i sykehjem mener Regjeringen det er nødvendig med en felles innsats fra kommunale og statlige myndigheter. Konkret vises det til følgende tiltak som nå iverksettes:

- introduksjonstilskudd til kommuner som knytter sine sykehjem til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus)
- spre erfaringer fra fyrtårnsprosjektene slik at flere kommuner får tilstrekkelige forutsetninger for å koble seg opp til Norsk Helsenett
- Helse- og omsorgsdepartementet vil gjøre endringer i turnusforskriften for leger slik at det stilles krav til tjeneste i sykehjem
- Helse- og omsorgsdepartementet vil i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning
- Sosial- og helsedirektoratet vil gi kommunene en faglig veileder for styrking av legetjenesten i sykehjem
- legeårsverk er innført som kvalitetsindikator i KOSTRA (KOMMune, STAT, RAPPORTERING) for sammenligning mellom kommuner
- Statens helsetilsyn vil i 2007 ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem

Helse- og omsorgsdepartementet mener det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk i sykehjem med minst 50 prosent fram til 2010.

Regjeringen vil øke kompetansen for omsorg ved livets slutt gjennom en omlegging av den eksisterende stimuleringsordningen og gjennom tiltak innenfor rekrutteringsplanen, kompetanseløftet og økt legedekning i sykehjemmene.

Regjeringen har satt i gang et arbeid med å utarbeide en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre med prioriterte mål for perioden 2007-2015.

Departementet vil i dialog med berørte aktører vurdere hvordan forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i rundskriv presisere det kommunale ansvaret for å organisere og dimensjonere tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2, slik at tjenestemottakerne sikres et aktivt liv slik sosialtjenestelovens formålsbestemmelse forutsetter. Rundskrivet vil også presisere kommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven § 3-1 om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre personer med nedsatt funksjonsevne og andre som har behov for det.

Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og kirke departementet har inngått samarbeid om etablering av Den kulturelle spaserstokken. Tiltaket skal stimulere til økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgstjenesten gjennom finansiering av konkrete kulturaktiviteter.

Regjeringen vil ta initiativ til forskning og brukerundersøkelser for å evaluere erfaringene med ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning, ombrin-

ging og servering av mat i omsorgstjenesten. Sosial- og helsedirektoratet vil komme med en faglig veileder for ernæringsbehandling.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil nå se nærmere på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende med omfattende omsorgsoppgaver for andre familiemedlemmer å fortsette å stå i arbeid.

Regjeringen vil utforme en håndbok for tjenestemottaker og familie/pårørende som beskriver rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen og gi praktiske anvisninger for hvordan man kan forholde seg til omsorgstjenestens forvaltning. Regjeringen vil samtidig be kommunene sørge for tilfredsstillende opplysningsmateriell om hvordan tjenestetilbudet er organisert lokalt og hvor innbyggerne kan henvende seg med ulike spørsmål.

Regjeringen anbefaler kommunene å samarbeide med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner om utbygging av frivillighetssentraler, eldresentre og forebyggende tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette en landsdekkende kontaktteltelefon for eldre som er utsatt for vold.

Regjeringen vil tydeliggjøre inntektsskjermingen mot kommunale egenandeler for brukere med lav inntekt og vil i et eget rundskriv presisere at kommunene ikke kan ta betaling for trygghetsalarm eller matombringning utover inntektsskjermingen på 150 kroner per måned, dersom slike tjenester ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven § 4-3.

1.2 Historisk utvikling

Den historiske utvikling inndeles i følgende perioder:

- Fattigforsorg og gjenreisning (-1965)
- Den offentlige revolusjon (1965-1980)
- Konsolidering og reorganisering (1980-1995)
- Fornyelse og effektivisering (1995-2005)

Det framholdes at den moderne velferdsstaten i et historisk perspektiv er svært ung. Det ideologiske grunnlaget ble etablert i fattigforsorgssamfunnet som fortsatt eksisterte i mellomkrigstiden.

Målt i årsverk ble omsorgstjenestene fordoblet fra 1970 til 1980. Antallet personer som mottok hjemmetjenester, og som oppholdt seg i aldersinstitusjoner, økte kraftig i samme periode.

I perioden med konsolidering og reorganisering (1980-1995) ble det gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål: kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og reformen for psykisk utviklingshemmede. Den kommunale omsorgstjenesten ble mer enn fordoblet som en følge av dette.

Det totale antall årsverk i omsorgstjenestene økte fra 70 000 i 1995 til om lag 93 000 årsverk i 2002. Etter dette har årsverksveksten flatet ut, men antas å ha passert 110 000 årsverk i 2005. I 1995 var det flest årsverk i institusjonsomsorgen, mens det i 2005 er om

lag like mange årsverk i hjemmetjenesten som i institusjon.

Det meste av årsverksveksten har tilfalt nye unge brukere. Hjemmetjenesteinnsatsen endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i større og større grad bli et behandlings- og pleietilbud med utgangspunkt i en voksende hjemmesykepleietjeneste og oppfølging av fagpersonell fra den øvrige helse- og sosialtjeneste. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp, er blitt redusert. Færre brukere mottar hjemmetjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening og rehabilitering, behandling og pleie.

Sykehjemsdekningen har vært noenlunde stabil de siste årene. I 1989 var det 19,2 plasser per 100 personer over 80 år og i 2001 var det 18,3 plasser. Siden 1994 er det bygd om lag 25 000 nye omsorgsboliger.

Det påpekes at omsorgstjenestenes historie kan nedfelles i følgende utviklingstrekk:

- fra fylke og stat til kommune (desentralisering)
- fra institusjon til hjemmetjenester (avinstitusjonalisering)
- fra særomsorg til fellesløsninger (integrering)

1.3 Dagens omsorgstilbud

Over 200 000 brukere mottok i 2005 kommunale omsorgstjenester i form av hjemmetjenester eller institusjonstilbud. Mer enn 40 000 bor i alders- og sykehjem og nesten 50 000 bor i omsorgsboliger eller andre boliger tilpasset omsorgsformål. Økonomisk utgjør omsorgstjenestene om lag 40 prosent av kommunenes samlede utgifter.

De fleste som får kommunale omsorgstjenester er over 80 år, men den sterkeste økningen det siste tiåret har vært i aldersgruppen under 67 år som nå snart utgjør ¼ av tjenestemottakerne.

Det har de siste årene skjedd en sterkere konsentrasjon av brukere med omfattende behov for tjenester.

I sykehjem og omsorgsboliger er gjennomsnittlig oppholdstid tre år. I andre kommunale boliger til omsorgsformål var botiden 6 år.

Det framholdes at flere kartlegginger viser at mennesker med rusproblemer i liten grad klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet.

Det foretas en gjennomgang av utviklingen av helse og funksjonsevne, og sykdommer som nevnes spesielt, er demens, lårhalsbrudd, hjerte- og karsykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), kreft, hjerne- slag og Parkinsons sykdom. Det pekes også på spesielle utfordringer når det gjelder tannhelse og overvekt/fedme.

Det understrekes at for å sikre et omsorgstilbud for den samiske tjenestemottakeren må tilgang til kompetanse i samisk språk og kultur sikres. En hovedstrategi for Regjeringen vil fortsatt være å søke de samiske perspektivene integrert i den ordinære omsorgstjenesten.

Det påpekes at etter hvert som den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen blir eldre, vil flere ha behov for omsorgstjenester.

Det gis en omtale av norske alderspensjonister i utlandet og uttales at det ikke er noe i veien for at kommunene betaler for omsorgstilbud gitt i utlandet.

Det juridiske ansvaret for omsorg er endret fra å være et ansvar for familien til å bli et offentlig ansvar. I en undersøkelse i 1985 ble det samlede omsorgsarbeidet utført av familie, naboer og venner beregnet til vel 100 000 årsverk. Flere studier påpeker stor stabilitet i omfanget av familieomsorg. Det uttales at omsorgstjenestene i dag sannsynligvis står for en større andel av omsorg enn den familiebaserte omsorgen. Ifølge levekårsundersøkelsen for 1995 ga 16 prosent av den voksne befolkning eller om lag 400 000 personer regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til syke, barn med nedsatt funksjonsevne eller eldre utenfor egen husholdning. Eldre som mottar hjelp fra kommunale hjemmetjenester, får mer hjelp fra døtre og sønner enn eldre som ikke får hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Andelen årsverk per bruker over 80 år har i perioden 1998-2005 endret seg i tilnærmet takt med den demografiske utviklingen, men det er en tendens til at årsverksveksten i perioder ikke har holdt tritt med brukerverksten.

Det framholdes at andelen ansatte med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag er lav, og at omsorgstjenesten er kjennetegnet ved å ha en svært høy andel personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning.

Statens helsetilsyn har påpekt at mange kommuner ikke har et tilfredsstillende tilbud om sosial kontakt og aktivitet i omsorgstjenesten. Dette tilsier behov for personell med kompetanse som supplerer det rent helsefaglige personellet, slik som vernepleiere, aktivitører, ergoterapeuter og sosialarbeidere.

Det er en omfattende bruk av deltidsstillinger i omsorgstjenesten. I 2005 arbeidet bare 33 prosent av personellet i omsorgstjenesten i kommunene over 30 timer i uken, mens 40 prosent arbeidet under 19 timer i uken. Som en illustrasjon vil omgjøring av deltidsstillinger til hele stillinger gi inntil 14 000 nye årsverk hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 5 000 årsverk sykepleiere i kommunene. Statistisk sentralbyrå (SSB) har beregnet at om lag 24 prosent av hjelpepleierne ønsker mer arbeid, mens tilsvarende tall for sykepleierne var 14 prosent.

Antall personer i institusjoner for eldre har fra 1992 til 2005 vist en liten nedgang. Samtidig har boforholdene i dagens institusjoner blitt bedre og gir større rom for privatliv. 95 prosent av rommene i dagens alders- og sykehjem er i dag enerom.

Tallet på omsorgsboliger har i perioden 1997-2005 økt med nærmere 20 000. Sett i forhold til veksten i tallet på eldre har dekningsgraden for omsorgsboliger økt fra tre til elleve per 100 innbyggere på 80 år og over.

Det har også vært en vekst med om lag 4 500 sykehjemsplasser i perioden 1997 til 2005, mens antall aldershjemsplasser er betydelig redusert. Siden veksten i antall innbyggere over 80 år har vært sterkere enn veksten i antall sykehjemsplasser, er sykehjemsdekningen noe redusert i perioden 1997-2005.

Per 2005 er det ifølge SSB i overkant av 15 000 personer som mottar heldøgns omsorgstjenester i omsorgsboliger.

Departementet har sammen med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose som tilsier at samlet dekning av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger vil være 32,5 prosent av antall eldre over 80 år i 2007. Av dette vil dekningsgraden for sykehjemsplasser være 18,5 prosent, for aldershjemsplasser 1 prosent og for omsorgsboliger 13 prosent.

Eneromsdekningen i sykehjemmene er nå 95 prosent.

Sosial- og helsedirektoratet vurderte i 2005 at svært mange kommuner har for lav legedekning i sykehjem til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet.

Undersøkelser viser at det er svakheter i enkelte kommuner når det gjelder organisering av helsetjenester til brukere av omsorgstjenestene. I mange kommuner er det ikke etablert rutiner for samarbeid mellom fastlegene og omsorgstjenesten i form av møter, oppdatering av medikamenter eller hjemmebesøk.

Eldre med sammensatte helseproblemer utgjør en økende andel av helsevesenets pasienter. I Norge er nesten åtte prosent av befolkningen over 75 år. Eldre over 75 år står for 11 prosent av totale innleggelses ved norske sykehus og utgjør 22,5 prosent av liggedøgnene ved sykehusene.

Det framholdes at god omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og bruker, og at omsorgstjenestene i dag står overfor utfordringer knyttet til stor avgang fra sektoren til andre sektorer, attføring eller uførepensjon, en omfattende bruk av deltidsstillinger, få menn og få ledere. Det understrekes at utfordringene krever løsninger knyttet til både en økning av kapasiteten og en heving av kompetansen.

1.4 Framtidige behov

Det framholdes at utviklingen av omsorgstjenestene vil kreve økt kompetansenivå og større faglig bredde med blant annet vekt på rehabilitering, opptrening og aktiv omsorg. Mange av brukerne vil ha behov for individuell plan og bedre tilrettelegging for brukermidvirkning og brukerstyring. Det påpekes at større mestringsevne og mer individualistiske verdier kan bety at morgendagens eldre vil være mer aktive når det gjelder egen innsats for sine levekår og sin velferd.

Det framholdes at framtidig etterspørsel etter omsorgstjenester vil avhenge av i hvilken grad økt levealder innebærer flere leveår uten sykdom og funksjonsnedsettelse eller om folk lever lenger enn før med sykdom og nedsatt helse. Det uttales at det i planleggingssammenheng er en nøktern vurdering å ta utgangspunkt i hypotesen om utsettelse av sykkelighet, det vil si å legge til grunn en forholdsvis stabil og uendret periode med alvorlige funksjonstap på slutten av livet. Ved forlenget levealder innebærer dette flere friske leveår.

Framtidas eldre vil ha høyere materiell standard enn tidligere generasjoner eldre. Det uttales at med bedre økonomi blant eldre bør det legges til rette for at eldre i større grad kan ta ansvar for sin egen boligsituasjon.

Det påpekes at økt alkoholforbruk kan bli en stor utfordring for de framtidige omsorgstjenestene.

Fordi antall eldre over 75 år og spesielt de eldste over 80 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer med demens i Norge kunne dobles til om lag 130 000 innen en periode på 30-40 år. Det store antallet personer som berøres av demenssykdommene, stiller personell og tjenesteapparat overfor store utfordringer med å planlegge og tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud

Departementet mener det spesielt er behov for et bedre tilbud til unge personer med demens og hos personer med Downs syndrom, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Det framholdes at den største delen av mottakerne av omsorgstjenester er kvinner, og at sosial utjevning og tiltak for å bedre hverdagen for eldre kvinner vil være svært viktig og utgjøre en stor utfordring for medisinen og spesialisthelsetjenesten.

Antall personer over 67 år vil mer enn fordobles fra 2000 til 2050. Veksten i antall eldre i gruppen 80-89 år vil særlig finne sted fra rundt 2020. For gruppen 90 år og eldre skjer det allerede en kraftig vekst de nærmeste årene. Det var 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Dette forholdstallet reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.

Det uttales at den største utfordringen for omsorgssektoren i de nærmeste tiårene vil være å skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft. Basert på visse forutsetninger om fruktbarhet, levealdervekst og innvandring anslås det at økningen i arbeidskraftbehovet i omsorgssektoren vil være 54 000 årsverk fram mot 2030 og nesten 133 000 årsverk fram mot 2050. Det drøftes hvordan endringer i helsetilstand, funksjonsevne og familieomsorg vil kunne slå ut for arbeidskraftbehovet. Det understrekes at all planlegging for omsorgssektoren må ta utgangspunkt i at demens er en vesentlig og sterkt voksende årsak til behovet for omsorgstjenester.

Det framholdes at krav og forventninger om økning i standarden på tjenestene vil kunne få større konsekvenser for personellbehovet enn de demografiske utfordringene omsorgstjenesten står overfor.

Det uttales at den demografisk sett stabile perioden de neste 15 år først og fremst bør benyttes til å ruste opp tjenestetilbudet for å møte framtidige utfordringer.

Som et anslag antydes det behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2030.

Forutsetningene om befolkningens helsetilstand vil ha stor betydning for utviklingen i utgiftene til pleie og omsorg i årene framover. Framskrivinger viser at omsorgstjenestens utgifter vil øke fra 3,4 prosent av BNP i 2005 til 4,7 prosent i 2030 og 6,4 prosent i 2050, under forutsetning av at perioden med nedsatt funksjonsevne på slutten av livet er uendret, men utsettes ved forlenget levealder. I et alternativ med utvidet sykkelighet som følge av forlenget levealder vil utgiftene utgjøre hele 10,5 prosent av BNP i 2050. Hvis derimot helseutviklingen fører til at befolkningen i gjennomsnitt får en kortere periode med stort omsorgsbehov, kan det bli en forholdsvis moderat økning i de relative utgiftene, og det vil til og med kunne bli en nedgang i disse fram mot 2020.

Sterk vekst i de offentlige omsorgstjenestene har ikke ført til en reduksjon av familieomsorgen. Det uttales at det største potensialet for framtidens familieomsorg ligger i likestilling og økt deltakelse fra menn.

1.5 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Det framholdes at utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor, forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren. Det understrekes som viktig at økonomiske og juridiske rammebetingelser og planforutsetninger er forutsigbare, og at omsorgstjenestene fortsatt ses som en del av hele den kommunale virksomheten.

For å møte utfordringene for framtidens omsorgstjeneste er Regjeringens hovedstrategi å utnytte den demografisk sett stabile perioden de nærmeste 15 år til å forebygge omsorgsbehov og planlegge og gjennomføre en gradvis utbygging og effektivisering av omsorgstjenesten, for den raske behovsveksten setter inn for alvor. De viktigste grepene vil være en fortsatt høy utdanningskapasitet og investering i kompetanse, forskning, teknologi og løpende oppgradering av bolig- og bygningsmasse.

Regjeringen vil understreke betydningen av å ha en lokalt og demokratisk forankret omsorgstjeneste, som gir god ressursutnyttelse gjennom smidig tilpasning til lokale forhold og behov, et tett samspill med lokalsamfunnet, og avgrense etterspørselen etter spesialisthelsetjenester ut fra prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå.

Regjeringen har tatt initiativ til et samarbeid mellom staten, KS og arbeidstakerorganisasjonene i kommunesektoren om utvikling av kvalitet i helse- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren i kommunene. Regjeringen vil understreke betydningen av å utvikle kvalitetskrav og etablere kvalitetssystemer. Etter Regjeringens vurdering vil politisk behandling av kravene til kvalitet kunne styrke det systematiske kvalitetsutviklingsarbeidet, og øke det lokale engasjementet.

Regjeringen vil satse på fellesskapsløsninger for å løse de store velferdsoppgavene gjennom å styrke det offentliges ansvar og rolle innen helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har store betenkeligheter med kommersialisering og mener en konkurranseutsatt tjeneste i for stor grad blir styrt ut fra andre motiver og hensyn enn å ivareta tjenestemottakernes interesser.

Regjeringen er opptatt av at bruk av standarder i kommunal tjenestetildeling ikke må føre til et økt behov for å kjøpe tilleggstjenester. Regjeringen vil sikre at tjenestemottakerne får den individuelle behandlingen de etter loven har krav på.

Regjeringen vil styrke kommunenes mulighet til å lære av hverandre og styrke egen forvaltningskompetanse i omsorgstjenestene.

IPLOS er en systematisering av lovpålagt informasjon som kommunene tidligere har dokumentert på ulike måter. Det framholdes at slik informasjon er nødvendig for vurdering av ressurser og behov hos den som søker eller mottar tjenester. IPLOS er innført som et obligatorisk rapporteringssystem for alle kommuner fra mars 2006. Det uttales at systemet vil gi ny og unik styringsinformasjon om omsorgstjenesten, og at det er et mål at IPLOS skal medvirke til god saksbehandling og riktige tjenester i forhold til den enkeltes behov.

Regjeringen legger til grunn at økt brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenester gir best mulighet til å møte morgendagens samfunn. Det framheves at økt brukermedvirkning kan sikres både gjennom god saksbehandling, enkeltvedtak og klagemuligheter, og gjennom brukerrepresentasjon, tilsyn og ombudsordninger. Regjeringen mener det er viktig at framtidens tjenestetilbud gir brukeren og den som gir hjelp, frihet til å utforme tjenesteinnholdet i samarbeid, og ønsker å åpne for større mangfold i måten tjenestene innenfor omsorgssektoren organiseres på. Regjeringen ønsker også å utvide mulighetene til å få hjemmetjenester og assistanse i form av brukerstyrte tjenester.

Regjeringen mener kommunene fortsatt bør satse på organisasjons- og ledelsesutvikling, kompetanseheving og ny teknologi.

Regjeringen vil fortsette satsingen på styrket ledelse og myndiggjorte medarbeidere basert på erfaringene ledelsessatsingen "Flink med folk".

Regjeringen mener det er viktig å utnytte mulighetene for mer fleksible arbeidstidsordninger som ligger i arbeidsmiljøloven. Samtidig blir det pekt på at slike arbeidstidsordninger må gjennomføres innen forsvarlig former som tar hensyn til arbeidstakernes helse, sikkerhet og velferd, og i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Som virkemiddel for å nå målet om færre deltidsansatte nevnes fortrinnsrett for deltidsansatte til å utvide sin stilling framfor at det foretas nyansettelser. Et annet bidrag for å redusere antall deltidsansatte som nevnes, er å gjennomføre mer fleksible arbeidstidsordninger i omsorgstjenesten.

Som viktige tema for forsknings- og utviklingsarbeid nevnes de nye eldres levekår og helse, de eldste eldres særlige behov og behandling av aldersdemens og multisystemisk sykdom, sykehjemmenes funksjoner, legetjenesten og legemiddelbruken for brukere av omsorgstjenestene, hjemmesykepleiens og hjemmetjenestenes kontinuitet og endrede oppgaver, kompetansebehov i møte med nye brukergrupper, kvinners perspektiv på helse og omsorg, metodeutvikling for forskning om psykososiale behov, nye boformer og smarthusløsninger, omsorgsteknologi og ny kommunikasjonsteknologi, status og utvikling av frivillig omsorg, utvikling av tiltak for pårørende og virkningen av forebyggende tiltak. I tillegg påpekes at det er behov for mer kunnskap om styring, organisering og ledelse.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling vil Regjeringen stimulere til etablering av regionale forsknings- og utviklingssentre (FoU-sentre) knyttet til høgskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Regjeringen vil legge til rette for en gradvis opptrapping av

forskningsmidler til omsorgsforskning og forskning på eldres levekår og helse, med spesiell vekt på aldersdemens. Regjeringen vil prioritere dette både gjennom den løpende innsatsen på forskning og økt satsing på omsorgstjenesten. I en oppbyggingsperiode vil det bli gitt særskilt finansiering til etablering av FoU-sentrene.

1.6 Kapasitet og kompetanse

Det framholdes at en av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell gjennom utdannings- og rekrutterings tiltak, styrking av den faglige kompetansen og tiltak som reduserer sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Basert på dagens utdanningskapasitet mener departementet det ligger til rette for at de 10 000 nye årsverkene som omsorgstjenesten skal styrkes med innen 2009, i hovedsak kan dekkes av fagutdannet personell, og at det høye tallet på ansatte uten fagutdanning skal reduseres fram mot 2009.

Regjeringen legger opp til at kommunene, ut fra lokale behov og prioriteringer, kan benytte de 10 000 nye årsverkene både til å utvide kapasiteten i hjemmetjenesten og bemanne flere sykehjemsplasser. Regjeringen vil særlig peke på mulighetene som styrking av kommuneøkonomien gir til:

- mer omsorg i omsorgsboligene
- å styrke legedekningen og den medisinske kompetanse
- å gi omsorgstjenesten en ny og mer aktiv profil og bygge ut dagtilbud, aktivitetstilbud og eldresentra
- å øke antall helse- og sosialpersonell med fagutdanning, rekruttere flere faggrupper og sørge for at omsorgstjenesten får større faglig bredde
- å styrke hele tiltakskjeden for personer med demens.

Det er utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet 2015, som skal ha et særlig fokus på omsorgstjenestene i den kommunale omsorgstjenesten.

Regjeringen vil bidra til å sette fagetiske spørsmål på dagsordenen og legge til rette for å gi ansatte i den kommunale omsorgstjenesten bedre rom for etisk refleksjon i det daglige arbeidet. For å styrke den etiske kompetansen i omsorgstjenesten vil Regjeringen i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fagetikk, og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng. Departementet vil gjennomgå forskriften om kvalitet i omsorgstjenesten for å sikre at tjenestetilbudet som gis, er basert på god etisk fagutøvelse og at grunnleggende etiske hensyn blir ivaretatt.

Regjeringen har som utgangspunkt at det lønner seg å investere i god tilrettelegging av bygninger og botilbud, og at dette er et viktig satsingsområde i perioden før den sterke veksten i eldre innbyggere inntreffer fra rundt 2020. Regjeringen mener befolkningen på sikt bør ta større ansvar for tilrettelegging av egen bolig, og

at det er behov for mer langsiktighet i vedlikehold og investeringer i omsorgstjenesten. Det framholdes at kommunene bør tilpasse sin bygningsmasse både i forhold til demensutfordringen og i forhold til å skille mellom korttidsopphold og langvarige botilbud i sykehjem og omsorgsboliger.

Det understrekes at for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne klare seg selv lengst mulig, er det viktig at samfunnet legges til rette. Det er et mål at kravet om universell utforming etter hvert skal gjelde for all planlegging og utbygging av boliger, nærområder, utearealer, veier- og transportsystemer, offentlige og private bygg. Det vises i denne sammenheng til Regjeringens nye handlingsplan for universell utforming som har en planperiode som går over fem år, og der målet er å skape god tilgjengelighet til bygninger, utemiljø, produkter og tjenester. Kravet til universell utforming vil bli fulgt opp gjennom Husbankens ordninger.

1.7 Bedre samhandling og medisinsk oppfølging

Regjeringen vil legge til rette for at sykehus og spesialisthelsetjenester i større grad enn i dag skal sørge for faglig oppfølging av den kommunale omsorgstjenesten og dens brukere. Regjeringen understreker betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser for å sikre god flyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, for å opprettholde innsatsen fra pårørende gjennom bedre avlastning, og for å sikre at hjemmetjenesten fungerer godt.

Regjeringen mener det er viktig at tilbudet av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgntjenester til brukere med et varig behov også tilpasses personer med demens.

Regjeringen legger til grunn at det er kommunene som må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker. Det understrekes at kommunenes tjenestetilbud må dimensjoneres og utformes ut fra brukernes behov og ikke ut fra standardiserte normer og dekningsgrader fastsatt sentralt.

Regjeringen vil gå gjennom regelverket med sikte på at beboere i omsorgsboligene og sykehjem i størst mulig grad blir omfattet av felles bestemmelser som sikrer samme rettigheter og tilsynsordninger. Det vises i denne sammenheng til Ot.prp. nr. 97 (2005-2006), som inneholder forslag til nytt kapittel 10A om statlig tilsyn med kommunene og fylkeskommunene i kommuneloven.

Regjeringen ønsker å styrke det allmenntilleggsmedisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere, både pasienter i sykehjem og mottakere av hjemmetjenester. I første omgang rettes oppmerksomheten mot å bedre kapasiteten og kvaliteten på legetilbudet i sykehjemmene. Deretter vil Regjeringen gjennomgå fastlegenes ivaretagelse av mottakere av hjemmetjenester.

Sosial- og helsedirektoratet vurderte i 2005 legetjenesten i sykehjem og fant da ikke grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt er uforsvarlig, men at svært mange kommuner har for lav legedekning til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet. Depar-

tementet vil i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning i den enkelte kommune. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en faglig veileder for legetjenesten i sykehjem.

Departementet har bedt de medisinske fakultetene styrke aldersmedisin generelt og sykehjemsmedisin spesielt i grunnutdanningen. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå spesialistutdanningen i allmennmedisin med sikte på å stille minimumskrav til alders- og sykehjemsmedisin.

Fra og med 2007 foreslår Regjeringen å sette i verk tiltak for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende på følgende områder:

- Dagtilbud til personer med demens
- Utredning og diagnostisering av demens
- Informasjon til brukere og pårørende
- Pårørendeskoler og samtalegrupper
- Opplæring og erfaringsutveksling blant personell
- Utvikling av ulike botilbud

Regjeringen ønsker at pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Som et ledd i arbeidet med bedre samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten vil departementet følge opp med sikte på at det faglige nivået i behandlingen i sykehjemmene høynes.

Departementet har i sine styringskrav til de regionale helseforetakene lagt vekt på at helseforetakene etablerer ambulante team innen geriatri, kreft, rehabilitering og ulike kroniske sykdommer og funksjonshemninger. Regjeringen viser videre til utbyggingen av distriktspsykiatriske sentre, som forutsettes å gi tilsvarende tilbud på sitt område.

Regjeringen ser styrking av informasjonsteknologi i omsorgstjenestene som en sentral del av arbeidet med å heve kvaliteten og forbedre effektiviteten i tjenesten. Det framholdes at bruk av IKT, smarthusløsninger, telemedisin og ny omsorgsteknologi kan bidra til å hindre institusjonalisering, gi brukerne større uavhengighet av hjelpeapparatet og et bedre lokalt medisinsk tilbud.

Regjeringen ønsker å sette fokus på utvikling og bruk av standarder, enhetlige og gode sikkerhetsløsninger, tilpassede fagsystemer, samt å tilrettelegge organisasjon og rutiner for elektronisk samarbeid.

Det framholdes at det er god dokumentasjon for at et geriatrisk spesialisttilbud fører til bedre funksjon og redusert behov for varige omsorgstjenester, og at det derfor er viktig at geriatriske tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet.

I handlingsplanen for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre vil følgende innsatsområder bli styrket:

- Pasientopplæring
- Forebyggende og helsefremmende tiltak
- Tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten, herunder samhandlingstiltak overfor kommunene
- Rekruttering av nøkkelpersonell
- Økt tverrfaglig kompetanse og forskning
- Gjennomgang av finansieringsordningene for å sikre at disse understøtter god klinisk praksis

Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med en helhetlig vurdering av hele tannhelsefeltet, herunder tannhelsetilbudet til personer som mottar omsorgstjenester. Forslag til tiltak vil bli forelagt Stortinget i en stortingsmelding.

Regjeringen ønsker å sikre rehabiliteringstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnedsettelse. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen ønsker å gi folkehelsearbeidet et løft gjennom en politikk som skal bidra til flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Forebyggende tiltak de nærmeste 15-20 år, vil først og fremst være:

- sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid
- investeringer i universell utforming av boliger og omgivelser
- sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap
- volds- og ulykkesforebyggende arbeid

Regjeringen legger vekt på å trygge levekårene og rettssikkerheten for personer med utviklingshemning og framholder at omsorgstjenesten spiller en viktig rolle i dette. Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet vil sørge for særlig oppfølging av tjenestene til personer med utviklingshemning gjennom:

- evaluering av praktiseringen av bestemmelsene i sosialtjenesteloven om å begrense bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning
- utviklingsprogrammet "Aldring og utviklingshemmede"
- utviklingen av det nasjonale fagmiljøet på området utviklingshemning, som ble etablert i 2006
- særlige FOU-tiltak

1.8 Aktiv omsorg

Regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. En slik satsing vil kreve større tverrfaglig bredde i omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Regjeringen vil sikre at kommunene praktiserer sosialtjenesteloven i tråd med de forutsetninger som ligger i lovens formålsbestemmelse. Det understrekes at dersom brukeren etter en individuell behovsgjennomgang etter sosialtjenesteloven § 4-3 har rett til sosiale tiltak, har kommunene plikt til å tilby dette. Departementet vurderer det som lite hensiktsmessig å konkretisere nærmere hvilken form tiltakene skal ha.

Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten.

Regjeringen mener at økt aktivisering både sosialt og fysisk gjennom et mer tverrfaglig tilbud bør inngå som en del av den framtidige omsorgstjenesten.

1.9 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Regjeringen mener det er avgjørende å legge til rette for at omfanget av frivillig omsorg blir opprettholdt og styrket, og vil forankre politikken i et likestillingsperspektiv der det legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner.

Det framholdes at helse- og sosiallovgivningens bestemmelser om individuell plan er et godt verktøy for å sikre samhandlingen mellom tjenestemottaker, familie/pårørende og offentlig helse- og sosialtjeneste. Det understrekes at pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.

Det understrekes at et bedre samspill med familie og pårørende vil innebære bedre tilpassing og tilrettelegging av dagens tjenestetilbud. Som virkemidler for å oppnå dette nevnes åpne sykehjem, dagtilbud og avlastning.

Regjeringen ser det som svært viktig å gi frivillige organisasjoner rammer og frihet til å drive forsøksvirksomhet og utviklingsarbeid, og til å utfordre mer tradisjonelt drevne helse- og sosialtjenester til nytenkning, og til å være korrektiv der det trengs.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at både brukerne, omsorgspersonell og frivillige organisasjoner deltar i utviklingen av nye eier- og driftsformer i omsorgssektoren, basert på større grad av selvorganisering og brukerstyring.

Regjeringen vil videreføre arbeidslinjen med å få flere trygdede ut i arbeid, og få folk til å bli værende i arbeid lenger.

Det uttales at det offentlige bør legge til rette for sosiale møteplasser, og stimulere til utvikling av sosiale nettverk, men at det er sivilsamfunnet og den enkelte som i fellesskap må ta ansvar for aktivitetene gjennom sine organisasjoner, foreninger, kulturvirksomheter og mer uformelle sosiale sammenhenger.

Regjeringen tilrår at kommunene, ut fra lokale behov, nytter noe av veksten i nye årsverk til drift av eldresentre og andre forebyggende tiltak og aktivitetstilbud for å stimulere til ytterligere utbygging av tilbudet på dette området.

1.10 Finansiering

Kommunenes brutto driftsutgifter var i 2004 om lag 210 mrd. kroner. Av dette utgjorde helse- og sosialtjenesten 41 prosent.

Det foretas en drøfting av om folketrygden bør finansiere omsorgstjenesten gjennom et system der penger følger brukeren. Det framholdes at et system hvor penger følger brukeren vil kreve et omfattende klassifikasjonssystem, og et saksbehandlingssystem som løpende kan justere tilskuddsbeløpet ut fra endringer i den enkelte tjenestemottakers behov. Etter Regjeringens vurdering vil dette føre til økt byråkrati og fort bli et diagnostiserings- og sosialrapportsamfunn vi ikke ønsker.

Regjeringen ønsker at omsorgstjenestene også i framtida skal være forankret i kommunene, med stor nærhet til brukerne, og med mulighet til å utforme tje-

nestetilbudet ut fra lokale forhold. Det uttales at finansieringsordningen må stimulere til forebyggende tiltak, gi insentiver til å styrke det tette spillet med familie og pårørende, og se tjenestetilbudet i nær sammenheng med utviklingen av et levende lokalsamfunn. Etter Regjeringens vurdering vil dette best sikres ved at man også i framtida i hovedsak baserer seg på rammefinansiering.

Det redegjøres for reglene for brukerbetaling i omsorgstjenesten. Regjeringen har vurdert ulike alternativer for mer likt brukerbetaling. Samlet sett finner Regjeringen at ulempene ved dagens ordninger ikke forsvares å gjennomføre en omfattende reform. Det uttales at hensynet til at brukerne ikke skal komme svekket ut etter en omlegging, tilsier at dagens ordninger inntil videre bør opprettholdes.

Det vises til at Stortinget flere ganger har bedt om en vurdering av hvordan egenandelstak 2 kan utvides med kommunale egenandeler: Regjeringen mener at en innlemming av kommunale egenandeler ikke er hensiktsmessig, men at man ut fra fordelingsmessige hensyn bør behandle de kommunale egenandelene separat. Det framholdes at dette vil gi mulighet til i større grad å målrette ordningen mot de gruppene som har størst behov for skjerming.

1.11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Regjeringen vil legge til rette for ytterligere personelløkning i omsorgstjenesten gjennom veksten i kommunenes frie inntekter. Konkrete tiltak i Omsorgsplan 2015 som går ut over dagens budsjettammer, vil fremmes i de kommende års statsbudsjetter.

Det framholdes at de overordnede strategiene som er presentert i stortingsmeldingen, på lang sikt vil kunne dempe utgiftsveksten til omsorgssektoren.

2. KOMITEENS MERKNADER

2.1 Innledning

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Bøhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Gunn Olsen og Dag Ole Teigen, fra Fremskrittspartiet, Jan-Henrik Fredriksen, Vigdis Giltun og lederen Harald T. Nesvik, fra Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, fra Sosialistisk Venstreparti, Inga Marte Thorkildsen, fra Kristelig Folkeparti, Laila Dāvøy, fra Senterpartiet, Rune J. Skjælaaen, og fra Venstre, Gunvald Ludvigsen, viser til at alle partiene i Stortinget, og også Regjeringen, har gitt uttrykk for å ville delta i et tvverrpolitisk løft for bedre innhold og bedre kvalitet i eldreomsorgen. Regjeringen har gjennom St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening lagt fram en melding som omfatter alle hovedbrukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ikke bare den eldre del av befolkningen.

Det forrige store tvverrpolitiske løftet innen eldreomsorgen, St.meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet, hadde et

sterkt fokus på ulike typer boliger til eldre og på å etablere enerom til alle som ønsket det. Tiden er nå inne til å ta et sterkere løft for å øke kvaliteten og kompetansen på tjenestene som tilbys i hele omsorgssektoren.

Komiteen er opptatt av å bidra til en langsiktig, forpliktende plan og viser spesielt til kapittel 3 i stortingsmeldingen, Omsorgsplan 2015, som inneholder en rekke hovedområder som er viktige satsingsområder fremover. Det vises også til kommende planer og lovarbeider som Regjeringen arbeider med, og som vil få betydning for Omsorgsplan 2015. Dette er for eksempel revidert helse- og sosiallovgivning, helhetlig demensplan, handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre, stortingsmelding om tannhelsetjenesten, og strategiplan for rehabilitering. Det er derfor viktig, slik komiteen ser det, at den kommende planen for fremtidens omsorgstjenester gjøres rullerende og evalueres fortløpende.

Komiteen er positiv til at Regjeringen i den offentlige debatten har gitt uttrykk for at ytterligere tiltak og konkretiseringer av Omsorgsplan 2015 vil bli positivt mottatt. Dette er også viktig på bakgrunn av komiteens mange og gode høringer med en rekke organisasjoner, som har kommet med konstruktive bidrag og forslag.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil spesielt vise til den tidligere nevnte Handlingsplan for eldreomsorgen og mener denne planen var meget konkret og god både på tiltak, fremdrift, gjennomføringstakt og økonomi.

Et annet flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, konstaterer at Regjeringen ikke er villig til å forplikte seg til å komme tilbake til Stortinget med en revidert og helhetlig plan der Regjeringens omsorgsmelding og Stortingets mange merknader og forslag integreres og danner en helhetlig og forpliktende plan. Regjeringspartiene vil ikke forplikte seg til å komme tilbake med en stortingsproposisjon, der en helhetlig plan fastlegges med tiltak, fremdrift, gjennomføringstakt og økonomi.

Stortinget kan se tilbake på flere store, vellykkede satsinger de senere årene, der store forlik har skapt forutsigbarhet og entusiasme, og de ulike sektorene har kjent framdrift og økonomiske rammer. Dette flertallet konstaterer at Regjeringen har gitt inntrykk av å ville være med på et forpliktende felles løft for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Regjeringens forslag om å komme med en sak til Stortinget i forbindelse med budsjettet for 2008 kan ikke tolkes på annen måte enn at regjeringspartiene vil vurdere enkelttiltak år for år i forbindelse med det enkelte statsbudsjett. Regjeringen er ikke villig til å gi kommunene, ansatte, utdanningsinstitusjonene, pårørende og personer med omsorgsbehov den nødvendige forutsigbarhet.

Etter Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (2005-2006) mener dette flertallet at Regjeringen bør

komme tilbake til Stortinget med en stortingsproposisjon der både Regjeringens og Stortingets foreslåtte og vedtatte tiltak integreres. Det vil da også være naturlig å foreslå fremdrift, gjennomføringstakt og økonomi.

Dette flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem en stortingsproposisjon om omsorgspolitikken der Regjeringens og Stortingets foreslåtte og vedtatte tiltak integreres, og der fremdrift og økonomi inngår."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil framheve at disse medlemmer fortsatt ønsker et bredt felles forlik om Omsorgsplan 2007-2015 og fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak i tilknytning til St.prp. nr. 1 (2007-2008). Denne må bygge på omsorgsmeldingens fem hovedstrategier:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og frivillige

Det vises særskilt til forslagene i omsorgsmeldingen når det gjelder satsingen på forskning, demensutfordringen, palliativ behandling, forebygging av ensomhet gjennom dagaktiviteter mv. og bedre vilkår for dem som har langvarige og krevende omsorgsoppgaver for pårørende.

Stortinget ber i tillegg Regjeringen blant annet om å vurdere følgende tiltak:

- Gjennomgang av autorisasjonsordningene i sosial- og helsetjenestene
- Styrking av det nasjonale forskningsprogrammet på eldreomsorg tilknyttet Norges forskningsråd
- Retningslinjer for å sikre tverrfaglig kompetanse fra ulike typer fagpersonell i kommunehelsetjenesten
- Kartlegging av dagens fysioterapitjeneste og gjennomgang av finansieringsordningene for fysioterapeuter
- Tiltak for å sikre kompetanse ved sykehusene og i kommunene overfor familier som venter eller har fått et funksjonshemmet barn."

Komiteen mener samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer som involverer de fleste samfunnssektorer, lokalsamfunn og familier. Utviklingen kommer ikke overraskende. Bedre levekår og nye behandlingsmetoder gjør at mennesker lever lenger og bedre med sykdom, og den nye generasjonen eldre har også bedre helse og større ressurser til å møte alderdommen med. Likeledes viser statistikker at antall yngre hjemmetjenestebrukere med nedsatt funksjonsevne er fordoblet de siste ti år. Det innebærer behov for

omsorgstjenester for enkeltmennesker i alle aldersgrupper med svært ulike problemer og behov. Disse forhold viser blant annet at det er behov for både kapasitetsøkning og kvalitetsheving på omsorgstjenestene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Regjeringen i Soria Moria-erklæringen understreker at de store velferdsoppgavene skal løses gjennom å satse på fellesskapsløsninger og å motarbeide kommersialisering av disse områdene. I de senere årene har stadig større deler av velferden blitt overlatt til et privat marked. Disse medlemmer er fornøyd med Regjeringens initiativer for å redusere markedstenkningen innenfor helse- og omsorgstjenestene som særlig Fremskrittspartiet og Høyre tradisjonelt har stått for og prøvd ut mange steder.

Disse medlemmer mener det er galt å betrakte pasienter som suverene konsumenter med evne til å ivareta sine interesser i et konkurranseutsatt marked på samme vis som ressurssterke 30-åringer kan ivareta sine interesser ved kjøp av hvitevarer og biler. Å være forbruker med krav og rettigheter er en krevende rolle. En kunde må selv ta ansvar for å holde seg orientert om tilbud, kvalitet og priser. Kommunen utstyres innbyggerne med en "sjekk", og vi blir sendt ut for å handle helsetjenester. En svensk studie av statsviter Tommy Möller viser at det å velge bort et alternativ man som kunde ikke er fornøyd med, i praksis ikke er et handlingsalternativ innen eldreomsorgen fordi de eldre ikke orker å bruke sin valgfrihet. Særlig de demente klarer verken å artikulere sine behov eller å kontrollere hvorvidt de får det de har krav på, og vil være prisgitt at de har ressurssterke pårørende.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at lokaldemokratiet ikke kan fungere dersom innbyggerne bare er forbrukere. De må også være borgere. Innbyggerne må ikke se på sitt forhold til kommunen utelukkende ut fra hva de selv har behov for, men også ut fra hva som er best når en tar hensyn også til andres interesser. Flertallet viser til at tidligere helseminister Dagfinn Høybråten advarte mot at slike modeller i for stor grad kan åpne for bruk av etterspørselsteknikker og private tilbud som "kan kanalisere tjenester og arbeidskraft bort fra de behov og den etterspørsel som må dekkes for at den norske likhetsideologien skal ivaretas".

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at endringer og forsøksprosjekter innenfor helse- og sosialsektoren må ta utgangspunkt i den kunnskap en har om hvem som er brukerne av tjenestene, deres helsetilstand og deres uttalte behov. Og ikke minst er det viktig å legge til grunn at mange er så syke at de ikke er i stand til å agere som kunder i en markedsmodell.

Komiteen mener at en stor utfordring innen helse- og omsorgssektoren er å skape mer forutsigbare og stabile hjemmetjenester. Altfor mange brukere opplever i dag at de mister hjelpen fordi andre brukere med mer akutte behov trenger den mer. De opplever hjelpere som kommer for sent, og at det ikke blir gitt beskjed ved fravær og forsinkelser osv.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at forslag om for eksempel fritt brukervalg ikke i tilstrekkelig grad ivaretar ønsket om å skape en mer fleksibel og forutsigbar hjemmehjelpstjeneste for den enkelte bruker.

Disse medlemmer viser til at den største forskjellen for konkurranseutsetting og brukervalg, Fremskrittspartiet, også utgir seg for å være den største motstanden av offentlig byråkrati. Disse medlemmer vil derfor bemerke at alle kommuner som innfører konkurranseutsetting, samtidig etablerer separate bestiller- og utføreheter. Skillet mellom bestiller- og utførehet, kombinert med brukervalgmodell, stiller strenge krav til detaljeringsgrad og nøyaktighet i bestillingen både hva gjelder hvilke deltjenester den enkelte skal tildeles, frekvensen og volumet. En slik struktur vil for det første øke brukernes problem med en tjeneste som ikke raskt kan takle at bistandsbehovet er under konstant endring. Derved skapes det større avstand mellom hjelper og beslutter. For det andre vil det måtte bygges opp et omfattende byråkrati på kommunens side. Dette vil være svært kostnadskrevede og føre til at en større andel av pleie- og omsorgstjenestens midler vil gå til byråkrati og administrasjon. Systemet kan lett bli stivbent som en følge av at hjelperne strengt må holde seg til bestillingen. Det som nettopp kjenner seg hjemme hos tjenestens brukere, er skiftende helse, dagsform og livsbetingelser og at de individuelle hjelpebehov er foranderlige og situasjonsavhengige. Ustabile hjelpebehov er en vesentlig del av omsorgshverdagen. Kontraksstyring er lite egnet til å fange opp dette, idet den ikke gir tilstrekkelig mulighet for en fortløpende korrigering og justering ut fra disse endrede hjelpebehov.

Disse medlemmer viser til at i et system der de private selskapene bare får betalt for klart definerte oppgaver, og fortjenesten øker desto flere brukere de ansatte klarer per dag, vil presset for å droppe den sosiale kontakten med brukerne øke vesentlig. Tilstrekkelig tid og muligheter for å gi litt ekstra og til å slå av en prat har en avgjørende betydning for den enkeltes trivsel og følelse av å klare seg.

Disse medlemmer viser til at erfaringer fra konkurranseutsatte sykehjem viser at leverandører er opp-tatt av å skape større lønnsomhet/inntjening rundt de mest ressurskrevede (og derved mest kostnadskrevede) brukerne. Markedets iboende ønske om størst mulig lønnsomhet resulterer derfor i en konkurranse om å få de mest lønnsomme brukerne, mens en vegrer seg mot å ta dem som gir mindre lønnsomhet. En evaluering av kundevalgmodellen i Nacka fra Förvalt-

ningshøgskolan/Gøteborgs Universitet bekrefter at dette er en direkte konsekvens av brukervalgmodellen.

Disse medlemmer viser videre til at en forutsetning for at valgfrihet i brukervalgsmodeller kan bli reell, er at det eksisterer en viss overkapasitet. En slik overkapasitet er fordyrende. Det er samfunnsmessig sløsing å la tjenestetilbud stå uvirksomme for å vente på "kundene".

Komiteen framholder at kommunene har et særlig ansvar for å sikre tilstrekkelig hjelp til de mest hjelpetriggende. Det er viktig at kommunene i sin organisering av velferdstjenester fortsatt baserer seg på at den enkelte får tilstrekkelig helsehjelp uavhengig av egen økonomi, sosial status, geografi og evne til å slåss for sine rettigheter.

Komiteen mener at kommunen ikke skal organisere velferdstjenestene slik at det drives fram ulikheter. Forsøk innenfor de kommunale hjemmetjenestene bør ta utgangspunkt i brukernes uttalte behov for stabilitet og forutsigbarhet i tjenestene, slik dette er synliggjort i forskning og brukerundersøkelser. Prosjektene må ha hovedfokus på hvordan tjenestetilbudet kan

- ivareta fleksibilitet og raskt imøtekomme brukernes endrede hjelpebehov
- sikre færrest mulig hjelpere til den enkelte bruker og hjelpere som kjenner brukeren og dens behov
- gi brukeren mer innflytelse over når hjelperen skal komme
- gi brukeren mulighet til å påvirke både hva som skal gjøres, og hvordan.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at det er muligheten til å påvirke slike spørsmål som er viktig for brukerne av kommunens hjemmetjenester og ikke muligheten til å velge mellom kommunen eller en privat tjenesteleverandør.

Komiteen vil understreke at det er nødvendig med nasjonale strategier som kan sette kommunene i stand til å løse de store omsorgsutfordringene vi står overfor. Det er særlig etter 2020 at antall eldre vil øke kraftig, og det er viktig å nytte tiden for å ta høyde for denne økningen.

Komiteen viser til at Regjeringen i meldingen har beskrevet fem strategier som kan møte denne utviklingen:

1. Kompetansutvikling, forskning og planlegging,
2. Kapasitetsvekst og kompetanseheving,
3. Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
4. Aktiv omsorg
5. Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet ser behovet for målrettet styrking av eldreomsorgen, og viser til at Fremskrittspartiet øremerket 2 mrd. kroner til opprettelse av nye pleie- og omsorgstiltinger i sitt alternative statsbudsjett for 2007. Disse

medlemmer vil at eldre pleietriggende skal ha lovbestemt rett til nødvendig hjelp og pleie og en sykehjemsplass når behovet er konstatert. Staten skal betale for den enkelte, som fritt skal kunne velge hjemmesykepleie eller sykehjemsplass på et kommunalt eller et privat sykehjem. Disse medlemmer mener at om staten tar det økonomiske ansvaret, vil antallet sykehjemsplasser, hjemmetjenester og hjemmesykepleie tilpasse seg etterspørselen og det reelle behovet og ikke være avhengig av kommuneøkonomien. Ingen skal bli pålagt å velge seg et tilbud som passer, men alle skal ha rett til å velge. Kommunen skal ha ansvaret for at det finnes et tilstrekkelig tilbud av omsorgstjenester, privat eller offentlig, til å dekke behovet. Disse medlemmer vil sikre eldre pleietriggende i hele landet et likeverdig og godt omsorgstilbud og vil ha slutt på den uverdige ansvarsfraskrivelsen mellom stat og kommune, by og bydeler.

Disse medlemmer mener videre at dagens system, som i all hovedsak er utarbeidet av arbeiderpartistyrte regjeringer, har vist seg å ikke kunne dekke behovene. Disse medlemmer viser til stadige oppslag om uverdige omsorgstilbud for eldre syke og pleietriggende. Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets modell med valgfrihet og brukermedvirkning, hvor den eldre selv eller i samråd med pårørende, fastlegen eller andre kan velge hvor han eller hun vil motta tjenestetilbudet. Disse medlemmer er av den oppfatning at Regjeringens finansieringssystem for eldreomsorgen fører til store ulikheter og i mange tilfeller en uverdige eldreomsorg. Disse medlemmer viser videre til sine merknader i Dokument nr. 8:34 (2005-2006), hvor Fremskrittspartiets finansieringssystem er ytterligere beskrevet.

Disse medlemmer viser til at legedekningen ved sykehjem er 1/180. Dette er etter disse medlemmers syn et altfor lavt nivå. Disse medlemmer mener at det må settes en minimumsstandard for legedekning ved sykehjem, som sikres gjennom lovfestning. En slik standard bør etter disse medlemmers syn settes til 1/90. Disse medlemmer er videre av den oppfatning at turnusleger ikke skal erstatte den faste sykehjemslegen. Leger og pleiepersonell må få økt spesialkompetanse innenfor geriatri og palliativ medisin.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme sak om minimumsstandard for dekningsgrad av leger ved norske sykehjem."

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at alle skal ha trygghet for at man får gode omsorgstjenester når man trenger det. I tillegg mener flertallet at den som trenger omsorgstjenester, bør få større innflytelse over egen hverdag. Et mer mangfoldig tjenestetilbud med flere tilbud og tjenesteytere vil legge til rette for flere valgmuligheter for den enkelte. Flertallet legger til grunn at mange som trenger omsorgstjenester, både

ynge og eldre, faktisk er i stand til å foreta valg om hvordan de vil innrette sitt eget liv. En evaluering av ordningen med fritt brukervalg i Bærum kommune viser at hele 67 prosent setter pris på muligheten til å velge som en verdi i seg selv. En evaluering av prøveordningen med brukervalg i hjemmetjenesten i bydel Nordstrand viser at 70 prosent av brukerne er positive til valgfrihet, og at de som har benyttet seg av valgfriheten, er de mest fornøyde brukerne. Flertallet understreker at alle bør ha en rett, men ikke en plikt, til å velge mellom ulike tjenestetilbud. Kommunenes ansatte og folkevalgte må sammen med tilsynsmyndighetene påse at alle får et kvalitativt godt tilbud, også de som ikke ønsker eller er i stand til å foreta valg av tjenestetilbud.

Videre viser flertallet til en undersøkelse foretatt av Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik på oppdrag fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus, basert på en spørreskjemaundersøkelse blant ledere og ansatte ved 111 sykehjem i de to fylkene. I undersøkelsen, som er publisert 26. oktober 2006, heter det:

"Både når det gjelder kvalitet i pleien, driftsrutiner, medisin håndtering og fagkompetansen til personalet på vakt, er det slik at ansatte ved kommunalt drevne sykehjem rapporterer om noe dårligere forhold enn ansatte ved sykehjem drevet av andre organisasjoner."

Flertallet mener at frivillige og andre private aktører kan bidra til en positiv kvalitetsutvikling i omsorgstjenesten.

Flertallet mener at St.meld. nr. 25 (2005-2006) gir en god beskrivelse av utfordringene for fremtidens omsorgstjenester, men at Regjeringen mangler konkrete tiltak for å løse disse utfordringene.

Komiteen vil særlig understreke at det er behov for et kvalitetsløft i omsorgstjenesten for å sikre et bedre tilbud til brukere med ulike behov. Den medisinske faglige kompetansen i primærhelsetjenesten må styrkes for å sikre at syke eldre med komplekse lidelser og andre brukere får et kvalitativt bedre tilbud. Den økende andelen yngre brukere som trenger helse- og omsorgstjenester i et livsløpsperspektiv, krever også økt kompetanse og større tverrfaglighet i førstelinjetjenesten. Det er, slik komiteen ser det, særlig viktig å sikre en økt andel faglærte ansatte og satse mer på forskning og utvikling.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres alternative budsjett for 2007 der det ble foreslått en satsing på 125 mill. kroner til kvalitetstiltak, herunder kompetansehevende tilbud, økt forskning på demens og bedre omsorg ved livets slutt.

Slik disse medlemmer ser det, vil Stoltenberg-regjeringens kutt i bevilgningene til universiteter og høyskoler også ramme utdanning av personell til omsorgssektoren og forskningen på dette området. Disse medlemmer mener det er viktig å investere i fremtidens velferd og viser til Høyres alternative budsjett, der bevilgningene til forskning og utdanning ble økt med 1 mrd. kroner ut over Regjeringens forslag.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at en annen hovedutfordring er å sikre at mennesker som trenger bistand, får økt innflytelse over egen hverdag, slik at de har frihet til å leve slik de selv ønsker. Det er derfor nødvendig å sikre et mer mangfoldig og individuelt tilpasset tjenestetilbud med flere valgmuligheter i forhold til tjenesteytere og tilbud. Det skal være et offentlig ansvar å sikre og finansiere nødvendige omsorgstjenester av god kvalitet, men private aktører bør få anledning til å utføre tjenestene. Flertallet vil vise til tiltak for å fremme større grad av brukerstyring og valgfrihet som Samarbeidsregjeringen foreslo i St.meld. nr. 45 (2003-2004) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Flertallet mener at mennesker som har omfattende behov for bistand for å klare dagliglivets gjøremål, skal ha rett til å få hjelpen i form av brukerstyrt personlig assistanse. Denne hjelpeformen gir den enkelte større frihet til å styre sin egen hverdag.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at Samarbeidsregjeringen gikk inn for en slik rettighetsfesting i kommuneøkonomiproposisjonen for 2006, men disse medlemmer konstaterer at regjeringen Stoltenberg ikke har fulgt opp dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til sine merknader under kap. 2.5, hvor det framgår at Regjeringen har varslet et høringsnotat om utvida rett til å få praktisk bistand helt eller delvis organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, er kritiske til at Regjeringen i meldingen gir uttrykk for at det fortsatt er nødvendig å rekruttere ufaglærte for å møte behovsveksten frem mot 2050. Flertallet mener at det må være en klar ambisjon at ansatte i omsorgstjenesten skal ha fagkompetanse, og at det derfor er nødvendig å øke utdanningskapasiteten på videregående nivå samt i høyskoler og universitet. Flertallet viser til Dokument nr. 8:88 (2005-2006) der representanter for Høyre fremmet 31 konkrete forslag til tiltak for å bidra til økt rekruttering og legge til rette for at flere kan stå lenger i omsorgsykker.

Det er, slik komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ser det, nødvendig å rekruttere arbeidskraft fra utlandet for å sikre tilstrekkelig bemanning i omsorgstjenesten i fremtiden.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, ønsker å presisere at bruk av utenlandsk arbeidskraft ikke skal bidra til å tappe sårbare land for helsefaglig kompetanse.

Et annet flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, deler Regjeringens vurdering av at det er nødvendig å innføre et nytt statlig investeringstilskudd for bygging av omsorgsboliger og sykehjem i kommunene. Slik dette flertallet ser det, må tilskuddet utformes fleksibelt og uten elementer av økonomiske vridningseffekter, slik at kommunene kan bygge ut i tråd med lokale forhold og befolkningens reelle behov.

Komiteen viser til at innsatsen fra pårørende og frivillige anslås å være like omfattende, målt i antall årsverk, som det offentlige tjenestetilbudet i omsorgssektoren. Komiteen vil understreke at innsatsen fra pårørende og frivillige har en viktig egenverdi. Det er avgjørende at familie og pårørende til dem som trenger bistand, får bedre veiledning, avlastning og støtte. Slik komiteen ser det, må det også legges bedre til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, særlig om kulturelle og sosiale tilbud.

Det fremgår av Helsetilsynets årsrapport for 2005 at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får et stykkevis og delt tilbud. Slik komiteen ser det, er det en hovedutfordring å sikre at de som trenger bistand fra flere instanser, får et mer helhetlig tilbud. Det er helt nødvendig å styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at de som trenger tjenester, i større grad kan få et kvalitativt godt tilbud i sitt nærmiljø. Komiteen mener at spesialisthelsetjenesten i større grad og på flere områder må bistå primærhelsetjenesten faglig, blant annet gjennom ambulansetjenester og virksomhet. Videre kan utvikling av samarbeidstiltak som distriktsmedisinske sentre bidra til å samlokalisere tilbud fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Slik komiteen ser det, er det særlig behov for å styrke rehabiliteringstilbudet, slik at flere får en mulighet til å trene seg opp til å mestre hverdagen etter sykdom og skade. Et bedre tilbud om rehabilitering vil også bidra til å redusere antall korridoropphold i sykehus og forhindre at syke eldre og andre pasienter blir sendt mellom sykehus og sykehjem.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener gode helse- og omsorgstjenester må sikres alle, uavhengig av om behovet kommer som følge av alder, funksjonshemming, utviklingshemning, psykisk og fysisk sykdom eller rusavhengighet. Når en stortingsmelding om fremtidens omsorgsutfordringer har som mål å favne alle, så er det en svært ambisiøs oppgave. Ulike grupper har svært ulike behov, samtidig som det er store individuelle forskjeller. Flertallet mener at ulike gruppers behov for helse- og omsorgstjenester ikke er tilstrekkelig fokusert i meldingen.

Flertallet ser at det er tjenlig med en helhetlig tilnærming til utformingen av tjenestetilbudet uavhengig av hvem som er mottakere.

Komiteen viser til at antallet eldre stiger, og at mange har god helse og store ressurser. Komiteen vil påpeke at prioritering av forebyggende helsearbeid i befolkningen generelt og blant eldre spesielt må vektlegges. Samtidig må de sykeste eldre få verdig behandling og pleie.

Komiteen viser til at liggetiden på sykehus ifølge Statistisk sentralbyrå stadig synker, (Norsk pasientregister/pasientstatistikk, SSB 2006), og at antallet svingdørpasienter øker (Samdata – somatikk sektorrapport 2005 fra Sintef).

Komiteen vil påpeke at behandling ikke lenger bare foregår på sykehus, men også i pasientens eget hjem eller på sykehjem. Dette stiller stadig større krav til den medisinske og helsefaglige kompetansen i kommunene.

Komiteen viser til at det per i dag bor mer enn 40 000 i alders- og sykehjem i Norge, og det anslås at det frem til 2030 vil være behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger ifølge St.meld. nr. 25 (2005-2006).

Komiteen vil påpeke at det på norske sykehus er 1 lege for 2 pasienter. På norske sykehjem er det 1 lege for 180 pasienter (Husebø B. S. og Husebø S., 2001). Sintef har i en undersøkelse konkludert med at gamle på sykehjem i gjennomsnitt har 6,7 behandlingstrenende diagnoser (Sintef Unimed, 2003). Dette viser at mange ikke er sikret hjelp med fullverdig medisinsk, pleiemessig og tverrfaglig kompetanse i sin siste levetid. I en slik sammenheng vil sykehjemmene gå fra primært å være pleieinstitusjoner i dag til i fremtiden å bli aktive behandlingsinstitusjoner med høy faglig kompetanse, og disse vil sammen med hjemmetjenesten og fastleger kunne utgjøre et høyt kompetent og etisk bevisst fagmiljø. Utvikling av fagmiljøer i kommunene blir derfor svært viktig i årene fremover, samtidig som dette kan virke stimulerende på rekrutteringen til helsefaglige stillinger i kommunene. En fordel kommunene har, er at arbeidsplassene generelt vil ligge nærmere der folk bor sammenliknet med sykehusene.

Komiteen viser til at levealderen hos psykisk utviklingshemmede har økt. Dette er gledelig og viser at risikofaktorene for tidlig død er redusert. Samtidig blir problemstillinger knyttet til aldringsprosesser og demens for denne gruppen mer og mer aktuelle. Det er godt dokumentert at for eksempel demens utvikler seg tidligere for mange utviklingshemmede sammenliknet med tilsvarende aldersgruppe i den øvrige befolkningen. En viktig forutsetning for en god eldreomsorg for denne gruppen er knyttet til kompetanseoppbygging i kommunene. Akkurat for denne gruppen har det vært lite fokus på dette generelt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Høgskolen i Bergen sammen med Samordningsrådet (SOR) har etablert et videreutdanningstilbud med fokus på eldre utviklingshemmede, finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Flertallet ber Regjeringen sikre videreutdanningstilbudet i Bergen rettet mot eldre utviklings-

hemmede permanent med mulighet for utvidelse eventuelt til andre høyskoler.

Etter komiteens oppfatning er det i dag store mangler i kommunenes oppfølging av rusavhengige etter behandling og rusavhengige som får legemiddelassistert rehabilitering. Det er også avdekket store behov for å sikre tiltak og tilbud til de mest utslåtte rusavhengige; botilbud, sysselsettingstilbud, felttjeneste, medisinsk behandling og andre lavterskeltilbud. Behandling for avhengighet til alkohol, narkotika og medikamenter innebærer langt mer enn forsøk på å overvinne avhengigheten. Komiteen vil påpeke at det ofte dreier seg om å bedre boevne, redusere kriminell karriere, etablere sosiale relasjoner og nettverk, ordne opp i økonomiske problemer, bedre helse og den psykiske tilstanden; det vil si en langsiktig prosess med å (re)etablere et meningsbærende liv som ikke er dominert av avhengighet til alkohol, narkotika eller medikamenter. Dette innebærer at mange aktører skal samarbeide for at dette skal lykkes, blant annet de som yter helse- og omsorgstjenester.

Komiteen viser til opptrappingsplanen for psykisk helse og viser til merknader i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006-2007), der komiteen påpeker at det fremdeles gjenstår betydelige utfordringer før målene i opptrappingsplanen er nådd. Spesielt viser komiteen til problemer knyttet til brukere som har behov for bolig med oppfølging, og spesielt for dem med alvorlig psykisk lidelse og dem som har dobbeltdiagnoser. Komiteen er opptatt av at siste fase i opptrappingsplanen blir vellykket, og at målene nås.

Komiteen mener at det som følge av stadig økende behov for helse- og omsorgstjenester er et stort behov for å sikre lik tilgang til kvalifiserte og gode tjenester i hele landet, uavhengig av bosted. Komiteen ser behovet for å utvikle systemer som sikrer dette. Det er behov for å tenke nytt om hvordan helse- og omsorgstjenestene skal formidles. Både juridiske, økonomiske og andre virkemidler må benyttes for å sikre dette.

Det må være den enkelte person som skal stå i sentrum. Et viktig virkemiddel for å oppnå brukervedvirkning er individuell plan, og komiteen vil understreke at dette virkemiddelet må brukes aktivt for å sikre individuell tilpassing av tjenestene. Tjenestene må organiseres og koordineres ut fra brukerens egne behov. Det er ikke brukeren og eventuelt pårørende som skal løpe fra dør til dør. Komiteen er opptatt av at brukerorganisasjonene sikres en sentral rolle i utformingen av helse- og omsorgstilbudet i kommunene.

Valg av boform er nært knyttet opp til organiseringen av omsorgstjenestene. Personlige ønsker hos omsorgsmottakerne varierer i veldig stor grad, og etter komiteens mening er det derfor viktig med et mangfold av muligheter for hvordan den enkelte kan velge å bo. For noen er behovet for selvstendighet det viktigste, for andre er behovet for trygghet viktigst, for eksempel i form av tilsyn eller fellesskap med andre.

Komiteen viser til St.prp. nr. 1 (2006-2007) der det under kap. 743 post 62 uttales:

"Opptrappingsplanen for psykisk helse har ikke gitt klare anbefalinger om tjenestetilbudet til brukere som har behov for døgntilbud og et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud. I 2007 skal det gjennomføres en kartlegging av brukergruppen og hvilke tilbud de mottar. Det skal utredes hvordan tilbudet til gruppen kan utvikles og styrkes. Kunnskap og erfaringer fra Storbysatsingen, andre relevante tiltak og gode samarbeidsmodeller vil bli samlet og formidlet."

Videre viser komiteen til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006-2007) hvor Regjeringen er bedt om å legge fram for Stortinget i statsbudsjettet for 2008 hvordan arbeidet med psykisk helse skal videreføres etter 2008. Komiteen ber Regjeringen i statsbudsjettet for 2008 beskrive hvordan bo- og døgntilbudet til grupper med særlige omfattende og langvarige oppfølgingsbehov bedre kan ivaretas.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber Regjeringen vurdere å lage en handlingsplan for mennesker med alvorlige, langvarige psykiske lidelser både hva gjelder boliger, langvarig behandlingsopplegg og organisering av tiltakene. Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) sier at de dårligste ikke har fått et godt nok tilbud innen opptrappingsperioden, noe også Rapport 3/2006 fra Helsetilsynet viser. I St.meld. nr. 25 (2005-2006) vises det til at Sosial- og helsedirektoratet har dokumentert behov for 2 700 boliger til personer med psykiske lidelser og omfattende tjenester utover opptrappingsplan for psykisk helse.

Flertallet mener Omsorgsmeldingen i all hovedsak gir et godt bilde av de utfordringene som finnes innenfor helse- og omsorgssektorene i fremtiden. Flertallet mener imidlertid at det er en svakhet ved meldingen at den har for lite fokus på enkelte svake grupper.

Komiteen mener det er avgjørende at vi har et godt og likeverdig helsetilbud til alle som trenger det, når de trenger det. Helsevesenet må ta pasienten, pasientens lidelser og de pårørende på alvor. Informasjon, medbestemmelse og kvalitetssikring er nødvendig for at vi som pasienter skal føle trygghet når vi trenger hjelp.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre understreker at et sterkt offentlig helsevesen under demokratisk styring er den beste garantien for at de tilgjengelige helseressurser blir brukt til å skape et likeverdig tilbud med prioritering på medisinsk faglig grunnlag. I tillegg til et offentlig helsevesen må det være rom for private aktører. Fritt brukervalg på enkelte omsorgstjenester er viktig for å forbedre kvalitet.

Komiteen mener at lokalsykehusene må ha oppgaver og funksjoner som gjør dem i stand til å behandle alvorlig syke eldre i nærmiljøet. Lokalsykehusene skal være en trygghetsbase for befolkningen. Det er også svært viktig med god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Komiteen vil understreke at det er svært viktig at det er tilstrekkelig med sykehjems plasser med bedre legedekning slik at de aller sykeste får et verdig tilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, tror at lokal handlefrihet gir kommunene mulighet til å tenke nytt og utvikle gode tilbud. Økt satsing på rehabilitering og forebyggende arbeid er viktig for å fordele ressursene bedre innenfor helsevesenet og sørge for at kronikere, rusmiddelmissbrukere og mennesker med funksjonsnedsettelse får en bedre hverdag. Det er viktig at behandling foregår på lavest mulig nivå, og at tjenester også blir tilrettelagt i hjemmet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre mener at et tilbud om visitasordning for folk over 75 år, for en vurdering av helse- og omsorgsbehov, vil være et godt bidrag for å forebygge sykdom.

Komiteen mener det er positivt at meldingen har fokus på å utsette sykkelighet, men komiteen tror at en forutsetning vil være at familiemedlemmer som i dag utfører omsorgsoppgaver, i større grad får avlastning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at for å møte fremtidens økning i antall eldre vil man her måtte ta i bruk økonomiske incentiver for at familiemedlemmer i større grad kan ta ansvar for enkle omsorgsoppgaver.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre mener at en viktig side av det å forbygge sykkelighet vil være å tilrettelegge for gode sosiale og kulturelle tilbud og sørge for at det er tilstrekkelig med eldresentre. Disse medlemmer mener at økonomisk stimulans til bygging av alternative boformer som eldrekollektiv, seniorboliger og generasjonsboliger kan gjøre at en del av den eldre befolkning kan bo i egen bolig lenger, og dermed frigjøre ressurser til de aller sykeste.

Komiteen ser behovet for mer forskning på alderspsykiatri og allmennmedisin i tillegg til demens. Det er et stort og økende behov for mer kunnskap innenfor disse områdene.

Komiteen viser til at Regjeringen har varslet at den vil komme med en tannhelsemelding. Å ivareta tannhelsen er en viktig del av den helhetlige omsorgen. Eldre menneskers tannhelse har de siste årene blitt bedre (NOU 2005:11). Blant hjemmeboende, friske eldre er ikke tannhelse et stort problem. Når aldersprosess og sykdom for alvor setter inn, synes eldre mennesker med egne tenner å være en risikogruppe for dårlig tannhelse. Blant hjemmeboende eldre hadde 10 prosent smerter og plager i tennene, og en tredjedel

hadde problemer med spising. Blant eldre i institusjon eller med hjemmesykepleie var det 15 prosent som hadde plager og smerter, og 30 prosent som hadde problemer med spising. Det er særlig blant eldre mennesker med funksjonstap at tannhelsen raskt blir dårligere når funksjonstapet gjør seg gjeldende. Medisinbruk og kosthold har innvirkning på tannhelsen. Til nå har vederlagsfrie tannhelsetjenester for eldre vært knyttet til opphold i institusjon eller å være mottaker av hjemmesykepleie, ifølge lov om tannhelsetjenesten. I og med at pleie av syke og eldre i stor grad skjer i hjemmet, er det i dag færre som har rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester enn da loven om tannhelsetjenestene ble vedtatt. Hjemmeboende eldre som pleies av sine pårørende, har ikke rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at dersom tilbud om subsidiert tannhelsebehandling knyttes til grad av funksjonstap, vil denne skjevheten rettes opp. Det er et mål for flertallet at offentlig finansiering av tannhelsetjenester skal rettes mot grupper med særlige behov.

Komiteens medlem fra Venstre vil understreke at det er urimelig at tannbehandling er atskilt fra annen medisinsk behandling, og ønsker en offentlig refusjonsordning på lik linje med fastlegeordningen. Dette medlem mener at særlig minstepensjonister, kronikere og rusmiddelmissbrukere bør prioriteres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at mye medisinsk forskning foregår på sykehus, og mye av den kunnskap som fremkommer, er av begrenset verdi i allmennpraksis hvor folk har andre tilstander/sykdommer enn den lille andelen som legges inn på sykehus. Eksempler kan være vanlige infeksjonssykdommer, muskel-skjelettlidelser og psykiatriske plager som er hyppige i allmennpraksis. Det er derfor nødvendig at forskningsressursene innen allmennpraksis i større grad brukes på annen klinisk forskning.

Flertallet er opptatt av at vi i fremtiden vil få svært mange eldre med demens og psykiatriske lidelser. Flertallet hadde ønsket at meldingen hadde signalisert bruk av flere midler til forskning på dette området.

Komiteen viser til at det forebyggende helsearbeidet må ha konkrete målsettinger om å redusere skader og fallulykker hos eldre mennesker. Dette krever at forebyggingsperspektivet er en integrert del av samfunnsplanleggingen. Eldre har ulike behov. Tilbudene og ytelsene eldre mennesker mottar, må derfor i størst mulig grad tilpasses den enkelte. Eldre som får vanskeligheter med å klare seg selv, må i den grad de selv er i stand til det, få velge mellom hjemmebasert omsorg, eldreboliger i tilknytning til fellestjenester eller institu-

sjon, eller institusjonsbasert omsorg. Enslige eldre er en gruppe som komiteen mener trenger mer oppmerksomhet for å forebygge sykkelighet. Alle som trenger hjelp i hverdagen, må få nødvendig bistand når de trenger det. Det gjelder så vel hjemmetjenester som plass i sykehjem eller omsorgsbolig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at et tilbud om enkle vaktmestertjenester er et ledd i det forebyggende arbeidet som setter eldre mennesker i stand til å leve et trygt liv i sitt eget hjem så lenge helsen tillater det. En styrking av tilbudet om hjelp til enkle dagligdagse gjøremål vil være skade- og fallforebyggende og en mulighet til å hindre lårhalsbrudd og andre fallulykker som rammer mange eldre.

2.2 Kvalitetsutvikling

Komiteen viser til en ny avtale mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med hovedstrategiene tverrfaglig kompetanseheving, lokalt utviklingsarbeid, kommunal planlegging, og organisasjons- og ledelsesutvikling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, imøteser positive effekter av en slik avtale.

Flertallet ser nytten av å la kvalitetskravene være gjenstand for politisk diskusjon og behandling for å tydeliggjøre ansvaret for tjenestene, slik Regjeringen foreslår, og mener dette vil styrke det systematiske kvalitetsutviklingsarbeidet og øke det lokale engasjementet om innholdet i omsorgstjenestene. Det er viktig å vite hvem som har ansvaret for verdig behandling av en kommunes omsorgstrengende.

Komiteen mener likevel at det bør legges en del føringer fra sentrale myndigheter når det gjelder kvalitet.

Komiteen viser til at forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra 1. juli 2003 sammenholdt med internkontrollforskriften innebærer klare plikter for kommunene til å sikre at den enkelte får tjenester av forsvarlig kvalitet. Kvalitetsforskriften definerer konkret hvilke grunnleggende behov som skal dekkes for den enkelte. Komiteen vurderer at kravene om prosedyrer og internkontroll er hensiktsmessige for å sikre et systematisk kvalitetsarbeid, der innholdet i tjenesteytingen ikke er overlatt til tilfeldigheter eller den enkelte ansatte alene. Helsetilsynet i fylket og Fylkesmennene har hjemmel for å pålegge kommunene å rette opp avvik fra lovbestemte krav for å ivareta den enkeltes rettsikkerhet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk

Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at de rettslige virkemidlene er tilstrekkelige for å ivareta brukernes rettsikkerhet og kvalitet i tjenesteytingen. Rapporter fra tilsynsmyndighetene viser imidlertid at det er behov for å implementere gjeldende regelverk i større grad. Flertallet mener at arbeidet med kvalitetsutvikling i kommunenes pleie- og omsorgstjenester vil bidra til dette.

Komiteen viser til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som må sikre rettigheter som dekker både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Kvalitetsforskriften er også godt egnet til å danne grunnlag for service-erklæringer og kvalitetsindikatorer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener forskriften i større grad bør være bindende for kommunene.

Komiteen støtter Regjeringen i at ledelsesfunksjonene innen kommunenes helse- og omsorgstjenester må styrkes, blant annet gjennom avtalen med KS. Betydningen av det nære lederskap med tett oppfølging av de ansatte kan ikke vektlegges nok.

Komiteen mener at i mange tilfeller er personell-antall og pasientantall for den enkelte leder innen pleie- og omsorgstjenesten for stort til at godt lederskap kan utøves. Komiteen ønsker å vektlegge at det også er viktig at den enkelte arbeidsplass setter av nødvendig tid til utøvelse av godt lederskap.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, har tidligere fått forsikringer fra Regjeringen om at spørsmålene i IPLOS-registreringen er forbedret, og at disse nå er i tråd med brukerorganisasjonenes krav. Flertallet er skuffet over at Regjeringen ikke har lagt større vekt på å påse at registreringen har foregått i tråd med krav til brukermedvirkning og personvern. Flertallet ser at IPLOS kan være et nyttig styringsverktøy i arbeidet med å sikre gode omsorgstjenester. Det er viktig at det ikke innhentes informasjon som det strengt tatt ikke er behov for, og spørsmål som stilles brukere av omsorgstjenester, må ikke oppleves som invaderende. Dette er en forutsetning for at IPLOS kan brukes. TV 2 har dokumentert uverdige forhold rundt registreringen. Dette er en uholdbar situasjon for alle med hjelpebehov og et klart brudd på personvernet. TV 2s dokumentar viste en uverdig og krenkende registrering av de mest nærgående og intime detaljer i et menneskes liv. Noen av spørsmålene er forandret, noe Regjeringen har slått fast i denne meldingen, men spørsmålene fanger ikke opp brukernes behov utenfor hjemmet (for eksempel omsorg for egne barn). IPLOS blir dermed fullstendig bortkastet som verktøy for å fange opp brukernes behov og gir ikke kommunene riktig informasjon.

Flertallet har stor forståelse for at de som registreres, uttrykker mistillit til dette systemet. Dette er krenkende og fullstendig uakseptabelt. Detaljgraden i spørsmålene er for omfattende og meget intime.

Flertallet vil uttrykke sterk bekymring for det vedvarende press som foreligger for å gjøre det enklere å samle, bruke og oppbevare personopplysninger knyttet til helse. I mindre kommuner og bydeler er den enkelte bruker svært lett gjenkjennelig med dagens IPLOS-registrering. Dette er uheldig. Mennesker med hjelpebehov kjenner seg lett igjen som en utgiftspost på kommunens budsjett, noe som oppleves som nedverdiggende og krenkende. I samfunnets iver etter å kartlegge befolkningen risikerer vi at folk mister tillit til helsevesenet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ser at IPLOS kan være et nyttig styringsverktøy i arbeidet med å sikre gode omsorgstjenester. Disse medlemmer er kjent med at departementet har samarbeidet med brukerorganisasjoner om endringer i hva det innhentes informasjon om. Det bør ikke innhentes informasjon som det strengt tatt ikke er behov for, og spørsmål som stilles brukere av omsorgstjenester, må ikke oppleves invaderende. Disse medlemmer forventer at eventuelle uenigheter og problemer løses i dialog med brukerorganisasjonene. Videre vil disse medlemmer generelt påpeke at opplysninger som skal registreres, og skjemaer som skal fylles, ut må ses i en helhet slik at dette begrenses og ikke går utover de arbeidsoppgaver som skal utføres.

Disse medlemmer viser til statsråd Sylvia Brustads svar av 28. februar 2007 til representanten Harald T. Nesvik på hans spørsmål angående IPLOS. Der går det fram at statsråden beklager opplevelsene brukere har hatt i møte med helse- og sosialtjenesten. Disse medlemmer er glad for at statsråden tar kritikken som har framkommet i sakens anledning, på alvor. Videre er disse medlemmer glad for at statsråden er i dialog med brukerorganisasjonene, og for at det nå vil bli foretatt en gjennomgang av prosessen som foranlediget det hele. Vurderingen vil bli foretatt både med tanke på kvalitetssikring og som grunnlag for en god prosess videre. Det skal etableres en permanent arbeidsgruppe, som bl.a. skal foreta en kontinuerlig evaluering av IPLOS som verktøy. Her vil også brukerorganisasjonene delta. I tillegg vil Sosial- og helsedirektoratet, på oppfordring fra statsråden, gjennomgå prosessen knyttet til innføringen av IPLOS.

Komiteen mener kvalitet må sikres gjennom bedre grunnbemanning enn tilfellet er i dag. Flere arbeidstakerorganisasjoner har gitt uttrykk for behov for bemanningsnormer for enkelte yrkesgrupper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, ser det som positivt at

Regjeringen vil utarbeide kriterier for lokal normering av legedekning, men mener at Regjeringen må sørge for at kommunene faktisk definerer dette behovet ut fra pasientenes behov for medisinsk behandling til enhver tid. Flertallet mener at det også for andre helse- og omsorgspersonellgrupper er viktig at kommunene definerer bemanningsbehovet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er ikke fornøyd med at standarden for kvalitet skal fastsettes av lokale myndigheter. Disse medlemmer viser til Dokument nr. 8:29 (2003-2004) "om å tillegge Helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved sykehjem og i hjemmesykepleien, slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted".

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved sykehjem og i hjemmesykepleien, slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted."

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil spesielt vise til det kompetansebaserte styringssystemet KOMPASS, som er tatt i bruk i hjemmesykepleien i kommunene Stokke, Horten og Nøtterøy. KOMPASS bidrar til å definere hva det reelle kompetanse- og bemanningsbehovet er innenfor faglig forsvarlige rammer. Flertallet ber Regjeringen om å vurdere å forankre KOMPASS i den nasjonale strategien for bedre kvalitet.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil understreke at det er kommunene som har ansvaret og fortsatt skal ha ansvaret for å gi innbyggerne gode omsorgstjenester. Dette ansvaret betyr også at kommunene har frihet til å organisere sine omsorgstjenester innenfor det lovverk og de forskrifter som til enhver tid gjelder. Samtidig innebærer det at kommunene vil ha ulike tilbud og ulike prioriteringer innenfor omsorgsfeltet også i fremtiden. Dette flertallet mener dette er et viktig prinsipp fordi både geografi, demografi og lokalsamfunnsutvikling krever ulike løsninger på omsorgsutfordringene.

Dette flertallet viser til avtalen mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i de kommunale omsorgstjenestene som et nasjonalt grep for å sikre kvalitetsutvikling på tjenestene. I avtalen legges det blant annet vekt på organisasjons- og ledelsesutvikling og tverrfaglig kompetanseheving med det som mål å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet. Dette flertallet vil understreke at organiseringen av omsorgstjenester med kvalitet krever gode ledere i tillegg til spesifikk fagkompetanse. Høyt sykefravær indikerer at det er mange områder innenfor sek-

toren som har et forbedringspotensial. KS sin satsing på ledelsesutvikling er derfor et meget viktig tiltak for å sikre kvalitetsheving. Videre mener dette flertallet at økt forskning og utviklingsarbeid på omsorgsområdet er en forutsetning for å bedre beslutningsgrunnlaget når en lokalt skal utarbeide planer for fremtidens omsorgsutfordringer.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ber Regjeringen opprette en autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer. Dette vil styrke både kvaliteten på den hjelp som skal ytes, og rettssikkerheten for dem som mottar hjelp. Videre vil dette også være et element i en statusheving av disse utdanningene. Disse medlemmer viser til at Sosial- og helsedirektoratet har gått inn for dette i sitt arbeid knyttet opp mot Berntutvalget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser i den forbindelse til Berntutvalget (NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten) som foreslår at det utarbeides en felles helse- og sosiallovgivning. Disse medlemmer viser til at Regjeringa varsler at den vil komme tilbake til oppfølgingen av utvalgets forslag, og ber derfor Regjeringa komme tilbake til Stortinget med en vurdering av autorisasjon for nye personellgrupper.

2.3 Forskning

Komiteen mener det er et stort behov for å forske, formidle forskningsresultater og integrere disse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom dette skal bli en realitet, er det avgjørende at ulike grupper helse- og omsorgspersonell har nødvendig kompetanse til å nyttiggjøre seg slik kunnskap.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om å trappe opp forskningsmidler til omsorgsforskning og forskning på eldres levekår og helse, blant annet gjennom etablering av FoU-sentre. I dag er det svært lite forskning i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert hjemmesykepleien.

Når vi vet at nær 40 prosent av befolkningen dør på sykehjem (SSB 2004), er det sannsynlig at behovet for ulike studier er stort.

Komiteen mener at aktuelle utfordringer for forskning blant annet er effekter og bivirkninger av medikamentell behandling av eldre, effekter av rehabilitering av de svakeste eldre, rettsvern, behov for skjermede enheter for demente og etiske utfordringer knyttet til eldres siste levetid, samt betydningen av kulturelle og sosiale tiltak.

Komiteen viser til at det i dag i regi av Norges forskningsråd eksisterer et nasjonalt forskningsprogram for helse- og omsorgstjenester som er spesielt rettet inn mot aldring og eldreomsorg.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen styrke det nasjonale forskningsprogrammet for forskning på eldreomsorg tilknyttet Norges forskningsråd."

Komiteen mener at forskning på effekten av rehabilitering er mangelfull i dag. Det foreligger imidlertid en del gode resultater fra noen institusjoner som blant annet driver aktiv arbeidsrehabilitering. Blant annet kan Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke vise til gode resultater for tilbakeføring til arbeidslivet for hjertepasienter etter rehabiliteringsopphold. God rehabilitering er også god forebygging for mange pasientgrupper, ikke minst for pasienter med ulike kroniske sykdommer. Mer forskning på dette området kan synliggjøre effekter av god rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at forskning og kunnskapsutvikling må prioriteres høyere enn hva Regjeringen legger opp til. Forskning på eldres behov for pleie, sykdom, demens osv. som nevnt i meldingen er etter flertallets syn viktig å prioritere, da resultater er etter denne forskningen vil kunne bety mye både for den enkelte og for samfunnet.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at demens er den viktigste årsaken til funksjonstap for eldre, og at disse sykdommene ifølge St.meld. nr. 25 (2005-2006) rammer så mange som 67 000 mennesker og deres pårørende. Disse medlemmer viser til Høyres alternative statsbudsjett for 2007, der det er foreslått en styrking av forskning og utdanning med totalt 1 mrd. kroner i tillegg til at det er avsatt 25 mill. kroner til økt forskning på demens spesielt.

2.4 Ressurskrevende brukere

Komiteen vil framholde at finansieringsordningen for ressurskrevende brukere er sentral med hensyn til å sikre en gruppe med stort hjelpebehov et kvalitativt godt og forutsigbart tjenestetilbud, uavhengig av den økonomiske situasjonen i den enkelte kommune. Regjeringen har selv vurdert ordningen som et viktig virkemiddel blant annet i arbeidet med å flytte unge ut av sykehjem.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser i den forbindelse til Soria Moria-erklæringen. Disse medlemmer viser til at Bondevik II-regjeringen foreslo å øke den kommunale egenandelen for ressurskrevende brukere fra 20 til 30 prosent i forslaget til statsbudsjett for 2006.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at den rød-grønne regjeringen ikke fulgte opp Soria Moria-erklæringen, men valgte å gå inn for forslaget om økning av den kommunale egenandelen til ressurskrevende brukere i budsjettet for 2006.

Disse medlemmer vil endre på toppfinansieringen til ressurskrevende brukere ved å senke egenandelen som kommunene må dekke, samt redusere innslagspunktet for kommunene. Disse medlemmer vil at ressurskrevende brukere skal ha et like godt til-

bud uavhengig av bostedsadresse, og vil derfor sette kommunene i stand til dette ved at staten tar en større del av det økonomiske ansvaret.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre toppfinansieringen for ressurskrevende brukere slik at innslagspunktet for toppfinansiering reduseres til 600 000 kroner og statlig finansiering dekker 80 prosent av overskytende utgifter."

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre vil be Regjeringen om å senke den kommunale egenandelen knyttet til brukere med stort omsorgsbehov til 20 prosent, der innslagspunktet er 775 000 kroner. Dette vil gi kommunene bedre omsorgsmuligheter og også komme andre grupper som er mottakere av kommunale omsorgstjenester, til gode.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å senke den kommunale egenandelen knyttet til brukere med stort omsorgsbehov til 20 prosent."

2.5 Brukerstyrt personlig assistanse

Komiteen ser brukerstyrt personlig assistanse, BPA, som en forutsetning for et selvstendig liv for mange mennesker som har behov for praktisk bistand. Målsettingen med tjenesten må være selvbestemmelse, likestilling og full samfunnsdeltakelse. Videre er målet optimal brukerstyring, uavhengig av den enkeltes styringsevne. Komiteen vil nevne at Nasjonalforeningen for folkehelsen har påpekt at BPA for demente kan ha en viktig forebyggingseffekt. Alle mennesker har det samme menneskeverd, og alle mennesker skal uavhengig av funksjonsevne styre sin egen hverdag på egne premisser. Østlandsforskning konkluderer med at 90 prosent av brukerne er svært eller nokså tilfreds med ordningen. Etter fire år med lovfestet BPA i Norge er det likevel relativt få som har denne tjenesten, litt over 1 000 personer ifølge Norges Handikapforbund. Blant årsaker til at funksjonshemmede opplever problemer med å få innvilget BPA, trekkes det blant annet frem at BPA er en svak rettighet; det er kommunene som bestemmer hvilke tjenester som skal ytes, og omfanget av dem. Komiteen imøteser høringsnotatet som Regjeringen har varslet om utvidet rett til å få praktisk bistand helt eller delvis organisert som BPA.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener en slik lovendring må komme på plass så raskt som mulig. Også i denne sammenheng er det viktig at kvalifiserte helsetjenester sikres i kombinasjon med BPA. Videre ber flertallet Regjeringen vurdere ulike modeller for en statlig toppfinansiering av BPA for funksjonshemmede med store omsorgsbehov.

Flertallet presiserer at alle med omfattende bistandsbehov uavhengig av alder må få rett til å motta tjenestene i form av BPA.

Komiteen mener at den enkelte må ha rett til å velge arbeidsgivermodell, slik at alle har en reell mulighet til å få bistand til å ivareta sin arbeidsgiverrolle eksempelvis fra ULOBA (andelslag for borgerstyrt personlig assistanse).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er positive til at Regjeringen åpner for å utvide rettigheten til personlig assistanse. Disse medlemmer vil påpeke at ordningen også skal gjelde for dem som får behov for slik assistanse etter at de er blitt gamle. Ifølge lov om sosiale tjenester § 4-2a er "alder" ett av kriteriene for rett til personlig assistanse.

2.6 Pasientombudsordning

Komiteen mener det er viktig at den foreslåtte utvidede pasientombudsordningen som skal omfatte helse- og omsorgstjenestene, også omfatter hele eller deler av sosialtjenestelovens virkeområde, og at ordningen vurderes i sammenheng med forslaget om harmonisering av sosial- og helselovgivningen. Komiteen påpeker at en utvidet pasientombudsordning som også omfatter sosialtjenestelovens virkeområde, vil være positiv for blant annet funksjonshemmede som er avhengige av flere tjenester som reguleres av denne loven, som avlastning og støttekontaktordningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, vil understreke at tjenestene som gis etter enkeltvedtak, gjøres ut fra bistandsbehov og ikke etter diagnose, og går derfor ikke inn for at det skal opprettes et eget ombud for en spesiell diagnosegruppe. Flertallet mener derfor at Regjeringens forslag i St.meld. nr. 25 (2005-2006) om å utvide pasientombudsordningen til også å gjelde brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, vil sikre at også mennesker med psykisk utviklingshemning vil få en talsperson som kan ivareta den enkeltes interesser når en opplever at det kommunale tjenestetilbudet ikke er tilfredsstillende. Flertallet vil be departementet i arbeidet med utvidelse av pasientombudsordningen til også å gjelde brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester å ha oppmerksomheten særlig rettet mot grupper av mennesker som ikke er i stand å gi uttrykk for sine egne tjenestebehov.

Flertallet ber Regjeringen evaluere den utvidede pasientombudsordningen etter tre år og melde tilbake til Stortinget på egnet måte.

Flertallet viser til at forslagsstillerne i Dokument nr. 8:98 (2005-2006) foreslår at ombudsordningen for mennesker med psykisk utviklingshemning må ha nødvendige sanksjonsmuligheter overfor tjenesteyteren. Flertallet støtter ikke et forslag der ombudsordningen tillegges sanksjonsmuligheter.

Flertallet vil understreke at mennesker med psykisk utviklingshemning ikke nødvendigvis har somatiske helseproblemer. Representantforslaget tar imidlertid utgangspunkt i at mennesker med utviklings-

hemning og deres familier opplever brudd på bestemmelser i lov om sosiale tjenester og mangler ved helse- og omsorgstilbudet for øvrig. I lys av dette mener flertallet det er naturlig å henvise til utvidelsen av pasientombudsordningen. Flertallet mener det ikke er hensiktsmessig å opprette særombud basert på diagnose. De nye ombudene må bistå alle med å ivareta sine interesser i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av årsaken til hjelpebehovet. Det er imidlertid viktig at ombudene arbeider aktivt for å bistå dem som ikke selv har ressurser til å kontakte ombudet, herunder enkelte mennesker med psykisk utviklingshemning og deres familier. For øvrig vil flertallet påpeke at Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket i kraft av å være tilsynsorgan har myndighet til å pålegge kommunene å rette opp forhold som er brudd på lovgivningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er positive til forslaget om at pasientombudet også skal ivareta rettighetene til mottakere av kommunale omsorgstjenester. Disse medlemmer viser også til representantforslaget Dokument nr. 8:98 (2005-2006) om opprettelse av en egen ombudsordning for psykisk utviklingshemmede. Dette er en særsvak gruppe, og disse medlemmer ønsker derfor ikke en implementering i pasientombudet for denne gruppen, men vil ha en egen ombudsordning som skal kunne ivareta denne gruppens spesielle behov.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til brev fra statsråd Sylvia Brustad, datert 9. juni 2006, med svar på spørsmål fra dette medlem om å kartlegge levekår og rettssikkerhetstilstanden for mennesker med psykisk utviklingshemning. Dette medlem mente da og mener fortsatt at det ville være ønskelig med en slik kartlegging som grunnlag for valg av hvilken ombudsordning som burde opprettes for mennesker med psykisk utviklingshemning. Det er flere ombud i Norge i dag. Disse jobber svært forskjellig, og en kartlegging ville kunne synliggjort blant annet hvilket lovgrunnlag et slikt ombud burde ha. Statsråden svarer at hun mener det ikke er grunnlag for å bruke ressurser på et kartleggingsutvalg. Dette medlem er usikker på om utvidelsen av pasientombudsrollen til også å gjelde tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemning vil ivareta denne gruppens behov på en tilfredsstillende måte. Dette medlem er av den oppfatning at mennesker med psykisk utviklingshemning er en utsatt gruppe, og at en egen ombudsordning for disse vil være en god styrking av rettssikkerheten.

2.7 Revidert helse- og sosiallovgivning

Komiteen har merket seg at Regjeringen varsler et høringsnotat med forslag til en harmonisert sosial- og helselovgivning våren 2007. Det er i forbindelse med en slik harmonisering viktig å ikke miste helseperspektivet. Utviklingen går i retning av mer avansert medisinsk behandling i pasientens eget hjem eller på sykehjem. Det er også viktig at eventuelle lov-

endringsforslag ikke svekker pasientrettighetsloven eller innskrenker helsepersonelloven.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet ser det som positivt at Regjeringen ønsker en harmonisering av sosial- og helselovgivningen, men disse medlemmer mener at dette kan virke selvmotsigende da Regjeringen fremdeles vil ha lokal kvalitetsfastsettelse for omsorgstjenestene.

2.8 Planlegging

Komiteen deler Regjeringens synspunkter på å forberede fremtidens omsorgsutfordringer med gode planer i kommunene. Særlig er komiteen opptatt av at kommunene i sine planer legger opp til å sikre sykehjemmenes stilling og sørge for et tilstrekkelig antall sykehjemsplasser som omfatter både korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og langtidsplasser. Dette er ut fra den stilling sykehjemmene vil få på sikt når stadig mer medisinsk behandling vil skje i fremtidens sykehjem. Vi ser at liggetiden fortsatt går ned på sykehusene, og at andelen svingdørpasienter øker. Det er behov for mer medisinsk og etisk kompetanse ved mange sykehjem for å hindre at pasienter unødig sendes til legevakt og sykehus. Dette vil spare både pasienter og pårørende for økte belastninger og bidra til riktigere utnyttelse av spesialisthelsetjenestens ressurser.

Komiteen mener sykehjemmene og hjemmesykepleien i større grad enn i dag må defineres som en del av behandlingsskjeden innen helsetjenesten. Det er ikke tvil om at en godt fungerende hjemmebasert omsorg og helsefaglig kompetanse i institusjoner er nøkkelen til om kommunene er i stand til å behandle innbyggerne på riktig nivå, og unngå at mer ressurskrevende behandlingsformer må tas i bruk.

Komiteen vil vise til Røde Kors Sykehjem i Bergen som har vaktjeneste for leger hele døgnet. Det er grunn til å tro at dette kan ha stor betydning for å redusere antallet innleggelses i sykehus for pasienter i sykehjem.

Komiteen ber Regjeringen iverksette undersøkelser for å kartlegge hvor pasienten kommer fra, og hva som var pasientens diagnose, og foreslå tiltak for å sørge for at pasientene blir behandlet på riktig nivå.

Komiteen viser til at det ifølge fylkesrapporter høsten 2005 om personellsituasjonen og utbygging av sykehjem og omsorgsboliger i forbindelse med handlingsplan for eldreomsorgen kommer frem at flere kommuner ønsker å omgjøre sykehjemsplasser til omsorgsboliger. En slik omlegging kan innebære sparte utgifter for kommunen i form av at staten dekker en del av utgiftene, blant annet til medisiner, for mennesker som bor i omsorgsboliger. Et problem som kan oppstå med flere omsorgsboliger på bekostning av sykehjemsplasser, er at den medisinske kvaliteten kan svekkes. Dette gjelder både hvordan tilsyn med lege er organisert, samt hvordan smittevern ivaretas. Det er viktig at kommunene har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter på sykehusene for å unngå uverdige og uøkonomisk opphoping på sykehusene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er bekymret for at enkelte kommuner ser ut til å omgjøre sykehjemsplasser til omsorgsboliger av kun økonomiske grunner. Det kan være grunner til at det er riktig å tilpasse tilbudet, men flertallet vil understreke at det er den enkeltes behov som skal avgjøre hvilke tilbud som gis. Det forutsettes at kommunene fatter nye vedtak om hvilket tjenestetilbud brukeren skal få etter omgjøringen, og at brukerne gjøres oppmerksom på at de har adgang til å klage på vedtaket.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, ber også Regjeringen følge opp adgangen til å kreve tilbakebetaling av differansen av tilskudd gitt til sykehjemsutbygging og omsorgsbolig, dersom sykehjemmet er finansiert med midler fra Handlingsplan for eldreomsorg.

Dette flertallet ser at dagens ordning kan motivere kommunene til å bygge omsorgsboliger på bekostning av sykehjem, men har tillit til at kommunene best er i stand til å vurdere hvilke boformer det er størst behov for. Dette flertallet vil be Regjeringen følge utviklingen nøye.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre mener det er nødvendig å stoppe mange kommuners avhjemling av sykehjem og omdefinering til omsorgsbolig.

Komiteen støtter Regjeringens syn om at en sentral utfordring for kommunene er å etablere en god balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Komiteen viser til at Regjeringen legger til grunn at kommunene må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil vise til rapporten fra 2005 "Åssen går det med a Ingebjørg?" fra Norsk Pensjonistforbund, der det fremgår at kun 5 av 40 sykehjem i Hedmark hadde nok plasser.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at Regjeringen vil gjennomgå regelverket med sikte på at beboere i omsorgsboliger og sykehjem i størst mulig grad blir omfattet av felles bestemmelser som sikrer samme rettigheter og tilsynsordninger.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til følgende sitat fra St.meld. nr. 25 (2005-2006) (s. 85):

"I forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene, vil regjeringen gå gjennom regelverket med sikte på at beboere i omsorgsboligene og sykehjem i størst mulig grad blir omfattet av felles bestemmelser som sikrer samme rettigheter og tilsynsordninger."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre mener det må foretas en gjennomgang og avklaring av de ulike boligtyper med heldøgns tilbud, slik at kommuner ikke lenger kan endre definisjoner på boliger for å spare penger.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil be Regjeringen i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene definere hva som inngår i et heldøgns pleie- og omsorgstilbud, både i institusjon og i omsorgsmottakers egen bolig, herunder omsorgsbolig (jf. Innst. S. nr. 22 (2004-2005) til Dokument nr. 3:9 (2003-2004)).

Komiteen vil spesielt vise til Helsetilsynets rapport "Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestetemottakere, hjelpebehov og tilbud" fra 2003, der det sies at man kan stille spørsmål ved om omsorgsboliger er en egnet boform for de skrøpeligste beboerne fordi de får mindre tilstrekkelig hjelp hva gjelder aktivitet, sosial kontakt og tilsyn av sykepleier og lege.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet anser det som betryggende at Regjeringen vil følge utviklingen med finansiering og egenbetalingsordninger for medisiner, hjelpemidler og tjenester for beboere på institusjoner i forhold til dem som bor i egen bolig. Beboere i institusjon betaler egenandel til kommunene på inntil 75 prosent av inntektene opp til folketrygdens grunnbeløp fratrukket et fribeløp og inntil 85 prosent av inntektene utover grunnbeløpet. Kommunen har ansvar for legemidler og andre tjenester for dem som bor i institusjon. Legemidler utgjør mindre enn 5 prosent av sykehjemmenes driftsbudsjett, og utgiftene har for kommunene samlet ikke økt vesentlig de siste årene. En omlegging av ordningen slik at for eksempel kommunene kan betale egenandeler for sine beboere på linje med dem som bor i egen bolig, vil kreve et betydelig merarbeid med å administrere ordningen. Disse medlemmer mener det er bedre å styrke kommuneøkonomien direkte igjennom kommuneøkonomiproposisjoner slik det i vesentlig grad er gjort etter regjeringsskiftet 2005.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil be Regjeringen om å utrede en ny ordning for finansiering av medisiner, medisinsk-teknisk utstyr og nødvendige tjenester fra enkelte yrkesgrupper for pasienter i sykehjem. De vanlige refusjonsordningene fra staten må vurderes å gjøres gjeldende for pasienter på sykehjem, som medisiner, fysioterapi, logoped etc. Dette vil

fjerne noe av behovet for å satse på omsorgsboliger fremfor sykehjem, og sikre sykehjemmenes stilling og en mer stabil økonomisk situasjon for kommunene. Det vil være mer verdig behandling av de sykeste eldre. Sykehjem er også pasientenes hjem, på linje med dem som bor i egen bolig, og disse medlemmer mener et skille i finansieringsordning ut fra boform oppfattes som kunstig. Det skal være individuelle behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg som skal være avgjørende for valg av omsorgsnivå og boform, og ikke økonomiske hensyn.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil påpeke at systemet med rammeoverføringer til kommunene er sårbart for svingninger i etterspørselen, og utgifter til blant annet medisiner og medisinsk-teknisk utstyr og transport kan medføre nettopp slike svingninger. Flere kommuner har etablert omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg. Det er grunn til å anta at mennesker som bor i disse, har omfattende behov for omsorgstjenester. Når det åpenbart er mulig å administrere en ordning med egenandeler for mennesker i omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg, må det også være mulig i institusjon, uten at dette innebærer betydelig merarbeid. Så lenge finansieringsordningene i sykehjem/institusjon på vesentlige punkter som medisiner og medisinsk-teknisk utstyr, hjelpemidler og transport avviker fra finansieringsordninger for mennesker som bor i eget hjem, herunder omsorgsbolig, kan ikke dette medlem se at den balanse som er høyst nødvendig å etablere mellom sykehjem/institusjon og andre boformer, er mulig å få til. Dette medlem vil vise til at en omlegging av dagens system ikke behøver å være like vidtgående som forslaget i høringsutkastet fra 2004 var. Dette medlem ber Regjeringen i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i helse- og sosialtjenestene gjøre endringer slik at ikke forskjeller i finansieringsordninger er til hinder for en god balanse mellom sykehjem og omsorgsboliger.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i helse- og sosialtjenestene gjøre endringer slik at ikke forskjeller i finansieringsordninger er til hinder for en god balanse mellom sykehjem og omsorgsboliger."

Komiteen støtter Regjeringens satsing på undervisningssykehjem. Det er viktig at disse har nær tilknytning til universiteter og høyskoler, og at det er sterk fokus på tverrfaglig forskning med grunnlag i pasientenes behov, for å høyne nivået på tjenestene. Dette er viktig i en fremtid med behov for økt kompetanse og rekruttering og utdanning av ulike spesialister. Det må bli naturlig med veiledning for eksempel fra geriater ansatt i sykehus/universitet, og med doktorgradsstipendiater tilknyttet undervisningssykehjemmene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil påpeke at det er svært viktig at det er en bredde i fagspesifikke stillinger i kommunene. Flertallet mener ergoterapeut, logoped, psykolog, sosionom, vernepleier og aktivtør er svært viktige fagstillinger som kan bidra til å sikre innbyggerne i kommunen et godt helse- og omsorgstilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil påpeke at meldingen viser til gamle statistikker fra 2001. Disse medlemmer mener at oppdaterte statistikker må brukes som underlag når en viktig melding om fremtidige omsorgstjenester skal utformes, og med de store endringene som har skjedd de siste årene, er ikke en seks år gammel statistikk tilfredsstillende.

2.9 Etsiske komiteer

Komiteen mener det er svært viktig å styrke den etiske kompetansen for alle som arbeider med mennesker som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Komiteen vet at etikk er forankret i fagplanene i de helsefaglige utdanningene. Samtidig er om lag 40 prosent av alle som arbeider i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene uten helsefaglig utdanning. Dette innebærer etter komiteens syn at det vil være en svært viktig oppgave for ledelsen av de kommunale helse- og omsorgstjenester lokalt å sørge for at alle ansatte får den nødvendige etiske kompetansen. Fagets spørsmål må etter komiteens syn utvikles gjennom kontinuerlig utprøving og refleksjon i det daglige arbeidet. Komiteen viser til St.meld. nr. 25 (2005-2006) hvor det framholdes at Regjeringen i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene vil bidra til at ansatte har grunnleggende kompetanse i fagetikk, og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk. Dette vil etter komiteens mening være et viktig bidrag til å styrke den etiske kompetansen for ansatte. Komiteen viser til Dokument nr. 8:29 (2005-2006) og Innst. S. nr. 117 (2005-2006) om å opprette etiske komiteer på sykehjem og bakgrunnen for forslaget som nettopp var behovet for etisk refleksjon i pleie og omsorgssektoren i møte mellom ansatte, brukere og deres pårørende. Komiteen viser til kvalitetsavtalen med KS og forutsetter at Regjeringen og KS i samarbeid utvikler ulike modeller for å styrke og forankre etikkarbeidet i helse- og sosialtjenesten som en del av hele den kommunale virksomhet.

Komiteen mener det er viktig å sikre god etisk refleksjon i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det forutsettes at kommunene ivaretar dette på en måte som er hensiktsmessig ut fra lokale forhold.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre ber Regjeringen sørge for at det opprettes etiske komiteer for sykehjem etter modell av kliniske komiteer på sykehus og viser til Dokument nr. 8: 29 (2005-2006) om å opprette etiske komiteer på sykehjem. Komiteen

var positiv til forslaget, og uttalte følgende i sin enstemmige innstilling:

"Komiteen mener det positive svaret fra statsråden ivaretar forslagsstillernes intensjon, og foreslår at dokumentet vedlegges protokollen."

Disse medlemmer mener at etiske komiteer må opprettes for alle kommuner knyttet til helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig å skape rom for etisk refleksjon blant helsepersonellet for bedre å møte pasienters og pårørendes behov og gi mulighet til å få drøftet etiske dilemmaer som oppleves som problematiske eller utfordrende.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at det opprettes etiske komiteer for sykehjem."

2.10 Kapasitet og kompetanseheving

Komiteen viser til Regjeringens mål om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenestene innen 2009, og fokus på at sykefraværet må ned og at tiltak må iverksettes for å unngå at helsepersonell blir uføretrygdet.

Komiteen vil presisere at nye årsverk må fylles av kvalifiserte arbeidstakere, slik at kompetansen øker. Ifølge Fellesorganisasjonen er halvparten som jobber med psykisk utviklingshemmede, ufaglærte. Utvikling av gode fagmiljøer i kommunene vil kunne virke rekrutterende i seg selv.

Komiteen vil påpeke at det i mange år har vært et ønske og behov for at flere menn rekrutteres til de kvinnedominerte yrkene innen helse- og omsorgstjenestene. Å klare dette har både med faglige holdninger og politisk bevissthet å gjøre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser blant annet til pilotprosjektet "Menn i omsorgsyrker" ved Høgskolen i Telemark. Nyttige tiltak kan hentes her og også fra erfaringene med arbeidet med å få flere menn i barnehagene. Her foreligger det en egen handlingsplan som det daværende Barne- og familiedepartementet har utarbeidet.

Komiteen mener faglig høy kompetanse, høyere bemanning og etter- og videreutdanningstilbud på alle nivå vil stimulere rekrutteringen, skape forutsetninger for bedre fagutøvelse og fagmiljø, og ikke minst sikre innbyggerne bedre innhold og kvalitet i tjenestene. Dette kan igjen gjøre at flere kan få behandling med høy kompetanse lokalt, og redusere sykehusinnleggelse. Nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten om veiledning vil også gjøre det mer attraktivt å jobbe lokalt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber Regjeringen om at det utarbeides retningslinjer for å sikre tverrfaglig kompetanse fra ulike typer personell, for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter m.m. Sykehjem/kommuner som ikke har egne ansatte, må likevel sørge for at pasientene får dekket sitt behandlingsbehov når det gjelder denne typen tjenester. Bakgrunnen for denne presiseringen er at svært mange pasienter med behov for slike tjenester ikke får dette fordi kommunen ikke har tilsatt personell i denne typen stillinger ved sykehjem eller i kommunen. Selv om det kan finnes privatpraktiserende i den angjeldende kommune eller i nabokommunen, er det ikke slik at pasienter med behov for fysioterapi, ergoterapi eller annet er sikret et slikt tilbud. Det er mange eksempler på at påbegynt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten stopper opp i det øyeblikk kommunen overtar ansvaret for pasientene. Dette forslaget må ses i sammenheng med forslaget over i kap. 2.8 Planlegging, der komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ber Regjeringen utarbeide en ny finansieringsordning for dette.

Flertallet viser til at Regjeringen har utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet 2015, som skal ha et særlig fokus på omsorgstjenestene i kommunene.

Regjeringens forslag om Kompetanseløftet 2015 må etter flertallets mening suppleres med tiltak fra Dokument nr. 8:88 (2005-2006) om kompetanseplan for å rekruttere kvalifiserte arbeidstakere til pleie- og omsorgssektoren.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å utarbeide retningslinjer for å sikre tverrfaglig kompetanse fra ulike typer fagpersonell i kommunehelsetjenesten."

Komiteen mener kompetansehevende tiltak og flere videreutdanningsmuligheter på alle nivå vil virke både rekrutterende og statushevende og være nødvendige for å kunne gi innbyggerne gode nok tjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener hjelpepleierutdanning via voksenopplæring må opprettholdes også i friskolene som gir slik utdanning i dag. Dette gir god og stabil arbeidskraft for mange voksne som har praksis i helsesektoren, men som av ulike grunner ikke tidligere har formalisert en fagutdanning. Flertallet viser til høringsforslag til ny friskolelov der Regjeringens forslag vil medføre at friskoler som driver denne utdanningen, ikke lenger vil få anledning til dette.

Flertallet viser til at en rekke videreutdanninger innen helse- og omsorgsfagene er NOKUT-godkjent på videregående skoles nivå, men at mange fagskoler likevel ikke gjennomfører slike utdanninger på grunn av at fagskolene ikke får samme økonomiske tilskudd til

gjennomføring som de får for de tekniske fagene. Regjeringen må gå inn i denne problemstillingen og sikre at også de jentedominerte utdanningene får støtte på lik linje med de guttedominerte. Det er også viktig å sørge for at offentlige institusjoner og private med offentlige driftsmidler ansvarliggjøres til å ta imot lærlinger.

Videre foreslår flertallet at spesialistutdanning i geriatri gjøres til et mastergradsstudium. Dette vil virke motiverende for å ta nødvendig spesialistutdanning på dette nivået. Det foreslås også at finansieringen bygger på de samme incentiver som Opptrappingsplan for psykisk helse, som har gitt positive resultater.

Flertallet ber Regjeringen vurdere å opprette en ny, kortere videreutdanning for leger i sykehjemsmedisin etter mønster fra Nederland, som har rekruttert svært mange leger i sektoren etter at denne utdanningen ble startet der. I tillegg foreslår flertallet at stilling som sykehjemslege anerkjennes som tellende tjeneste til relevante kliniske spesialiteter. Det opprettes flere hele stillinger for leger i sykehjem, eller én og samme lege dekker den stillingsbrøken som er nødvendig for eksempel i mindre sykehjem, der det ikke vil være behov for en full legestilling.

Flertallet vil be Regjeringen å vurdere å opprette et kompetanseutviklingsprogram for forebyggende eldrearbeid med spesiell vekt på eldresentrenes rolle.

Komiteen mener legenes og andre helseprofesjoners nye rolle etter rusreformen i 2004 stiller særlige krav til kompetansebygging på rusområdet hos helsepersonell, både i form av mulighet for spesialisering og tilpassede etterutdanningsstilbud. Samtidig må rusområdet fokuseres sterkere i grunnutdannelsen til slike grupper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener en av de største utfordringene blir å rekruttere tilstrekkelig med personell. Personellet i omsorgstjenesten utgjør den grunnleggende ressursen. Å sikre tilstrekkelig og kompetent personell krever langsiktig planlegging og utvidet utdanningskapasitet. Flertallet deler Regjeringens målsetting om å heve utdanningsnivået, gi rom for større faglig bredde og utvide deltidsstillinger til heltidsstillinger. Flertallet viser til at det fra 1. januar 2006 ble lovfestet fortrinnsrett for deltidsansatte til å utvide sin stilling framfor at det foretas nyansettelser. Større stillingsandeler er etter flertallets syn et godt og nødvendig virkemiddel for å fremme likestilling i arbeidslivet, kvalitet, kontinuitet og kapasitet i tjenestene, og rekruttering til omsorgsyrkene.

Tilbud om videre- og etterutdanning er viktig for å kunne rekruttere og beholde ansatte i omsorgstjenesten og heve kompetansen. Om lag 40 prosent av dem som arbeider innenfor sektoren, har ikke helsefaglig utdanning. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet 11 fagplaner for videreutdanning i helse- og sosialfag i tett samarbeid med ulike fagskoler og parter i arbeidslivet.

De første NOKUT-godkjente fagskoleutdanningene ble godkjent høsten 2005. Fagskoleutdanning i helsefag vil være et viktig grep for å heve kompetansen for denne gruppen. Styrket ledelse og kompetanseheving vil etter flertallets mening bidra til at det vil bli mer attraktivt å velge yrkeskarriere innenfor denne sektoren i konkurranse med andre sektorer.

Flertallet peker på den omfattende utbygging og ombygging av sykehjem og bygging av omsorgsboliger de siste ti årene som har bidratt til at flere kommuner står bedre rustet til å gi heldøgns omsorg.

Komiteen vil imidlertid påpeke at terskelen for å få plass i sykehjem er blitt høyere i mange kommuner. Det er etter komiteens mening ikke akseptabelt at mennesker med behov for heldøgnspleie ikke får plass i sykehjem eller annet heldøgns omsorgstilbud. Komiteen deler Regjeringens syn på at fortsatt utbygging av omsorgsplasser med heldøgns bemannings er nødvendig, og viser til at Regjeringen varsler et investeringstilskudd som skal stimulere til nødvendig utbygging. I planlegging av omsorgstjenestene er det svært viktig å få til den rette balansen mellom omsorgsboliger, sykehjem, hjemmetjenester og dagtilbud.

Komiteen viser til at utfordringene med å følge opp personer med rusproblemer i kommunene, herunder også tidlig intervensjon og bistand til pårørende, er økende. Med Rusreformen har legene fått henvisningsrett, og etter komiteens mening er det økte krav til kompetansebygging på rusområdet hos sosial- og helsepersonell, også om sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser. Komiteen viser til at det er igangsatt kurstilbud om rusproblematikk for leger og psykologer ved Universitetet i Oslo, og at det gis videreutdanningsstilbud i russpørsmål ved flere høyskoler. Komiteen viser også til at det vil bli etablert en finansieringsordning for videreutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen og politiet i 2007, samt at Regjeringen i statsbudsjettet har varslet at kompetanse- og kvalitetsheving i tjenestene vil være et av hovedmålene for den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet. Samtidig må rusområdet få sterkere fokus i grunnutdannelsen til sosial- og helsepersonell.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, har merket seg at Regjeringen følger med i utviklingen av legedekningen i sykehjem. Flertallet mener det er viktig og nyttig at Statistisk sentralbyrå har innført legeårsverk per institusjonsplass som kvalitetsindikator i KOSTRA. Flertallet er fornøyd med at departementet i rundskriv til kommunene vil gi kriterier for fastsetting av lokale normer for legedekningen og gjeldende kvalitets- og internkontrollforskrift. Flertallet er enig med departementets vurdering av at det er behov for å øke innsatsen når det gjelder legeårsverk i institusjonene, med minst 50 prosent fram til 2010 for å legge til rette for en nasjonal standard.

Flertallet mener at måltallet om økning av antall legeårsværk ved sykehjem med 50 prosent innen år 2010 må evalueres fortløpende. Ved manglende måloppnåelse mener flertallet at ytterligere virkemidler må tas i bruk for å bedre legedekningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener den planlagte styrkingen med 10 000 stillinger (fra 2004-nivå) innenfor eldreomsorgen kun følger opp det økte behovet som er en direkte følge av den demografiske utviklingen når det gjelder de eldste. Disse medlemmer anser de 10 000 årsværkene Regjeringen har varslet, for å være første skritt på veien. Det er imidlertid viktig å påpeke at det er behov for å styrke bemanningen innenfor eldreomsorgen med langt flere stillinger enn de 10 000 for å få på plass en ønsket pleie- og omsorgstjeneste for de eldre i fremtiden. Disse medlemmer er derfor bekymret over at det som omtales som en styrking, i realiteten er en ytterligere svekkelse av omsorgstjenestene.

Disse medlemmer ser at mange kommuner de siste årene ikke har styrket budsjettene med ekstra midler for å ivareta det totale og økende behovet for nødvendig pleie og omsorg når det gjelder både eldre og yngre pleie- og omsorgstrengende.

Eldre og pleietrengende må, slik disse medlemmer ser det, også få lovfestet sine rettigheter, slik at sikkerheten for et verdig tilbud blir ivaretatt på en forsvarlig måte.

Når det gjelder legedekningen på sykehjem, mener disse medlemmer at normen må settes ut fra en faglig vurdering, og at den må gjenspeile det antatte behovet beboerne/pasientene har for legetjenester. Disse medlemmer mener videre at minimumsstandarden må sikres gjennom lovfesting, og økningen av antallet leger med fast tilknytning til sykehjemmene må skje raskere enn hva Regjeringen legger opp til. Dekningsgraden når det gjelder leger i sykehjemmene må etter disse medlemmers syn tilpasses behovet til pasientene, men det må være krav til minimumsdekning på 1/90. Disse medlemmer mener videre at turnusleger ikke skal erstatte den faste sykehjemslegen, som kjenner pasientene. Disse medlemmer mener at sykehjemslegene bør ha spesialkompetanse innenfor allmenntillegger eller geriatri, og at stillingsbrøkene ikke må være for små.

Disse medlemmer ser det også som viktig at sykehjemslegene og pleiepersonell får økt spesialkompetanse innenfor geriatri og palliativ medisin. Disse medlemmer vil fortsatt gå inn for at minimumsdekningensgraden for pleiepersonell samt andre kvalitetskriterier skal sikres gjennom nasjonal lovfesting, jf. Dokument nr. 8:114 (2001-2002).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener terskelen for å få sykehjems plass er for høy og viser til at oppholdstiden i sykehjem er sterkt redusert. Disse medlemmer viser til at det ikke finnes en oversikt over hvor mange som venter på fast sykehjems plass, eller hvor mange som ikke får oppfylt sitt behov for

korttidsopphold. Disse medlemmer har også registrert at enkeltrom nå i stor utstrekning brukes som dobbeltrom.

Komiteen mener at personell med riktig kompetanse vil føre til bedre tjenester og et tryggere arbeidsmiljø. Komiteen ser det som viktig at økt fagkompetanse tilføres både gjennom nyrekruttering og gjennom bedre muligheter for videreutdanning. Eldre med sammensatte lidelser og andre som lever med kroniske og ofte alvorlige lidelser, må sikres høyt kvalifiserte helsetjenester, og komiteen ser at dette stiller store utfordringer til kompetanseheving og økt spesialkompetanse hos pleiepersonell og leger.

Komiteen viser til at den omfattende bruken av deltidsstillinger og små stillingsbrøker i omsorgstjenesten fører til en dårlig utnyttelse av etterspurt arbeidskraft.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil påpeke at det er mange arbeidstakere i kvinnedominerte yrker i helse- og omsorgssektoren som arbeider i deltidsstillinger, samtidig som de har et ønske om å øke sin stilling. Det er viktig å påpeke at flere heltidsstillinger og større stillingsbrøker vil gi større kontinuitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Ved siste revisjon av arbeidsmiljøloven ble det tatt inn en bestemmelse om fortrinnsrett for deltidsansatte i arbeidsmiljøloven § 14-3. Eksempler viser at arbeidsgiver har stoppet ønsker om utvidelse av stillingsbrøk ved henvisning til gjeldende turnusoppsett. Etter flertallets mening må det kreves at arbeidsgiver gjør en innsats for å imøtekomme en arbeidstakers ønske om utvidet stilling i hvert enkelt tilfelle. Lovens unntaksregel om at økt stilling kan nektes dersom dette vil medføre "vesentlige ulemper for virksomheten", må tolkes strengt. Flertallet ber Regjeringen evaluere dagens praksis og vurdere om arbeidsmiljøloven § 14-3 praktiseres etter sin hensikt, samt vurdere om loven bør skjerpes ytterligere, for eksempel i tråd med mindretallsforslaget fra Arbeidslivslovutvalget.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener det er påkrevd med en snarlig endring av dagens praksis med å opprette og tilby små stillingsbrøker innenfor omsorgstjenestene, og viser til Dokument nr. 8:92 (2002-2003). Disse medlemmer er av den oppfatning at dette også vil bidra til å bedre rekrutteringen til yrkesgruppen. Dette er et tilbakevendende tema, og en endring er overmoden. Disse medlemmer vil at alle som ønsker det, i den grad det er mulig, skal tilbys hele stillinger. Yrkesstatusen må heves, og arbeidsbetingelsene må bli mer attraktive. Disse medlemmer ser behovet for å åpne for mer fleksible arbeidstidsløsninger som kan medføre endringer i arbeidsmiljøloven. Utfordringene knyttet til økt kvalifisert arbeidskraft innenfor sektoren er av en slik art at det må legges incentiver for at studenter ønsker å ta denne typen utdanning, samt ønsker

å bruke sin kompetanse innenfor eldreomsorgen spesielt. Disse medlemmer ser det som særs viktig å høyne statusen innenfor den arbeidsgruppen som jobber med eldre pleietrengende.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil påpeke at de omtalte 10 000 årsverkene som skal tilfalle pleie- og omsorgssektoren, langt fra er nok til å dekke det fremtidige behovet for kvalitet innenfor denne sektoren, og innenfor eldreomsorgen spesielt. I denne meldingen understrekes det at stillingene skal brukes spesielt til eldre, og det vil bli fulgt opp da disse medlemmer har merket seg at Regjeringen stadig antyder nye typer stillinger som skal inngå i de 10 000 nye årsverkene. Øremerkede opptrappingsmidler benyttes ofte når Stortinget ønsker å styrke spesielle sektorer. Disse medlemmer viser til at det er påkrevd med øremerkede opptrappingsmidler for å sikre et bedre, men også et likeverdig pleie- og omsorgstilbud til eldre og pleietrengende i hele landet.

Disse medlemmer viser til meldingen hvor det står at Kompetanseløftet 2015 skal ha et særlig fokus på omsorgstjenestene i kommunene og at grunnleggende kompetanse i fagetikk må kreves av dem som jobber innenfor denne sektoren.

Disse medlemmer vil sikre alle godkjente fagskoler et forutsigbart statlig tilskudd som sørger for likebehandling mellom private og offentlige fagskoler, og fjerner forskjellsbehandlingen av helse- og sosialfag kontra tekniske fag.

Disse medlemmer deler Regjeringens syn om at det er den enkeltes behov og ønsker som skal stå i sentrum for hvilket tjenestetilbud man mottar. Disse medlemmer er imidlertid av den oppfatning at det med dagens finansieringssystem er slik at det er kommunens prioriteringer og økonomiske situasjon som i stor grad legger føringene for hvilket tilbud den enkelte mottar. Disse medlemmer mener også at standardiserte minstenormer vil føre til en betydelig nivåheving av store deler av tjenestetilbudet, og at det gjennom et stykkprissystem vil være slik at brukerens valgfrihet nettopp tvinger tjenestetilbyder til å ha et slikt nivå på tjenesten at den enkelte ønsker å benytte seg av den.

Disse medlemmer ser at Regjeringen ikke vil endre på finansieringen av eldreomsorgen. Disse medlemmer viser til Dokument nr. 8:34 (2006-2007) hvor disse medlemmer foreslår at pengene skal følge pasientene/brukerne. Disse medlemmer har merket seg at Regjeringen i St.meld. nr. 25 (2006-2007) mener dette vil bidra til å øke kontantytelsene til familiene, og ønsker å påpeke at dette ikke er penger den enkelte får i hånden, men at dette vil være ytelser som tilfaller den tjenesteyteren brukeren selv ønsker å benytte seg av.

Disse medlemmer kan ikke se at rammefinansieringen vil sikre en styrking av pleie- og omsorgstilbudet til eldre, og en usikker finansiering vil heller ikke sikre dekning av det økende behovet for pleie- og omsorgstjenester til yngre. Disse medlemmer mener at øremerkede opptrappingsmidler må bevilges

for å sikre en økning av pleie- og omsorgsstillinger innenfor eldreomsorgen i påvente av en bedre og mer fremtidsrettet finansieringsordning.

Komiteen mener at de ansatte og deres kompetanse er den fremste ressursen i helse- og omsorgstjenesten. Et kvalitetsløft i omsorgstjenestene krever først og fremst investering i økt kompetanse, forskning og utvikling. Komiteen ser det slik at et bedre tilbud om faglig utvikling vil bidra til å øke rekrutteringen til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at representanter fra Høyre i Dokument nr. 8:88 (2005-2006) har fremsatt 31 konkrete forslag for å rekruttere og beholde flere faglærte ansatte i omsorgssektoren, og disse medlemmer ber Regjeringen følge opp disse.

Komiteen vil særlig peke på at Helse- og omsorgsdepartementet i Nasjonal helseplan har opplyst at det er en høy andel ufaglærte blant dem som yter tjenestene til utviklingshemmede. Videre vil komiteen peke på at mennesker med psykiske lidelser og rusavhengige har behov for bedre oppfølgingstjenester i kommunene, og at dette krever en økt andel faglært personell. I SINTEFs rapport "Nasjonal plan for rehabilitering, kartlegging av behov" (august 2005) fremkommer det at 86 prosent av informantene mente at det var store variasjoner mellom rehabiliteringstilbudene rundt i landet. Det var flest som i sine kommentarer fremhevet at dette gjaldt særlig kommunale tjenester.

Slik komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ser det, viser de nevnte forhold at det ikke er tilstrekkelig å videreføre dagens nivå på utdanningskapasiteten for å møte fremtidens utfordringer. Videre påpeker disse medlemmer at Regjeringens kutt i høyere utdanning også vil ramme rekrutteringen til helse- og omsorgssektoren.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at Høyre i sitt alternative statsbudsjett for 2007 har avsatt 1 mrd. kroner mer enn Regjeringen til investering i utdanning og forskning, herunder styrking av høyskoler og universitet som utdanner personell til helse- og omsorgssektoren. Dette vil bidra til at det kan utdannes flere faglærte ansatte, blant annet vernepleiere, som kan arbeide i omsorgstjenesten.

Videre viser disse medlemmer til at Høyre i sitt alternative statsbudsjett for 2007 har avsatt 125 mill. kroner ut over Regjeringens forslag til kvalitetstiltak i omsorgstjenesten.

Komiteen mener det er nødvendig å utvide kapasiteten både i kvalifiseringstiltak for ufaglært personell og i videreutdanningstilbudene. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten må få bedre muligheter til å styrke sin kompetanse innenfor geriatri, rehabilitering og andre fagområder. Videre forutsetter komiteen at

alle personellgrupper får tilbud om opplæring i å begrense bruk av tvang i tjenesteutøvelsen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at virksomheten i undervisningssykehjemmene må utvides ut over det Regjeringen legger opp til, for å bidra til faglig utvikling i dette tilbudet. Videre må kommunene i samarbeid med helseforetakene legge til rette for at det blir mer attraktivt for leger og sykepleiere å arbeide i sykehjem. Det bør blant annet være mulighet for samarbeidsavtaler som gir anledning til å arbeide både i sykehus og på sykehjem for å legge til rette for faglig utvikling. Slik flertallet ser det, bør det ikke etableres turnusordninger for leger i sykehjem før det er sikret tilstrekkelig veiledningskapasitet.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at det på sikt vil bli mange gamle ikke-vestlige innvandrere uten omsorgspersoner i husholdningen, og at framtidens brukere av omsorgstjenestene vil representere et større kulturelt mangfold. Dette flertallet viser til at Regjeringen i stortingsmeldingen skriver at utviklingen forutsetter individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, men at dette ikke bør føre til nye former for særomsorg for ulike grupper. Dette flertallet mener det er særlig viktig å ha fokus på riktig ernæring og psykiske helsetjenester i forhold til disse innvandrergruppene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at det er viktig å gi alle et likeverdig omsorgs- og pleietilbud, og at det ikke skal innføres nye former for særomsorg for ulike grupper basert på ulike kulturer eller nasjonalitet.

Disse medlemmer viser til Innst. O. nr. 16 (2006-2007) til Ot.prp. nr. 86 (2005-2006), hvor disse medlemmer foreslår at det skal stilles krav til politiattest for dem som skal jobbe med eldre pleie- og omsorgstrengende.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Innst. O. nr. 16 (2006-2007) der lov om endringer i helsepersonelloven og i enkelte andre lover (krav om politiattest for helsepersonell og sosialpersonell) ble behandlet. Der gikk komiteens flertall i merknad inn for å vurdere utvidelse av bruk av politiattest til yrkesgrupper som utfører tjenester til andre sårbare grupper enn barn og utviklingshemmede, som demente og eldre mennesker med behov for omsorgstjenester. Dette medlem vil vise til høringsuttalelse fra Data-tilsynet i forbindelse med høringsrunden til saken, der det påpekes at utviklingen når det gjelder krav til ulike yrkesgrupper og samfunnsaktører om å legge frem politiattest for utøvelse av yrke eller annen deltakelse i samfunnet, synes å være irreversibel. Hovedbegrunnel-

sen for å innføre krav om politiattest for helse- og sosialpersonell er at man på flere andre områder krever politiattest fremlagt. En unnlattelse av å kreve politiattest vil dermed kunne tiltrekke seg personer med anmerkninger. Dersom alle som jobber innenfor pleie- og omsorgssektoren skal avkreves politiattest, vil det være ytterst få grupper igjen som ikke avkreves politiattest. Det er viktig å fokusere på internkontroll og organisering av arbeidet samt bevissthet om forebygging av overgrep og andre straffbare forhold i den daglige tjenesten. Dette medlem ønsker derfor ikke en utvidelse av krav om politiattest for helsepersonell som yter omsorgstjenester for eldre mennesker.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, vil avvente Regjeringens utredning om virkning av bruk av politiattester før det tas stilling til om det også skal stilles krav om slike attester for dem som skal jobbe i pleie- og omsorgstjenestene.

2.11 Investeringstilskudd og finansiering av sykehjem, omsorgsboliger og andre botilbud

Komiteen vil framholde at mange funksjonshemmede opplever at de i liten grad har mulighet til å velge hvor de vil bo, og hvem de skal bo sammen med og ha i sitt nærmiljø. Mange tvinges til å flytte fra egen bolig fordi den ikke er tilrettelagt, og fordi det ikke finnes tilstrekkelige finansieringsordninger for tilrettelegging. Et mer fleksibelt investeringstilskudd for kommunene kan være positivt, slik Regjeringen foreslår.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre ser imidlertid et behov for å gjøre investeringstilskuddet ytterligere fleksibelt. Det må åpnes for ulike typer bolig, både leiligheter, rekkehus og bolighus, som kommunene kan bygge ut for å dekke ulike gruppers behov for boligtype, samt at beliggenhet av boligene varierer. Noen bør være frittstående, integrert i vanlig boligbebyggelse, mens andre bør samlokaliseres med tilsvarende boliger nær andre servicetilbud eller omsorgsinstitusjoner.

Komiteen ønsker særlig å fremheve behovet for boliger etter Opptappingsplanen for psykisk helse. I St.meld. nr. 25 (2005-2006) vises det til at Sosial- og helsedirektoratet har dokumentert behov for 2 700 boliger til personer med psykiske lidelser og omfattende tjenester utover opptappingsplan for psykisk helse.

Når det gjelder rusmiddelavhengige i rehabilitering, vil mange være i en økonomisk situasjon som gjør at de enten lever av sosialstøtte eller rehabiliteringspenger, og de vil ikke være i stand til å betjene en markedsstyrt husleie på en viss tid; noen vil aldri bli i stand til det. For dem som er i aktivt misbruk, må det opprettes flere differensierte lavterskeltiltak.

Komiteen mener dette bør gjelde lavterskeltiltak med hjelp til selvstendige boliger med liten oppfølging. Det er viktig at mennesker som ønsker seg ut av en

avhengighetstilstand, har mulighet til å velge et alkohol- og narkotikafritt botilbud. Komiteen ber Regjeringen følge dette opp i forbindelse med den varslede opptrappingsplanen for rusfeltet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet framhever at det er viktig at kommunene har et samlet ansvar for investeringer i omsorgstjenestene. Etter regjeringsskiftet 2005 har kommunene samlet bedret sin økonomi med 18 mrd. kroner. Undersøkelser bl.a. utført av KS viser at kommunene bruker mye av sine økte inntekter på bedre omsorgstjenester.

Aldersutviklingen og omsorgsutfordringene varierer i kommunene. Disse medlemmer ser behov for særskilte statlige stimuleringsstilskudd for å øke sykehjemsutbygging, bygging av omsorgsboliger hvor målgruppen er personer med behov for heldøgns pleie og omsorgstjenester, og utbedring av tilpassing av egen bolig og adkomst med for eksempel heis.

Disse medlemmer viser til at Regjeringen vil komme tilbake til spørsmålet om investeringstilskudd i forbindelse med statsbudsjettet for 2008, og at det vil komme en overgangsordning for investeringstilskuddet som gjør at kommuner som setter i gang i 2007, gis anledning til å søke om tilskudd etterskuddsvis.

Komiteen viser til at de fleste eldre ønsker å bli boende så lenge som mulig i den boligen de bor i. Tilpasninger i eksisterende boligmasse for å gjøre denne mer egnet for bevegelseshemmede og hjemmebasert omsorg blir derfor også viktig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener dette ønsket fra eldre om å bli boende hjemme så lenge som mulig samsvarende godt med at det som regel er langt dyrere for en kommune å tilby omsorg i et spesialtilpasset kommunalt botilbud (f.eks. sykehjem) enn å tilby omfattende omsorgstjenester i folks eget hjem.

Komiteen mener det er viktig at kommunene har en god balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Omsorgsboliger er et godt supplement til sykehjemsplasser dersom de bemannes i forhold til brukernes behov. I om lag halvparten av omsorgsboligene bygd med tilskudd fra Eldreplanen ytes det tjenester på heldøgnsbasis. Komiteen støtter derfor forslaget om at det skal være krav om tilgang på heldøgns pleie- og omsorgstjenester samt fellesareal i boliger som bygges med tilskudd fra en ny statlig tilskuddsordning.

Komiteen understreker at en tilskuddsordning bør ha en lang tidshorison, da økningen i antall eldre vil strekke seg over en 30-40-årsperiode. Videre bør ordningen legge til rette for et godt samspill mellom alle involverte aktører - stat, kommune, borettslag, boligbyggelag, m.fl. En erkjennelse av behovet for slikt samspill vil være et viktig bidrag til gode løsninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det er både rimelig og ønskelig at kommunene - ved siden av staten og boligeierne - bidrar økonomisk for å legge bedre til rette for utøvelse av omsorgstjenester i eksisterende bebyggelse, herunder å gi tilskudd til å etterinstallere heiser. En slik trekantfinansiering vil gi et bredere økonomisk fundament for å møte fremtidige behov. Det vises her til at man i Finland gjennom flere år har hatt en slik "trekantfinansiering" av etterinstallering av heiser i eldre blokker, hvor det har ligget en statlig tilskuddsordning i bunn.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Regjeringens anslag om at det trengs 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger frem til 2030.

Disse medlemmer mener det varslede investeringstilskuddet til bygging av sykehjem og omsorgsboliger også må ytes til investeringer som foretas i 2007. Disse medlemmer mener det haster med en avklaring av dette tilskuddet slik at nybygging ikke stopper opp, og for at nye planer kan iverksettes raskt. Disse medlemmer mener videre det er viktig å oppfylle målsettingen om 25 prosent dekningsgrad med sykehjemsplasser i forhold til antall eldre over 80 år, og det må også stilles krav til at det skal være fast døgnbemanning ved omsorgsboligene som får tilskudd.

Disse medlemmer understreker at en del av det statistiske materialet som benyttes for å beskrive dekningsgraden over 80 år, er misvisende da de ikke skiller mellom sykehjem og ubemannede omsorgsboliger.

Disse medlemmer har merket seg at det vises til statistikk som sier at 95 prosent av rommene i dagens alders- og sykehjem i dag er enerom. Disse medlemmer har erfart at omsorgsboligene er tatt med i slike statistikker, noe som gir et galt bilde av situasjonen. Et annet problem er at mange av enerommene brukes som dobbeltrom på grunn av stor mangel på sykehjemsplasser. Omsorgsboliger kan etter disse medlemmers syn ikke erstatte en sykehjemsplass, og det må skilles klart mellom institusjon, døgnbemannet omsorgsbolig og omsorgsbolig uten fast døgnbemanning i statistikkene for å få en riktig oversikt over tilbudet. Disse medlemmer mener derfor at statistikken som viser eneromsdekningen burde registrert hvor stor andel av sykehjemsbeboerne som har enkeltrom, da dette gir et mer riktig bilde av situasjonen for hver enkelt.

Disse medlemmer er av den oppfatning at behovet for heldøgns pleietilbud, med andre ord rene sykehjemsplasser, er det området som per i dag har størst underkapasitet. Det er i dag et stort udekket behov for korttidsplasser, og mange venter forjeves på en fast sykehjemsplass. Disse medlemmer ser også et stort udekket behov for intermediære sykehjemsavdelinger og sykehjem for palliativ pleie.

Dekningsgraden for sykehjem må etter disse medlemmers syn økes til 25 prosent i forhold til

eldre over 80 år for å imøtekomme dagens behov. Det vil i så måte etter disse medlemmers syn være av stor betydning at det varslede investeringstilskuddet som skal komme i 2008, blir et betydelig tilskudd som legger sterke incentiver for en storstilt utbygging, samt at tilskuddsordningen får tilbakevirkende kraft også for året 2007.

Disse medlemmer mener at sykehjem som er oppført med tilskudd etter Handlingsplanen for eldreomsorgen, ikke skal kunne omdefineres til omsorgsbolig. Hvis dette skal tillates, må det etter disse medlemmers syn begrunnes med beboernes helsemessige tilstand eller at det er en overkapasitet på sykehjemsplasser. I slike tilfeller mener disse medlemmer at forskjellen mellom tilskuddet til bygging av sykehjemsplass og omsorgsbolig skal tilbakebetales.

Disse medlemmer viser til at eldre rusmiddelmisbrukere også vil kunne ha behov for et tilrettelagt tilbud/boforhold.

Psykiatrireformen har medført at mange eldre pleietrengende med alvorlig psykisk diagnose nå har plass i ordinære sykehjem. Dette skaper uro og utrygghet for de andre pasientene, og personalet har ikke den nødvendige kompetansen til å ha ansvaret for alvorlig psykisk syke. Disse medlemmer mener det er viktig at denne gruppen pasienter får et spesielt tilrettelagt tilbud avgrenset fra de ordinære sykehjemsplassene.

Yngre pleietrengende skal ha et tilpasset bo- og pleietilbud utenfor sykehjemmene, og disse medlemmer kan ikke akseptere at dette kravet ikke blir fulgt opp i kommunene. Disse medlemmer mener at den benyttede aldersgrensen for hvem som regnes som yngre i denne sammenhengen, skal endres fra 50 år til minimum 60 år.

Disse medlemmer ser at omsorgsboliger ved behov også kan tilbys eldre som ikke mottar tjenester fra hjemmetjenesten. Det finnes dem som har behov for en trygg og tilrettelagt bolig, men som ikke mottar hjemmetjenester fra kommunen. Disse medlemmer tror en omsorgsbolig kan bidra til å redusere ensomhet og psykiske problemer og gi en større trygghet ved at beboerne lettere får et sosialt nettverk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Oslo kommune er i ferd med å opprette et tilbud for eldre, kalt "Omsorg pluss". Målgruppen for disse boligene er de som tidligere bodde på aldershjem. "Omsorg pluss" skal være et tilbud til eldre som av ulike grunner har ønske om et botilbud med andre eldre, men som ikke kvalifiserer til opphold ved sykehjem. "Omsorg pluss" baserer seg på fleksibilitet i tjenestetilbudet, hvor det blant annet legges til rette for høy grad av aktiviteter for brukerne. Flertallet stiller seg positivt til slike tiltak som er et slags mellomnivå for å unngå eller utsette behovet for sykehjemsplass. Flertallet har fått signaler som tilsier at de eldre selv er svært positive til tilbudet som blant annet skal gis i Oslo.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre mener at det varslede investeringstilskuddet må utformes fleksibelt, slik at det er brukernes behov og lokale forhold som styrer utbyggingen av omsorgsboliger og sykehjem. Disse medlemmer vil be Regjeringen om å se det nye tilskuddet i sammenheng med støtteordninger i Husbanken for bygging av tilrettelagte boliger, slik at det sikres at de offentlige støtteordningene totalt sett ivaretar tjenestemottakernes behov for ulike boliger.

2.12 Samhandling og medisinsk oppfølging

Komiteen viser til Regjeringens nye avtale for samhandling mellom departementet og KS, som skal utvikles videre til lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner. Komiteen mener dette er positivt, selv om KS ikke kan forplikte hver enkelt kommune til å følge dette opp.

Komiteen vil derfor be Regjeringen om å utvikle et rammeverk som kommuner og helseforetak skal følge for samarbeid om pasienter, og sikre dette på en god måte. Det finnes gode eksempler på slike avtaler som kan danne en mal, for eksempel fra Ski kommune og nærliggende helseforetak.

Komiteen viser til at ordningen med praksiskon-sulenter gjelder flere helseprofesjoner og at disse har til oppgave å styrke samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet. Nøkkelord for virksomheten er samarbeid, helhetstenkning, kommunikasjon og utvikling. Stillingene er tilknyttet sykehusene, men jobber altså tett med kommunene og er avgjørende for en god overgang mellom tjenestenivåene.

Komiteen viser til at tallet på personer med demens øker, og utfordringene for det kommunale omsorgstilbudet er å ivareta pasienten med et tilpasset tilbud og gi pårørende den nødvendige avlastning av omsorgsbyrde. Komiteen mener derfor at det er nødvendig å utvikle tiltak som kan lette situasjonen både for pasienten og de pårørende før behovet for heldøgns institusjonsplass er der. På dette området er samhandling med spesialisthelsetjenesten svært viktig. Komiteen ser fram til ferdigstillingen av en helhetlig demensplan som varsles i meldingen, og støtter Regjeringens forslag til tiltak i 2007. Legetjenesten i sykehjem må etter komiteens mening trappes opp gjennom både statlige og kommunale tiltak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til kvalitetsavtalen mellom KS og Regjeringen. Helse- og omsorgsdepartementet vil i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning, og Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide en faglig veileder i tillegg til at legeårsverk blir lagt inn som kvalitetsindikator i KOSTRA.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener en endring av turnusforskriften for

leger til også å gjelde krav til tjeneste i sykehjem vil ha positiv betydning for framtidig rekruttering til sykehjemstjeneste. Disse medlemmer vil presisere at dette kommer i tillegg til å øke antall legeårsverk med 50 prosent innen 2009.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, støtter Regjeringen og KS sitt arbeid med en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og at en slik avtale forankres i konsultasjonsordningen.

Komiteen merker seg meldingens tiltak for å bedre samhandling: god balanse mellom sykehjem og hjemmetjenester, medisinsk oppfølging i kommunene, helhetlig demensplan og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. For mange pasienter er det avgjørende at det er et godt samarbeid mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Meldingen gir eksempler på at det i mange kommuner er utviklet gode samhandlingsordninger. Men det er langt igjen til at mange pasienter møter helhetlige offentlige tjenester som ikke preges av svikt eller dårlig koordinering mellom tjenestenivåene. Innsatsen for bedre samhandling må forsterkes i den kommende perioden, og komiteen mener det må bli et mer systematisk nasjonalt politisk søkelys på at det nå utvikles bedre samhandling.

Komiteen forutsetter at tiltakene som omtales i meldingen, følges opp. For å få en sterkere satsing på samhandling ber komiteen i tillegg om tiltak som kan skjerpe satsingen. I den årlige tilbakemeldingen til Stortinget om oppfølgingen av Nasjonal helseplan må det gis en samlet orientering om tiltak og utvikling på samhandlingsområdet. Dette må for eksempel omfatte hvordan det gjøres bruk av individuell plan, praksiskonsulentordningen, ordningen med pasientansvarlig lege – alt eksempler på tiltak som skal understøtte samhandling, men som blir altfor lite brukt. Det er pasientene som først og fremst opplever effektene ved dårlig samhandling, og derfor må pasientorganisasjonene trekkes aktivt inn i arbeidet med tilbakemeldingen. Komiteen legger vekt på at dette kan bidra til at samhandling blir et politikkområde på lik linje med mer sektorbaserte politikkområder slik som primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Komiteen legger også til grunn at samarbeidsavtalen som nå skal inngås mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS, også må bli et viktig virkemiddel for videre utvikling av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Hvordan avtalen følges opp lokalt mellom kommuner og helseforetak, må bli et sentralt element i den årlige rapporteringen, mener komiteen.

Komiteen viser til St.prp. nr. 44 (2006-2007) om styrking av sykehusøkonomien, og at denne inkluderer bevilgning til lokalsykehus og samhandlingstiltak. Fordi det nå bør være en skjerpet politisk oppmerksomhet om samhandling, mener komiteen at det i dette

opplegget bør identifiseres pilotprosjekter som kan være egnet til nasjonalt å drive fram utviklingen av samhandling hvor hovedlinjer for arbeidet bør omtales i proposisjonen.

Komiteen mener at en av hovedutfordringene i helse- og omsorgssektoren framover er hvordan man skal ivareta omsorgsbehovet til nye brukergrupper og det økende antall eldre. Komiteen viser til at én av de fem hovedstrategiene i omsorgsmeldinga omhandler bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og målet om likeverdig medisinsk oppfølging uavhengig av hvordan kommunene har organisert sitt omsorgstilbud.

Komiteen slutter seg til Regjeringas understreking av behovet for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Etter komiteens syn er det viktig med økonomiske incentiver til bedre samhandling mellom nivåene, økt fokus på ambulante team, større fokus på individuell plan, samt samordning av IKT-løsninger for kommunale omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester.

Komiteen mener at finansieringssystemet alene ikke kan løse utfordringene på områder hvor det er behov for nært samarbeid mellom tjenestenivåene. Det er imidlertid viktig at finansieringssystemet ikke virker som en hindring for gode faglige løsninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er nå fornøyd med at Regjeringen skal sette i gang arbeidet med å endre finansieringssystemet slik at innsatsstyrt finansiering i større grad skal ta utgangspunkt i et sammenhengende behandlingsforløp i stedet for den enkelte kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette vil bidra til et mer rettferdig system.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Soria Moria-erklæringen der Regjeringen har satt som mål at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, kjønn, økonomi og bosted. Økt fokus på samhandling og god medisinsk oppfølging er etter disse medlemmers syn nødvendige grep for å imøtekomme utfordringene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at avtalen for samhandling mellom departementet og KS er et godt utgangspunkt for videreutvikling av lokale avtaler, og det er viktig at slike avtaler framforhandles i reelle forhandlinger. Flertallet påpeker også at arbeidet med en nasjonal samarbeidsavtale er i gang og vil ferdigstilles sommeren 2007. Denne vil legge grunnlaget for de lokale avtalene mellom kommuner og helseforetak, og det vil også bli utarbeidet en veileder for inngåelse av lokale avtaler.

Komiteen viser til at det i omsorgsmeldinga settes fokus på kommunenes balanse i forhold til sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Det vises også til at Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn 10/2003) har etterlyst tilstrekkelig bufferkapasitet i kommunene når det gjelder å sikre tilbud om korttidsplasser i sykehjem og fleksibilitet i tiltakskjeden for å møte situasjoner med et akutt hjelpebehov eller imøtekomme nye personer med omfattende hjelpebehov. Det pekes også på at tilstrekkelig med korttidsplasser er nødvendig for å kunne gi pårørende med store omsorgsoppgaver tilbud om regelmessig avlastning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, slutter seg til Regjeringens vurdering av at det er kommunene som må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker, og at det er den enkeltes individuelle behov som må bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang. Det varsler investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger legger til rette for at kommunene her kan rette opp i en eventuell skjevhet mellom sykehjemsplasser og hjemmetjenester.

Komiteen mener det er viktig at beboere i omsorgsboliger og sykehjem i størst mulig grad blir omfattet av felles bestemmelser som sikrer så like rettigheter og tilsynsordninger som mulig, og viser her til at Regjeringen vil følge opp dette i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at for å øke kvaliteten på tjenestene har departementet bedt de medisinske fakultetene om å styrke aldersmedisin generelt og sykehjemsmedisin spesielt i grunnutdanningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener avtalen mellom KS og Regjeringen som tar sikte på kompetanseheving og en bedre organisering, virker lite forpliktende.

Disse medlemmer mener hovedårsaken til sviktende samhandling i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er dagens finansieringssystem. Dette problemet løses ikke, slik disse medlemmer ser det, med en forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter slik Regjeringen foreslår, men ved å la pengene følge pasienten. Disse medlemmer viser til Dokument nr. 8:34 (2005-2006) vedrørende finansiering av eldreomsorgen.

Disse medlemmer er positive til at beboere i omsorgsboliger og sykehjem i størst mulig grad blir ivarettatt av felles bestemmelser som sikrer samme rettigheter og tilsynsordninger, og viser i denne sammenheng til Ot.prp. nr. 97 (2005-2006).

Disse medlemmer har forventninger til at bruk av IKT, smarthusløsninger, telemedisin og ny omsorgsteknologi kan bidra til å hindre institusjonalisering og gi brukerne større uavhengighet, men disse medlemmer vil påpeke at dette ikke kan erstatte behovet for personlig omsorg og pleie.

Disse medlemmer viser til at det er påvist alvorlige mangler i det lovfestede tannhelsetilbudet til eldre, pleietrengende pasienter. Disse medlemmer ønsker å styrke tannpleietilbudet til denne gruppen, slik at intensjonene i tannhelsesloven som en rettighetslov kan innfris.

Disse medlemmer vil påpeke at det nå gjennom flere år har vært fokusert på å bedre samhandlingen mellom de forskjellige nivåene i helsetjenestene, men at man i svært liten grad kan se tilfredsstillende resultater. Disse medlemmer mener det bør vurderes å foreta en organisasjonsendring når det gjelder primær- og spesialisthelsetjenesten samtidig som det innføres en statlig finansiering. Dette for å oppnå effektiv ressursbruk samt et likeverdig helsetilbud både geografisk og mellom pasientgrupper. Disse medlemmer anbefaler å skille forvaltning fra drift, etablere kvalitetsmål og sikre statlig finansiering av både den kommunale primærhelsetjenesten og den statlige spesialisthelsetjenesten. Dagens system motiverer ikke til erfarings- og kompetanseoverføring, men skaper, slik disse medlemmer ser det, derimot ineffektivitet og hindrer en pasientvennlig arbeidsflyt. Disse medlemmer ser at dette er svært grunnleggende reformer, men de vil bidra til klarere ansvarsforhold og kommandolinjer og gi et sammenhengende tjenestetilbud til pasientene. Drift og forvaltning må skilles for at en skal komme ut av uføret der roller, ansvar og styringslinjer er uklare, og finansieringen av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må skje gjennom statlig stykkpris for å gjøre livet lettere for pasientene. Dessuten må kvalitet bli et nøkkelbegrep for å fremme konkurranse på alle områder i helsetjenesten.

Disse medlemmer ser at dagens organisering der de regionale helseforetakene er eiere med ansvar for drift og bestilling, gir styringsproblemer. Disse medlemmer mener det er på høy tid å fjerne de regionale helseforetakene og opprette et statlig sykehusdirektorat hvor eierrollen blir atskilt fra bestiller- og utførerrollen. Finansieringssystemet må fremme kvalitet, samarbeid og langsiktighet og premiere fremtidens behandlingsformer. Bedre styringsverktøy må utvikles for å få oversikt over faktiske kostnader ved ulike behandlinger, også innenfor rehabilitering og i psykiatrien.

Opptrappingsplanen innenfor psykiatri avsluttes i 2008, men disse medlemmer ser et fortsatt behov for å følge opp med øremerkede midler både til drift av tjenestene og til bygging av flere psykiatriboliger. Det uttrykkes stor bekymring for hva som skjer når de øremerkede midlene legges inn i rammene til kommunene, og det er fremdeles stor mangel på kompetanse, boliger og heldøgns plasser. Disse medlemmer ser at dårlig samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fører til at mange ikke får den

behandlingen de har behov for og krav på å få. Ventetiden både på konsultasjoner og behandling er for lang, og når det gjelder barn, tar det ofte lang tid å avdekke sykdom. Disse medlemmer påpeker at forebygging av psykiske problemer hos barn må få sterkere fokus, og ansvaret ligger først og fremst hos foreldrene, barnehagen og skolen. Disse medlemmer vil også fremheve behovet for at alderspsykiatrien må styrkes både innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at syke eldre som innlegges i sykehjem som langtidspasienter, raskt mister kontakten med egen fastlege. Sykehjemmene har egne tilsynsleger som tar seg av den medisinske oppfølging av pasientene. Med mindre pasienten selv ønsker å beholde sin fastlege, mener disse medlemmer at vedkommende langtidspasient bør slettes fra fastlegens liste. Det vil med dette kunne frigjøres en del millioner kroner som kan brukes til å opprette flere faste stillinger for leger i store sykehjem. Disse medlemmer foreslår derfor at Regjeringen foretar en vurdering av konsekvensene av å slette langtidspasienter på sykehjem fra fastlegens liste og opprettelse av faste stillinger for leger på sykehjem, og komme tilbake til dette i forbindelse med ferdigstillingen av en stortingsproposisjon om fremtidens omsorgsutfordringer.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering av konsekvensene av å slette langtidspasienter på sykehjem fra fastlegens liste i kombinasjon med opprettelse av flere legestillinger i sykehjem."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at ordningen der fastleger får et basistilskudd, er en del av de sentrale forhandlingene som er gjennomført mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen, og utgjorde i 2000 30 mill. kroner. Basistilskuddet fordeles med et beløp per listepasient, og dersom beløpet ikke skal fordeles i forhold til antall listepasienter, må det etableres andre ordninger for fordelingen mellom legene. Slik flertallet ser det, vil dette kun påvirke fordelingen mellom fastlegene og ikke frigjøre midler til å opprette faste stillinger på sykehjem.

Komiteen vil vise til prosjektet "Samarbeid og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo og Ullevål universitetssykehus" som mottok "Det nytter"-prisen i 2005. Prosjektet fokuserte på at det var en økning av innleggelser i sykehus av sykehjemspasienter i 2002, både av akutt syke sykehjemspasienter som ofte kom for sent til sykehus, men også sykehjemspasienter i livets sluttfase. Problemet var i stor grad knyttet til at det ikke var lege eller annet helsepersonell som kjente pasientene eller pårørende. Iverksatte tiltak

hadde særlig fokus på et nært samarbeid mellom sykehus og sykehjem, blant annet med kurs for sykehjemsleger og pleiere i å takle vurdering, observasjon og behandling av sykehjemspasienters helsetilstand, bedre dialog mellom innleggende lege og leger på sykehus, pårørende- og pasientsamtaler om ønsker og vurderinger i forbindelse med endring av helsetilstand, samt opplæring fra sykehuset i lindrende behandling. Prosjektet illustrerer hvor viktig det er å ha kontinuitet og faglig kompetanse i kontakten mellom pasient, pårørende og helsepersonell.

Komiteen viser til at en sammenligning mellom Stockholms län og Helse Øst viser at antallet pasienter med lungebetennelse som behandles på sykehus i Helse Øst, er fem ganger så høyt som på sykehus i Stockholm-området. Dette tyder på at sykehjemmene mangler kompetanse til å behandle disse pasientene og derfor henviser dem til sykehusene. Komiteen mener det er helt nødvendig å styrke den medisinskfaglige kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at de som trenger tjenester, i større grad kan få et kvalitativt godt tilbud i sitt nærmiljø. En styrking av den kommunale omsorgstjenesten vil også innebære en bedre ressursbruk og en frigjøring av sengekapasitet i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må i større grad og på flere områder bistå primærhelsetjenesten faglig, blant annet gjennom ambulansetjenester. Videre kan utvikling av samarbeidstiltak som distriktsmedisinske sentre bidra til å samlokalisere tilbud fra primær- og spesialisthelsetjenesten.

2.13 Handlingsplan for demens

Komiteen har merket seg at 80 prosent av pasientene på sykehjem har demens, og at én av tre har alvorlig demens, ifølge en undersøkelse utført av psykiater Geir Selbæk ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter i Sykehuset Innlandet. Av pasientene som er undersøkt, er det kun halvparten av dem med demens som har fått diagnosen.

Komiteen presiserer at det er svært viktig at personer som har symptomer på demens, må få utredning, siden disse til forveksling kan være som symptomer på psykiske lidelser, bivirkninger av medisiner eller infeksjoner hos eldre. Utredning av demens må sikres slik at pasientene får riktig og verdig behandling. Undersøkelser viser at kun 20 prosent av sykehjemsplassene er i skjermede avdelinger tilpasset demente. Komiteen påpeker at det er behov for et større antall skjermede enheter, slik at sykehjemmene tilpasses pasientenes tilstand og behov.

Komiteen mener at alle eldre med symptomer på demens må få en medisinskfaglig utredning av sin tilstand innen rimelig tid. Videre må boforhold og medisiner tilpasses resultatet av utredningen og den dementes og pårørendes ønsker og behov.

Komiteen viser til at Regjeringen ønsker å styrke tjenestetilbudet til demente og deres pårørende. Det finnes ca. 66 000 pasienter som er rammet av demenssykdommer i dag, og tallet vil øke i årene som kommer. Komiteen viser til at det i arbeidet med å utvikle en

helhetlig plan for demensomsorgen legges vekt på tiltak rettet mot forskning, kompetanseheving, rekruttering, utvikling av tilpassede tjenestetilbud, samarbeid med pårørende og frivillige, samt at spesialisthelsetjenesten får en tydelig rolle overfor pasientgruppa. Etter komiteens mening er dagtilbud til personer med demens av stor betydning både for pårørende og pasienter, og komiteen er fornøyd med at dette er et av tiltakene som settes i verk allerede nå.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er positive til etablering av regionale FoU-sentre, men vil i tillegg ha en ytterligere styrking av alderspsykiatrien både når det gjelder forskning og behandlings- og botilbud. Demensplanen som skal fremlegges i løpet av 2007, må være konkret og forpliktende, og den må følges opp med øremerkede midler.

2.14 Lindrende behandling

Komiteen finner det positivt at Regjeringen vil øke kompetansen i omsorg ved livets slutt blant annet gjennom en omlegging av den eksisterende stimuleringsordningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig.

Flertallet vil foreslå at det i alle kommuner sikres tilbud om og tilgang på spesialkompetanse i palliativ behandling. Personell med spesialkompetanse kan ha tett kontakt med behandlende sykehus og med institusjon, hjemmesykepleien og hjemmet i kommunen.

Flertallet vil videre foreslå at det bevilges midler gjennom Omsorgsplan 2015 til opprettelse og drift av palliative enheter i kommunene på lik linje med slike enheter på sykehus. En stimuleringsordning er ikke tilstrekkelig til å få etablert et så viktig tilbud til alle.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener en styrket helhetlig behandling for mennesker ved livets slutt er en nødvendig og viktig satsing. Det drives i dag hospice-avdelinger ved flere sykehus som i samarbeid med kommunehelsetjenesten følger pasientene, uavhengig av om de er innlagt i sykehus eller mottar kommunal hjemmesykepleie m.m. I tillegg har undervisningssykehjemmene og noen andre sykehjem opparbeidet stor kompetanse på å gi mennesker en helhetlig omsorg ved livets slutt, hvor de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov hos pasientene blir ivaretatt på en god måte. Disse medlemmer mener eksisterende tilskuddsordning gjennom Sosial- og helsedirektoratet slik meldingen gjør rede for, fortsatt vil bidra til å styrke tilbudet innenfor omsorg ved livets slutt.

Komiteen har merket seg den offentlige debatten om hvorvidt det skal ytes livreddende førstehjelp, ved for eksempel hjertestans, til mennesker over 80 år.

Komiteen vil understreke at alle mennesker uavhengig av alder skal føle seg trygge på at de vil få livreddende førstehjelp om sykdom eller ulykke skulle ramme dem. Komiteen mener at det er riktig at mennesker kan få ro og omsorg i livets siste fase.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det derfor er avgjørende at helsepersonell systematisk har samtaler med pasientene og deres pårørende for å avklare hvordan akutte situasjoner skal håndteres, og at dette noteres i pasientenes journal.

Komiteen mener det er viktig at helsepersonell får opplæring i hvordan man gjennomfører slike samtaler som kan være vanskelige. Videre mener komiteen at det også må tilrettelegges for å kunne gi et tverrfaglig lindrende omsorgstilbud i eget hjem når det er ønskelig og mulig. Komiteen mener det vil være et økende ønske å motta lindrende tjenester hjemme i siste fase av livet, og at det vil bli et større behov for styrking av hjemmebasert omsorg med tverrfaglig spesialteam som samarbeider med familien.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at en økende andel eldre over 80 år og en økende forekomst av kreftsykdom vil føre til et større behov for god lindrende behandling i fremtiden. Disse medlemmer viser til at Samarbeidsregjeringen innførte en tilskuddsordning for lindrende behandling utenfor sykehus og en egen DRG-sats for palliativ behandling i sykehus. Slik disse medlemmer ser det, er det fortsatt behov for å styrke særlig det kommunale tilbudet om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Pasienter må ha mulighet til å få god lindrende behandling hjemme eller i sitt nærmiljø dersom de ønsker dette. Det er derfor skuffende at Regjeringen ikke har funnet rom for å styrke bevilgningene på dette området. Slik disse medlemmer ser det, må Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en plan for å øke kompetanse og kapasitet innenfor tilbud om omsorg ved livets slutt.

Regjeringen vil styrke omsorgen ved livets slutt, og komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil påpeke at dette forutsetter en bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mer fleksible løsninger i forholdet mellom disse. Finansiering av lindrende behandling på sykehus er ivaretatt gjennom ISF-ordningen knyttet til DRG-kode. Finansiering av lindrende pleie på sykehjem er fortsatt ikke satt i system, og problemet er, slik disse medlemmer ser det, at pengene ikke utbetales til sykehjemmene. Disse medlemmer mener at pengene må følge pasienten. Videre mener disse medlemmer at det også må tilrettelegges for å kunne gi et tverrfaglig palliativt omsorgstilbud i eget hjem når det er ønskelig og mulig. Disse medlemmer mener det vil være et økende ønske å motta palliative hjem-

metjenester i siste fase av livet, og at det vil bli et større behov for styrking av hjemmebasert omsorg med tverrfaglig spesialteam som samarbeider med familien. Det er også et økende behov, slik disse medlemmer ser det, for å opprette små sykehjemsheter som er atskilt fra ordinære sykehjems plasser hvor pleiefaktoren er høy - anbefalt 1,5 - hvor pasientene kan motta nødvendig lindrende pleie og omsorg nær hjemstedet i trygge omgivelser. Disse medlemmer viser til Bergen Røde Kors sykehjem som et eksempel på hvordan palliativ omsorg kan organiseres.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at Høyre i sitt alternative statsbudsjett for 2007 har satt av 125 mill. kroner mer enn Regjeringen til kvalitetstiltak i omsorgstjenesten, herunder tiltak for å styrke palliative tilbud.

2.15 Handlingsplan for eldre i spesialisthelsetjenesten

Komiteen viser til meldingen som peker på en rekke tiltak for å styrke eldre pasienters mestring av egen sykdom og funksjonsnedsettelse. Forebyggende og helsefremmende tiltak når pasienten er innlagt i sykehus, er viktig for å hindre nye sykdommer og skader. Videre må spesialisthelsetjenesten etter komiteens mening være rustet til å behandle sammensatte lidelser og kunne foreta spesialisert diagnostisering og behandling innen alderspsykiatri og mental svikt, geriatri, demens og lindrende behandling. Derfor mener komiteen det er viktig å utdanne og rekruttere spesialutdannet helsepersonell som kan møte eldre pasienter med sammensatte lidelser på en kvalitativ god måte. Det er derfor behov for å øke den tverrfaglige kompetansen om Eldres helse, samhandling, fagutvikling og forskning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, imøteser Regjeringens handlingsplan for eldre i spesialisthelsetjenesten, men flertallet ber om at den i større grad enn Regjeringen legger opp til, vektlegger det medisinske behandlingstilbudet til de sykeste eldre i kommunene. Handlingsplanen om eldre i spesialisthelsetjenesten som Regjeringen varsler, skal også omhandle de sykeste eldre i kommunene og samhandlingen mellom nivåene for å sikre en helhetlig behandling. Det er nærliggende å forvente at mer behandling av de sykeste eldre vil flyttes fra sykehusene til sykehjemmene dersom den faglige kompetansen der sikres. Dette perspektivet må fokuseres i handlingsplanen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Regjeringen i 2007 vil presentere en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre og komme tilbake til finansieringen av planen i statsbudsjettet for 2008. Etter disse medlemmers mening tar planen for seg svært viktige områder med sikte på en bedre behandling for eldre i spesialist-

helsetjenesten. Syke eldre trenger lengre bedrings- og behandlingstid for sine helsetilstander. Disse medlemmer mener derfor det er viktig å sørge for at de økonomiske incentivene understøtter en tilstrekkelig langsiktig oppfølging, og mener derfor Regjeringens initiativ for en gjennomgang av finansieringsordningene er nødvendig for å sikre god klinisk praksis.

2.16 Habilitering og rehabilitering

Komiteen viser til at en undersøkelse gjennomført av Norsk Fysioterapeutforbund viser at mange eldre kunne ha klart seg bedre på egen hånd hvis de fikk hjelp til å trene. Ni av ti fysioterapeuter mener eldre på sykehjem ikke får godt nok tilbud om fysisk aktivitet. Regelmessig fysisk aktivitet bidrar til å forebygge beinskjørhet, fall og depresjoner. Daglig fysioterapi for de svakere eldre, som hjerneslagpasienter, er nødvendig for å trene seg opp igjen. Komiteen støtter Regjeringens målsetting om at det må satses på flere fysioterapeuter på sykehjemmene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen gjennomgå refusjonsordningene for fysioterapeuter med tanke på å redusere ventetid og gjøre tjenestene lettere tilgjengelige for pasientene."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at fysioterapitjenesten ikke har vært gjenstand for systematisk gjennomgang eller evaluering de siste 15 år. Disse medlemmer har merket seg at Regjeringen i Nasjonal helseplan har varslet at det foretas en kartlegging av tjenesten, og at det vil bli foretatt en gjennomgang av finansieringsordningene for fysioterapitjenesten sett i lys av formålet for tjenesten og dens funksjon innenfor kommunehelsetjenesten.

Komiteen mener at skal flere alkohol- og narkotikaavhengige kunne hjelpes tilbake til samfunnet, må samarbeidet mellom de ulike kommunale tjenestene bedres, samtidig som samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten styrkes. Oppfølgingsarbeidet mellom kommunene og helseforetakene bør etter komiteens mening avtales, for å sikre at behandling, oppfølging og integrering ses på som en helhetlig behandlingsskjede. Det er viktig med sammenheng mellom det tilbudet som gis i aktiv behandling, og det som gis når vedkommende kommer tilbake til hjemkommunen. Denne gruppen består av personer med svært varierende behov for behandling, fra personer med høyt alkoholforbruk som er i jobb, har familie og egen bolig, til tungt belastede blandingsbrukere. Tiltakene vil derfor spenne fra samtaler med fastlege og poliklinisk behandling til sammensatte tjenester og gjentatt behandlingssinnsats over tid. Særlig må det fokuseres på tiltak for familiemedlemmer og barn av rusmiddelavhengige. Tidlig intervensjon kan styrke

mulighetene for å hindre uhensiktsmessig atferd. Her spiller primærhelsetjenesten en nøkkelrolle. Legene har de siste årene blitt viktigere medspillere i behandlingstilbudet for alkohol- eller narkotikaavhengige, særlig etter at de fikk henvisningsrett til spesialisert rusbehandling. Det ligger i dagens system at det er fastlegen som i hovedsak henviser avhengige til behandling. Komiteen mener at kommunene må bruke avtalene med fastlegene til å sikre at legene prioriterer oppfølging av mennesker med avhengighet til alkohol og narkotika, gjennom blant annet samarbeidsmøter og i utvikling og oppfølging av individuelle planer.

Komiteen viser til at Regjeringen vil legge fram en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006-2007) der en enstemmig komité mente at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsesektoren, og uttalte om den nasjonale strategien at:

"Komiteen er opptatt av at denne strategien må sikre et helhetlig perspektiv på rehabilitering og omfatte både institusjonsbasert og kommunal rehabilitering. Komiteen har forventninger til at Regjeringens arbeid på dette området vil bidra til en bedre måloppnåelse på rehabiliteringsfeltet i Norge."

Komiteen mener at rusomsorgen må styrkes ytterligere, og at det må tilbyes varierte behandlingstilbud. For mange er LAR (legemiddelassistert rehabilitering) veien til et bedre liv, men forutsetningen er at kommunen og fastlegen følger opp behandlingen. Tilbudet bør være et alternativ for langtidsrusmiddelmissbrukere i hele landet. Komiteen vil påpeke at medikamentfrie behandlings- og rehabiliteringstilbud alltid må tilbys som et alternativ, og bruk av ideelle og private institusjoner må fortsatt være en viktig aktør innenfor rusomsorgen. Rusproblematikken rammer også den nære familien, og nære pårørende må få en sterkere rolle og ta del i behandlingen. Komiteen vil også styrke tilbudet til pårørende som selv har behov for støtte og terapi.

Habilitering er tiltak som tar sikte på at en kronisk syk person skal kunne fungere best mulig med minst mulig risiko for forverring av komplikasjoner til sykdommer. Komiteen ser at effekten av gode habiliteringstilbud vil bidra til å bedre livssituasjonen til kronikere og gi hver enkelt en mulighet til å begrense sykdomsutviklingen, samtidig vil det også totalt sett være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Komiteen understreker at formålet med habilitering og rehabilitering er å gi mennesker som er rammet av skade, sykdom eller funksjonshemming, en ny mulighet til å mestre hverdagen og til å delta i samfunns- og arbeidsliv. Komiteen viser til rapporten "Nasjonal plan for rehabilitering, kartlegging av behov" utarbeidet av Sintef Unimed på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten som er publisert i august 2005, bygger på en spørreundersøkelse blant 44 pasientorganisasjoner. Hovedkonklusjonen i rapporten er at det er behov for et bedre tilbud innenfor habilitering og rehabilitering både på kommunalt nivå

og i spesialisthelsetjenesten. Komiteen viser også til departementets omtale i budsjettproposisjonen for 2007, der det heter at habilitering og rehabilitering ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet og prioritet, verken i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Det er etter komiteens vurdering behov for å sikre et bedre rehabiliteringstilbud til alle, også de som ikke har tilknytning til arbeidslivet. Komiteen mener at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsesektoren. En slik satsing vil bidra til bedre livskvalitet og større grad av selvstendighet for pasientene, samtidig som behovet for omsorgstjenester kan reduseres.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres alternative statsbudsjett der rehabiliteringsfeltet ble foreslått styrket med 500 mill. kroner i 2007. Slik disse medlemmer ser det, er det nødvendig å iverksette en forpliktende opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil påpeke at moderne medisin ofte er så effektiv at fokus på rehabilitering og omlegging av vaner og livsstil blir nedprioritert eller oversett. På lang sikt vil likevel rehabilitering i bred forstand ha gunstigere effekt både for den enkelte pasient og i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at det er store ulikheter i tilbudet, at det er uklarheter og forskjeller i tolkningen av hvem som har rett til rehabilitering, og at det er stor mangel på en helhetlig, koordinert og sammenhengende rehabiliteringsprosess. Blant annet er pasienters rett til rehabilitering fra kommunehelsetjenesten uklar.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Dokument nr. 8:16 (2006-2007) der representanter fra Kristelig Folkeparti ber Regjeringen vurdere å lage en egen rehabiliteringslov, der retten til rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sikres, eventuelt at endring i lover og forskrifter gjøres for å sikre rehabilitering i bred forstand, samt at ansvarsforholdene mellom forvaltningsnivåene klargjøres for å gi pasientene et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til at finansieringsansvaret for logoped- og audiopedagogtjenestene i dag ligger hos folketrygden ved at logopeder og audiopedagoger kan skrive regning. Denne muligheten må bestå, da det er svært viktig at cochlea-implanterte og slagrammede med afasi får hjelp med sine språkproblemer allerede mens de er innlagt på sykehus, og at hjelpen fortsetter ved utskrivelse fra sykehus og videre i sykehjem eller i pasientens eget hjem. Parallelt med en statlig finansieringsordning må kommunene bygge opp

egen kompetanse på området. Flertallet ber Regjeringen sørge for at logoped- og audiopedagoger defineres som helsepersonell og kommer inn under helsepersonelloven.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at den varslede omlegging av trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logoped- og audiopedagoger er utsatt og ikke endelig tatt stilling til. Disse medlemmer vil ved behandling av varslet odelstingsproposisjon være særlig opptatt av å sikre voksne brukere tilstrekkelige logoped- og audiopedagogtjenester.

2.17 Aktiv omsorg

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i rundskriv vil presisere det kommunale ansvaret for å organisere og dimensjonere tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2, slik at tjenestemottakerne sikres et aktivt liv slik sosialtjenestelovens formålsbestemmelse forutsetter, og at rundskrivet vil presisere kommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven § 3-1 om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre, personer med nedsatt funksjonsevne og andre som har behov for det.

Sykehjemmene trenger personale som kan tilrettelegge for et godt og meningsfylt hverdagsliv i sykehjemmet med utgangspunkt i en forståelse av den enkelte pasient/beboers ønsker og behov. Det viser avhandlingen "Trivsel på sykehjem" fra 2006 av dr. polit. Ådel Bergland, UiO. Opplevelsen av trivsel er et resultat av et godt og tilpasset samspill mellom den enkelte beboer og kvalitetene i sykehjemmet, både pleien og personalet, samt det fysiske og sosiale miljøet. Dette viser at sykehjemmene må ha personale med kompetanse for å forstå den enkelte beboers ønsker og behov og tilrettelegge for et godt og meningsfylt hverdagsliv i sykehjemmet. Personalet har også en avgjørende rolle for å etablere positiv og meningsfull kontakt mellom beboere i sykehjem.

Komiteen ser satsing på kompetanse som en viktig faktor for å sikre et meningsfylt hverdagsliv på sykehjem.

Komiteen mener det er nødvendig å tilrettelegge for at mottakere av pleie- og omsorgstjenester uavhengig av alder kan ha et aktivt liv og delta i sosiale sammenhenger. Komiteen mener det er nødvendig at departementet i rundskriv til kommunene presiserer kommunenes ansvar om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre personer med nedsatt funksjonsevne og andre som har behov for det. Sterkere fokus på aktivisering krever også en større tverrfaglighet, og dette bør etter komiteens mening vektlegges når en skal etablere nye stillinger i omsorgstjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til og støtter opp om

Regjeringens vektlegging av kultur, aktivitet og trivsel som en sentral del av de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Kultur er et godt virkemiddel for å få mer innhold, kvalitet og verdighet inn i tjenestene.

Komiteen vil påpeke at kommunene har ansvar for å etablere velferds- og aktivitetstiltak, og mener at tiltak som retter seg mot eldre, vil være viktig i årene som kommer. Komiteen mener kommunene har ansvar for å tilby eller tilrettelegge for at alle eldre og pleietrengende som har behov for et dagtilbud, får et slikt tilbud. Et godt samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner om utbygging av frivillighets-sentraler, eldresentre og forebyggende tiltak må etter komiteens syn videreutvikles og styrkes. Komiteen viser til at mange hjemmeboende eldre er alene, og at det for mange kan være ensomheten, passiviteten og utryggheten som er årsaken til depresjoner og funksjonstap. Dagtilbudene vil også etter komiteens syn i stor utstrekning kunne fungere som avlastningstiltak. Komiteen ser at dagtilbudene vil få en langt viktigere rolle i årene som kommer, og at det derfor blir viktig å tilpasse tilbudene etter brukernes behov og ønsker.

Den kulturelle spaserstokken skal innføres etter mal av Den kulturelle skolesekken. Komiteen mener at kulturtiltak må tilbys og utformes på de eldres premisser. Komiteen vil sterkt understreke behovet for en økning i antallet aktivitører som vil være et viktig bidrag til en triveligere og mer meningsfylt tilværelse for mange.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti antar at morgendagens eldre vil være mer aktive når det gjelder egen innsats for sine levekår og sin velferd. Men det er mange usikkerhetsfaktorer når det gjelder helsetilstanden til de eldre i årene som kommer. Det utvikles stadig nye og bedre behandlingsformer og medisiner, og disse medlemmer antar derfor at mange vil leve lenger med funksjonsnedsettelse og stort behov for helse- og omsorgstjenester. Den forventede økningen i antall demente vil kreve store ressurser og høy spesialkompetanse. Disse medlemmer antar at det som vil bli mest avgjørende for pleiebehovets omfang i de neste årene, vil være resultatet av forskningen og den medisinske utviklingen når det gjelder demenssykdom.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti ber Regjeringen vurdere ordninger for finansiering av reise- og oppholdsutgifter for ledsager slik at personer med behov for omsorgstjenester som funksjonshemmede, psykisk syke og eldre kan reise på rekreasjonsopphold og ferie, enten på egen hånd eller sammen med familie og venner. I dag må omsorgstrenende selv dekke utgiftene knyttet til ledsagers reise og opphold. Aktiv omsorg innebærer også mulighet for å reise på ferie og delta i samfunnet på lik linje med andre uten funksjonsnedsettelser eller andre begrensninger.

Komiteen vil påpeke at kulturopplevelser og kultureldeltakelse gir livet økt verdi, blant annet gjennom følelse av fellesskap, tilhørighet og forståelse. Samfunnet må legge til rette for at alle skal få oppleve kultur, uansett helse eller alder. Komiteen foreslår at det knyttes kulturarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det må videre gis rom for frivillige initiativ for å gi eldre kulturelle opplevelser, og komiteen vil vise til foreningen "Livsglede for eldre" som arrangerer "Livsglede-uka", som et godt eksempel på et privat initiativ for å gi eldre mer innhold i hverdagen. Blant deltakerne på arrangementet var det sykehjemspasienter som hadde førsterett, deretter eldre med hjemmesykepleie. Kulturarbeidere i helse- og omsorgstjenestene vil kunne ha en viktig koordinerende rolle for frivillige initiativ.

2.18 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Komiteen viser til at det å ha et omfattende omsorgsansvar er en stor oppgave og ser at dette kan kreve mye av den enkelte som påtar seg en slik oppgave. Komiteen ser det som positivt at Regjeringen vil komme tilbake til bedre permisjonsregler i arbeidslivet. Det er viktig å sikre pårørende bedre rettigheter i arbeidslivet, samtidig som dette kan bidra til at tilknytningen til arbeidslivet opprettholdes på en bedre måte. Store omsorgsoppgaver kan i perioder være uforenlig med full jobb. Ofte er det kvinner som påtar seg store omsorgsoppgaver.

De fleste foreldre som får vite at de venter/har fått et funksjonshemmet barn, går gjennom en vanskelig fase med sorgreaksjoner over å ikke ha fått et friskt barn. Videre kan møtet med hjelpeapparatet for disse familiene oppleves overveldende, og mange ganger er det lite koordinert.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, foreslår at det på alle barneavdelinger på sykehus er en ansatt som innehar en rådgiverfunksjon for familier som får vite at de venter et funksjonshemmet barn, eller har fått et funksjonshemmet barn.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sikre at det på alle barneavdelinger i sykehus er en ansatt fagperson som innehar en rådgiverfunksjon for familier som venter eller har fått et funksjonshemmet barn."

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at det bør være en kommunal/interkommunal (barne)koordinator i kommunene som har et tett samarbeid med rådgiveren på sykehuset. På den måten kan foreldrene få hjelp til å bearbeide sine reaksjoner og få hjelp til å få svar på de spørsmål som melder seg i en slik situasjon. Støtte til foreldrene i en slik situasjon er av stor betydning.

Koordinatoren i kommunen bør ha oversikt over og informere om hvilke tjenester kommunen kan tilby familien, være behjelpelig med utfylling av søknader og innhenting av dokumentasjon, koordinere ansvarsgruppemøter og sikre at individuell plan blir en realitet. Regjeringen er opptatt av å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten, og et samarbeid mellom en rådgiver på sykehusets barneavdeling og en koordinator i kommunen, vil kunne bedre dette når det gjelder disse familiene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sikre at det i kommunene er en ansatt fagperson som innehar et koordineringsansvar for familier med et funksjonshemmet barn."

Komiteen vil peke på at det er felles for familier med funksjonshemmede barn at hverdagen ofte er preget av belastende omsorgsarbeid. En av foreldrene er ofte i deltidsstilling eller hjemme på full tid på grunn av barnets store hjelpebehov og fordi det er vanskelig å kombinere familiesituasjonen med en yrkesaktiv tilværelse. Mange bruker mye tid på å skrive og følge opp søknader og klager, å innhente faglig dokumentasjon fra ulike hjelpeinstanser, samt delta i omfattende møtevirksomhet med dem som skal yte familien hjelp. Koordineringen av tjenestene og oppfølginger og medisinske kontroller kan for enkelte være en heldagsjobb i seg selv.

Komiteen mener at økt bruk av avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og pleiepenger kan bidra til å ta vare på pårørende som har ansvar for familiemedlemmer med omsorgsbehov, og medvirke til at denne innsatsen opprettholdes og styrkes.

Komiteen vil vise til at arbeids- og inkluderingsministeren koordinerer oppfølgingen av Strategiplanen for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne (fra Bondevik II 2005). Det gjennomføres en rekke tiltak knyttet til denne planen i regi av flere departementer. Dette er tiltak som skal bidra til at barn med nedsatt funksjonsevne og familiene deres skal ha samme mulighet som andre til å leve et selvstendig og aktivt liv og til å kunne delta i arbeids- og samfunnsliv. Tiltakene i strategien reflekterer at disse familiene ofte har behov for bistand fra ulike deler av det offentlige. Det gjelder f.eks. helse- og omsorgstjenester som skal tilby medisinsk utredning og behandling, informasjon og opplæring og psykososial støtte og avlastning. For mange er det i tillegg viktig med tverrfaglige habiliteringstjenester, tekniske hjelpemidler, sosiale tjenester, spesialpedagogisk hjelp, barnehage- og skoletilbud, permisjonsordninger, økonomiske støtteordninger og bistand til å løse boligproblemer. Komiteen vil vise til at Regjeringen tar sikte på å revidere strategiplanen i løpet av dette året.

Komiteen merker seg at det å få et barn med nedsatt funksjonsevne betyr store omstillinger for familien - enten situasjonen er der fra barnet blir født, eller den inntreffer i løpet av barneårene. I begge tilfeller er det vik-

tig at barnet blir utredet så tidlig som mulig slik at man kan planlegge oppfølging og samarbeid med foreldrene på en god måte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener regelverket for tildeling og utmåling av omsorgslønn må være utformet slik at det gjøres likt uavhengig av hvilken kommune man bor i, og slik at det gir forutsigbarhet. Ifølge FFOs rettighetscenter har familier med barn med funksjonshemming store problemer med dette. Flertallet ønsker å påpeke at selv om Regjeringen ser på en samordning av omsorgslønn, hjelpestønad og pleiepenger, må muligheten til å motta lønn selv om man ikke er i arbeid utenfor hjemmet, opprettholdes.

Flertallet vil peke på at det i den senere tid har vært flere eksempler på at familier som har hatt avlastningstilbud på grunn av hjemmeboende med for eksempel alzheimer, har fått omdefinert dette til et rehabiliteringstiltak eller korttidsopphold med egenbetaling. Dette finner flertallet uakseptabelt. Noen kommuner har uttalt at regelverket er uklart. Flertallet ber Regjeringen om umiddelbart å sørge for at kommunene stopper en slik praksis, og at den dersom regelverket er uklart, rydder opp i dette.

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har presisert at kommunene ikke har anledning til å kreve vederlag ved vedtak om avlastningstiltak etter lov om sosiale tjenester §§ 4-2 b og 4-4, og at dette gjelder selv om tiltaket i tillegg kan ha andre formål som for eksempel opptrening og rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at i tilfeller der et omsorgstrengende familiemedlem dør, må en unngå at familien kommer i akutte økonomiske problemer. Flertallet ber derfor Regjeringen legge fram forslag til en ordning slik at omsorgslønn og eventuelt andre økonomiske tilskudd kan utbetales i inntil tre måneder etter dødsfallet, når et familiemedlem har vært ute av arbeid for å pleie et funksjonshemmet barn i mange år, og ikke klarer å skaffe seg nødvendig arbeid straks. Tilknytningen til arbeidslivet vil være sterkt redusert, om ikke helt borte i mange tilfeller, og det kan vise seg vanskelig å komme ut i arbeid umiddelbart. Flertallet ber om at Regjeringen også kommer med et forslag om at omsorgslønn i slike tilfeller skal gi rett til arbeidsledighetstrygd.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ordning der en familie kan beholde omsorgslønn og eventuelt andre økonomiske tilskudd i inntil tre måneder etter at et funksjonshemmet barn dør.

Regjeringen bes også å utarbeide en ordning der omsorgslønn i slike tilfeller skal gi rett til arbeidsledighetstrygd."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ber Regjeringen utrede muligheten for å etablere en overgangsordning med inntektssikring og tilknyttet kvalifiseringstiltak til dem som mangler inntekt og kvalifikasjoner for å komme i arbeid etter langvarig omsorgsinnsats overfor pårørende.

Komiteen viser til at omfanget av familiebasert omsorg i dag er beregnet til om lag 100 000 årsverk. Utviklingen i samfunnet med høye krav til inntekt og velferdsutvikling tilsier at en ikke kan forvente at familiebasert omsorg vil øke i fremtiden. Det er imidlertid etter komiteens oppfatning nødvendig å gjøre det lettere for folk med omsorgsoppgaver å kunne stå i arbeid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det derfor er nødvendig å se på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende som er yrkesaktive.

Komiteen mener at mangfoldet av lag og organisasjoner bidrar til at lokalsamfunnet er et godt sted å bo. Pensjonistlag, kirken, brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner er etter komiteens mening viktige samarbeidspartnere med kommunen for å utvikle gode arenaer og møtepunkt for mennesker med ulike funksjonsnivå. Derfor støtter komiteen Regjeringens anbefaling til kommunene om å inngå samarbeid med lag og organisasjoner om både frivillighetsentraler, eldresentra og dagtilbud.

Komiteen viser til at Regjeringen vil utforme en håndbok for tjenestemottaker og familie/pårørende. Komiteen mener at denne håndboken må være lettlest og oversiktlig, og at den må ligge tilgjengelig på steder som for eksempel helseinstitusjoner, apotek og legekontor.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener også at kommunene i tillegg skal utarbeide en egen forpliktende serviceerklæring som beskriver hva som kan forventes av tje-nesten lokalt.

Flertallet vil fremheve at familien fortsatt skal være en viktig samarbeidspartner. Flertallet ser at dette kan endre seg noe da langt flere vil være uten nære pårørende, og de eldste i mange tilfeller vil ha barn som selv har svekket helse.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre er opptatt av at eldre barn med funksjonshemming/psykisk utviklingshemning har et skolefritidstilbud for å sikre disse barna mulighet til sosiale fellesskap og en aktiv fritid. Mange steder oppleves skolefritidstilbudet som mangelfullt. Opplæringsloven § 17-7 sier at kommunen skal gi et tilbud om skolefritidsordning (SFO) før og etter skole-

tid for 1.–4. årstrinn og for barn med særskilte behov på 1.-7. trinn. Tilbud om SFO eller annet skolefritidstilbud for funksjonshemmede barn/ungdom er svært ulikt fra kommune til kommune, og det foreligger ingen lovregulert rett til skolefritidstilbud for barn som er ferdige på barneskolen. For mange funksjonshemmede er imidlertid behovet for et skolefritidstilbud fortsatt like stort og like viktig når de går på ungdomsskolen eller videregående skole, som når de er på barnetrinnet.

Disse medlemmer vil påpeke at mange foreldre til funksjonshemmede er yrkesaktive. Familiene må sikres rett til tilsyn for barnet med et omfang og en kvalitet som er forenlig med dagens karrieremønster. Mange av disse barna/ungdommene er ikke i stand til å gå hjem og klare seg alene, men krever tilsyn og omsorg fra voksne. Det er ikke riktig at foreldre skal tvinges til å jobbe redusert fordi situasjonen gjør det praktisk umulig å kunne delta fullt i arbeidslivet. Situasjonen for aleneforeldre med funksjonshemmede barn er enda vanskeligere. Disse medlemmer er opptatt av å sikre foreldrene valgfrihet med mulighet til å kunne velge kombinasjon av yrkesliv og arbeidsliv. Disse medlemmer foreslår at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med forslag til et skolefritidstilbud for større barn med funksjonshemning for å sikre barna en aktiv fritid og gi foreldrene mulighet til å kombinere arbeid og familieliv. Samtidig med at foreldrebetalingen har økt de siste årene, er ikke et skolefritidstilbud for familier med funksjonshemmede barn et frivillig tilbud slik det er for familier med barn uten funksjonshemninger. Behovet for et skolefritidstilbud er vedvarende hele opplæringsløpet. Foreldre til barn med funksjonshemninger har ikke mulighet til å prioritere bort denne arenaen. Dette betyr igjen at familier til funksjonshemmede barn har utgifter som øvrige familier kan prioritere bort.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til løsninger for hvordan et tilfredsstillende skolefritidstilbud for barn med funksjonshemninger kan sikres i hele utdanningsforløpet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til et skolefritidstilbud for større barn med funksjonshemning for å sikre barna en aktiv fritid og gi foreldrene mulighet til å kombinere arbeid og familieliv."

2.19 Forebygging og folkehelsearbeid

Komiteen vil peke på at effekten av forebygging ofte er vanskelig å måle, men det er likevel stor enighet om at betydningen av vellykkede forebyggende helse tiltak kan være stor. Oppsøkende tjenester er tatt i bruk

i flere sammenhenger med godt resultat, for eksempel oppsøkende team innen psykiatri. Komiteen viser til Drammen kommune som har opprettet et forebyggende helseteam der alle innbyggere over 75 år som ikke har hjelpetiltak, får tilbud om hjemmebesøk. Oppslutningen er stor, og det oppsøkende teamet som er tilknyttet hjemmesykepleien, vurderer i slike tilfeller den enkeltes situasjon med tanke på behov for veiledning, råd og oppfølging. Komiteen er kjent med at også Oslo kommune har positive erfaringer med lignende tiltak.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre foreslår hjemmebesøk til personer over 75 år. Ansvar for dette kan legges til eldresentrene eller hjemmesykepleien, og disse medlemmer ber Regjeringen vurdere hvordan en slik ordning kan iverksettes.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre foreslår at fastlegene skal tilby alle listepasienter over 67 år som ikke har vært hos lege siste året, en konsultasjon og samtale.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til Dokument nr. 8:29 (2000-2001) om å innføre oppsøkende og forebyggende hjemmesykepleie i eldreomsorgen. Flertallet mener at gjennom preventive tiltak, herunder hjelpemidler og prøver, vil livskvaliteten til de eldre som ikke er i institusjon, bedres, og at dette vil medføre at flere får nødvendig hjelp.

Flertallet viser til Innst. S. nr. 157 (2000-2001), hvor komiteens tilråding lyder:

"Stortinget ber Regjeringen igangsette prøveprosjekt med oppsøkende, forebyggende hjemmebasert eldreomsorg i et representativt utvalg av kommuner."

Flertallet etterlyser evalueringen av disse prøveprosjektene og fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen innen utgangen av 2007 komme til Stortinget med evalueringen av prøveprosjekt knyttet til oppsøkende, forebyggende hjemmebasert eldreomsorg."

Komiteen deler Regjeringens ønske om å gi folkehelsearbeidet et løft. Folkehelsearbeid og forebygging av skader og ulykker blant eldre og andre må prioriteres for å unngå at behovet for omsorgstjenester øker i årene fremover. Dette er topp prioritet i WHO. Særlig viktig er fokus på universell utforming av samfunnet generelt og særlig boområder, samt boliger med livsløpsstandard, noe som vil sikre større muligheter for alle til deltakelse og aktivitet på egne premisser. Låneordninger fra Husbanken må i denne forbindelse brukes aktivt. Dette må sikres i kommuneplaner. Komiteen viser til både partnerskap for folkehelse og "Helse i plan" som viktige tiltak å utvikle videre.

Det vil kunne ha en positiv betydning for omsorgsbehovet i fremtiden.

Komiteen vil spesielt vise til statsbudsjettets kap. 719 om folkehelseiltak, der en statlig stimuleringsordning ble opprettet i 2004. Ordningen skulle bidra til en initiering og utvikling av partnerskap for folkehelse regionalt og lokalt. Deltakere i det regionale partnerskapet er fylkeskommuner, regionale statsetater, helseforetak, høyskoler, frivillige organisasjoner og kommuner. Det er fylkeskommunene som har pådriveransvaret her. Komiteen viser til det positive at alle fylker innlemmes i denne ordningen fra 2007. Gjennom denne ordningen kan også aktuelle midler fra nasjonale tematiske satsinger på folkehelsefeltet kanaliseres til lokale tiltak.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Regjeringens satsing på økt folkehelsearbeid som har som mål å bidra til økt antall leveår med god helse i befolkningen samt reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Det er gledelig at Regjeringen har lagt fram en stortingsmelding med en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Disse medlemmer har spesielt merket seg at Regjeringen går inn for en kombinasjon av generelle velferdsordninger og målrettet innsats for sosial inkludering for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Komiteen vil spesielt framheve betydningen av opprettelsen av en landsdekkende kontaktteltelefon for eldre utsatt for vold, som skal gi gode råd og veiledning til dem som henvender seg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til den framlagte St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Denne stortingsmeldingen og tidligere forskning viser store forskjeller i helsetilstand og levealder for befolkningen ut fra utdanning, yrke, inntekt, bosted m.m. Regjeringen beskriver fire innsatsområder for å utjevne sosiale helseforskjeller:

- Redusere sosial ulikhet som bidrar til helseforskjeller
- Redusere sosial ulikhet i helseatferd og bruk av helsetjenester
- Målrettet innsats for sosial inkludering
- Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy

Disse medlemmer ser det som avgjørende viktig for fellesskapets mulighet til å møte framtidens omsorgsutfordringer at vi lykkes med å nå Regjeringens målsettinger om å redusere de sosiale helseforskjeller.

Komiteen viser til en undersøkelse gjort for Sosial- og helsedirektoratet og til klage og tilsynssaker i Helsetilsynet som avdekker at mellom 20 og 50 prosent av gamle på institusjon er underernærte. Undersø-

kelse foretatt av overlege Morten Mowé ved Aker universitetssykehus viser at Norge er dårligst i Skandinavia når det gjelder kartlegging av feil- og underernæring og på behandling. Komiteen viser videre til Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2010) der det vises at opptil halvparten av eldre på sykehjem er underernært. Komiteen vil påpeke at årsaken til underernæring blant eldre på institusjon er sammensatte. Sykdom medfører dårlig matlyst, og mangelfulle rutiner for måltid og manglende oppmerksomhet når det gjelder pasientenes energibehov, kan være blant årsakene. Konsekvensene av dette kan blant annet være nedsatt allmenntilstand, redusert livskvalitet og svekket immunforsvar med påfølgende infeksjoner. Komiteen imøteser tiltakene som Regjeringen foreslår i handlingsplanen, og vil vektlegge at mat og måltider er en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Gode mattilbud og kostholdsveiledning er viktig både av forebyggings- og behandlingshensyn. Satsing på økt fagkompetanse og mulighet for individuell tilrettelegging i forbindelse med måltidene er av stor betydning for å sikre tilstrekkelig ernæring for mottakere av helse- og omsorgstjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber Regjeringen om å etablere en utmerkelse til "Årets omsorgskommune" for å stimulere til en enda bedre omsorgspolitik i kommunene og løfte frem eksempler på gode tiltak. Dette kan etableres etter modell fra årets barne- og ungdomskommune, der vinneren skal være en kommune som har utmerket seg gjennom å gjøre et spesielt godt arbeid for å bedre oppvekstmiljøet. En forutsetning for utvelgelsen er at kommunen har lagt vekt på et godt samspill lokalt mellom ulike etater og tjenester og mellom offentlig og frivillig sektor. Dialog med barne- og ungdomsmiljøet er også viktig. Kommunene må kunne vise til resultater fra arbeidet med å gi barn og unge innflytelse. Utnevnelsen av årets barne- og ungdomskommune skjer på en årlig konferanse om barne- og ungdomspolitik. Nominasjon gjøres av unge selv, kommuner, organisasjoner og ulike råd. Tilsvarende kan gjøres for gode omsorgstjenester. Satsing på kvalitet, trygghet, respekt, kulturtilbud, forebyggende tiltak, mangfold, tilrettelegging for deltakelse i samfunnet, selvstendighet, brukervedvirkning og samarbeid med pårørende kan være blant kriteriene for å bli tildelt utmerkelsen.

2.20 Utbygging av frivillighetssentraler, eldre-sentre og forebyggende tiltak

Komiteen imøteser Regjeringens opptrapping av antallet frivillighetssentraler de kommende årene. Komiteen er enig i at frivillighetssentraler, eldresentre og dagtilbud virker forebyggende og utløser og koordinerer frivillig innsats.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senter-

partiet mener at disse tiltakene kan styrkes med personell innenfor rammen av de 10 000 nye årsverkene til omsorgstjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at eldresentre er svært knapt beskrevet i meldingen.

Komiteen mener at eldresentre har stort potensial, og at dette kan utnyttes bedre. Særlig vil komiteen peke på at eldresentre kan drive oppsøkende virksomhet for å fange opp isolerte eldre; de kan drive helseopplysning, stimulere til bedre kosthold og fysisk aktivitet, røykeavvenning, drive sosiale aktiviteter som forebygger isolasjon, etablere sosionomtjenesteveiledning om trygderettigheter og arv, i tillegg til at de genererer og koordinerer mye frivillig innsats. Komiteen mener at alle kommuner skal ha slike forebyggende tilbud, gjerne i form av eldresenter, i egen kommune eller i interkommunalt samarbeid der det er naturlig.

Komiteen ber Regjeringen bidra til at alle kommuner tilbyr slike forebyggende tiltak og tjenester, og vurdere hvordan dette bør hjemles slik at det faktisk blir gjennomført overalt.

Komiteen vil påpeke at eldresentrene er et viktig forebyggende tiltak. Det vil kunne utsette behovet for andre tjenester. Det vil også kunne aktivisere, ta vare på og bruke mange eldre frivillige som ønsker å gjøre en innsats i eget lokalmiljø. Det er viktig at eldresentrene får en stabil og forutsigbar økonomi. Mange eldresentre får midler fra sin kommune bare for ett år om gangen, noe som skaper usikkerhet for både ansatte og frivillige. Eldresentrene må også ha en stabil fast arbeidskraft av ulike personellkategorier. Sammen med de frivillige kreftene ligger det store ressurser i eldresentrene som må utnyttes og brukes i tiltakskjeden. Samarbeid med andre tjenester i kommunen er nødvendig og viktig. Ikke minst er det slik at eldresentrene kan bli godt kjent med sine brukere lenge før de trenger omsorgstjenester. Eldresentrenes personell kan gi verdifulle bidrag til andre tjenester i kommunen ved behov.

Komiteen er kjent med at Nasjonalforeningen nylig har fått midler til et forskningsprosjekt om eldresentrene. Det er viktig at dette prosjektet når det er ferdigstilt, blir brukt aktivt i videreutviklingen av eldresentrene, og at aktuelle resultater formidles til kommunene.

Komiteen mener eldresentrene eller tilsvarende har en god forebyggende og helsefremmende effekt. I møte med den demografiske utviklingen med stadig flere eldre og færre yrkesaktive i årene fremover vil tiltak som er med på å dempe omsorgsbehovet i befolkningen, være nødvendig.

Komiteen vil vise til at mange lag, foreninger og organisasjoner som pensjonistforeninger, menigheter, diakonale virksomheter og ulike livssynsamfunn mange steder gjør et flott arbeid for eldre mennesker for å skape møteplasser og aktivitetstiltak. Mange eldre har behov for å få ivare tatt også de åndelige og eksis-

tensielle behov. Komiteen vil understreke at det er viktig at kommunale koordineringsorganer for frivillig innsats, som for eksempel frivillighetssentraler og eldresentre, legger til rette for dette, blant annet gjennom definerte samarbeidsavtaler.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti ber Regjeringen komme til Stortinget med forslag til et eget stimuleringsstilsudd for utvikling av eldresentre etter modell fra stimuleringsstilsudd for utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Stimuleringsstilsuddet for utvikling av eldresentre bør vare hele perioden for omsorgsplanen 2015 og gå til å etablere nye eldresentre, og der det allerede eksisterer, gå til utvikling og utvidelse av tilbudet.

2.21 Styrket rettssikkerhet

Komiteen ser behovet for å styrke rettssikkerheten for personer som mottar omsorgstjenester, og viser til at Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette en kontaktelefon for eldre som er utsatt for vold, og at det skal vurderes om helsepersonell skal ha opplysningsplikt når det gjelder overgrep mot eldre. Komiteen vil særlig understreke at rettssikkerheten og levekårene til mennesker med psykisk utviklingshemning må gjennomgås. Status i mange kommuner er at det fattes få vedtak, eller at vedtaket er mangelfullt, og at det må foreligge vedtak for å kunne anke til fylkesmannen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at klageretten i slike tilfeller ikke er reell. I en gjennomgang av rettssikkerheten må også sanksjonsmuligheter for fylkesmannen gjennomgås for å sikre gjennomføring av vedtak i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at fylkesmannen har myndighet til å omgjøre vedtak.

Komiteen viser også til behandlingen av Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova. Med disse endringene blir dagens rettstilstand for mennesker uten samtykkekompetanse, herunder demente som motsetter seg helsehjelp, klarere. Et slikt regelverk har vært etterspurt av både pasienter, pårørende og helsepersonell som til daglig står overfor vanskelige valg. Avveiningen av hensynet til integritetsvern på den ene siden og samfunnets omsorgsplikt overfor mennesker som er ute av stand til å ivareta egne interesser på den andre, er etter komiteens syn godt balansert i lovendringene. Komiteen vil understreke at lovendring er bare ett av virkemidlene for å sikre rettsvernet til disse pasientene. Kompetansebygging og økt bemanning er andre viktige tiltak for at pasientenes behov og rettsvern skal ivaretas.

Ved utskrivning fra sykehus vil komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet at det vurderes bruk av helseavtaler som blant annet må inneholde utskrivningsforløp for svake eldre og avtaler om forebygging og gjenopptrening. Disse medlemmer mener at eldre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester, bør ha den samme beskyttelsen som barn og funksjonshemmede.

Disse medlemmer viser til Ot.prp. nr. 86 (2005-2006) og Innst. O. nr. 16 (2006-2007). Slik disse medlemmer ser det, er det ikke til å komme bort ifra at det skjer en del overgrep innenfor dette området. Disse medlemmer peker på at personer som mottar hjemmesykepleie eller hjemmehjelpstjenester fra kommunen, ikke har noen kontroll over hvem som kommer inn døren i deres hjem. Det er store utskiftninger og omfattende bruk av vikarer på dette området. Videre mener disse medlemmer det også er grunn til å nevne at disse ofte har nøkler til de enkeltes boliger for selv å kunne låse seg inn, da hjelpemottaker ofte ikke er mobil nok til å kunne låse opp. Videre mener disse medlemmer det også er grunn til å nevne de mange demente i sykehjem og dessverre de altfor mange hjemmeboende demente som også er en svært utsatt gruppe. Disse medlemmer mener at også denne gruppen må ha samme krav på beskyttelse mot eventuelle overgripere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at mennesker med psykisk utviklingshemning må sikres å kunne utøve sin tro eller sitt livssyn. Dette området kan lett bli oversett av personalet som yter omsorgstjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemning eller som har nedsatt kommunikasjonsevne, har ikke samme mulighet til å formidle sine behov for tros- og livssynsutøvelse eller til å praktisere sin tro/sitt livssyn som andre uten bistand fra omsorgspersonell. Flertallet vil understreke at det er tjenesteyter som sammen med tjenestemottakeren og hans/hennes nærmeste som har ansvar for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse. Kartlegging av behovet for den enkelte på dette området, eventuell kontakt og samarbeid med tros- og livssynsamfunn, skal som andre viktige områder nedfelles i individuell plan for å sikre ivaretagelse av en viktig side i et menneskes liv.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti vil påpeke at det erfaringsmessig er mye usikkerhet blant tjenesteytere om hvordan den åndelige dimensjonen skal behandles faglig forsvarlig. Ofte blir derfor denne dimensjonen glemt eller oversett av tjenesteyterne. Disse medlemmer vil derfor påpeke at det vil være behov for opplæring av helse- og omsorgspersonell for å skape trygghet og forutsigbarhet på dette området. Her kan Sosial- og helsedirektoratet, fylkesmennene og utdanningsinstitusjonene som utdanner helse- og utdanningspersonell, ha et særlig ansvar.

2.22 Egenandeler

Komiteen viser til at kommunale egenandeler varierer sterkt ifølge ECONs rapport om egenandeler for funksjonshemmede i kommunene. Det er store variasjoner med hensyn til hva som inngår som tilbud i ordningen med praktisk hjelp og bistand i hjemmet, hva prisen på disse tjenestene er, og hvordan lokale skjeringsordninger utformes. Det er også store forskjeller på hva kommunene tilbyr av tjenester utenfor ordningen med praktisk bistand i hjemmet og egenbetalingen brukerne må betale for disse. Dette er alle tjenester som brukerne er avhengige av for å kunne bo hjemme og leve et selvstendig dagligliv. Komiteen vil be Regjeringen om et system som reduserer de store forskjellene i tjenestetilbud mellom kommunene. Egenandelene må bli sett i sammenheng med andre typer egenandeler til medisiner og helsetjenester som den enkelte funksjonshemmede har. Summen av egenandeler for den enkelte kan svekke den enkelte brukers levekår, og dette kan igjen virke fattigdomsfremmende.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at egenandeler til rusambulerende team ble fjernet i årets statsbudsjett. Disse medlemmer er videre kjent med at Regjeringen arbeider med en gjennomgang av egenandelene generelt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i sitt arbeid med egenandeler vurdere å gi fritak for egenandeler for rusmiddelavhengige, psykisk syke og eldre, der det benyttes oppsøkende virksomhet fra helsetjenesten, for eksempel oppsøkende team."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Stortinget flere ganger har bedt om en vurdering av hvordan egenandelstak 2 kan utvides til også å gjelde kommunale egenandeler, og disse medlemmer ønsker at dette skal vurderes sammen med medisiner på hvit resept for spesielle grupper.

Disse medlemmer viser i denne forbindelse til Innst. O. nr. 44 (2002-2003) som omhandler innføring av egenandelstak 2-ordningen og følgende merknad:

"Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, peker på at dersom en tak 2-ordning skal fungere etter intensjonen i Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002), er det nødvendig at også de kommunale egenandelene blir tatt med i ordningen."

Flertallet fremmet derfor med bakgrunn i komiteens merknader følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjonene og senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 fremme sak om hvilke og hvordan

kommunale egenandeler kan innlemmes i tak 2-ordningen."

Disse medlemmer vil ha en vurdering av hvorvidt finansieringen av medisiner og medisinsk utstyr til beboerne i sykehjem bør endres, slik at sykehjemmene ikke lenger skal dekke denne utgiften, men at dette dekkes gjennom folketrygden på samme måte som for hjemmeboende og beboere i omsorgsbolig. Disse medlemmer ser at en slik endring forutsetter at sykehjemsbeboerne får beholde mer av egen inntekt til å dekke egenandeler. Fordelen er, slik disse medlemmer ser det, at prisen på en sykehjems plass lettere kan fastsettes, samtidig som man sikrer at økonomien i sykehjemmet ikke skal være avgjørende for hva slags medisiner beboerne skal få.

Disse medlemmer viser til vederlagsforskriften og til at fribeløpet for opphold i institusjon på 6 000 kroner har vært uendret siden 1988. G (grunnbeløpet) var i 1988 30 850 kroner. Fribe løpet i vederlagsforskriften for opphold i institusjon på 6 000 kroner tilsvarte 19 prosent av G i 1988, mens det i dag tilsvare r 9 prosent av grunnbeløpet på 62 892 kroner. Dette er etter disse medlemmers mening uakseptabelt.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen endre forskrift av 21. desember 1988 om vederlag for opphold i institusjon, slik at fribeløpet settes til 25 prosent av grunnbeløpet i folketrygden."

2.23 Eldre i utlandet

Komiteen viser til at mange eldre bosetter seg i utlandet for kortere eller lengre tid. En del av dem er i en tilstand der de mottar hjemmesykepleietjenester eller annen hjelp i de perioder de bor i Norge. I utlandet faller slik hjelp oftest bort, eller de kan eventuelt kjøpe og betale dette selv. Mange norske er ikke kjent med regelverket knyttet til opphold i utlandet, det være seg om de tar utflytting eller bor der kortere eller lengre perioder over mange år. Mange har urealistiske og gale oppfatninger av hva de evt. kan "få med seg" av hjelpeordninger til utlandet, hvilke forpliktelser egen kommune har, og konsekvenser knyttet til hjelpetiltak når de kommer tilbake til Norge.

Komiteen ber Regjeringen gjennomgå rettigheter og plikter for norske som bosetter seg i utlandet i kortere eller lengre perioder, og herunder vurdere om det på dette området bør eller kan iverksettes tiltak. Det vises blant annet til diakonstillinger opprettet i Spania for å hjelpe norske familier og barn. Det bør utarbeides et lettfattelig dokument som kan gis til norske som oppholder seg i utlandet over tid, slik daværende Barne- og familiedepartementet tidligere har gjort i forbindelse med familier som reiser med barn til utlandet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Dokument nr. 8:74 (1999-2000) hvor det bes om at det legges til rette for at de som trenger

pleie- og omsorgstjenester, lettere kan få tilbud om dette i utlandet, innen EØS-området. Disse medlemmer er av den oppfatning at valgfrihet også må strekke seg ut over landets grenser når det gjelder norske statsborgere som ikke har tatt permanent utflytting. Disse medlemmer viser til at dette er personer som har rett til pleie- og omsorgstjenester dersom de flytter tilbake til Norge. I meldingen uttaler Regjeringen at det imidlertid ikke er noe i veien for at kommunene betaler for omsorgstilbud til norske alderspensjonister gitt i utlandet.

Disse medlemmer anser imidlertid incentivene for å opprette slike tiltak for å være mangelfulle.

3. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak i tilknytning til St.prp. nr. 1 (2007-2008). Denne må bygge på omsorgsmeldingens fem hovedstrategier:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og frivillige

Det vises særskilt til forslagene i omsorgsmeldingen når det gjelder satsingen på forskning, demensutfordringen, palliativ behandling, forebygging av ensomhet gjennom dagaktiviteter mv. og bedre vilkår for dem som har langvarige og krevende omsorgsoppgaver for pårørende.

Stortinget ber i tillegg Regjeringen blant annet om å vurdere følgende tiltak:

- Gjennomgang av autorisasjonsordningene i sosial- og helsetjenestene
- Styrking av det nasjonale forskningsprogrammet på eldreomsorg tilknyttet Norges forskningsråd
- Retningslinjer for å sikre tverrfaglig kompetanse fra ulike typer fagpersonell i kommunehelsetjenesten
- Kartlegging av dagens fysioterapitjeneste og gjennomgang av finansieringsordningene for fysioterapeuter
- Tiltak for å sikre kompetanse ved sykehusene og i kommunene overfor familier som venter eller har fått et funksjonshemmet barn

Forslag fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre:

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det opprettes etiske komiteer for sykehjem.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering av konsekvensene av å slette langtidspasienter på sykehjem fra fastlegens liste i kombinasjon med opprettelse av flere legestillinger i sykehjem.

Forslag fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre:

Forslag 4

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til et skolefritidstilbud for større barn med funksjonshemming for å sikre barna en aktiv fritid og gi foreldrene mulighet til å kombinere arbeid og familieliv.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 5

Stortinget ber Regjeringen fremme sak om minimumsstandard for dekningsgrad av leger ved norske sykehjem.

Forslag 6

Stortinget ber Regjeringen tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved sykehjem og i hjemmesykepleien, slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted.

Forslag 7

Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre toppfinansieringen for ressurskrevende brukere slik at innslagspunktet for toppfinansiering reduseres til 600 000 kroner og statlig finansiering dekker 80 prosent av overskytende utgifter.

Forslag 8

Stortinget ber Regjeringen endre forskrift av 21. desember 1988 om vederlag for opphold i institusjon, slik at fribeløpet settes til 25 prosent av grunnbeløpet i folketrygden.

Forslag fra Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 9

Stortinget ber Regjeringen sikre at det på alle barneavdelinger i sykehus er en ansatt fagperson som innehar en rådgiverfunksjon for familier som venter eller har fått et funksjonshemmet barn."

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Venstre:

Forslag 10

Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å senke den kommunale egenandelen knyttet til brukere med stort omsorgsbehov til 20 prosent.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:

Forslag 11

Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i helse- og

sosialtjenestene gjøre endringer slik at ikke forskjeller i finansieringsordninger er til hinder for en god balanse mellom sykehjem og omsorgsboliger.

Forslag 12

Stortinget ber Regjeringen om å utarbeide retningslinjer for å sikre tverrfaglig kompetanse fra ulike typer fagpersonell i kommunehelsetjenesten.

Forslag 13

Stortinget ber Regjeringen sikre at det i kommunene er en ansatt fagperson som innehar et koordineringsansvar for familier med et funksjonshemmet barn.

4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteens tilråding til II og VII fremmes av en samlet komité. Komiteens tilråding til I, III, IV, V og VI fremmes av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteen viser til meldingen og merknadene og rå Stortinget til å gjøre slike

v e d t a k :

I

Stortinget ber Regjeringen legge frem en stortingsproposisjon om omsorgspolitikken der Regjeringens og Stortingets foreslåtte og vedtatte tiltak integreres, og der fremdrift og økonomi inngår.

II

Stortinget ber Regjeringen styrke det nasjonale forskningsprogrammet for forskning på eldreomsorg tilknyttet Norges forskningsråd.

III

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå refusjonsordningene for fysioterapeuter med tanke på å redusere ventetid og gjøre tjenestene lettere tilgjengelige for pasientene.

IV

Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ordning der en familie kan beholde omsorgslønn og eventuelt andre økonomiske tilskudd i inntil tre måneder etter at et funksjonshemmet barn dør.

Regjeringen bes også å utarbeide en ordning der omsorgslønn i slike tilfeller skal gi rett til arbeidsledighetstrygd.

V

Stortinget ber Regjeringen i sitt arbeid med egenandeler vurdere å gi fritak for egenandeler for rusmiddelavhengige, psykisk syke og eldre, der det benyttes oppsøkende virksomhet fra helsetjenesten, for eksempel oppsøkende team.

VI

Stortinget ber Regjeringen innen utgangen av 2007 komme til Stortinget med evalueringen av prøveprosjekt knyttet til oppsøkende, forebyggende hjemmebasert eldreomsorg.

VII

St.meld. nr. 25 (2005-2006) - Om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening) – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 8. mars 2007

Harald T. Nesvik
leder

Laila Dāvøy
ordfører

