



Innst. 477 S

(2012–2013)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 29 (2012–2013)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg

Til Stortinget

Sammendrag

Innledning

Meldingen har tre hovedsiktemål:

- Få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter
- Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer
- Støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet

Meldingen ser på hvordan forholdet mellom arbeid og omsorg kan organiseres mer framtidsrettet, og hvordan en kan ta vare på nære pårørende som påtar seg krevende omsorgsoppgaver, enten det handler om faglig støtte og veiledning, utbygging av dagaktivitetstilbud eller mer omfattende avlastningstilbud.

Meldingen peker på de mulighetene som ligger i å:

- gjøre eksisterende boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming,
- ta i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning,
- legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering.

Meldingen legger til grunn at kommunene fortsatt skal ha ansvaret for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at det ikke skal gjøres noen endringer i ansvarsdelingen mellom stat og kommune. Staten skal bidra til at det lokale og regionale forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeidet får gode rammebetingelser. Meldingen legger opp til å vurdere statlige virkemidler som kan styrke omsorgssektorens innovasjonsevne som en del av et helhetlig kommunalt innovasjonsarbeid.

Det understrekes at framtidens tjenester må fokusere på innovasjon og kompetanse. Regjeringen mener dette er et ledelsesansvar og anbefaler kommunene å ta innovasjon og kompetanse inn som egne tema i planene for helse- og omsorgssektoren som del av det helhetlige kommuneplanarbeidet.

Meldingen bygger i hovedsak på Hagen-utvalgets utredning (NOU 2011:11) og høringsuttalelsene som kom i høringsrunden. Meldingen er ment å legge grunnlaget for en framtidsrettet politikk for de kommunale omsorgstjenestene ved å trekke opp perspektivene og bidra til arbeidet med utforming av nye løsninger for omsorgsfeltet fram mot de store demografiske utfordringene omsorgssektoren står overfor i tiårene fra 2025. I utformingen av en moderne pårørendepolitikk ses meldingen i sammenheng med behandlingen av Kaasa-utvalget (NOU 2011:17).

I arbeidet med velferdsteknologi har departementet fått utarbeidet en fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot 2030 (Helsedirektoratet 2012), som også er benyttet som grunnlagsmateriale for meldingen. Helsedirektoratet anbefaler her at det etableres en nasjonal satsing på velferdsteknologi gjennom et Velferdsteknologisk innovasjonsprogram (2013–2020).

Det vises til at regjeringen og KS har inngått en avtale om utvikling av kvalitet i de kommunale

helse- og omsorgstjenestene 2012–2015. Her er partene blant annet enige om å bidra til nyskaping og nytenkning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med et særskilt fokus på mobilisering av medborgeransvar og deltakelse, tidlig innsats, forebygging, rehabilitering og bruk av ny teknologi.

Helse- og omsorgsdepartementet skal etablere et forum for dialog mellom helse- og omsorgstjenestene, akademien, næringslivet og profesjonsorganisasjonene. Forumet skal i 2013 gi innspill til og foreslå tiltak til en bred og samlet strategi for forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgsfeltet, HelseOmsorg21.

Omsorgsplan 2020

Omsorgsplan 2020 skal være en plan for å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer. Samtidig som dagens Omsorgsplan 2015 gjennomføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger. Arbeidet med iverksettelse av tiltakene i planen knyttes til det administrative apparat som er etablert i Helsedirektoratet, Husholdningen og regional statsforvaltning for gjennomføringen av dagens omsorgsplan. Videre legges det opp til at de regionale sentre for omsorgsforskning styrkes for å kunne bistå kommunene med følgeforskning og gjøre dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter tilgjengelige for kommunene. De fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal bidra til spredning og formidling. Samtidig innrettes virkemidlene som disponeres av sentrale forsknings- og innovasjonsinstitusjoner, slik at de fremmer kommunenes innovasjonsevne på helse- og omsorgsfeltet.

Det vil bli etablert et eget kompetansesenter som vil ha en pådriverfunksjon for hele kommunesektoren. InnoMed er etablert av Helsedirektoratet som et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren, og vil bli bygd ut slik at det i tillegg til spesialisthelsetjenesten også kan dekke de kommunale helse- og omsorgstjenestene og ivareta innovasjonsarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

Innovasjonsprogrammet vil styrke det kommunale innovasjonsarbeidet på helse- og omsorgsfeltet lokalt:

- ved utprøving av nye løsninger (faglige metoder, teknologi, boformer, organisasjon mv.) i et samarbeid mellom kommune, forskning og næringslivet eller ideelle virksomheter/frivillige,
- ved å sikre dokumentasjon og forskning som grunnlag for spredning og implementering,
- ved å forbedre kunnskapsgrunnlaget for planlegging, utvikling og innovasjon gjennom relevante programmer i Norges forskningsråd.

De fleste utviklingstrekk og framskrivninger tyder på at morgendagens brukere blir flere enn før; de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt omsorgsbehov. De nærmeste årene er det sannsynligvis tallet på brukere i aldersgruppen 67–79 år som vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer om 10–15 år.

Det legges vekt på å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. Det framholdes at det er viktig å utløse alle de ressursene som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet.

Blant tiltak som nevnes i en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet er:

- ytterligere satsing på opplæring av frivillighetskoordinatorer i regi av Verdighetssenteret i Bergen,
- utvikling av nettverks- og nærmiljøarbeid som metode for å fremme frivillig innsats i omsorgstjenestene og skape gode og fellesskapsorienterte lokalsamfunn,
- bruk av arenaene for frivillighet i omsorgssektoren,
- en nasjonal sertifiseringsordning for livsgledeesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre,
- drive forskning og kunnskapsutvikling om frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet.

Det legges vekt på ideelle tjenesteleverandører som innovatører, samvirke som mulighet og samspill med næringslivet.

Det pekes ut tre områder som noen av omsorgstjenestenes viktigste utfordringer og muligheter:

- Aktiv omsorg
- Hverdagsrehabilitering
- Omsorg og død

Regjeringen ønsker å videreutvikle samarbeidet som er etablert mellom kultursektoren og omsorgstjenestene gjennom Den kulturelle spaserstokken, og som bidrar til gode kulturopplevelser i hverdagen.

Regjeringen ønsker å videreutvikle satsingen på rehabilitering, aktivisering, mestring med personlige mål og stimulering av kommunene til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering.

For å heve kvaliteten, kunnskapen og kompetansen innen lindrende behandling, vil regjeringen legge til rette for økt involvering av pårørende og utvikling av et opplæringsprogram for ansatte i omsorgstjenestene.

ten som skal gi grunnleggende kompetanse i lindrende behandling.

For å bidra til faglig omstilling i omsorgstjenesten vil regjeringen ha fokus på følgende målsettinger:

- Heve det faglige kompetansenivået i omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke andelen personell med høyskoleutdanning og legge til rette for internopplæring.
- Skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid.
- Styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.

Regjeringen vil videreføre dagens tilskuddsordning i Husbanken til sykehjem og omsorgsboliger, og utrede om kravene i ordningen kan tilpasses for å gi rom for utbygging av trygghetsboliger.

Regjeringen setter i gang et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi, som skal bidra til at velferdsteknologi er en integrert del av tjenestetilbudet innen 2020.

Regjeringen vil utrede en ordning for forskning, utvikling og innovasjon, med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og bolig-løsninger.

Historie, utviklingstrekk og framtid

De offentlige omsorgstjenestene har en kort historie, slik vi kjenner dem i dag. På førti år har disse tjenestene vokst fra vel 20 000 årsverk til mer enn 120 000 årsverk. Fra i hovedsak å være eldreomsorg, er omsorgstjenesten i dag et tilbud til brukere i alle aldersgrupper med et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og tilstander.

I perioden fra 1965 til 1980 ble antall mottakere av hjemmesykepleie mer enn tredoblet fra 24 000 til 75 000 mottakere. Mottakere av hjemmehjelp økte fra vel 13 000 i 1965 til vel 98 000 i samme periode. Tallet på mottakere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp fortsatte å vokse på 80-tallet, men i en lavere takt enn i det foregående tiåret. Hjemmetjenestene har på 2000-tallet blitt mer og mer konsentrert om dem som har det største hjelpebehovet. Antall beboere i institusjon økte fram til rundt 1990. Etter det har antallet beboere i ulike institusjoner gått ned, samtidig som mottakere av hjemmetjenester og omsorgsboliger har hatt betydelig vekst.

Ved utgangen av 2011 mottok i overkant av 268 000 personer omsorgstjenester i en eller annen form. Nær fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Nesten alle nye ressurser som er satt inn i sektoren de siste 20 årene, har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. De største end-

ringene i de kommunale omsorgstjenestene de siste tiårene har først og fremst skjedd i hjemmetjenestene. Retningen går fra institusjon til hjemmetjenester og fra praktisk bistand til helsetjenester.

Antall utførte årsverk har økt fra vel 20 000 årsverk i 1971 til nesten 130 000 årsverk i 2011. Mens to tredeler av årsverkene i omsorgstjenestene var knyttet til institusjonsomsorg for 25 år siden, er andelen årsverk nå størst i hjemmetjenestene.

Det er store variasjoner i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester, i hva slags boformer kommunene benytter til mennesker med behov for heldøgns tjenestetilbud. For hele landet er dekningsgraden 28 heldøgns omsorgsplasser i prosent av befolkningen 80 år og over, hvorav 18,5 plasser er i sykehjem.

Hjemmetjenestene er blitt mer medisinsk rettet og prioriterer helse framfor sosiale tjenester. Utfasingen av aldershjemmene og utbyggingen av sykehjemmene har samtidig bidratt til at medisinsk behandling og sykepleie har fått en langt mer sentral plass også i institusjonsomsorgen.

Regjeringen ønsker å bidra til en bedre balanse mellom behandling og forebygging og mellom pleie og habilitering/rehabilitering. Det framholdes at framtidens omsorgstjeneste må legge større vekt på aktiv omsorg og opptrening gjennom fysisk, sosial og kulturell aktivitet for å møte nye yngre brukergrupper med behov for personlig assistanse og nye generasjoner eldre. Det vil kreve større faglig bredde med annen kompetansesammensetning og andre faglige tilnærminger og arbeidsmetoder enn i dag.

Det redegjøres i meldingen for Omsorgsplan 2015 og for ulike planer og tiltak som har betydning for denne.

Det orienteres om framskrivninger med hensyn til demografi, årsverksbehov og omsorgsbehov.

Antall personer over 67 år vil mer enn fordobles fra 2000 til 2050. Antall personer 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 350 000 i 2030 og nesten 570 000 i 2050. Helt fra 1950 har det vært relativt høy vekst av antall eldre, særlig eldre over 80 år. De neste 15 år vil bli preget av mindre vekst og reduksjon. Deretter vil tallet på eldre over 80 år gjennomgå en sterk vekst i perioden 2020–2035 med opp til sju prosent årlig vekst.

Det er i dag om lag 70 000 personer med demens i Norge, og om lag 250 000 personer – både syke og pårørende – er berørt av sykdommen. Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens. 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 140 000 innen en periode på 25–30 år.

I nær framtid vil det bli flere eldre med innvandrerbakgrunn i Norge. Det understrekes at omsorgstje-

nestene må tilrettelegges på en måte som sikrer at disse brukerne får gode og tilstrekkelige tjenester.

I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.

Framskrivninger viser at antall årsverk i omsorgssektoren kan øke med nærmere 50 prosent eller om lag 60 000 årsverk fram til 2030 og mer enn fordobles fram til 2050. Det understrekes at underdekning av helse- og sosialfagutdannet personell kombinert med økt rekrutteringsbehov vil medføre at det i perioden etter 2020 vil bli nødvendig å rekruttere bredere, etter personell med annen bakgrunn. Samtidig viser dette nødvendigheten av å investere ekstra i velferdsutdanningene i årene som kommer.

Hvordan sykkelighet og funksjonsevne påvirker omsorgsbehov blir drøftet.

Det uttales at i stedet for en økning av standarden på tjenestetilbudet, bør de mulighetene den demografisk sett stabile perioden fram til 2020 gir, først og fremst benyttes til å forberede omsorgstjenestene på de framtidige omsorgsutfordringene. Større vekt på innovasjon og utvikling, en faglig og bygningsmessig opprustning og omstilling av tjenestetilbudet, økt bruk av velferdsteknologi, økt realisering av samfunnets omsorgsressurser vil forbedre ressursutnyttelsen og bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste også i framtida.

Det påpekes at det vil være en stor utfordring i årene framover å bygge ut kapasiteten for det samlede tilbudet av heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger for å møte den sterke økningen i behovet for omsorgstjenester som kommer om 10–15 år.

I 2011 besto omsorgstjenestenes heldøgns omsorgstilbud av om lag 63 000 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på om lag 41 000 plasser i institusjon og 22 000 beboere i boliger med heldøgns bemanning. Framskrivning viser at behovet for heldøgns omsorgsplasser vil kunne øke med nesten 15 000 fram mot 2030 og 45 000 fram mot 2050.

Gjennomsnittskostnaden for en heldøgns omsorgsplass i sykehjem nærmer seg en million kroner i året. Det påpekes at det vil være en innovasjonsoppgave for kommunene å prøve ut om en alternativ bruk av et slikt beløp kan gi andre og bedre løsninger for den enkelte.

Samfunnets omsorgsressurser

Det understrekes at store omsorgsutfordringer i tiårene som kommer vil kreve at en tar i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter. Det framholdes at den største omsorgsressursen ofte ligger hos brukerne selv, og at aktivisering og hjelp til selvhjelp kan bidra til kvalitativt bedre resultater for brukerne og bedre utnyttelse av samfunnets samlede

ressurser. Regjeringen vil vektlegge aktivitet, deltagelse og mestring som sentrale elementer i utviklingen av framtidens helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen vil i det videre arbeidet med Kompetanseløftet 2015 ha økt fokus på mangfold og likestilling og utvikle tiltak for å øke ansattes kunnskap om ulike kulturer, legge til rette for bedre språkopplæring og bidra til økt rekruttering av ansatte med minoritetsbakgrunn.

Det pekes på at lærings- og mestringssentrene har en viktig funksjon, og på den betydning som selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid har. Det skal videre utvikles verktøy for beslutningsstøtte for å hjelpe pasienter og brukere til aktiv medbestemmelse.

Det vises til at regjeringen har sendt på høring et forslag om at personer med varig og stort behov for praktisk bistand og opplæring skal få rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA), med samme brukerrettet tid som ved tilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven om praktisk bistand og opplæring.

I arbeidet med utforming av framtidige helse- og omsorgstjenester legger Helse- og omsorgsdepartementet stor vekt på dialog og informasjonsutveksling med brukere av tjenestene. For å bidra til dette har departementet opprettet Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten.

Det drøftes i meldingen hva det vil innebære at det vokser fram en ny ressurssterk seniorgenerasjon.

Forskning anslår at det i dag utføres om lag 100 000 årsverk i den uformelle og i all hovedsak familiebaserte omsorgen. Denne innsatsen er fortsatt nesten på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten, som utgjør om lag 130 000 årsverk.

Regjeringen vil utforme en politikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og som gir økt likestilling og mer fleksibilitet. Regjeringen legger fram et program for en aktiv og framtidigrettet pårørendepolitikk som:

- synliggjør, anerkjenner og støtter pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver,
- bedrer samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrker kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet,
- legger til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer.

I første fase av programperioden legges det vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende:

- fleksible avlastningsordninger
- pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning
- samspill og samarbeid
- forbedring av omsorgslønnsordningen
- forskning og utvikling

I neste fase av programmet utredes spørsmål om endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene.

I 2011 utførte menn 11,6 prosent av alle årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste. Det er en økning på 1,3 prosent fra 2007 og på 0,3 prosent sammenlignet med året før. Det framholdes at menn kanskje representerer den største unyttede ressursen i omsorgstjenesten, og at det er urealistisk å tenke seg at framtidens omfattende omsorgsoppgaver vil kunne løses uten at den mannlige halvpart av befolkningen i større grad lar seg rekruttere til helse- og omsorgsyrkene og inntar omsorgsarenaen. Det vises til at Trondheim kommune har gjort et av de mest vellykkede forsøk på å rekruttere menn til omsorgssektoren. Regjeringen ønsker å bygge videre på erfaringene fra Trondheim kommune og gjøre Menn i helse og omsorg til et landsomfattende prosjekt, i første omgang som en del av Kompetanseløftet i Omsorgsplan 2015. Samtidig inviteres kommuner, utdanningsinstitusjoner og organisasjoner til å sette rekruttering av menn høyt på sin dagsorden og komme opp med tiltak som kan bidra til bedre kjønnsbalanse på arbeidsplassene i helse- og omsorgssektoren.

Målet for regjeringens frivillighetspolitikk er å støtte aktivt opp under et levende sivilsamfunn og legge til rette for deltakelse som faller utenfor organisasjonslivet, gjennom å forbedre rammevilkårene for frivillig sektor, ha økt fokus på lokal virksomhet og lavterskelaktivitet, oppmerksomhet på mangfold og inkludering, og mer kunnskap og forskning. Regjeringen vil utvikle en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal ferdigutvikles og konkretiseres i dialog med kommunesektoren og i samarbeid med Frivillighet Norge. Strategien skal ta utgangspunkt i følgende elementer:

- mobilisering, organisering og koordinering
- nettverksarbeid
- arenaer for frivillighet
- livsgledesykehjem
- kunnskap og forskning

Regjeringens politikk for å styrke ideell sektor har flere elementer. Ett element er avtaler for å styrke samarbeidet mellom offentlig og ideell sektor, slik som regjeringens samarbeidsavtale med ideell sektor om statlige helse- og sosialtjenester, og den videre oppfølgingen av samarbeidsavtalen som er inngått

mellom ideell sektor og KS. Et annet element er de juridiske rammevilkårene for ideell sektor. Regjeringen ønsker å bidra til å snu utviklingen der ideelle aktørers andel av tjenesteytingen er synkende.

For regjeringen er samspillet med ideell sektor viktig i utviklingen av velferdsstaten. Regjeringen har forventninger til ideelle aktørers innovative tilnærming til helse- og omsorgssektoren og ser dette samarbeidet som én av flere muligheter til å mobilisere frivillige og nærmiljøet.

Regjeringen er opptatt av å utnytte det handlingsrommet som EØS-regelverket i dag gir ved kjøp av tjenester fra ideelle aktører.

Det pekes i meldingen på de muligheter som samvirkeforetak og sosiale entreprenørskap representerer.

For å utnytte næringslivet som ressurs i helse- og omsorgssektoren vil regjeringen legge til rette for en politikk som:

- utvikler nye tilbud i grenseflaten mellom omsorgstjenesten og næringslivet,
- styrker omsorgssektorens rolle som en kompetent og krevende bestiller,
- utvikler omsorgstjenesten som eksportartikkel,
- bidrar til utvikling av seniormarkedet.

Ressursorienterte arbeidsmetoder og faglig tilnærming

Det vises til at regjeringen har startet en omfattende utbygging av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Regjeringen har et mål om å lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagtilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut.

Regjeringen ønsker å videreutvikle og styrke samarbeidet som er etablert mellom kultursektoren og omsorgstjenestene gjennom Den kulturelle spaserstokken. For å bidra til at metoder spres og i større grad benyttes i behandling og pleie, skal det etableres et kompetansemiljø som kan ha ansvar for utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak. Det foreslås at Levanger kommune blir tildelt ansvaret for å være et nasjonalt kompetansesenter innen kultur, helse og omsorg i samarbeid med de forsknings- og kompetansenettverk som er etablert.

Regjeringen vil bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. Regjeringen har fra 2013 etablert en satsing på hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Formålet er å legge til rette for utvikling og utprøving av modeller som er tilpasset omsorgstjenesten med hensyn til ansvar, organisering og kompetansesammensetning. Regjeringen vil anbefale alle landets kommuner å vurdere ulike modeller og varianter av hverdagsrehabilitering tilpasset egen kommune. Regje-

ringen tar sikte på å etablere en ytterligere satsing med fokus på rehabilitering, aktivisering, mestring med personlige mål, som skal stimulere kommunene til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering. Satsingen skal følgeevalueres for å dokumentere effekter for brukerne og for kommunene. Erfaringene skal deretter spres videre til andre kommuner. Det understrekes at det er behov for videre kunnskapsformidling, veiledning og kompetanseoppbygging i kommuner som vil innføre hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som arbeidsmetode og tankesett.

Det framholdes at det er behov for økt kunnskap om god lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og for å styrke lindrende behandling og gi bedre omsorg til barn og deres pårørende ved livets slutt.

For å bidra til faglig omstilling i omsorgstjenesten vil regjeringen ha fokus på følgende målsettinger:

- heve det faglige nivået i omsorgstjenesten, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning,
- skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid,
- styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.

Regjeringen vil prioritere utdanningstilbud med spesiell vekt på rehabilitering, habilitering, miljøterapi, geriatri, gerontologi, palliasjon og demens. Satsingen vil i første omgang bli knyttet til de tiltak som allerede ligger i Kompetanseløftet 2015. Regjeringen ønsker i tillegg å heve kompetansen på innovasjon og utvikling og på innføring og bruk av velferdsteknologi.

For å styrke kunnskapen og kompetansen innen lindrende behandling vil regjeringen utvikle et opplæringsprogram for ansatte i omsorgstjenesten som skal gi grunnleggende kompetanse i lindrende behandling. Målet er god omsorg og behandling av den enkelte og deres pårørende.

Regjeringen vil bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom blant annet en sterkere vektlegging av rehabilitering, forebygging og tidlig innsats.

For å bidra til implementering av ny viten, nye løsninger og nye innovasjoner ønsker regjeringen å bygge videre på infrastrukturen for fag- og kompetanseutvikling og forsterke omsorgstjenestens regionale forsknings- og utviklingsstruktur som en del av et helhetlig innovasjonsprogram.

Det framholdes at alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan. Resultatet av en individuell planprosess skal være at tjenestemottakeren får et individuelt

tilpasset tjenestetilbud som de selv har vært med på å utforme.

Det understrekes at sykehjemmene og andre deler av omsorgstjenestene bør bli mer åpne for et tettere samspill med pårørende, venner og andre frivillige.

Regjeringen har varslet at deltidsansatte skal få en lovfestet rett til en stillingsandel som står i stil med hvor mye de faktisk jobber. Regjeringen fremmer flere lovforslag som skal bidra til at de som ønsker det, skal få arbeide mer.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en omsorgstjeneste med den nødvendige respekt for brukeres privatliv og integritet. Regjeringen vil gå i dialog med KS og de ansattes organisasjoner for å se på mulighetene for å utvikle modeller for omsorgstjenester der brukeren så langt det er mulig bevarer kontrollen over eget liv.

Det understrekes at for å bidra til systematisk kvalitetsheving, faglig oppdatering og bygge opp robuste faglige miljøer, er det nødvendig med tettere og bedre samhandling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet vil utvikle en veileder om innholdet i veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten har for å bidra til kunnskaps- og kompetanseutvikling i kommunene.

Boligressurser og omgivelser

Norge universelt utformet 2025 er regjeringens sektorovergripende handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet for perioden 2009–2013.

Regjeringen vil utrede hvordan velferdsteknologi eventuelt kan integreres i framtidige byggtekniske krav, og utvikle et indikatorsystem for å måle tilgjengelighet og universell utforming i bygninger, anlegg og uteområder.

Regjeringen ønsker å bygge morgendagens løsninger på noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små bofellesskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi og har alle nødvendige bofunksjoner (bad, toalett, kjøkkenkrok, soverom og oppholdsrom) innenfor privatarealet, tilrettelagt både for beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder

og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.

Regjeringen vil utrede en ordning for å avsette midler til forskning, utvikling og innovasjon med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og boligløsninger.

Regjeringen vil sette i gang et utredningsarbeid om finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer. Formålet med utredningen er å legge til rette for et rettferdig og forutsigbart betalingssystem for brukerne og avklare ansvarsforhold mellom staten og kommunesektoren.

Velferdsteknologi – en ny ressurs

Det framholdes at bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på flere måter åpner et mulighetsrom. Det gir mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse og bidrar til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Teknologi som skaper større trygghet hos brukeren, kan også avlaste pårørende for unødvendig bekymring.

Det understrekes at teknologi aldri vil kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet.

Det skal etableres et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet skal medvirke til at det utvikles og innføres velferdsteknologiske løsninger som styrker brukernes selvstendighet, egenmestring og sosiale deltakelse, og skaper større trygghet for brukere og pårørende. I tråd med Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetjenesten og næringslivet.

Økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag
- øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring
- øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettsverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparat

Helsedirektoratet vil få hovedansvaret for å gjennomføre teknologiprogrammet som en del av Omsorgsplan 2020. Det forutsettes at Helsedirektoratet i

gjennomføringen av programmet samarbeider med InnoMed og det kompetansesenteret som skal etableres som en del av den helhetlige kommunale innovasjonsstrategien.

Programmet vil bestå av følgende innsatsområder:

- Etablering av åpne standarder for velferdsteknologi
- Utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene
- Kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger
- Utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi
- Kompetanseheving

Innovasjon i omsorgsfeltet

Det framholdes at innovasjonsarbeidet i omsorgssektoren bør skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing, der en finner løsninger i mellomrommene mellom helse- og omsorgstjenestene og de øvrige kommunale sektorene, mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn, mellom kommuner og helseforetak, og mellom kommuner, næringsliv, forsknings- og utdanningsmiljøer.

For å skape en bred arena for dialog mellom helse- og omsorgstjenestene, akademien, næringslivet og profesjonsforeningene vil Helse- og omsorgsdepartementet etablere et dialogforum, HelseOmsorg21. Målet er å skape en helhetlig tenkning rundt satsingen på helse- og omsorgskunnskap og teknologi. Forumet skal koble myndigheter, tjenestene, næringslivet og forskningsmiljøer nærmere sammen, og foreslå tiltak til utvikling av en bred og samlet strategi for forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgsfeltet.

Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som tar sikte på å utforme nye løsninger for framtidens omsorg, sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer som er tilpasset morgendagen. Det forutsettes at programmet legger grunnlag for statlig og kommunal planlegging på helse- og omsorgsområdet med særskilte virkemidler for perioden fram til 2020. En samlet innovasjonsordning skal støtte og stimulere kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på helse- og omsorgsfeltet med følgende elementer:

- forsterke den regionale forsknings- og utviklingsstrukturen for omsorgstjenesten,

- involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner på nasjonalt nivå,
- styrke innsatsen for forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene, og relevante programmer i Norges forskningsråd.

Komiteens merknader

Innledning

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Håkon Haugli, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Thor Lillehovde, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønnaas Kjos og Morten Stordalen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Line Henriette Hjemdal, mener at Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg er svært viktig og må bli retningsgivende for utviklingen av omsorgstjenestene fremover. Komiteen mener at en sterk og velfungerende offentlig sektor er bærebjelken i velferdssamfunnet vårt. Komiteen er like fullt enig i meldingens fokus på at en god velferdstjeneste er avhengig av at alle tar ansvar og deltar aktivt i fellesskapet. Alt kan ikke overlates til offentlige ordninger og profesjonelle fagutøvere alene. Aktivt medansvar – enten formelt gjennom frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner eller uformelt gjennom familie og sosialt nettverk – bidrar til å skape tillit og solidaritet mellom generasjoner. Komiteen mener dette er verdier som utvikling av fremtidens omsorgstjenester må bygge videre på.

Komiteen vil påpeke at fremtidens omsorgstjenester innebærer en videreutvikling av Samhandlingsreformen, der intensjonene har vært å styrke helse- og omsorgstilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig innsats, bedre samhandling og at behandling gis på lavest mulig nivå. Komiteen mener, i tråd med Samhandlingsreformen, at slik desentralisering av omsorgstjenester bare kan bli vellykket dersom samfunnet også desentraliserer kompetanse og fagfolk, og at kommunene økonomisk gjøres i stand til en slik satsing. Komiteen vil også understreke at fremtidens omsorgsløsninger må legge til rette for bedre samhandling mellom fastlegene og det kommunale omsorgstilbudet.

Komiteen viser til at undersøkelser tyder på at behovet for fysisk, sosial og kulturell aktivitet er dårligere ivare tatt i dagens tilbud enn grunnleggende oppgaver som omsorg og pleie. Komiteen mener dette viser nødvendigheten av å videreutvikle Samhandlingsreformen i retning av mer aktiv omsorg,

forebygging og rehabilitering og ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder inkludert bedre tilrettelegging for frivillige og pårørendes innsats.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at det offentlige skal ha ansvar for og drifte pleie- og omsorgstjenestene til befolkningen, men at ideelle aktører og frivillig sektor vil være gode og viktige samarbeidspartnere også i framtiden. Gjennom en tydelig, offentlig modell kan samfunnet sikre at ressursene i sin helhet kommer pasienter og brukere til gode, at det skapes forutsigbarhet i tjenestetilbudet, og at ressursene fordeles rettferdig.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at erfaringene med utstrakt kommersialisering av pleie- og omsorgstjenestene viser at dette ikke gir bedre tjenester, og at tjenestene heller ikke kan utføres billigere uten at det går ut over lønns- og pensjonsvilkår for de ansatte. Dette flertallet vil spesielt peke på forskning som er gjort i vårt naboland Sverige, som viser at stadig større og færre helsekonsern med adresse i skatteparadis driver den konkurranseutsatte delen av pleie- og omsorgsfeltet i landet. Dette bidrar til at betydelige beløp bringes ut av landet uten at de skattlegges, noe som etter dette flertallets mening er svært uheldig.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti hadde store forventninger til Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens Omsorg som ble lansert 19. april. Denne ble det henvist til i flere av regjeringens partienes kapitler i Innst. 11 S (2012–2013) til statsbudsjettet for 2013, og mange hadde sett frem til at denne stortingsmeldingen skulle komme, men forventningene ble ikke innfridd.

Disse medlemmer tillater seg derfor å påpeke elementer de mener kan bli utfordrende i nettopp morgendagens omsorg i denne forbindelse. Allerede i innledningen påpekes det i meldingen at dette er

«ment å være en mulighetsmelding for omsorgsfeltet. Den skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse.»

Etter disse medlemmers syn er meldingen nærmest full av tips til hva kommunen, frivillige og næringslivet kan bidra med solidarisk som medborgere, uten å komme med konkrete tiltak fra regjeringens side for hvordan denne skal løse utfordringene

som kommunene har fått i forbindelse med for eksempel Samhandlingsreformen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser i forbindelse med at meldingen tar for seg «åtte prinsipper for en god omsorgstjeneste», og at omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn, til Fremskrittspartiets forslag Dokument 8:155 S (2010–2011), jf. Innst. 196 S (2011–2012), om en fremtidsplan for å sikre en valgfri og verdig eldreomsorg for alle, hvor regjeringspartiene gikk imot forslaget. Forslaget inneholdt 27 punkter som gikk på å bedre eldreomsorgen. I Innst. 196 S (2011–2012) hevder regjeringspartiene blant annet at stykkprisfinansiering kan skape unødvendig byråkratisering og rigide diagnostiserings- og rapporteringssystemer, men har på disse årene med regjeringsmakt altså ikke fremmet et alternativ som vil kunne bidra til å styrke nettopp morgendagens omsorg for denne gruppen mennesker som ofte fremstår som både syke og sårbare. Disse medlemmer etterspør helhetlig menneskesyn for den eldste gruppen syke og omsorgstrengende mennesker. Utfordringene vi vil møte i nær fremtid, som meldingen i liten grad nevner, er gruppen eldre med etnisk minoritetsbakgrunn som vil øke sterkt i årene som kommer. Flere eldre med ulik minoritetsbakgrunn vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, og det er behov for ytterligere kompetanse hos helsepersonell for å kunne håndtere disse utfordringene. Disse medlemmer registrerer at mulighetsmeldingen ikke tar for seg hvordan man ser for seg at disse menneskene skal møtes i omsorgstjenesten.

Disse medlemmer viser til at eldreomsorgen har vært et meget sentralt tema i alle valgkamper i mer enn 30 år, både lokale og nasjonale. I den samme perioden har vi hatt vekslende regjeringer og ulike statsråder. På tross av dette er eldreomsorgen fortsatt gjenstand for stor debatt, grunnet meget betydelige utfordringer hva gjelder fremtidige behov, kvalitet på omsorgen som gis, demografiske utfordringer og geografiske forskjeller. Disse medlemmer synes det er et stort paradoks at verdens per capita rikeste land har en jevn nyhetsdekning i mediene om store problemer og elendighet i sitt eldreomsorgssystem. Disse medlemmer finner at situasjonen er en helt naturlig konsekvens av et sosialistisk system som rasjonerer eldreomsorgstilbudet basert på reelt sett rammebevilgninger, og da rammer som er for små og som fritt kan brukes til andre formål til foretrengsel for omsorg til pleietrengende eldre. Når det ikke er automatikk i at det stilles midler til rådighet i takt med et voksende behov og en voksende eldrebefolkning, må køer, ventelister og høyere terskler for hjelp bli resultatet.

Disse medlemmer forsøkte derfor på nytt å fremme flere forslag om de nødvendige systemendringer som etter disse medlemmers syn må til for å oppnå en verdig og valgfri eldreomsorg for alle. Disse medlemmer mener at eldre pleietrengende som lever i Norge, må tilbys trygghet og juridisk rett til behovsstyrte og valgfrie tjenester basert på brukernes premisser.

Derfor foreslo disse medlemmer en drastisk omlegging av prinsippet for finansieringen av eldreomsorgen – fra hvilke midler som stilles til rådighet til at det skal være de pleietrengendes reelle behov for tjenester som skal styre finansieringsomfanget og betalingssystemet.

Systemet som disse medlemmer foreslo, var: Når en pleietrengende eldre person får godkjent av et myndighetsorgan et behov for hjemmehjelp, hjemmesykepleie, omsorgsbolig, sykehjemsplass eller andre tjenester, plikter staten å betale for slike tjenester til den av myndighetene godkjente leverandør av tjenesten som den pleietrengende eldre, pårørende eller verge selv velger, basert på et fastsatt system for egenandel og betalingssatser. I et slikt system vil pengene komme automatisk når et godkjent behov for en tjeneste fremkommer, på samme måte som betaling av sykepenger, arbeidsledighetstrygd, uførepensjon, alderspensjon, svangerskapspermisjon, tildeling av trygdebiler, medisiner på blå resept og diverse andre ordninger hvor det er behovet som styrer hvor mye penger som blir brukt.

Eldreomsorgen i Norge har vært under kontinuerlig debatt siden 1984, da lov om kommunehelsetjenesten trådte i kraft, og en har kunnet registrere at kommunenes ansvar for omsorgsoppgavene har blitt ivaretatt svært forskjellig fra kommune til kommune. Vekslende regjeringer har lagt frem handlingsplaner og forslag til endringer, men situasjonen i eldreomsorgen og kritikken mot det kommunale tilbudet har ikke stilnet eller endret seg vesentlig. Økte bevilgninger til kommunene, som blir gjenstand for kommunestyrers og kommuneadministrasjoners prioriteringer, fører ofte ikke til tilstrekkelig satsing på eldreomsorg.

Antallet eldre over 67 år har vært økende, og særlig antallet eldre over 80 år bidrar til et økende behov for pleie- og omsorgstjenester.

Et hovedmål for eldreomsorgen har vært at eldre skal kunne bli i sine egne hjem så lenge det lar seg gjøre ut fra helsetilstand og omsorgsbehov, og så lenge den enkelte eldre selv føler seg trygg og ønsker å bli i eget hjem. Imidlertid har sykehjemsdekningen vært utilfredsstillende, og ventetidene har i mange kommuner vært lange. Kriteriene for å bli vurdert som potensiell sykehjemsbruker har vært varierende, og i mange tilfeller er terskelen gjort meget høy slik

at enkelte kommuner har kunnet hevde å ha full sykehjemsdekning.

Frem til 1980 eksisterte det en statlig refusjonsordning for institusjoner under sykehusloven hvor staten, over trygdebudsjettet, refunderte institusjonens utgifter (75 prosent frem til 1977 og deretter 50 prosent frem til 1980). Dette var en ordning som virket meget positiv, og det kom automatisk mer penger når behovet for tjenestene vokste. Således gikk utgiftene opp i takt med behovet. Da grep Finansdepartementets folk inn. Refusjonsordningen ble opphevet i 1980 da det ble innført en rammefinansieringsordning for institusjonshelsetjenesten, slik at det ikke lenger var pasientenes behov som var utgangspunktet, men den av Finansdepartementet stilte økonomiske ramme.

Fra 1. januar 1989 fikk kommunene også adgang til å kreve betaling for korttidsopphold ved sykehjemmene. Frem til 1. januar 1995 var det imidlertid forskjellig finansiering av helsetjenester i alders- og sykehjem. Forskjellen besto i at helsetjenester ble dekket av folketrygden i aldershjem, men av den enkelte kommune i sykehjem. Etter denne dato overtok kommunen ansvaret for helseutgiftene også i aldershjem. Den omlegging som har skjedd de senere årene for institusjonene ved at de finansieres dels av kommunale skatteinntekter og dels av statlige rammeoverføringer gjennom inntektssystemet, og ikke som tidligere gjennom refusjonsordninger, bidrar til en mer ubunden prioritering og dimensjonering av ulike tjenestetilbud i kommunene. Statlige myndigheter har mindre mulighet til å øve innflytelse over kommunale prioriteringer enn gjennom refusjonsordninger. Statens virkemidler er i dag først og fremst bruk av ulike øremerkede tilskuddsordninger (NOU 1997:17).

I Dokument nr. 8:26 (1989–1990) la stortingsrepresentant John I. Alvheim frem forslag om å bevilge 1 mrd. kroner for å bedre eldreomsorgen i kommunene. Flertallet, Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet, bidro i Innst. S. nr. 129 (1989–1990) til Dokument nr. 8:26 (1989–1990) og St.prp. nr. 72 (1989–1990) til en økning i kommunenes inntekter, forutsatt brukt til eldreomsorgstjenester, på et tilsvarende beløp. I 1994 fikk vi en aksjon, organisert av eldre mennesker og pårørende til eldre pleietrengende – Landsaksjonen for en bedre eldreomsorg – med formål å arbeide for en bedre eldreomsorg i hele landet og sikre eldre en verdig alderdom.

I forbindelse med behandlingen av trontaledebatten i 1996 vedtok Stortinget, etter et forslag fra stortingsrepresentant Carl I. Hagen (Fremskrittspartiet), å be regjeringen legge frem en stortingsmelding med en plan for full sykehjemsdekning basert på enerom for dem som ønsket det. Dette ble fulgt opp i Budsjett-innst. S. nr. 11 (1996–1997) der Stortinget ba re-

gjeringen kostnadsberegne full sykehjemsdekning med enerom innen år 2001. Dette var bakgrunnen for den handlingsplanen for eldreomsorgen som ble lagt frem i St.meld. nr. 50 (1996–1997). Gjennom mange år har tallrike rapporter fra offentlige etater, organisasjoner og fagpersonell pekt på mangler og underdekning av behovet i eldreomsorgen.

I St.meld. nr. 50 (1996–1997) la Regjeringen Jagland frem forslag til en 4-årig handlingsplan for utbygging av en helhetlig pleie- og omsorgskjede som skulle ivareta brukernes behov. Dette innebar styrking av hjemmetjenestene, fortsatt satsing på omsorgsboliger, flere plasser med heldøgns pleie og omsorg og utbygging av ensengsrom for alle som ønsket det. Planen var en oppfølging av det forslaget stortingsrepresentant Carl I. Hagen fremsatte under trontaledebatten den 16. oktober 1996. Planen hadde en økonomisk ramme på ca. 30 mrd. kroner i investerings- og driftstilskudd over flere år fra staten til kommunene. Alle midler ble øremerket, og det ble ført kontroll med at midlene skulle gå til institusjoner. I St.meld. nr. 34 (1999–2000) la regjeringen frem en evaluering av handlingsplanen for eldreomsorgen etter to år, som omhandlet erfaringene med planen så langt, eventuelt behov for justeringer i forhold til vedtatte måltall og innretning av virkemidler, samt forslag til tiltak etter at handlingsplanperioden utløp. Meldingen skisserte også et opplegg for hvordan behovene i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2002–2007 kunne møtes. Det ble presisert at det har vært et mål å gi kommunene mulighet til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud som er tilpasset lokale forhold og behov. Derfor påla ikke staten kommunene spesielle organisatoriske løsninger eller tjenestemodeller. Det ble imidlertid fremholdt at det var tatt i bruk virkemidler som skulle sikre en sterk statlig oppfølging og styring av innsatsen inn mot kommunesektoren i planperioden. I St.meld. nr. 31 (2001–2002) om avslutning av handlingsplanen for eldreomsorgen ble det pekt på at det var regjeringens oppfatning at kommunene hadde fulgt opp handlingsplanen, og at resultatene var i godt samsvar med de måltall som ble lagt til grunn da handlingsplanen ble vedtatt. Utbyggingen av boliger og sykehjems plasser skulle fortsette som planlagt ut 2005. De øremerkede driftstilskuddene ble lagt inn i de ordinære statlige overføringene til kommunene fra 2002. På investeringssiden ble handlingsplanen utvidet to ganger, slik at det også i 2002 ble gitt Husbanktilsagn om tilskudd til sykehjems plasser og omsorgsboliger, selv om søknadsfristen gikk ut i 2001. Det forelå mange søknader ved søknadsfristens utløp 1. oktober 2001. I St.meld. nr. 45 (2002–2003) om bedre kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene slo regjeringen fast at målet for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene var at den enkelte skal sikres tjenester

av god kvalitet. Det skulle fokuseres på kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet. I Innst. S. nr. 163 (2003–2004) til St.meld. nr. 45 (2003–2004) pekte en samlet komité på at det fortsatt ville være store utfordringer i norsk eldreomsorg, og at det nå var tid for å sette fokus på kvalitet og sikre brukerne større innflytelse over hvordan tjenestetilbudet utformes. Komiteen understreket også at det fortsatt var behov for økt kapasitet innen pleie- og omsorgstjenestene. Antallet personale og deres kompetanse påvirker både kvaliteten og kapasiteten i tjenestene. Det samme gjelder organiseringen av styring og ledelse av pleie- og omsorgstjenestene. Komiteen la også vekt på at en helt nødvendig forutsetning for at arbeidet med økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skulle ha den ønskede effekt, var at norske kommuner er i økonomisk stand til å ta de kostnadene som følger med. Handlingsplanen for eldreomsorgen varte i perioden 1998–2002 og førte til en kraftig oppbygging av omsorgsboliger; mer enn 30 000 nye omsorgsboliger og ca. 5 000 sykehjemsplasser ble bygget. Og i perioden 1998–2001 ble pleie- og omsorgstjenesten tilført mer enn 12 000 nye årsverk. Reformen ble imidlertid i det vesentlige en boligreform for eldre med et beskjedent omsorgsbehov. I de fleste omsorgsboligene finnes det ikke døgnkontinuerlig tilsyn, og boligen er basert på at man skal søke kommunens sosialtjeneste om bistand på samme måte som i eget tidligere hjem. For svært mange er dette ikke en tilfredsstillende løsning.

Handlingsplanen for eldreomsorgen hadde en ramme på ca. 30 000 mill. kroner. Handlingsplanen ble en boligreform som i mange kommuner har bidratt til en oppgradering av omsorgsboligtilbudet, og som har ført til at mange eldre med beskjedne omsorgsbehov har fått en bedre boligstandard, men ofte med høye kostnader for den enkelte.

Under valgkampen høsten 2005 var eldreomsorgen nok en gang et stort tema, og dagens regjeringspartier lovet å ordne opp i de uverdige forholdene. Statsministerkandidat Jens Stoltenberg uttalte at han ikke ville gi et øre i skattelette før eldreomsorgen skinte.

Fremdeles har Norge store problemer i eldreomsorgen.

Regjeringen har denne stortingsperioden lagt frem forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015, forslag til ny helse- og omsorgslov, samt forslag til ny folkehelselov. Disse medlemmer ser ikke at disse forslagene er egnet til å gi en bedre eldreomsorg da vesentlige forutsetninger mangler. Disse medlemmer er tvert imot bekymret for at de grepene regjeringen legger opp til, vil kunne føre til at eldre, syke og pleietrengende kan bli tapere i det nye systemet, og at disse pasientene og brukerne ikke

vil få behandling på det nivå eller i det omfang de har behov for.

Tall fra Statistisk sentralbyrå fra 2012 viser at det er et fallende antall institusjonsplasser for både sykehjem og aldershjem. Mens vi i 2000 hadde 42 876 slike plasser, er tallet for 2011 redusert til 39 833. Dette har skjedd samtidig med at det foreligger en målsetting om flere institusjonsplasser til våre svakeste eldre.

Samtidig som antallet institusjonsplasser viser nedgang, øker befolkningen over 80 år. Mens det i 2001 var 196 901 personer over 80 år i Norge, er tallet for 2011 21 153 personer. Det er positivt at vi stadig blir eldre, men det er viktig at omsorgssektoren utvikles i takt med befolkningsutviklingen. For 2011 viser tallene at det var 39 833 sykehjemsplasser. Dersom man skulle legge til grunn en dekningsgrad på sykehjemsplasser tilsvarende 25 prosent av eldre over 80 år, skulle antallet sykehjemsplasser være 55 250 med dagens befolkningstall. Dette innebærer at vi nå mangler 15 750 sykehjemsplasser. Det understrekes at disse tallene er det Helse- og omsorgsdepartementet som selv har dokumentert.

Det er liten tvil om at den demografiske utviklingen medfører en rekke utfordringer og behov for løsninger. Det er etter disse medlemmers syn nødvendig å foreta omfattende systemendringer for å imøtekomme fremtidens utfordringer knyttet til eldreomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at en Fafo-rapport fra 2011 «Eldreomsorg under press» helt klart viser at institusjonsomsorgen har blitt nedbygget de siste 20 årene, og særlig rammet har aldershjemmene blitt, noe som er en beklagelig utvikling. Hvis man ser på institusjonsdekning per 1 000 innbyggere over 80 år og eldre, har denne sunket fra 297 plasser i 1989 til 188 plasser 2006.

Dette har vært søkt erstattet gjennom hjemmebasert omsorg og omsorgsboliger, noe som ikke sikrer tilbudet til våre sykeste eldre. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at for de hjemmebaserte tjenestene har det vært en langt større økning for yngre brukere av disse tjenestene enn for eldre over 80 år. Dette betyr at vridningen av ressurser mot hjemmebaserte tjenester mer har vært en satsing på yngreomsorg enn det har vært på eldreomsorg.

Disse medlemmer mener det trengs et krafttak for å sikre et verdig omsorgstilbud til våre sykeste og mest omsorgstrengende eldre. Det må da bygges ut sykehjemsplasser som står i forhold til befolkningsutviklingen, og det må bygges ut aldershjemsplasser (omsorg+) for å skape et verdig tilbud til eldre som ikke lenger føler det trygt å bo hjemme.

Det er samtidig behov for et kvalitetsløft i sykehjemssomsorgen slik at den enkelte i større grad skal kunne få bestemme selv i egen hverdag, selv om man har en sykehjemsplass.

Kommunenes satsing på utbygging av hjemmebaserte tjenester de siste årene har ikke vært en satsing på eldreomsorg da det har vært en stor økning av yngre brukere av tjenestene.

I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) fremkommer det at nesten ni av ti nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til brukere under 67 år som mottar hjemmebaserte tjenester.

I en rapport fra NIBR «De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg» fra august 2010 fremkommer det blant annet at siden 1992 har hele nettoveksten i de hjemmebaserte tjenestene gått til brukere under 67 år. Antallet yngre brukere ble nesten tredoblet fra 20 000 i 1989 til 55 000 i 2006. Fra 2007 til 2009 har veksten blant yngre brukere vært større enn tidligere. Disse medlemmer mener dette viser at kommunenes prioritering av hjemmebaserte tjenester ikke har kommet eldreomsorgen til gode. Den tilsvarende nedbyggingen av kapasiteten i institusjonsomsorgen har rammet eldreomsorgen.

Disse medlemmer mener at økningen av yngre brukere av hjemmetjenester ikke skal gå på bekostning av eldreomsorgen. Det må derfor, under dagens system, øremerkes midler til eldreomsorg, og det må satses på utbygging av sykehjemsplasser med heldøgns pleie og omsorg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at professor dr. med. Peter F. Hjort i Senior 4 – 2007 uttalte: «Fra en stoisk holdning til å bære sin skjebne hos tidligere generasjoner av eldre, har vi fått en mer krevende holdning: Fiks problemet!» En slik utvikling vil kreve en bærekraftig økonomisk utvikling og utnyttelse av den totale faglige kompetanse i landet. Dersom ikke den private delen av helsetilbudet blir brukt, vil vi få en økende tendens til oppdeling av tilbudet i en A- og B-gruppe, de som har anledning til – og velger – privat egenbetalt helsehjelp, og de som må stå i kø for å få et offentlig tilbud.

Om fastlegetilbudet, slik det er organisert i dag, vil være i stand til å ta seg av fremtidens utfordringer, bør vurderes. Mye tyder på at mange fastleger har for lange pasientlister, og at akutt hjelpen ikke tas alvorlig nok.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at legedekningen i sykehjemmene må organiseres slik at også pasienter i eldreomsorgen får det nødvendige tilsyn av lege. Det er viktig at de

7,5 timer per uke som ligger i dagens avtaleverk med fastlegene, utnyttes av kommunene. Det er også behov for å vurdere ytterligere tiltak for å styrke legedekningen i sykehjemmene.

Forebyggende virksomhet er lønnsomt og har vært for lite vektlagt til nå. Disse medlemmer viser til forslag om å innføre en oppsøkende, forebyggende tjeneste i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at behovet for stadig økende bemanning innen eldreomsorgen blir et av de store problemene. En omlegging av turnusordninger, mer fleksibel arbeidstid og mindre stive holdninger hos helsearbeidere er tiltak som må vurderes. I dag arbeider altfor mange, særlig kvinner, i brøkstillinger i helsevesenet. Her er det betydelig arbeidskapasitet som ikke utnyttes.

Behovet for kompetanse og kvalifisert arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren vil øke betydelig i årene som kommer. Allerede i dag har vi en stor andel utenlandsk arbeidskraft og ufaglært arbeidskraft (assistenter). Disse medlemmer vil imidlertid berømme de ufaglærte for jobben de gjør, og mener disse utfører mye godt arbeid i pleie- og omsorgssektoren. Økt antall eldre med en rekke ulike diagnoser tilsier imidlertid økt behov for faglært kompetanse. Det er derfor nødvendig å legge til rette for at de ufaglærte i større grad kan få nødvendig formalisert utdanning, og det vil være høyst nødvendig å tilrettelegge for økt interesse for studiene innen helsefag, samt bidra til å heve statusen i pleie- og omsorgsyrene. Særlig bekymringsfullt er det at stadig flere sykepleiestudenter sier at de ikke ønsker å jobbe i kommunal sektor. Mangel på faglig utvikling og oppfølging, samt dårlig lønn og vanskeligheter med fast ansettelse og hele stillinger, er de tyngste ankepunktene mot jobb i sykehjem, hjemmesykepleien osv. Det vil i fremtiden derfor være svært viktig å heve statusen for disse yrkene, samt legge til rette for at vi får nok utdannet personale og langt flere fulltidsstillinger.

Det er etter disse medlemmers syn nødvendig å lage insentiver for å beholde de ressursene som allerede er i sektoren. Insentiver som disse medlemmer ser på som nødvendige, er lønnsbetingelser, turnusordninger, stillingsandel og fleksibilitet. Disse insentivene vil også være viktig for å rekruttere ytterligere kvalifisert personell, slik at arbeidskraften innenfor denne sektoren økes.

Videre er det et stort behov for å øke legekapasiteten i pleie- og omsorgssektoren. Disse medlemmer viser til St.meld. nr. 25 (2005–2006) hvor komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet foreslo en minstenorm på 1/80 leger, noe som ville vært omtrent en dobling i legedekningen fra dagens nivå.

Likelønnskommisjonen dokumenterte at like-lønnsutfordringen er særlig uttalt for de kvinnedom- nerte utdanningsgruppene i offentlig sektor. Lønns- gapet er på 20,5 prosent, og det er økende. Den til- nærmet monopolliknende situasjonen hvor hoved- vekten av tjenestene disse yrkesgruppene utfører skjer i offentlige virksomheter, fører til at en ikke får samme dynamikk i lønnsdannelsen som en ser i pri- vat sektor. I mange år har ulike regjeringer argumen- tert med at det er partenes ansvar å fremforhandle lønns- og arbeidsbetingelser, og de har dermed unn- latt å forholde seg til at disse yrkesgruppene gjennom flere år har sakkert akterut i lønnsutviklingen i sam- funnet. Samtidig er det stadig mer krevende å rekrut- tere personell til disse samfunnsviktige oppgavene. Det mest pessimistiske scenario gir 40 000 årsverk i manko i 2030, viser beregninger fra Statistisk sentralbyrå.

Det er, som tidligere vist, bevilget mange milliar- der kroner til kommunene siden 1989, da John I. Alv- heim fikk gjennomslag for å bevilge én ekstra milliard.

Allikevel er forholdene langt fra tilfredsstillende i mange av landets kommuner. Derfor burde kanskje også andre politiske partier vurdere om det er en sys- temfeil som må rettes opp for å oppnå en verdig og valgfri eldreomsorg for alle.

Komiteens medlemmer fra Frem- skrittspartiet, Høyre og Kristelig Fol- keparti viser til at daværende stortingsrepresentant Bjarne Håkon Hanssen under valgkampen i 2003 sa: «Målet må være at ingen eldre og syke opplever at deres grunnleggende rettigheter krenkes.» I nyttårs- talen sin 1. januar 2011 uttalte statsminister Jens Stoltenberg at: «Alle eldre skal få den hjelpen de trenger.» Den siste tiden har vi sett mange eksempler på at eldre ikke får den oppfølging som de har behov for.

Etterkomiteens medlemmer fra Frem- skrittspartiets mening krenkes de eldre sykes rettigheter hver eneste dag i Norge. Disse med- lemmer mener det er grunnlag for å si at denne gruppen ikke har eller kan få den rette kvalitet og ver- dighet knyttet til tjenestetilbudet, så lenge dette ikke er lovfestet med hensyn til finansiering, men overla- tes til kommunenes vurderinger, økonomiske situa- sjon og vilje til å prioritere dette området. Eldre sykes såkalte rettigheter er verdt lite eller ingenting i da- gens situasjon. Det er kun når retten er knyttet til ut- løsning av en betalingsplikt hos staten, at en rett til en ytelse som medfører kostnader, kan håndheves.

Det kan i denne sammenheng vises til de mange andre sosiale ordninger som bygger på de prinsipper som disse medlemmer tar opp her. Når en per- son av en lege erklæres som for syk til å arbeide, mot-

tar vedkommende sykepenger først fra arbeidsgiver og deretter fra folketrygden og Nav. Når en person av kompetent lege eller nemnd blir erklært for helt eller delvis arbeidsufør, vil vedkommende motta uføre- pensjon.

Disse medlemmer viser til at en rekke hø- ringsinstanser i forbindelse med forslaget til ny hel- se- og omsorgslov og Nasjonal helse- og omsorgs- plan for 2011–2015 omtaler den «stille reformen». Kommunene opplever at de blir pålagt stadig flere oppgaver uten at det medfølger nødvendige økono- miske virkemidler til å løse oppgavene. Flere hø- ringsinstanser tar til orde for øremerket finansiering av helse- og omsorgsoppgavene i kommunene, og ifølge oppslag i mediene har dette blitt noe Arbeider- partiet nå også vurderer, noe som illustrerer erkjen- nelsen av at dagens system ikke fungerer.

Disse medlemmer mener det er på tide at Stortinget vedtar at eldre, pleie- og omsorgstrengen- de brukere får en lovfestet rett til finansiering av på forhånd faglig begrunnede og godkjente, nødvendige omsorgs- eller pleietjenester.

Som tidligere påpekt, gir kommunale prioriterin- ger og vurderinger ikke godt nok grunnlag for innfri- else av lovfestede rettigheter når kommunene må sty- re innenfor faste økonomiske rammer. Det er derfor nødvendig å innføre et statlig ansvar for retten til fi- nansiering av nødvendig omsorg, uavhengig av bru- kerens bostedsadresse og den enkelte kommunes økonomiske situasjon og lokalpolitikernes priorite- ringer.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om så raskt som mu- lig og senest ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2014 å flytte finansieringsansvaret for eldreomsor- gen fra kommunene til staten gjennom folketryg- den.»

Allerede i april 1997 konkluderte et regjerings- oppnevnt utvalg med direktør Bjarne Jensen som le- der i sin innstilling NOU 1997:17 «Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester» med følgende:

«Det er en rekke svakheter ved dagens finan- sieringsordninger. Finansieringsordningene kan føre til uheldige vridninger i kommunenes planlegging ved at de velger det som er økonomisk mest lønn- somt framfor å vektlegge den enkelte brukers be- hov.»

Utvalget pekte på følgende elementer i finan- sieringsordninger for fremtiden:

«Finansieringsordningene bør fungere nøytralt, slik at det blir den enkelte brukers behov for tjenester

som regulerer tilbudet, og ikke kommunenes økonomiske tilpasning ut fra en lønnsomhetsbetraktning. Det bør i størst mulig grad være et likt system for hele landet. Finansieringsordningene må utformes slik at de ikke legger bindinger på kommunenes organisering eller prioritering av tjenestetilbudet. Betalingsordningene må inneholde skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med lav inntekt og/eller lav formue.

Ordningene bør synliggjøre de reelle kostnader knyttet både til botilbudet og pleietilbudet.

Ordningene bør virke slik at de kan bidra til å vri den kommunale ressursbruk fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Dette forutsetter en klargjøring av det personlige ansvaret for å dekke bokostnader og at det offentlige praktiserer dette slik at den enkelte tar hensyn til det, bl.a. i beslutninger om sparing og overføring av formue til arvinger før en blir pleietrengende.

De bør lette mulighetene for et samspill mellom offentlig og privat omsorg, spesielt muligheten for at ektefeller/samboerpar som ønsker det, kan bo sammen også i de tilfeller der den ene trenger intensiv pleie. Betalingsordningene bør være enkle å forstå og administrere.

De bør bidra til at brukerbetalingen i framtida kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til omsorgssektoren, og avklare på hvilke områder slik brukerbetaling vil være mest aktuelt.»

Disse medlemmer vil påpeke at Jensen-utvalgets konklusjon er i samsvar med de løsninger og forslag som Fremskrittspartiet har stått for siden Dokument nr. 8:11 (1985–1986) Om et behovsdirigert helsevesen, ble lansert.

Disse medlemmer har også merket seg signalene som omtales i meldingen, og som ble bekreftet under høringen av Pensjonistforbundet, om at kommuner spekulerer i å tildele sykehjems plass til høyinntektsgrupper, mens minstepensjonister tildeles omsorgsbolig som for disse utløser bostøtte. I den grad en slik praksis finner sted, så illustrerer dette det Jensen-utvalget og Fremskrittspartiet har hevdet, nemlig at dagens finansieringssystem fører til at kommunene velger det som er mest økonomisk lønnsomt for dem fremfor å vektlegge brukerens behov.

Som det tidligere er vist til, er det store kommunale forskjeller både innenfor hjemmetjenestene, sykehjemsdriften og øvrige pleie- og omsorgsområder. Disse medlemmer er av den oppfatning at pleie- og omsorgstjenestene er så viktige at de ikke kan være gjenstand for kommunale prioriteringer. Ved å statliggjøre finansieringsansvaret for dette området vil vi få et likeverdig og godt pleie- og omsorgstilbud til alle landets innbyggere, uavhengig av vedkommendes bostedsadresse. Det finnes en rekke eksempler på forskjellsbehandling mellom kommuner når det gjelder de fleste områdene innenfor pleie- og omsorgssektoren. Forskjellig prioritering knyttet til sykehjem er belyst tidligere.

Disse medlemmer vil videre påpeke de store kommunale forskjellene innenfor bruk av om-

sorgslønn, samt nivået på egenandeler knyttet til trygghetsalarm, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Dette viser etter disse medlemmers syn med all tydelighet behovet for en endret finansieringsordning, slik at alle innbyggere i Norge blir like mye «verd» og får det samme gode tilbudet uavhengig av egen økonomi og bostedsadresse.

Et annet viktig element ved å endre finansieringssystemet er de medisinske kostnadene som i dag er innenfor sykehjemmenes budsjetttrammer. Dette innebærer at enkelte sykehjem har svært store utgifter til medisiner på grunn av «tunge» pasienter med alvorlige diagnoser. Ved en statlig finansiering av dette vil det ikke være økonomiske forskjeller fra sykehjem til sykehjem, samtidig som man sikrer seg at den enkelte får tilbud om den beste medisinen, uavhengig av sykehjemets og kommunens økonomi og uten at det går ut over det øvrige institusjonstilbudet.

Disse medlemmer vil også påpeke det faktum at eldreomsorgen under dagens regime, der bevilgningene til eldreomsorgen i svært liten grad er øremerket, bidrar til å forsterke problemstillingene som er reist ovenfor. Det er derfor avgjørende at bevilgningene til eldreomsorgen øremerkes til kommunene inntil det innføres et statlig finansieringsansvar.

Disse medlemmer er kjent med påstandene om at et finansieringssystem der kommunene kun skal være ansvarlig for at tjenesten blir gitt, men ikke har finansieringsansvaret, vil medføre en lavere terskel for å tilby kommunens innbyggere en gitt tjeneste. Tilbud om pleie- og omsorgstjenester skal baseres på faglige vurderinger foretatt av godkjent og relevant helsepersonell, ikke på grunnlag av økonomiske forhold. Disse medlemmer mener det er et paradoks dersom man mener at kommunen vil endre på dagens praksis med å tilby pleie- og omsorgstjenester dersom man endrer finansieringsansvaret. Det vil etter disse medlemmers syn være det samme som å erkjenne at man i dag rasjonerer disse tjenestene til innbyggerne og har en kynisk tilnærming til hva som er mest lønnsomt for kommunen. Disse medlemmer mener det i seg selv er god nok grunn til å endre finansieringsansvaret.

Disse medlemmer viser likevel til Innst. 212 S (2009–2010) der en samlet opposisjon stiller seg bak forslaget om å gi leger rett til å skrive sine pasienter inn i et pleie- og omsorgstilbud. Dette vil gi mange eldre langt større trygghet for at man vil få de nødvendige tjenester når det medisinske behovet er til stede.

Det er imidlertid, slik disse medlemmer ser det, behov for å senke terskelen for å få pleie- og omsorgstjenester, derav legges det til grunn at de statlige utgiftene knyttet til eldreomsorg vil øke noe i forhold til hva som nå brukes over statsbudsjettet, fordi nå er det en uakseptabel rasjonering på nødvendige tjenes-

ter som fører til ventelister, køer og uverdige forhold for enkelte.

Disse medlemmer vil imidlertid påpeke at en rekke av forslagene som fremmes her, vil føre til samfunnsøkonomiske gevinster, som f.eks. oppsøkende hjemmesykepleie, økt bruk av omsorgslønn og raskere utflytting fra sykehus av ferdigbehandlede pasienter som nå venter på en sykehjemsplass. Dette er viktige insentiver for å la folk kunne bo i sitt eget hjem lengre enn hva som er tilfellet i dag, og for at pasienter befinner seg i det beste og rimeligste tiltak. Det vises i den anledning til prosjektet «Længst mulig i eget liv» fra Fredericia kommune i Danmark som disse medlemmer har omtalt ved en rekke anledninger. Dette prosjektet viser at forebyggingsalternativet er svært kostnadseffektivt samtidig som det forbedrer livskvaliteten til den enkelte bruker. Disse medlemmer viser videre til et notat fra Stortingets utredningsseksjon av 25. april 2007, hvor det vises til utviklingstrekkene som er gjengitt i OECD-rapporten «Long-term Care for Older People»:

«Samtidig med at eldreomsorgen er flyttet ut av institusjonene blir den i stadig økende grad tilpasset den enkeltes ønske og behov. I flere land er det innført kontantytelser som vedkommende kan kjøpe seg tjenester for. Undersøkelser har vist at større valgfrihet og forbrukerkontroll har ført til bedre livskvalitet til samme pris sammenlignet med tradisjonell eldreomsorg.

Slike kontantytelser er utviklet etter forskjellige mønstre, men har det til felles at det er opp til den enkelte å velge og innrette tjenestene etter behov.»

Det å kunne foreta valg er en verdi i seg selv. Det å kunne velge bort noe eller det å kunne velge å beholde noe, er et gode som disse medlemmer mener må legges til grunn for å skape en valgfri og verdig eldreomsorg for alle. Fritt brukervalg av hjemmehjelpstjenester er gjennomført i flere kommuner med stor grad av tilfredshet blant dem som benytter seg av denne valgmuligheten. Disse medlemmer vil vise til behovet for en verdig eldreomsorg basert på at mennesker skal kunne beholde sin integritet og verdighet selv om de blir fysisk skrøpelige på sine eldre dager.

Alle som gjennom et langt liv har foretatt en rekke valg, f.eks. ved kjøp av tjenester fra frisører, elektrikere, malere, bilverksteder, kles- og skobutikker, dagligvarebutikker, restauranter, kafeer, osv., skal ikke finne seg i å bli fratatt retten til selv å bestemme hvem som skal utføre hjemmehjelpstjenester i egen bolig, eller hvem som skal være hjemmesykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut m.m. Det vil være å ta fra eldre pleietrengende mennesker deres integritet og verdighet om det er en monopolleverandør av tjenester som vil tvinge en bruker til å ta imot en hjemmehjelper, hjemmesykepleier, eller en leverandør av en

annen tjeneste, av personer som brukeren overhodet ikke aksepterer at skal komme innenfor boligens vegger. En slik umyndiggjøring av eldre personer finner disse medlemmer helt uakseptabelt. Disse medlemmer understreker det store paradoks det er at den enkelte gjennom et langt liv er gitt muligheten til å kunne velge, men når det kommer til hvilket sykehjem man skal bo sine siste år på, eller hvem som skal komme inn døren din for å yte hjemmetjenester, da skal man ikke lenger kunne velge.

Disse medlemmer er av den oppfatning at retten til å kunne velge eller velge bort noe må innføres i hele landets pleie- og omsorgssektor. Dagens system, der det er byråkrater i kommunene som avgjør hvilket sykehjem og hvilken hjemmehjelp den enkelte får, er etter disse medlemmers syn en umyndiggjøring av den enkelte bruker/pasient.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil påpeke at dagens samfunn er preget av større mobilitet enn noen gang tidligere. Folk flytter i forbindelse med utdanning, jobb og av familiære årsaker. Dette vil i mange tilfeller bety at en eldre pleietrengende person ikke nødvendigvis har hovedvekten av nære venner og familie i den kommunen vedkommende selv bor. Det vil da, etter disse medlemmers syn, være svært uverdig at vedkommende ikke skal kunne få muligheten til å velge et sykehjem eller en omsorgsbolig/omsorg+ i en annen kommune, der den enkelte av ulike årsaker ønsker å bo. I dagens system hvor den enkelte kommune har finansieringsansvaret for omsorgsboliger/omsorg+ og sykehjem, er det selvsagt ingen kommune som vil ta imot en sykehjemspasient fra en annen kommune. Hvis en person som kommer på sykehjem i Svolvær, vil flytte til et sykehjem i Trondheim fordi sønnen bor der med kone og barnebarn, er det umulig i praksis. Innføring av fritt brukervalg i pleie- og omsorgssektoren blir imidlertid fullt mulig når staten tar finansieringsansvaret. Om staten betaler for en sykehjemsplass i Svolvær eller Trondheim, spiller ingen rolle. Når statlige penger følger bruker til det sykehjemmet eller den omsorgstjenesten den enkelte selv ønsker, beholdes integriteten og verdigheten. Bare på denne måten vil det etter disse medlemmers syn bli en pleie- og omsorgstjeneste «som skinner», og som baserer seg på verdighet, varme og valgfrihet i hele landet.

Disse medlemmer viser på nytt til opposisjonens felles merknader i Innst. 212 S (2009–2010) der man også foreslår valgfrihet til institusjonsplass på tvers av kommunegrenser under dagens organisering. Dette løses slik at bostedskommunen betaler for tjenesten i en annen kommune.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet har merket seg regjeringens retorikk vedrørende stykkprisfinansiering og viser til St.meld. nr. 25 (2005–2006) hvor det står:

«Et system hvor penger følger bruker finansiert av Folketrygden, vil i praksis innebære at staten overfører kontantytelser direkte til bruker.»

Dette viser at regjeringen enten ikke vil forstå eller ikke evner å forstå hvordan et finansieringssystem der pengene følger brukeren, skal fungere, eller at regjeringen dikter opp en misforståelse som den så bruker som begrunnelse for å avvise forslaget.

Disse medlemmer påpeker at det ikke vil være snakk om kontantytelser eller en «sjekk» som blir utbetalt fra folketrygden direkte til den enkelte bruker. Nav vil utbetale den fastsatte sum til det sykehjem, den bedrift, organisasjon eller stiftelse eller annet som leverer hjemmehjelpstjenester, hjemmesykepleietjenester eller andre tjenester som inntaksnemnden har godkjent at staten skal betale for. Retorikken som ofte er brukt av politiske partier i regjeringen om at eldre må gå rundt og «shoppe tilbud» med penger de har fått fra folketrygden, er selvsagt helt misvisende. Disse medlemmer viser til at det aldri vil være noen tvang for den enkelte eller dens pårørende til å velge. De vil aldri fysisk få noen sjekk eller en annen form for kontantytelse direkte inn på konto eller i annen form ha mulighet til å benytte seg av disse pengene til andre formål enn den tjenesten ytelsen skal gå til. Det system som disse medlemmer foreslår, har virket gjennom flere årtier med rekvisisjon for opphold på rekonvalesentehjem, som så ble omdannet til rehabiliteringsinstitutter f.eks., etter operasjoner. Disse har utført tjenester som er betalt av folketrygden, når Rikstrygdeverket (Nav) har innvilget opphold. Det er imidlertid meget beklagelig at finansieringen av regjeringen er overført til den samme håpløse rammefinansiering i de regionale helseforetak med nye køer, ventelister, nedleggelser og økt elendighet for mange pasienter. Dette er en selvsagt konsekvens av overgangen fra behovsdirigert og bestemt finansiering til rammefinansiering.

Disse medlemmer vil påpeke at Statens helsetilsyn fortsatt skal ha den kontrollerende funksjon for pleie- og omsorgssektoren. En omlegging til statlig finansiering og fritt brukervalg vil derfor ikke ha noen betydning for Statens helsetilsyns rolle som kontrollør for kvaliteten på tjenestene til dem som får godkjent sine tilbud.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem sak om innføring av fritt brukervalg for alle pleie- og om-

sorgtjenester, slik at pengene følger brukeren av tjenesten.»

Et annet vesentlig moment for en omlegging av finansieringsordningen for pleie- og omsorgstjenestene, er de svært store kommunale forskjellene hva gjelder ressurskrevende brukere. Enkelte kommuner har særst høye utgifter knyttet til, relativt sett, et lite antall brukere. Dette medfører konsekvenser for kommunens økonomi og dermed det øvrige pleie- og omsorgstilbudet i kommunen. Den eneste løsningen for å sikre en rettferdig og god behandling for denne gruppen, uten at den enkelte kommunes økonomi skal bli lidende, er at staten tar over det finansielle ansvaret.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil vise til at tilskuddet til brukere som trenger ressurskrevende tjenester, bortfaller når brukeren fyller 67 år. Flere brukere har i dag et meget stort tjenestebehov. Noen få brukere kan gi store utslag kostnadsmessig, særlig for små kommuner, noe som igjen kan gå ut over tjenestetilbudet til andre innbyggere. Enkelte brukere kan ha behov for tjenester som koster 6–7 mill. kroner i året. Fra 2013 mottar kommunen 80 prosent av direkte lønnsutgifter som overstiger 975 000 kroner per tjenestemottaker. Om tjenestemottakeren er utviklingshemmet, fradras det beløpet kommunen mottar fra staten som en del av rammetilskuddet for den utviklingshemmede. For 2009 mottok kommunene 4,1 mrd. kroner i tilskudd fra staten. Antall personer med særlig behov for ressurskrevende tjenester er 5 527. De fleste har diagnosen utviklingshemning. Det gis ikke refusjon for brukere med behov for særlig ressurskrevende tjenester som er 67 år og over. Det vil i praksis bety at kommunen mister det statlige tilskuddet for disse brukerne fra de er fylt 67 år, noe som igjen trolig medfører at tjenestetilbudet blir vesentlig forringet. Disse medlemmer kan ikke se logikken i en slik finansiering og mener dette synliggjør behovet for en statlig finansiering, som ikke er avhengig av alder, men av behov for tjenester. Alternativet er etter disse medlemmers oppfatning en uverdigg behandling av personer med omfattende behov for tjenester.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak som sikrer at brukere med behov for særlig ressurskrevende tjenester ikke får forringet sitt tjenestetilbud som følge av at de har fylt 67 år.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at hjemmetjenestene i dag

er finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene, samt forskjellig bruk av egenandelsordninger fra kommune til kommune. Disse medlemmer er opptatt av at bostedsadressen ikke skal være utslagsgivende for hvilket tilbud brukeren skal motta, og vil derfor gjøre finansieringen av hjemmetjenestene til et statlig ansvar, der pengene følger brukeren til den leverandøren den enkelte velger å benytte seg av. Det understrekes at det fortsatt vil være kommunen som er pliktig til å skaffe vedkommende et tilbud, slik at den enkelte aldri vil kunne komme opp i en situasjon der man ikke får et tilbud, som en følge av at man selv eller ens pårørende ikke har ressurser til aktivt å finne et tilbud på egen hånd. Disse medlemmer vil i denne sammenheng vise til allerede eksisterende ordninger med oppnevning av verger der den enkelte ikke er i stand til å ta vare på egne interesser. I de tilfeller hvor den enkelte i samråd med sine pårørende (eventuelt verge) ikke foretar et bevisst valg, vil det være kommunens ansvar å tilby tjenesten.

Når en person av inntaksnemnden eller det relevante myndighetsorgan får innvilget et visst antall hjemmehjelpstimer per måned eller uke, vil brukeren også få en liste over alle godkjente leverandører av hjemmehjelpstjenester som brukeren kan velge mellom, gjerne i samråd med pårørende eller lege. I de fleste tilfeller hvor en person blir fysisk skrøpelig, vil de fleste ikke ha noen vanskelighet med å bestemme selv basert på de ulike leverandørers egne opplysninger og brosjyrer og eventuelle hjemmebesøk. Brukeren vil da selvsagt kontrollere at hjemmehjelpen gjør det brukeren ønsker, og som er avtalt, og bruker den tid som er innvilget i og med at tjenesteleverandøren kun får betalt fra folketrygden når brukeren har bekräftet at tjenesten er utført tilfredsstillende.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at omsorgsboliger/omsorg+ skal være forbeholdt personer med behov for pleie og omsorg, og de skal være innrettet med livsløpsstandard. Disse medlemmer vil vise til at intensjonen med omsorgsboliger i sin tid var at bemanningen skulle økes når pleiebehovet økte, og at den enkelte skulle kunne velge mellom omsorgsbolig og sykehjem, men at utviklingen i dag har ført til at dette tilbudet befinner seg på et lavere trinn i omsorgstrappen enn sykehjem. Dette fører til at en rekke syke eldre, gjerne med demensdiagnose, igjen må flytte i sine siste leveår, noe som er uheldig og kan forverre sykdomssituasjonen.

Når det gjelder omsorg+, er det viktig at det er døgnbemanning på selve bostedet med egen resepsjon. Det er også viktig at det er lett for beboerne å bevege seg til fellesområdene, og det skal være et fel-

les stort område for hele bofellesskapet der det f.eks. kan være dagsenter, eldresenter, legekontor o.l.

Det er ikke slik at omsorgsboliger spesielt bygges for eldre mennesker. Kommunene får tilskudd til og bygger omsorgsboliger for alle grupper som er del av kommunenes pleie- og omsorgsansvar. Disse medlemmer vil i denne sammenheng vise til den store økningen som har vært av yngre brukere i kommunenes hjemmetjenester, og at det som av regjeringen omtales som en satsing på å bygge opp eldreomsorg, i stor grad har vært en økning av yngreomsorg. Disse medlemmer vil i denne sammenheng vise til at det i eldreomsorgen først og fremst er et behov for å bygge ut sykehjemsplasser som gir et heldøgns pleie- og omsorgstilbud, og disse medlemmer mener det er dette som må prioriteres.

En av målsettingene med omsorgsboliger/omsorg+ er at man skal gi de eldre et sosialt fellesskap med felles aktiviteter både hva gjelder fysisk så vel som mental stimulering. Det skal være et trygt miljø der de eldre kan være sikre på at hjelpen bare er et knappetrykk unna. Svært mange eldre føler seg ensomme; de mister venner og slekt på grunn av naturlig bortfall.

Samtidig blir det tyngre for mange å bevege seg ut til eldresentre eller for å besøke andre. Spesielt vanskelig blir det når pleiebehovet blir større og den mentale stimuleringen blir borte. Konsekvensen er ofte at de eldre «visner» både fysisk og psykisk. Det endelige resultatet blir da ofte behov for sykehjemsinneleggelse. Det er disse medlemmers syn at et slikt tilbud som beskrevet foran, vil bidra til at en rekke eldre vil kunne være friskere lengre, få en høyere livskvalitet og dermed redusere presset på sykehjemmene.

Omsorgsboliger/omsorg+ skal være forebyggen- de ved nettopp å gi eldre den stimuleringen som er så viktig for å holde på den fysiske og mentale helsen.

De som skal bruke omsorgsboliger/omsorg+, er personer med pleie- og omsorgsbehov som i dag får tjenester av hjemmetjenesten, på dagsenter eller i sykehjem. Det kan være flere måter å organisere dette på, enten gjennom en gradvis økning av hjemmetjenester eller gjennom egne ansatte på bofellesskapet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet viser til at kommunene i dag kan kreve husleie for hver enkelt beboer i omsorgsboliger/omsorg+. Disse medlemmer ønsker at finansieringsansvaret for pleie- og omsorgstjenestene knyttet til disse tilbudene skal tillegges staten. Disse medlemmer presiserer at kostnadsnivået for denne boformen skal innrettes på en slik måte at alle som har behov, skal kunne benytte seg av dette tilbudet. Det er etter disse medlemmers oppfatning viktig å ha tilbud om omsorgsboliger i kommunene

som kan tilbys eldre pleietrengende som i dag har boforhold som er uegnet som pleiearena for eksempel på grunn av dårlige sanitære forhold eller boliger over flere plan uten heis.

Disse medlemmer viser til at det i dag hersker stor uklarhet om hva som defineres som heldøgns pleie- og omsorgstilbud, og fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak for Stortinget som gir en klar definisjon av hva som ligger i begrepet heldøgns pleie- og omsorgstilbud.»

Disse medlemmer mener det er urimelig at ordningen med refusjon for medisin på blå resept i dag ikke omfatter opphold i institusjon. Realiteten er da at ordningen omfatter omsorgstjenester i eget hjem, men ved opphold i sykehjem blir dette kommunens ansvar. Dette betyr at kommunene ved sykehjemsinnleggelse får en ekstraavgift som bør være et ansvar for staten gjennom folketrygden. Systemet bidrar til å favorisere hjemmetjenester økonomisk fremfor sykehjem for kommunene. Disse medlemmer mener at midler som frigjøres ved en slik omlegging av ansvar, skal øremerkes eldreomsorg i kommunene.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede utvidelse av blåreseptordningen til også å omfatte institusjonsopphold.»

I dag er det slik at kommunene betaler for sykehjemsdrift, samt at den enkelte betaler størstedelen av sin pensjon for opphold i sykehjem. Disse medlemmer ønsker en annen finansieringsmodell, der staten har det finansielle ansvaret og pengene følger brukeren til den institusjonen vedkommende ønsker å benytte seg av. Det er imidlertid ikke slik at den enkelte eller dennes pårørende skal være pliktig til selv å velge et sykehjem. De skal ha mulighet og rett til å gjøre det. Denne retten til å velge skal være vedvarende i den forstand at dersom en bruker eller vedkommendes pårørende ønsker å bytte sykehjem, skal brukeren ha rett til det innenfor et system med gitte tidsfrister. Disse medlemmer understreker at kommunen fortsatt skal være pliktig å gi et tilbud til den enkelte; dette for å sørge for at alle får et tilbud uten å måtte aktivt oppsøke dette på egen hånd. Videre er det slik at den enkelte skal betale en viss andel av pensjonen. (I dag trekkes egenbetalingen av Nav før pensjonen utbetales, og trekket går til kommunen.) I det foreslåtte system vil trekket overføres sykehjemmet eller leverandøren av tjenesten. Videre vil det være nødvendig å sette et øvre tak for

egenbetaling, slik at eventuelt gjenværende samboer/ektefelle ikke blir tvunget til å avskaffe parets bolig ut fra svekket økonomi som følge av sykehjemsbetaling.

I dag bestemmer Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester at den ektefelle/samboer som sitter igjen i boligen, ikke skal ha dårligere ytelse enn om vedkommende hadde hatt rett til etterlatteytelse.

Disse medlemmer mener at betalingsordningen ved opphold i institusjon slik det fremgår av Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, kan gi urimelige utslag. For eksempel kan hjemmeboende ektefelle til person som får fast plass i heldøgns omsorgsinstitusjon, få en vanskelig økonomisk situasjon hvis det er familiens hovedforsørger som trekkes i pensjon. Selv om det er en bestemmelse om fradrag i beregningsgrunnlaget i forskriftens § 5 med tanke på hjemmeboende ektefelle og barn, så er dette ikke tilstrekkelig. Disse medlemmer mener at det i tillegg bør vurderes andre begrensninger i vederlagsgrunnlaget som f. eks et maksbeløp.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere om det i Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester skal innføres andre begrensninger i vederlagsgrunnlaget for eksempel gjennom innføring av et maksimumsbeløp.»

I tråd med disse medlemmers ønske om å gjøre eldreomsorgen valgfri, er det viktig å få på plass et lovverk som sikrer den enkelte rett til betaling for behandling når han eller hun har behov for hjelp. En rettighetslov blir ikke mer enn et ufullstendig rammeverk dersom den ikke inneholder det viktigste, nemlig rett til betaling for behandling.

Disse medlemmer viser til at representanter både fra Høyre og Fremskrittspartiet tidligere har fremmet forslag i Stortinget om å gi pasienter en lovfestet rett til behandling innenfor en individuell faglig forsvarlig tidsramme, enten ved godkjente offentlige eller private sykehus i Norge eller i utlandet på det offentliges regning. Dokument nr. 8:17 (1993–1994) og Dokument nr. 8:8 (1997–1998) tok opp denne problemstillingen, i tillegg til at disse partier fremmet forslag i Innst. O. nr. 91 (1998–1999) da Stortinget behandlet lov om pasientrettigheter i juni 1999.

Disse medlemmer er av den oppfatning at en rettighetslov ikke bare skal gjelde innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten, men også innenfor pleie- og omsorgssektoren.

En slik rettighetslov vil være en sikkerhet for den enkelte. Disse medlemmer viser til at det av relevant myndighets vedtak om behov for pleie og omsorg ikke vil være mulig for tjenesteyter eller finansieringsansvarlig å se bort fra eller redusere tilbudet, som skal gis slik som det er i dag.

Disse medlemmer mener også det er behov for å utvide ansvaret til kommunene for å tilby sykehjemsplass, all den tid det er mange med behov for plass som i dag må stå på venteliste. Det er derfor nødvendig å sikre rett til et godt tilbud i påvente av at sykehjemskapasiteten blir bygd ut.

Disse medlemmer mener kommunene bør pålegges et dagsgebyr på 1 000 kroner per dag de ikke leverer sykehjemsplass til personer med dokumentert behov. Dette gebyret skal utbetales til den enkelte dersom man velger å kjøpe ekstra hjemmetjenester i påvente av sykehjemsplass, men kan også brukes gjennom ordningen med omsorgslønn.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen senest ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2014, innføre en ordning der brukere med dokumentert behov som ikke får tilbud om sykehjemsplass, får 1 000 kroner per dag av kommunene for å kjøpe andre tjenester inntil det innvilges sykehjemsplass.»

Gjennom å overføre finansieringsansvaret av eldreomsorgen til staten vil det også åpne seg store muligheter knyttet til enhetlige løsninger, teknologiske fremskritt og statlige standarder knyttet til data-systemer m.m. Dette må etter disse medlemmers syn organiseres gjennom et statlig innkjøpskontor. Dette vil kunne medføre store økonomiske gevinster, da kommunene ikke trenger å «finne opp kruttet» hver for seg.

Disse medlemmer viser i den anledning til Innst. 212 S (2009–2010) der en samlet opposisjon tar til orde for en større satsing på IKT i hele helsevesenet.

Store ressurser anses å gå med til administrasjon man kunne klart seg uten, dersom man hadde mer åpne løsninger. Gode løsninger vil kunne gjøre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten enklere og slik også styrke tilbudet til geriatriske pasienter. Disse medlemmer mener det er behov for større insentiver for å få forgang i dette arbeidet, og ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget der man vurderer ulike tiltak for å fremme teknologisk utvikling og dermed frigjøre kapasitet fra administrasjon over til omsorgstjenester.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget om en satsing på IKT og øvrig teknologiske løsninger i helsetjenesten senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2014.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det er de sykeste pasientene vi ofte finner i kommunene. Eldre pleietrengende mennesker har ofte 6–7 aktive diagnoser. Legedekningen i kommunene er altfor lav i forhold til behovet, og sammenlignet med spesialisthelsetjenesten er det stor forskjell. Disse medlemmer viser til at det er altfor liten kunnskap om eldreomsorg og pleie som virker, og at det er behov for å stimulere til pasientrettet forskning for å kunne få bedre kunnskap om hvilke tiltak som virker. Disse medlemmer viser til at det er opprettet undervisningssykehjem som et ledd i kvalitetsforbedring. Det er etter disse medlemmers oppfatning behov for en langt sterkere samhandling mellom de store utdanningsinstitusjonene, som høyskoler og universitet, og de praksisnære, som sykehjem og hjemmetjenester. Disse medlemmer ser behovet for å få ett eller flere nasjonale sentre for sykehjemsmedisin og har merket seg det positive initiativet som er tatt ved Universitetet i Bergen og deres mange samarbeidspartnere relatert til eldreomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at vi i 2003 fikk forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenester som ble ytt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I 2010 fikk vi verdighetsgarantiforskriften, forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Den nye forskriften er etter disse medlemmers oppfatning like vag og uklar som den eksisterende ut fra en rettighetstankegang. I praksis er forskriftene identiske, med et par unntak. Uansett vil en med dagens finansieringsordning se at praktiseringen av disse forskriftene vil være avhengig av kommuneøkonomien og den enkelte kommunes prioriteringer. Rettstilstanden på området synes uforandret. De gir ingen klare rettigheter til pasienten. Det er fortsatt de økonomisk ansvarlige i kommunen som vil definere hva som er nødvendig. Nå skal de i tillegg definere hva som er verdig. Eneste definisjon på rettstilstand finner en gjennom Fusadommen (Rettstidende 1990 s. 874) hvor det var spørsmål om Fusa kommune kunne redusere hjemmehjelp og hjemmesykepleie til en sterkt fysisk funksjonshemmet kvinne. Høyesterett kom til at vedtaket fra klientutvalget i Fusa kommune måtte kjennes ugyldig. Den enkelte kommunes økonomiske situasjon kunne ikke tillegges vekt når lovens minste-

standard skulle fastlegges. Borgerne er garantert å få sine «helt livsviktige behov» dekket.

Dommen viser at når man kommer utenfor det området hvor det foreligger rett til helsehjelp etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven); 1982-11-19-66 § 2-1, er det adgang til å legge vekt på kommuneøkonomien. Det gjelder hvis helsehjelp ikke er «nødvendig» i lovens forstand; det gjelder for ytelser som ligger over minstestandarden; og det gjelder hvis det er spørsmål om helsetjenester som ikke omfattes av lovens § 1-3. Gjennom denne dommen skiller også kommunehelsetjenesteloven seg vesentlig fra pasientrettighetsloven for spesialisthelsetjenesten, hvor det er tatt inn ressursforbehold i lovteksten.

Disse medlemmer viser til at Stortinget i 2011 behandlet forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov, som skulle erstatte den tidligere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesteloven opphevet det tidligere juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Disse medlemmer vil peke på at rettstilstanden med hensyn til det som Fusa-dommen berører, ikke ble endret. Alle forslag fra Fremskrittspartiet og de øvrige opposisjonspartier om sterkere rettighetsfesting av helse- og omsorgstjenestene ble avvist av regjeringspartiene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at pleietrengende eldre må sikres langt klarere lov og regelverk med hensyn til rettigheter de har til tjenester fra det offentlige. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag til lovfesting av retten til sykehjemsplass (relevant omsorgstiltak) ved medisinskfaglig dokumentert behov.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at nyere forskning viser at forebyggende hjemmebesøk av fagpersonell kan hjelpe hjemmeboende eldre med å bevare livskvalitet og helse. Forfall og avhengighet kan reduseres eller utsettes for den enkelte innbygger, og liggedøgn i sykehus og sykehjem reduseres. Det beste eksempel i vår sammenheng kan sees i Danmark. Et godt dokumentert forsøk i Rødovre kommune, publisert i 1985, viste at forebyggende hjemmebesøk ga bedret livskvalitet, bedret funksjonsevne, færre innleggelser i sykehus og redusert dødelighet. Flere kontrollerte forsøk er utført, og i Danmark ble en egen «Lov om forebyggende hjemmebesøk til eldre» vedtatt i 1995. De

danske kommuner plikter nå å tilby forebyggende hjemmebesøk til alle innbyggere som er fylt 75 år, minst to ganger per år. Disse medlemmer vil vise til Fredericia kommune i Danmark som startet prosjektet «Længst mulig i eget liv», hvor selvhjelp og selvstendighet er nøkkelord i prosjektet. I tillegg til den pålagte oppsøkende virksomheten til eldre over 75 år har Fredericia kommune egne aktivitetsgrupper for eldre over 65 år. Dette er et frivillig tilbud om aktiviteter, helsesjekk og sosialt samvær, hvor på kort tid over 1 000 personer i en kommune med 50 000 innbyggere har skaffet seg aktivitetskort. Tidlig innsats, forebygging og folkehelse er her nøkkelbegrep.

Den svenske regjering er også oppmerksom på denne utviklingen og har initiert et større statsfinansiert forsøk med oppsøkende, forebyggende hjemmebesøk i 21 svenske kommuner. Også i vårt land er det noen som får tilbud om forebyggende hjemmebesøk etter dansk modell, og den erfaring man har høstet, er god. Tiltaket går ut på at hjemmesykepleien tilbyr alle over 80 år i kommunen som ikke har regelmessige tjenester fra hjemmebasert omsorg, et besøk én gang hvert år. I besøket gjennomfører fagpersonell et strukturert intervju med spørsmål som vil finne truende helsesvikt, potensielle risikomoment i hjemmet eller risikomoment i den personlige adferd hos den eldre. Når man finner noe vesentlig, så tilbys tiltak. En tilbyr tildeling av hjelpemidler og tjenester etter vanlige rutiner eller viser til rette vedkommende i andre etater. Videre gis det informasjon om tilbudet kommunen gir, det legges igjen brosjyre i stor skrift om dette, og en tilbyr materiell om brannsikringstiltak og om andre relevante tilbud lokalt, som frivillighetssentral og omsorgsarbeid i regi av menigheter. Den eldre blir tilbudt måling av blodtrykk, og fagarbeideren ber om lov til å registrere det en har snakket om, i etatens arkiv. Disse medlemmer understreker at en slik oppsøkende virksomhet skal baseres på frivillighet for den enkelte. Dette innebærer at alle over 75 år skal få et tilbud én gang i året om et slikt besøk. Argumentene for tiltaket er mange. Vesentlige momenter har vært:

Forebygging

Vi står daglig overfor den oppgave å skulle avhjelpe og behandle sykdom, der forfall og funksjonstap har etablert seg over tid. Ofte ser vi at situasjonen hadde vært bedre om vi hadde kommet til tidligere i forløpet eller før sykdom utviklet seg. Nyten av forebygging er blitt tydeligere de senere år, ettersom skadelige tilstander har minket etter innføring av effektive forebyggende tiltak. Et godt eksempel er forekomst av sykdom og død etter hjerneslag, som har forandret seg mye etter at en blant annet kom i gang med kartlegging og behandling av høyt blod-

trykk. Et annet godt eksempel er resultatene av innføring av sikkerhetsbelter i biler. I vårt land har ikke forebyggende tiltak innrettet for våre gamle den nødvendige tyngde. Det er påfallende når en ser på omfanget og arten av de plager denne befolkningsgruppen har. Spesielt har det i noen norske kommuner vært fokus på å forebygge fallulykker i hjemmet, et arbeid som flere steder har vist gode resultater. Noen kommuner har prøvd «Helsestasjon for eldre» – med blandet erfaring. Et viktig argument mot det tiltaket er at en ikke møter hele målgruppen. Mange mennesker kommer ikke til «helsestasjonen» og får dermed ikke utbytte av tilbudet. I Danmark ser vi at et målrettet, oppsøkende arbeid koster mindre og gir klart bedre resultat. Man finner flest friske folk, men også noen med behov for tiltak: Ukjent høyt blodtrykk, underforbruk av hjelpemiddel, feilbruk av medikament, og underforbruk av hjemmetjenester. Det å finne dem som har ukjente behov, og å tilby hjelp mot forfall og funksjonstap, har vist seg å være til gode for dem det gjelder, og det er god samfunnsøkonomi. Tiltaket etablerer videre en kanal for forebyggende kunnskap til alle i målgruppen. Et annet viktig element som kan nevnes i sammenheng med forebygging, er muligheten for å avdekke elementer som gjør det tryggere når det gjelder brannfare. Sjekk av røykvarslere, gamle komfyrer og andre brannfarlige elementer kan være svært hensiktsmessig i forbindelse med en slik oppsøkende virksomhet.

Informasjon

En sentral utfordring for informasjonsarbeid er at et i og for seg godt budskap lett drukner i strømmen av tilbud en får tilsendt. Oppsøkende virksomhet fra hjemmesykepleien kommer forbi dette problemet på to måter: ved det personlige møtet mellom fagperson og innbygger, og ved at fagpersonen tilpasser informasjonen til den enkeltes behov og tilstand. Når en så gir åpen anledning til å stille spørsmål under besøket, settes ny standard for kunnskapsformidling og informasjon fra det offentlige til våre hjemmeboende eldre. En har ofte sett at henvendelse med oppfølgende spørsmål i etterkant av de forebyggende besøk blir rettet direkte til det personellet som var der. En har også sett at enkelte har svært liten kunnskap om kommunens tilbud (som hjemmesykepleie, matombringing, tekniske hjelpemiddel).

Trygghet og trivsel

Man tenkte tidlig at en oppsøkende virksomhet ville kunne bedre opplevd trygghet hos enkelte av våre hjemmeboende eldre. Erfaringene tilsier at en undervurderte denne effekten: Svært mange tilbakemeldinger forteller at de eldre setter pris på å bli sett til, at det er godt at noen kom. Det kan se ut som om tiltaket treffer et på forhånd opplevd og delvis udek-

ket behov: At noen husker på meg, at jeg ikke er glemt.

Oversikt over behov

Gjennom de oppsøkende, forebyggende hjemmebesøk får kommunen et riktigere bilde av de faktiske behov enn det man har i dag. Det kan, særlig i de større kommunene, være nyttig i plansammenheng. Det viser seg også at disse besøkene gir de hjemmeboende eldre en kvalitet som beboere i tilrettelagte boliger og institusjoner alt har: en arena som er tilrettelagt for å få melde sine spørsmål og behov overfor helsepersonell, og for å få motta helsehjelp, kunnskap og informasjon. Oppsummerende kan en si at erfaringene med oppsøkende, forebyggende hjemmesykepleie er så positive at vi bør ta arbeidsmåten systematisk i bruk, også i vårt land. Eldre mennesker kan få et bedre liv med større uavhengighet. De hjemmeboende er villige til å ta imot et slikt tilbud. Man finner virkelig skjulte problemer, som det nytter å gjøre noe med. Alt dette er bekreftet av internasjonal forskning; nå er det opp til oss om vi vil ta det i bruk her hjemme.

Disse medlemmer finner det trolig at hjemmeboende eldre får en vesentlig gevinst ved at kommunene tilbyr et besøk årlig til hjemmeboende på 75 år og eldre, som ikke mottar regelmessige tjenester fra hjemmesykepleien. Kommunene får i slike besøk en god arena til dialog med en viktig brukergruppe. De eldre opplever å «bli sett», de får en økt trygghet og en bedre livskvalitet som følge av det. Å finne de få som har ukjente behov for helsetjenester, viser seg å være kostnadseffektivt for både den enkelte og fellesskapet. Man kan iverksette tiltak tidnok til å forebygge forfall og funksjonstap. Dermed reduseres menneskenes behov for behandling i institusjon. Man ser også at de som har tatt imot forebyggende besøk, lettere tar kontakt i et sykdomsforløp og får tidligere vurdert sine behov for nødvendig helsehjelp. Terskelen mellom hjemmeboende eldre og hjelpeapparatet er redusert etter forebyggende besøk. En vil videre tro at det helsepersonell som går på forebyggende besøk, etter hvert får skjerpet sitt blikk for de øvrige situasjoner som kaller på informasjon og forebygging. Kostnadene med å gjennomføre tiltaket er små, i Danmark normert til to timer per besøk. Disse medlemmer viser også til at innsparring i sykehussektoren vil kompensere dette. Det uformelle samarbeidet på spredte kommunale initiativ som per i dag bærer tiltaket i vårt land, bør løftes og formaliseres så også norske eldre kan få glede av det forskningsarbeid som drives i Danmark og Sverige. Disse medlemmer fremmer forslag om å ta oppsøkende, forebyggende hjemmesykepleie inn i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, med krav om et årlig tilbud til alle over 75 år om et fore-

byggende hjemmebesøk. Helsedirektoratet bør få hjemmel til å utarbeide og ajourholde en kortfattet veileder for kommunene, i samarbeid med de fagfolk som driver slikt forebyggende arbeid i inn- og utland, og i samsvar med de til enhver tid aktuelle forskningsresultater på området. Disse medlemmer påpeker videre at oppsøkende hjemmesykepleie kan avdekke behov for midlertidige avlastningsopphold ved sykehjem eller annen kortvarig hjelp, som igjen kan medføre at den enkelte kan bo lenger i eget hjem.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om endring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester slik at det innføres pålegg om gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk hos personer som er over 75 år, og som ønsker et slikt tiltak.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at valgfrihet er en av de grunnleggende friheter, og har på denne bakgrunn lagt vekt på å legge til rette for fritt sykehusvalg og fritt sykehjemvalg. Disse medlemmer vil vise til at det var et samspill mellom offentlige og private leverandører som sikret full barnehagedekning. Disse medlemmer er positive til at regjeringen nå endelig har gjort det Fremskrittspartiet har foreslått en rekke ganger, ved å åpne opp for at private også kan bygge omsorgsboliger og sykehjemsplasser med tilskudd gjennom Husbanken så lenge en kommune står bak. Dessverre er ordningen fortsatt rigid og komplisert, så få, om noen, private har fått tilskudd.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at TV2 for en tid tilbake kunne avsløre at 3 500 personer ventet på sykehjemsplass her i landet, et tall som trolig er mye høyere siden kommuner ikke har anledning til å føre ventelister.

Disse medlemmer viser til at det foregår en «fortetting» ved våre sykehjem hvor enerom gjøres om til to-sengsrom, og i tillegg foregår det en storstilt avhjemling av sykehjemsplasser som omgjøres til omsorgsboliger.

Disse medlemmer viser til at regjeringen i valgkampen 2005 lovte velgerne at det skulle bygges 12 000 nye sykehjemsplasser. Syv år senere er fasit en netto tilvekst av sykehjemsplasser på 1 276. Dette er 15 750 plasser for lite til å ha 25 prosent dekning av sykehjemsplasser til befolkningen over 80 år i 2013. Det er også 17 250 plasser mindre enn behovet

for å nå den samme målsettingen i 2020. Disse medlemmer mener dette er en klar indikasjon på at arbeidet for å øke dekningen må intensiveres.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en fremdriftsplan for hvordan en innen 2020 skal oppnå 25 prosent dekningsgrad for heldøgns pleie- og omsorgsplasser til alle eldre over 80 år, som synliggjør behovet for antallet omsorgsboliger og antallet sykehjemsplasser, slik at det sikres at eldre pleietrengende får tilbud på rett omsorgsnivå.»

Disse medlemmer viser til at problematikken rundt ansvarsfordelingen mellom sykehjem og sykehus slik den nå er, er helt håpløs og uansvarlig fordi sykehusene ønsker å skrive ut pasienter så tidlig som mulig, mens kommunene ønsker at sykehusene skal beholde eldre pasienter så lenge som mulig. Begge ønsker at den andre offentlige myndighet skal bære kostnadene. Hadde staten betalt for begge tjenester, hadde det ikke vært denne uansvarlige kampen og svartepersillet som det nå er. Det er kun én måte å bli kvitt problemet med «svingdørspasienter» på, og det er at staten forestår kostnadene enten en pasient er på sykehus, sykehjem, rehabilitering, mot- fysioterapi, hjemmehjelp eller hjemmesykepleie eller er i omsorg+, altså hele kjeden av tilbud. Først da vil pasienten motta den tjenesten som er best for pasienten, og det vil også ofte være den som er rimeligst for det offentlige. I denne forbindelse viser disse medlemmer til behovet for å øke antall medisinske sengeposter ved norske sykehus. Behovet for dette vil øke i takt med det stadig økende antall eldre i Norge.

Disse medlemmer vil vise til at Samhandlingsreformen slik den ble presentert i St.meld. nr. 47 (2008–2009), er god på situasjonsbeskrivelse, men lite konkret på tiltak. Disse medlemmer viser også til at en viktig bakgrunn for Samhandlingsreformen er NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste» avgitt av Wisløff-utvalget. Utredningen drøftet på bred basis pasientrelaterte samarbeidsproblemer i norsk helsetjeneste. Dens definisjon av samhandling var:

«Samhandling i helsetjenesten er aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen.»

I Samhandlingsmeldingen fra regjeringen defineres samhandling slik:

«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å

gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»

Disse medlemmer vil hevde at Samhandlingsreformen gjennom dette har mistet sitt pasientfokus og fremstår som en oppgavefordelingsreform, noe som har lite med samhandling å gjøre.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at en av de sentrale utfordringene innenfor eldreomsorgen er hvordan man kan gi en verdig behandling knyttet til livets slutt. Palliativ behandling handler om hvordan man på en best mulig måte kan legge til rette for at den enkelte og dennes pårørende opplever livets slutt på en naturlig, varm og verdig måte. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til prosjektet «Omsorg ved livets slutt» ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Dette prosjektet synes å være svært vellykket sett fra både pasientens og pårørendes side.

Mange døende eldre får ikke tilstrekkelig lindrende behandling i livets siste fase. Med den demografiske utviklingen med flere eldre i årene fremover er det et stort behov for å øke satsingen på hjelp til alvorlig syke og døende. Vi ser også at mange dør alene i våre institusjoner, og at det å sette inn fastvakter hos døende går ut over et sterkt presset vikarbudsjet. Disse medlemmer mener dette er uverdige forhold.

Det skal understrekes at det er utfordrende å gi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose. Så langt det er mulig, er det ønskelig å benytte medisinske tiltak for å oppnå bedring, men det kan også være betenkelig å overbehandle en pasient som bare har dager eller uker igjen å leve. Livsforlengende behandling og smertelindring vil være alternativet der helbredende behandling ikke er mulig. Det er viktig å understreke at disse pasientene har behov for mer eller mindre kontinuerlig oppfølging, og helsehjelpen må derfor være tilgjengelig uansett hvor pasienten befinner seg. Det må være langt enklere å kunne kombinere hjemmetid og institusjonstid for disse pasientene enn det vi ser i dag.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet mener at hva som er akseptabel livskvalitet, må vurderes ut fra pasientens uttrykte eller antatte syn. Disse medlemmer vil derfor understreke viktigheten av at en pasient som ikke ønsker livsforlengende behandling, skal få ønsket respektert selv om behandlingen kunne hatt effekt. Deres pasienten mangler samtykkekompetanse, bør et gyldig livstestament respekteres.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti

viser til at faglige beregninger tilsier at behovet for palliative senger i kommunal regi skal være ca. 1 seng per 6 000–7 000 innbyggere. Dette tilsvarer om lag 800 senger i Norge. I dag finnes rundt 200 palliative sykehjemssenger.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres minst 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene, og at det gis tilskudd til drift av disse.»

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet viser til at det er en kjent problematikk at pasienter skrives ut langt tidligere fra sykehus enn hva som var tilfelle for bare noen år tilbake. Dette fører til at en rekke eldre blir svingdørspasienter mellom pleie- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten. I denne forbindelse viser disse medlemmer til St. Olav hospitals bruk av intermediær avdeling ved Søbstad sykehjem i Trondheim, hvor pasienter som er utskrivningsklare, men heller ikke i stand til å flytte til et ordinært sykehjem, får et tilbud. I Fagbladet 20. mars 2006 kan vi lese:

«Sjukepleier og fagkonsulent ved Søbstad, Lisbeth Kystad, nøler ikke med å betegne tiltaket som en ubetinget suksess.»

Og videre:

«En studie hvor utskrivningsklare pasienter ble delt inn i to grupper, viser at sjansen for å kunne flytte hjem igjen etter tre måneder er betydelig større for pasienter som blir lagt inn på intermediær enhet sammenliknet med pasienter som blir liggende på sjukehuset.»

Disse medlemmer finner dette svært interessant og viser til at den samfunnsøkonomiske gevinsten vil være betydelig dersom studien, som er gjengitt i fagbladet, er riktig. Det vil derfor etter disse medlemmers syn være på sin plass å utvide bruken med intermediære avdelinger i hele landet, og disse medlemmer mener at finansieringsansvaret må ligge hos staten. Disse medlemmer vil vise til at det har vært flere gode forsøk med intermediære avdelinger som har strandet grunnet uavklarte økonomiske forhold. Disse medlemmer vil også påpeke at det er naturlig å se de intermediære avdelingene i sammenheng med planene i Samhandlingsreformen om å åpne muligheten for direkte innskriving av pasienter i kommunal institusjon.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om incentiver for å øke bruken av intermediære avdelinger med statlig finansiering.»

Disse medlemmer er opptatt av en bred tilnærming for å forbedre norsk eldreomsorg. Dette forslaget er heller ikke uttømmende for de endringer som det er behov for, men tar for seg de endringene som er viktigst for dem som har omsorgsbehov.

Disse medlemmer ser med sterk bekymring på utviklingen knyttet til sykehusenes omstillingsutfordringer, økonomi, ventelister og utstyrssituasjon. Disse medlemmer ønsker å skape et helhetlig helsevesen, og det er viktig at de forskjellige institusjonene og helsenivåene samarbeider for å sikre at pasientene får den hjelp de trenger, der de trenger den. Disse medlemmer vil derfor satse helhetlig både innenfor ordinære spesialisthelsetjenester, men også innenfor rehabilitering, psykiatri og rusomsorg.

Samfunnets omsorgsressurser

Komiteen er enig med regjeringen i at samfunnets omsorgsutfordringer krever at vi mobiliserer og tar i bruk samfunnets omsorgsressurser på nye måter. Komiteen understreker at mottakerne av omsorgstjenester er en betydelig ressurs i omsorgstjenesten. Aktivisering og hjelp til selvhjelp kan bidra til bedre liv, at de eldre klarer seg lenger hjemme i eget hus og bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser. Brukermedvirkning sikrer verdighet og livskvalitet, men også mer målretting. Komiteen støtter derfor at aktivitet, deltakelse og mestring skal vektlegges som sentrale element i utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Komiteen vil fremheve viktigheten av at også psykisk utviklingshemmede sikres brukermedvirkning og respekteres som selvstendige voksne enten de bor alene, med familie eller i bofellesskap.

Komiteen støtter perspektivet i meldingen om at brukerne er en ressurs. Levende velferdssamfunn skal hjelpe innbyggere til å utnytte sine egne ressurser best mulig og ikke gjøre dem til passive tjenestemottakere. Den største omsorgsressursen ligger ofte hos brukeren selv. Aktivitet, deltakelse og mestring er sentrale elementer i utviklingen av framtidens tjenester. Vi må fremme og forsterke den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke eget liv og egen helse. For å virkeliggjøre sentrale verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet og verdighet forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon. Empowerment eller myndiggjøring handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter og å nøytralisere de kreftene i systemet som skaper avmakt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti i Innst. 424 L (2010–2011) foreslo at brukere med store behov skal ha rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Regjeringen har sendt på høring forslag om rett til BPA. Disse medlemmer mener regjeringens oppfølging av saken har tatt svært lang tid. Det er i høringsnotatet gjort en rekke avgrensninger i ordningen som innebærer en fragmentering av tjenestene til funksjonshemmede og flere personer å forholde seg til. Det er også begrensning av ordningen som innebærer at mulighet for deltakelse og uavhengighet blir svekket fordi BPA ikke kan benyttes utenfor egen kommune. Disse medlemmer imøteser forslag til lovendring som kan bidra til at funksjonshemmede kan leve selvstendige og uavhengige liv med valgfrihet til å gjøre egne prioriteringer både i eget hjem og i samfunnet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utforme retten til BPA-ordning slik at brukeren selv ut fra egne assistansebehov kan avtale hvor, hvordan, når og til hvilke oppgaver brukerstyrt personlig assistanse kan benyttes.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er glad for at det er lagt frem et forslag om rettighetsfesting av BPA, og viser til at det i høringsnotatet om rett til BPA ikke er foretatt noen endringer i ordningen. Dagens bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8 som pålegger kommunene å kunne tilby praktisk bistand og opplæring som BPA, foreslås videreført uendret. Det nye i forslaget er at enkelte brukere etter nærmere bestemmelser får en juridisk rett til å kunne kreve tjenesten organisert som BPA. Bakgrunnen for avgrensningene i rettigheten er Stortingets forutsetning i anmodningsvedtak om at rettigheten skulle være kostnadsnøytral. Flertallet viser til at det ikke er noe i veien for at kommunene organiserer helsetjenester og hjemmesykepleie i en BPA-ordning dersom dette av kommunen vurderes som hensiktsmessig og faglig forsvarlig.

Familieomsorg og pårørende

Komiteen deler regjeringens syn på at pårørende vil bli enda viktigere når framtidens omsorgsløsninger skal utformes. Komiteen presiserer at pleie- og omsorgstjenesten i Norge lenge har vært en arbeidsdeling mellom det offentlige tjenestetilbudet og familie/pårørende, der årsverksinnsatsen har vært

omtrent lik mellom disse. Komiteen viser til at regjeringen i meldingen legger frem et program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk. Komiteen vil understreke at bidrag fra familie og pårørende må baseres på frivillighet og den pårørendes kapasitet, og at helse- og omsorgstjenesten er et offentlig ansvar.

Komiteen mener at myndigheten vil få økt behov for å kunne samhandle med en aktiv og organisert motpart når pårørendepolitikken skal utformes. Komiteen viser til at Hagen-utvalget i NOU 2011:11 sier at:

«En gjennomtenkt integrering av pårørende i det offentlige tjenesteansvaret gjennom rettigheter og plikter, og utforming av økonomiske kompensasjonsordninger, innebærer at det dannes en interessegruppe. Både ut fra hensynet til å mobilisere og ha kompetente pårørende som en viktig aktør på brukersiden, og for å gå opp nye grenseland mellom profesjonelle og 'amatører', er det viktig å etablere en kollektiv aktør som kan samhandle og forhandle med den offentlige 'motpart' på ryddige måter.»

Komiteen viser til at det i dag finnes ulike kontaktfora og brukerråd som skal gi myndighetene råd og innspill i utviklingen av tjenestene. Komiteen mener det er behov for å vurdere om enkelte av disse bør utvides til også å omhandle pårørendeorganisasjoner, og ber regjeringen vurdere dette.

Komiteen vil også understreke at en sterk offentlig pleie- og omsorgstjeneste er nødvendig for at pårørende skal få den hjelp, veiledning og avlastning som er nødvendig. Undersøkelser viser at mange pårørende selv blir syke og utslitte, og mange har følt seg alene om omsorgsansvaret. Komiteen viser også til at Helsetilsynet i 2010 avdekket at norske kommuner gjennomgående ikke kartla og vurderte de pårørendes omsorgsbyrde og avlastningsbehov. Komiteen mener regjeringen må sikre at kommunene ansvarliggjøres, og at kommunale tilbud og samarbeid med pårørende må nedfelles i individuell plan.

Komiteen viser til Innst. 424 L (2010–2011) om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. der en samlet komité anerkjenner den formidable innsats pårørende gjør for mange pleie- og omsorgstrengende. Helsepersonell besitter fagkunnskapen om hvordan praktisk og personlig bistand skal ytes på den mest hensiktsmessige måten. Komiteen mener det derfor er behov for at viktige deler av denne kunnskapen kan deles med pårørende som pleier sine nærmeste.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til regjeringens program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepoli-

tikk som omfatter informasjon, veiledning og opplæring av pårørende, samt tiltak for bedre samhandling mellom det offentlige hjelpeapparatet, profesjonelle helse- og omsorgsarbeidere og pårørende som yter omsorg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det i dag ikke er et lovpålagt krav for kommunene om å tilby opplæring til pårørende. Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme et lovforslag om pårørendeopplæring som innebærer at kommunene skal tilby råd, veiledning og opplæring til pårørende til personer som mottar helsetjenester, når de pårørende anmoder om det.»

Komiteen ønsker velkommen innsatsen for at alle demente skal få et dagtilbud, og mener dagtilbud for mange av gruppene som mottar omsorgstjenester, er avgjørende som avlastning for familiene. Komiteen støtter målet om å gjøre dagtilbud til en lovfestet plikt for kommunene å tilby. Komiteen ber regjeringen følge utviklingen i tilskuddsordningen nøye og vurdere behovet for endringer fortløpende.

Komiteen vil vise til behovet for pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens.

Komiteen vil understreke betydningen av at omsorgslønnsordningen forbedres, og at familieomsorgen sikres fleksibilitet gjennom økonomisk støtte og avlastning slik at det blir mulig for flere å kombinere omsorg og arbeid. Komiteen mener at en forbedring av omsorgslønnsordningen er sentral for utvikling av ny pårørendepolitikk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at omsorgslønnsordningen må bli mer rettferdig og forutsigbar.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener omsorgslønnsordningen må bidra til likestilling og bli en tydeligere og integrert del av det helhetlige tjenestetilbudet sammen med pårørendestøtte, informasjon, veiledning, opplæring, avlastning og tett samarbeid med hjemmetjenestene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener regjeringens forslag til pårørende-

politikk er lite offensiv. Disse medlemmer vil vise til at det er store variasjoner i omsorgslønnsordningen mellom kommuner, både med hensyn til hvem som får omsorgslønn, og hvor mye den utgjør. Det er behov for å forbedre ordningen, og det bør skje raskt. Det er mange pårørende som dette betyr svært mye for, og som trenger økonomisk forutsigbarhet og trygghet. I flere høringsinnspill påpekes det at det var forventet mer konkrete tiltak enn ytterligere utredning av pårørendepolitikken. Norsk Epilepsiforbund og Norsk forbund for utviklingshemmede viser blant annet til pleiepengeordningen. Mange familier med syke barn har de siste årene mistet pleiepenger de tidligere fikk, og terskelen for å få pleiepenger er blitt høyere. Disse medlemmer viser til Innst. 175 S (2012–2013) der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om at pleiepenger skal kunne gis til foreldre i forbindelse med intensiv behandling og rehabilitering av barnet, og at forslaget bør fremmes som en del av en større omlegging av pleiepengeordningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser videre til at Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om endringer i regelverket for pleiepenger for alvorlig syke barn som trenger pleie 24 timer i døgnet, når det beste for barnet er at foreldrene selv pleier barnet i hjemmet, og at pleiepengegrunnlaget skal gis uavhengig av diagnose og på grunnlag av det enkelte barns helsetilstand selv om sykdommen varer i mer enn to år.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 375 S (2012–2013) der disse partier fremmet forslag om å gi rett til pleiepenger når barnets helsetilstand gjør at foreldrene ikke kan stå i arbeid, også når foreldre ikke har opptjente rettigheter til dette.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest legge fram sak for Stortinget med forslag til forbedringer av pleiepengeordningen.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til det foreslåtte pårørendeprogrammet hvor man i første fase vil utforme tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende gjennom blant annet fleksible avlastningsordninger, pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning og forbedring av omsorgslønnsordningen.

Flertallet viser videre til at man i neste fase av programmet utreder spørsmål om endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene i samarbeid med Arbeidsdepartementet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at ordningen med omsorgslønn ble innført ved lov 11. juli 1986 nr. 55 om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 lov om helsetjenesten i kommunene. Regelen om omsorgslønn ble med virkning fra 1. januar 1993 flyttet til lov om sosiale tjenester mv. av 13. desember 1991 nr. 81 kapittel 4 – Sosiale tjenester mv. – § 4-2 pkt. e der det heter: «De sosiale tjenester skal omfatte lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid». Dette betyr at kommunene har et ansvar for at det skal finnes et slikt tilbud i hver enkelt kommune. I Rundskriv I-42/98 - Omsorgslønn – står følgende:

«Hovudformålet med omsorgslønnsordninga er å bidra til best mogeleg omsorg for dei som treng hjelp i dagleglivet og å gjere det mogeleg for private omsorgsytarar å halde fram med omsorgsarbeidet.»

Rundskrivet slår også fast at det er kommunen som avgjør om det skal gis omsorgslønn til den som søker, og om hvor høy lønnen skal være. Det påpekes også at ordningen med omsorgslønn gir noe større rom for kommunalt skjønn enn det som gjelder andre sosiale tjenester. Rundskriv I-42/98 nevner enkelte momenter som er relevante når kommunene skal vurdere om det skal tilbys omsorgslønn:

- a) Om omsorgsarbeidet er særlig tyngende.
- b) Om omsorgsarbeidet gjelder nødvendige omsorgsoppgaver.
- c) Om omsorg fra søkeren er det beste for den som trenger hjelp.
- d) Kommunens ressurser.

Det påpekes imidlertid at også andre hensyn kan være relevante, og at de momentene som er nevnt, ikke er vilkår for omsorgslønn. Kommunene kan derfor velge å tilby omsorgslønn selv om ingen – eller bare noen av de nevnte momenter – er til stede. Kommunene har plikt til å sette av midler til omsorgslønn i sine budsjetter og kan ikke avslå en søknad fordi dette ikke er gjort. Ifølge rundskrivet, pkt. 3.4, kan allikevel kommunene legge en viss vekt på sin egen økonomi i vurderingen av om det skal tilbys omsorgslønn i det enkelte tilfelle. Kommunene tar stilling til hvilken tjenesteform som skal velges, og kan ta stilling til hva som økonomisk sett er mest formålstjenlig. I enkelte kommuner settes det tak på hvor høy omsorgslønnen kan være. Departementet

understreker imidlertid i rundskrivet at hver enkelt søknad skal avgjøres etter en individuell, skjønnsmessig helhetsvurdering der omsorgslønn blir sett i sammenheng med andre pleie- og omsorgstjenester. Det er altså kommunen som avgjør hvor mange timer med omsorg det skal ytes lønn for, og hvor høy time-lønnen skal være. I rundskrivet vises det til at mange kommuner benytter det laveste lønnstrinnet for hjelpepleier, og at departementet råder den enkelte kommune til å yte høyere lønn dersom det er grunn til det, f.eks. når omsorgsyteren har relevant bakgrunn for å utføre omsorgsarbeid. For å utføre omsorgsarbeid kan tjenesteyteren motta pensjonspoeng i folketrygden tilsvarende en inntekt på 4,5 G. (Grunnbeløpet er 85 245 kroner per 1. mai 2013). Poengene er ikke avhengig av at man faktisk mottar omsorgslønn, eller hvor høy den eventuelt er. Omsorgslønn er skattepliktig inntekt. Etter regelverket er det altså opp til den enkelte kommune å avgjøre hvem som skal tildeles omsorgslønn, om det skal tildeles omsorgslønn, og hvor høye ytelsene skal være, både timesatsen og omfanget. Dette fører naturlig nok til at ordningen med omsorgslønn fungerer svært forskjellig fra kommune til kommune, og at tjenesten lønnes på svært forskjellig nivå i kommunene, noe som innebærer at personer som yter omsorg for familiemedlemmer eller nære slektninger, behandles ulikt avhengig av i hvilken del av landet ytelsen gis. For dem som mottar omsorgen, betyr disse forskjellene at man i enkelte deler av landet har mindre mulighet for å kunne motta omsorgshjelp fra sine nærmeste.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at i Innst. S nr. 294 (1996–1997) til St.meld. nr. 50 (1996–1997) fremmet Fremskrittspartiets medlemmer, sammen med Senterpartiets og Kristelig Folkepartis medlemmer, forslag om at staten skal delfinansiere kommunenes omsorgslønn med 50 prosent. En slik ordning ville, slik disse medlemmer ser det, ha gjort det mulig å etablere en ordning som førte til mer likhet i ytelsene i alle deler av landet innenfor dagens ordning med kommunalt ansvar.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiets primære standpunkt er imidlertid statlig overtakelse av ansvaret for sosiale ytelser og en betaling av utgifter der pengene følger den enkelte bruker. Disse medlemmer har merket seg at svært mange av klagesakene som behandles hos fylkesmennene, gjelder omsorgslønn. Disse medlemmer finner dagens ordning lite tilfredsstillende og mener at tilbudet om å kunne motta omsorg fra nær familie og slektninger bør være tilnærmet likt over hele landet. At tilbudet skal være tilnærmet likt, baseres på de faktiske, relevante levekostnader i de

forskjellige deler av landet, og innebærer en differensiering av satsene i overensstemmelse med levekostnadene. Disse medlemmer ser problemet med å pålegge kommunene nye utgifter til sosiale ytelser innenfor dagens finansieringssystem. Det fremmes derfor forslag om at departementet skal utarbeide normerte satser for tildeling av omsorgslønn for å oppnå større likhet for omsorgsytere i hele Norge.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem sak om å innføre bindende, normerte satser og kriterier for omsorgslønn.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 375 S (2012–2013) der disse partier fremmet forslag om å sikre at satsene for kommunal omsorgslønn øker, at mottakere av omsorgslønn får rett til feriepenger, og at det gis rett til omsorgslønn i inntil tre måneder etter at et funksjonshemmet barn dør, samt rett til dagpenger.

Frivillig sektor

Komiteen støtter regjeringens forslag om å utvikle en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet, der målet er å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten, styrke sosiale nettverk og redusere ensomhet.

Komiteen viser til at det er et stort potensial for å få flere til å delta i og utføre frivillig arbeid (Respons Analyse 2012), og merker seg at personer med innvandrerbakgrunn og unge voksne i aldersgruppen 18–25 år er de mest positive til å gjøre mer frivillig arbeid. Komiteen mener at økt satsing på ungdom i frivilligheten vil kunne bidra til økt rekruttering til omsorgsyrkene. Komiteen vil i tillegg vise til gruppen friske eldre som en voksende gruppe som kan ta del i den frivillige innsatsen.

Komiteen støtter regjeringens satsing på opplæring av frivillighetskoordinatorer i regi av Verdig-hetssenteret i Bergen og etablering av nasjonal sertifiseringsordning for livsgledesykehjem i regi av Stiftelsen Livsglede for eldre. Komiteen vil fremheve eldresentre som viktige sosiale tiltak som skaper aktivitet, og som motvirker ensomhet, og viser til forslaget i revidert nasjonalbudsjett for 2013.

Komiteen viser til at eldresentre når svært mange, og de utløser en betydelig frivillig innsats på lokalt plan. Betydningen av kontakt på tvers av generasjoner tilsier at eldresentre med fordel kan lokaliseres sammen med eller i tilknytning til andre aktiviteter, som for eksempel kulturhus.

Komiteen viser til en enstemmig komitémerk-nad i Innst. S. nr. 50 (2006–2007):

«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.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser videre til merknad i samme innstilling fra komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

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

Disse medlemmer vil fremheve hvordan eldresentrene er et viktig bidrag for eldre som ønsker å benytte seg av disse. Disse medlemmer er av den oppfatning at eldresentre bidrar til økt trivsel og livsglede for dem som nyttiggjør seg av sentrene. Det er imidlertid viktig å understreke at ikke alle eldre har behov for slike tilbud, og det presiseres i den sammenheng at eldre selv må velge hvilke tilbud de skal nyttiggjøre seg av. Disse medlemmer ønsker derfor å fremme følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en ordning med stimulerings tiltak eller øremerkede driftstilskudd til eldresentre i Norge.»

Komiteen viser til at undersøkelser viser at eldresentre/aktivitetssentre for eldre har god helsefremmende og forebyggende effekt. Tilbudet stimulerer sosial aktivitet, bra kosthold, fysisk aktivitet som fremmer balanse og forebygger fall etc.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 424 L (2010–2011) der Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om

lovfestet kommunal plikt til tilbud om eldresentre. Disse medlemmer viser til at aktivitetssentre for eldre kan drives av kommuner, pensjonistforeninger, frivillige organisasjoner eller andre.

Komiteen mener at kommuner må samarbeide med etablerte, frivillige organisasjoner om rekruttering og oppfølging av frivillige. Komiteen mener frivillighetskoordinatorer i kommunene vil kunne bidra til en organisering av den frivillige innsatsen som vil tjene både omsorgstjenesten, de frivillige organisasjonene og de frivillige selv enten de er tilknyttet en organisasjon eller ikke. Kommunene bør invitere organisasjonene inn i et samarbeid der det dras veksler på de frivillige organisasjonenes kompetanse og erfaring i å drive frivillig arbeid, og der det lages ordninger der de frivillige organisasjonene kan bidra. Komiteen viser til at bare 20 prosent av kommunene har utviklet en lokal frivillighetspolitikk, og vil påpeke behovet for dette.

Komiteen vil understreke at mottakere av omsorgstjenester er en sårbar gruppe, og at målet for opplæringen av frivillige må være å sikre et verdig, kunnskapsbasert og godt samspill mellom de frivillige, de ansatte og mottakerne av tjenestene og deres pårørende.

Komiteen viser til at ideelle organisasjoner fortsatt vil være viktige medspillere for å møte de utfordringer og muligheter de demografiske endringene medfører for eldreomsorgen. Komiteen viser til at hovedorganisasjonen Virke har uttrykt bekymring for at de ideelle tjenesteleverandørene i helse- og sosialsektoren er borte i løpet av en periode på 5–10 år om det ikke tas nye politiske grep.

Komiteen viser til at det i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» ble foreslått en målsetting om at inntil 25 prosent av den samlede omsorgssektoren skal være organisert og drevet av ideell virksomhet innen 2020. Komiteen viser til at regjeringen i denne meldingen signaliserer at den ønsker å snu dagens utvikling der ideelle aktørers andel av tjenesteytingen er synkende, og at det varsles en økt satsing på ideell sektor. Komiteen støtter dette.

Komiteen vil vektlegge ideelle organisasjoners rolle i å utvikle helse- og omsorgstjenestene i årene framover. Historisk sett har de sett behov for tilbud til utsatte grupper og startet tilbud som det offentlige senere har overtatt. Det er viktig å legge forholdene til rette for at ideelle organisasjoner kan være en samarbeidspartner for det offentlige. Samarbeidsavtalen med seks overordnede prinsipper for god samhandling, som er inngått mellom regjeringen og ideell sektor om statlige helse- og sosialtjenester, og den videre oppfølgingen av samarbeidsavtalen mellom ideell sektor og KS er svært gode tiltak.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser i den sammenheng til Innst. 294 S (2009–2010) med forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti om å utnevne et offentlig utvalg for å utarbeide et forslag til en norsk samfunnskontrakt på områdene helse, sosial og omsorg. Disse medlemmer ser samarbeidsavtalen mellom regjeringen og ideell sektor som en oppfølging av dette forslaget. Det er viktig at samarbeidsavtalen følges opp av regjeringen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til Fremskrittspartiets forslag fra mars 2010, Dokument 8:68 S (2009–2010), hvor det ble foreslått å utarbeide en samfunnskontrakt for å kunne gi ideell sektor en større grad av forutsigbarhet, på linje med det en har i en rekke andre land i Europa. Det vises til at det er signaler om at store deler av tilbudet fra ideell sektor innen tjenesteyting relatert til helse, omsorg og sosiale tjenester kan bli borte i løpet av 5–10 år. Forslaget gikk ut på å sette ned et bredt sammensatt utvalg bestående av det offentlige, private ideelle og private kommersielle aktører, for å kunne få belyst hva som hemmer og hva som fremmer et fornuftig samarbeid, samtidig som det ikke fører til konkurransevridning og kan komme i konflikt med lover og avtaler. Regjeringspartiene støttet dessverre ikke forslaget. Disse medlemmer vil fremholde at det er viktig med et mangfold av tjenesteleverandører nettopp fordi den norske befolkningen representerer ulike grupper og ulike behov. Derfor må den politiske innsatsen rettes mot å sikre befolkningen kvalitativt gode tilbud fremfor å drive en ideologisk kamp som reduserer og fjerner viktige bidragsyttere til tjenesteleveranse innen sektoren.

Komiteen er glad for at regjeringen vil utnytte handlingsrommet EØS-regelverket gir for hvordan offentlige myndigheter kan kjøpe tjenester av ideelle organisasjoner. Handlingsrommet består av egne anskaffelsesprosesser for ideelle, langsiktige avtaler og et samarbeid om utvikling og innovasjon i forkant av anskaffelsen. Komiteen imøteser utredningen fra det offentlige utvalget som er nedsatt for å gjennomgå den særnorske delen av anskaffelsesregelverket og vurdere hvilke særlige regler som skal gjelde for tjenester som helse- og sosialtjenester.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil bemerke at Kristelig Folkeparti lenge har påpekt mulighetsrommet i EØS-avtalen for ideell sektor innen helse-, omsorgs- og sosialtjenester.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til høringsinnspill fra Hovedorganisasjonen Virke som vektlegger at ideell sektor ut fra sin organisering med landsomfattende organisasjoner er godt rustet til både å øke omfang av tjenester og utvikle nye tjenester. Virke viser til at ideelle aktører er godt posisjonert til å arbeide med vertikal innovasjon på tvers av forvaltningsnivåene og horisontal innovasjon i mellomrommet mellom kommunale tjenester og lokalsamfunnet. Vi trenger ideelle aktører med et bevisst, samfunnsmessig verdigrunnlag og tradisjoner for å drive innovasjon og nyskaping.

Disse medlemmer viser til Innst. 77 S (2011–2012) der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om et forenklings- og avbyråkratiseringsprogram for frivillig og ideell sektor.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at i den samme innstillingen fremmet Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti forslag om at regjeringen bes sikre at hensyn til sosial kapital og frivillighet blir samfunnspolitiske mål på linje med verdiskaping og bærekraftighet.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil vise til at ideelle aktører av historiske årsaker har høyere pensjonskostnader enn kommersielle aktører, og vil understreke behovet for å løse ideell sektors utfordringer på pensjonsområdet.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest finne løsninger for pensjonsutfordringene som ideell sektor innen helse-, omsorgs-, sosial- og barnevernstjenester har.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti støtter en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet, men viser til høringsinnspill fra Røde Kors som etterlyser konkretisering av strategien. Røde Kors anbefaler at strategien konkretiseres med delprosjekter med klare mål og ansvarsbeskrivelser. Disse medlemmer støtter dette og vil understreke at frivillige organisasjoner må ha en sentral rolle både i konkretiseringen av strategien og i gjennomføringen.

Disse medlemmer viser til at Røde Kors i sitt høringsinnspill til meldingen skriver at det er et stort potensial for frivillig innsats i omsorgssektoren, men at dette krever lokal oppfølging. Røde Kors påpeker at det har gått seks år siden forrige frivillig-

hetsmelding, og at bare 20 prosent av kommunene har utviklet en egen frivillighetspolitikk til nå. Røde Kors har bedt om en utredning av frivillighetens rolle i eldreomsorgen.

Disse medlemmer viser til at Frivillighet Norge i sitt høringsinnspill etterlyser en helhetlig frivillighetspolitikk, ved at målsettingen er vekst og utvikling i hele frivillig sektor. De trekker parallell til en helhetlig næringspolitikk som sikrer at politikken på beslektede områder innenfor næringslivet henger sammen. Frivillighetspolitikken bør sørge for at tiltakene innenfor for eksempel idrettspolitikken, kulturpolitikken og helse- og omsorgspolitikken, bidrar til å realisere ambisjonen om vekst og utvikling i frivilligheten. De mener det bør oppnevnes et offentlig utvalg med representanter fra frivilligheten. De mener utvalget bør utrede sektoren, blant annet med fokus på potensialet for å øke deltakelsen i hele frivillig sektor gjennom å skaffe mer kunnskap om hva som motiverer til deltakelse, og hvilke betingelser som må være til stede for at de frivillige organisasjonene kan rekruttere bredere. De mener det er de frivillige organisasjonene som har best utgangspunkt for å øke den frivillige innsatsen.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener frivillig sektor må gis en forpliktende plass i samfunnet for å løse framtidens utfordringer. Det er i rommet som offentlig og ideell sektor skaper sammen, at framtidens løsninger ligger. Dette medlem vil ha mål om at 25 prosent av helse- og omsorgstjenestene skal komme fra ideell sektor innen 2025, slik også den offentlige utredningen (NOU 2011:11) som ligger til grunn for stortingsmeldingen, anbefalte.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at 25 prosent av helse- og omsorgstjenestene utføres av ideell sektor innen 2025.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det skal utarbeides en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal bygge på erfaringene som allerede finnes, og på plattformen som er utarbeidet for samhandlingen mellom kommunene og Frivillighet Norge, og skal utarbeides i samarbeid med KS og Frivillighet Norge. Flertallet viser videre til at regjeringen også har tatt initiativ til å utarbeide en prinsipplæringsklæring for dialog og samspill med frivillige organisasjoner. Prinsipplæringsklæringen skal bidra til større forutsigbarhet og felles forståelse hos partene om den overordnede frivillighetspolitikken. Prinsipp-

erklæringen skal omtale intensjoner og verdier for dialog og samspill med frivillige organisasjoner og omhandle de frivillige organisasjonenes rolle og egenart.

Aktiv omsorg

Komiteen er enig med regjeringen i at en framtidsrettet og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering, både fysisk og sosialt. En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området og når det gjelder hverdagsliv, mat og måltider, opplevelser og fellesskap, at dagens kommunale omsorgstjeneste ikke er god nok. Komiteen vil spesielt understreke at «Inn på tunet-ordninger» er eksempel på arenaer for dagtilbud til ulike brukergrupper, som nettopp bidrar til aktiv omsorg. Komiteen vil understreke at det er stort potensial for utvikling av slike samarbeidsprosjekter mellom næring og den offentlige pleie- og omsorgstjenesten.

Komiteen mener at den kulturelle spaserstokken er en ordning som bidrar til at eldre blir inkludert i lokalt kulturliv. Komiteen vil understreke behovet for at dette tilbudet videreutvikles. Komiteen viser til at terapeutisk bruk av sang og musikk mot uro og depresjon ved demens viser seg å kunne redusere både utagering og medikamentbruk hos eldre. Det er stort behov for å integrere kulturformidling som metode i behandling og pleie, og for at ny praksis kan utvikles, spres og tas i bruk i hele landet. Komiteen støtter opprettelsen av et nasjonalt kompetansesenter innen kultur, helse og omsorg i Levanger, som skal samarbeide med andre etablerte fag- og forskningsmiljø på området. Komiteen ser også positivt på at det arrangeres konsensuskonferanser som vurderer nye kvalitetssikrede metoder og behandlingsformer.

Ernæring

Komiteen mener regjeringens satsing på mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene er svært viktig. Komiteen viser til at det siden 2010 er satt av midler i statsbudsjettet til ulike kompetansehevede tiltak innenfor ernæring. Dette har ført til økt fokus på ernæring i omsorgstjenestene, noe som er viktig fordi mange brukere av omsorgstjenestene er i en sårbar ernæringssituasjon. Komiteen viser til Helse- og omsorgsdepartementets anbefalinger om at alle som møter helse- og omsorgstjenesten, skal få vurdert ernæringsstatus som en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud.

Komiteen mener det er viktig at personer i risikozonen for feilernæring får en ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og målrettede tiltak. Komiteen støtter arbeidet

for at ernæring skal være en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen har merket seg at det er påvist at mellom 10 og 60 prosent av pasientene i sykehus og beboere i sykehjem er underernærte, og at underernæring og feilernæring også forekommer blant eldre hjemmeboende.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti har tidligere pekt på at det i Sverige har vært satset bevisst på bruk av personer med ernæringsfaglig kompetanse, og at overført til norske forhold kan det vises til at dette ville gi en kostnadsbesparelse på 800 mill. kroner i året ved å forebygge og behandle underernæring.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet viser til at mange leger, sykepleiere og helsefagarbeidere ikke har tilstrekkelig kunnskap om ernæring, og at tilgangen på ernæringsfaglig kompetanse er langt lavere i Norge enn i land det er naturlig å sammenligne seg med. Eldre, pasienter med kroniske eller sammensatte lidelser, kreftsyke, diabetikere, nyresyke og lungesyke er alle grupper med behov for og med dokumentert effekt av profesjonell ernæringsbehandling og kostveiledning. Kostveiledning og ernæringsbehandling er vist å være samfunnsøkonomisk lønnsomt i tillegg til det perspektivet at langt færre utvikler eller forverrer sitt sykdomsbilde. I Sverige er det ansatt en diettist i hver kommune, og det er forventet en samfunnsøkonomisk besparelse på 1–1,5 mrd. kroner som følge av dette tiltaket. Disse medlemmer mener norske kommuner må stimuleres til å gå i samme retning, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere om det skal opprettes en tilskuddsordning som stimulerer kommunene til å knytte til seg personer med klinisk ernæringsfaglig kompetanse.»

Tannhelse

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet har merket seg at stadig flere eldre har sine egne tenner når de kommer på sykehjem eller har behov for hjemmesykepleie. Det er også dessverre et faktum at tannhelsen til disse pasientene forverres meget raskt både som en følge av medisiner og på grunn av manglende tannstell og munnhygiene. Disse pasientene har i dag rett til hjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvaret for. Disse medlemmer viser til at mange av disse pasientene i en årrekke har gått til sin egen faste tannlege til kontroll 1–2 ganger i året. Etter at pasientene kommer under den offentlige tann-

helsetjenestens ansvar, går gjerne kontrollhyppigheten ned samtidig som den burde vært økt på grunn av medisinsk tilstand og som følge av øvrig behandling. Disse medlemmer viser også til at sykehjemspasienter må betale så stor andel av trygden sin til det offentlige at det er umulig for dem å fortsette hos sin primærtannlege selv om de skulle ønske det. Disse medlemmer viser også til at en slik kontinuitet hos den behandleren pasienten har stor tiltro til, og som kjenner pasienten godt, forutsetter at vedkommende tannlege har avtale med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for ordninger som gjør det mulig for pasienter som mottar hjemmesykepleie eller sykehjemstilbud, å kunne fortsette hos sin faste tannlege, og at denne refunderes fra det offentlige på lik linje med det en offentlig tannhelseklinik ville få for samme type behandling.»

Komiteen viser til at eldre som er på sykehjem eller mottar hjemmesykepleie, har rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen. Det er flere eldre som beholder sine egne tenner fordi tannhelsen til befolkningen er bedret. Komiteen ser positivt på at flere fylkeskommuner har satt i gang tiltak for å gi opplæring om tannhelse til helse- og omsorgspersonell i kommunene. Helsedirektoratet har også utviklet et e-læringsstilbud rettet mot personellet i omsorgstjenestene, hvor det legges vekt på å gi opplæring i praktisk munnstell, samt en innføring i de mest vanlige sykdomstilstandene i munnen. Komiteen er klar over at fylkeskommunene har frihet til å organisere sitt tilbud slik de finner det hensiktsmessig, inkludert inngå avtaler med andre tannleger. Komiteen er kjent med at tannhelsetjenesteloven er under revisjon, og at tilbudet til eldre både i sykehjem og som mottar hjemmetjenester, skal vurderes. Komiteen vil understreke behovet for forebygging og et faglig godt tannhelsetilbud for denne gruppen.

Hverdagsrehabilitering

Komiteen er enig med regjeringen i behovet for en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten med større vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. Komiteen mener at rehabilitering skal være en naturlig og selvstendig del av all behandlingsinnsats og pleie. Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå, og som dermed kan utsette mer omfattende pleiebehov.

Komiteen viser til at dersom hverdagsrehabilitering skal tilbys i mye større omfang enn i dag, må hjemmetjenesten kunne dra veksler på fagteam der

både hjemmehjelp, helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter m.fl. inngår. Den moderne omsorgstjenesten krever derfor økt kompetanse i førstelinjen og mer tverrfaglig arbeid. Komiteen støtter regjeringens satsing for å stimulere kommuner til å ta i bruk ulike modeller for hverdagsrehabilitering. Komiteen vil i den forbindelse understreke behovet for kunnskapsformidling, veiledning og kompetanseformidling i kommunene. Komiteen mener også dette nødvendiggjør flere ergoterapeuter i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Komiteen deler regjeringens syn på at det er behov for å legge større vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats, og at rehabilitering ses på som en del av behandlingen etter ulykke eller sykdom. Komiteen er enig i at hverdagsrehabilitering krever tverrfaglig kompetanse og innsats, og at satsing på dette området vil øke brukerens opplevelse av mestring og empowerment.

Komiteen understreker at mange fortsatt vil ha behov for spesialisert rehabilitering. Dette utføres i dag både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange kronisk syke og funksjonshemmede m.fl. er avhengig av et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud der de bor. Samtidig er en del kompliserte rehabiliteringsprosesser av en slik art at de vanskelig kan utføres i kommunene. Komiteen understreker betydningen av at kommunen har kjennskap til de rehabiliteringstilbudene som finnes, og at klare henvisningsrutiner gjør at de som trenger slik spesialisert rehabilitering, får tilgang til den.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener allikevel, i tråd med flere av høringsinstansene, at det er viktig å skille mellom hverdagsrehabilitering og spesifikk rehabilitering. Disse medlemmer viser til at Riksrevisjonen i 2012 konkluderte med at det ikke har vært noen dokumenterbar styrking av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten siden 2005. Det er avgjørende for mange pasientgrupper at rehabiliteringen starter så raskt som mulig for å oppnå best mulig resultat. Det er derfor bekymringsfullt at rehabiliteringstjenesten i mange helseforetak nå er truet av nedbygging, før primærhelsetjenesten har bygd opp tilstrekkelig kapasitet til å yte tjenester av minimum samme omfang og kvalitet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det ikke er overført oppgaver til kommunene på rehabiliterings-

feltet som følge av Samhandlingsreformen. Flertallet vil understreke at pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, skal få dette.

Komiteen registrerer at det i høringer til meldingen gis uttrykk for at det er behov for en styrking av både ergoterapi og fysioterapisatsingen i kommunene. Som følge av Samhandlingsreformen skrives pasienter tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere, og opptrenings- og behandlingsbehovet er større i kommunene nå enn før. På denne bakgrunn deler komiteen derfor Norsk Fysioterapeutforbund sin bekymring over at KOSTRA-tall viser en nedgang i fysioterapeutårsverk. Komiteen vil også vise til enstemmig komité som i Innst. 212 S (2009–2010) pekte på at

«Det er bred enighet om at habilitering og rehabilitering ikke har hatt det fokus som feltet fortjener. Kunnskap om hvilke tilbud som finnes og hva slags habilitering og rehabiliteringsopplegg som gir best hjelp for ulike pasientgrupper, er fragmentert og mangelfull. Det går også fram av undersøkelser at det er tilfeldig hvilke pasienter som får relevant og tilstrekkelig habilitering og rehabilitering, og hvilke som ikke får det. Det er derfor etter komiteens mening behov for mer og bedre forskning på habilitering og rehabilitering, og bedre og mer systematisk samarbeid mellom habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og det øvrige helsevesenet».

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at den neste store helsepolitiske reformen må komme innen rehabilitering, og at det må innføres fritt rehabiliteringsvalg slik at alle som har rett til behandling, skal ha rett til å velge hvor tilbudet skal gis, blant forhåndsgodkjente institusjoner.

Komiteen vil peke på behovet for en mer sømløs ivaretagelse av pasientens rehabiliteringsbehov ved overføring fra spesialist- til primærhelsetjenesten, og mener dette kan løses ved å bygge opp ambulerende rehabiliteringsteam i helseforetakene som kan bistå kommunene i deres arbeid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har i Innst. 212 S (2009–2010) og flere ganger i Stortinget fremmet forslag om en forpliktende nasjonal opptrappingsplan for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, sist gang ved behandlingen av Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan. Disse medlemmer mener en slik plan må sikre at kvaliteten og kompetansen i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes, og at planen skal legge til grunn et fortsatt sterkt innslag av ideelle og andre private tilbud. Nasjonale spesialiserte

te kompetansemiljøer må styrkes. Frem til planen er iverksatt, skal regjeringen sikre at eksisterende tilbud har langsiktige avtaler og forutsigbare rammer som sikrer videre drift. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at vi har nå lenge hørt snakk om «eldrebølgen». I en viss forstand kan vi si at vi allerede er oppe i en situasjon med økt antall eldre. Mens det i 1950 bare var vel 8 prosent eldre 67 år og over, er dagens andel vel 14 prosent, og andelen vil øke ytterligere, til 19 prosent i 2030 og 22 prosent i 2050. Andelen barn og unge under 15 år vil fortsatt synke, til om lag 17 prosent i 2050.

Utfordringen vi står overfor, skyldes bare delvis det faktum at vi blir eldre (flere på toppen av pyramiden); vel så viktig er de lave fødselstallene som betyr at det blir færre i bunnen, færre i produktivt arbeid. Velferdstjenestene kommer derfor i en skvis mellom mangel på arbeidskraft på den ene siden og økonomien på den andre siden, noe som igjen skal veies opp mot innbyggernes krav og behov.

I Fredricia kommune i Danmark har de tatt denne utfordringen på alvor og startet prosjektet «Længst muligt i eget liv». Prosjektets visjon er å ha en kommune med aktive og ressurssterke eldre som gjennom forebygging, rehabilitering, teknologi og sosiale nettverk er lengst mulig i sitt eget liv. De har foretatt et paradigmeskifte i sin tilnærming til en pasient med et hjelpebehov. Tidligere ga man hjelp ut fra det brukeren etterspurte, og som denne mente å ha krav på, og før hjelpebehovet vokste, ble hjelpen øket og til slutt var brukerne så hjelpetrengende at de trengte en sykehjemsplass. Nå «bombarderer» kommunen nye brukere med besøk i en kort periode. Tittelen hjemmehjelp er skiftet ut med hjemmetrener. De kan komme opp til sju ganger om dagen, men det gis minst mulig kompensierende hjelp. Hjemmetreneren ser etter muligheter til å trene opp gamle ferdigheter. De arbeider med «hendene på ryggen» og veileder brukeren. På den måten går en fra avhengighet til selvhjulphet.

Gjennom proaktiv, tidlig innsats med fokus på rehabilitering og forebygging og ved å dreie fra behandling til tidlig oppsporing, med endret fokus fra begrensninger til ressurser, har Fredricia kommune

oppnådd oppsiktsvekkende gode resultater. 444 nye brukere har vært gjennom et rehabiliteringsforløp. 44,8 prosent ble avsluttet som helt selvhjulpne. 39,9 prosent ble avsluttet med lettere hjelp enn det de etterspurte. Hele 84,7 prosent har altså fått bedre livskvalitet og det liv de ønsker å gjenoppta. Prosjektet karakteriseres som en vinn-vinn-vinn situasjon. Det gir glade og tilfredse borgere med økt livskvalitet, stolte medarbeidere med lavere sykefravær, økonomisk gevinst for kommunen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det også ble foretatt en gjennomgang av brukere som allerede mottok hjelp fra kommunen. Hele 37 prosent ble vurdert til å ha et rehabiliteringspotensial. 35 pasienter deltok i programmet. 11 av disse pasientene ble helt selvhjulpne, og 20 hadde i ettertid bruk for vesentlig mindre hjelp.

Disse medlemmer vil vise til at dette prosjektet bygger på god samhandling. Evalueringen viser en imponerende enighet mellom faglig og politisk lederskap, og profesjonskamp er helt fraværende. Det er stor brukertilfredshet da de aller fleste er glad for å kunne gjenvinne uavhengigheten.

Disse medlemmer viser til at en slik tilnærming gir økt verdighet og mulighet for mange eldre til å kunne klare seg selv i størst mulig grad så lenge som mulig. Disse medlemmer viser videre til at dette frigjør ressurser som kan benyttes på økt kvalitet på pleien til dem som fortsatt har behov for tradisjonell pleie, samt til å sikre at det er tilstrekkelig kapasitet på tilbudet når behovet er der. Disse medlemmer viser til at flere danske kommuner nå tar etter Fredericia kommune, og mange norske kommuner har vist interesse. Disse medlemmer mener at staten må kunne stille til disposisjon omstillingsmidler slik at norske kommuner kan ta i bruk denne tilnærmingen, og fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om egne omstillingsmidler for norske kommuner som implementerer strategien som ligger i prosjektet 'Længst muligt i eget liv' som en kjenner det fra Fredericia kommune i Danmark.»

Disse medlemmer viser til at et godt tilbud innenfor fysioterapi er svært viktig sett i sammenheng med en kvalitetsmessig sterk eldreomsorg. I denne forbindelse vil disse medlemmer peke på de store mangler som i dag finnes innenfor rammerverket for denne tjenesten, og vil vise til sine forslag om en ny finansieringsordning basert på prinsippet om at pengene skal følge brukeren. Når en lege eller en relevant myndighet har godkjent et behandlingsopplegg for en pasient hos en fysioterapeut, skal pasienten selv kunne velge tjenestetilbyder som så får

betalt av folketrygden for behandlingen samt egenandelen. Ordningen med avtaler og hjemler bør fjernes, og det bør være fri etableringsrett og like vilkår for alle fysioterapeuter og institutter. Subsidiært bør alle avtalehjemlene gjennomgås, og det bør også legges opp til avtalehjemler tillagt institutter i tillegg til den enkelte fysioterapeut. Videre ser disse medlemmer klart behovet for en enhetlig betalingsordning.

Disse medlemmer vil igjen vise til prosjektet «Lengst mulig i eget liv» i Fredericia i Danmark. Kommunen legger vekt på tidlig innsats og forebygging. Når kommunen varsles om at en person har et omsorgs-/pleiebehov, kan det settes inn 7–8 personer for å arbeide med vedkommende. Fysioterapeuter/ergoterapeuter har en vesentlig oppgave i å kartlegge pasientens funksjonsnivå med fokus på hva pasienten selv kan klare. Så lages det et opplegg for å styrke disse funksjonene samt et treningsopplegg hvor hjemmetrenere arbeider for å gjøre pasienten mest mulig selvhjulpent.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av refusjonsordningene for fysioterapi med den hensikt å lage et enhetlig regelverk for hele landet.»

Tilbud til demente

Komiteen viser til at 70 000 i Norge har demens, og at tallet vil være doblet i 2040. Helsedirektoratet har nylig på bakgrunn av kartlegging av tabuene knyttet til demenssykdom startet en kampanje for økt åpenhet. Komiteen støtter målet om økt åpenhet omkring hjernesykdommen demens. Komiteen mener det er viktig å stimulere til åpenhet blant annet fordi tidlig diagnose gir mer tid til planlegging og tilrettelegging, samt til å avdekke eller utelukke andre sykdommer. Komiteen understreker at det er viktig at personer med demens får medisinsk oppfølging slik at de ikke må leve med smerter som kan behandles dersom de oppdages.

Komiteen viser til demensplan 2015 «Den gode dagen» der ett av hovedmålene er at landets kommuner i 2015 bør kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Komiteen mener denne målsettingen er viktig å nå. Regjeringen etablerte et eget øremerket stimulerings-tilskudd til etablering av dagaktivitetsplasser i kommunene fra og med 2012.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at målet er å innføre en lovfestet plikt for kommuner til å tilby dagtilbud til

personer med demens når tilbudet er bygget videre ut.

Komiteen mener dagtilbud skal aktivisere, stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Dagtilbud kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid. Godt utbygde dagaktivitetstilbud, sammen med gode hjemmetjenester, bidrar i mange tilfeller til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Komiteen viser også til at enkelte kommuner – blant annet hjemmesykepleien i Laksevåg bydel i Bergen – har god erfaring med bruk av støttekontakter til hjemmeboende demente i tidlig sykdomsfase.

Komiteen viser til Demensplan 2015 som skal bidra til økt kompetanse, kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Over 14 000 ansatte i om lag 85 prosent av landets kommuner hadde ved utgangen av 2012 startet demensopplæring gjennom Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC.

Komiteen viser til det kunnskapsløftet som gis gjennom Demensomsorgens ABC. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse oppgir at det ved utgangen av april 2013 er registrert ABC-aktivitet i 377 av totalt 428 kommuner. Nærmere 15 000 helsepersonell som arbeider i kommunene, er registrert som ABC-deltakere i Demensplan 2015-satsingen. Det er også ABC-studiegrupper med ansatte fra enheter i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til eldreavtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre om konkretiseringer av omsorgsplan 2015, jf. Innst. 11 S (2007–2008), der det var enighet om at alle kommuner skal tilby tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens senest innen 2015. Dette medlem mener regjeringens innsats for å nå dette målet er for svak. Tilskuddsordningen for utbygging av dagtilbud for demens er ikke målrettet godt nok. Så langt i 2013 er kun 20 prosent av midlene benyttet, og i 2012 var underforbruket av midlene stort. Dette medlem har merket seg at Nasjonalforeningen for folkehelse i sitt høringsinnspill til komiteen skriver at det bør vurderes om lønnskostnader til dagaktivitet kan være en del av tilskuddet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil påpeke at dagtilbud for mennesker med demens kan gi mening i hverdagen og forebygge utvikling av demenssykdommen. Det innebærer en viktig avlastning for pårørende. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti foreslo lovfestet rett til dagtilbud for mennesker med demens

og kommunal plikt til å tilby dette, gjeldende fra 2015, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Dette forslaget fikk ikke støtte av regjeringspartiene. Disse medlemmer mener at lovfesting kombinert med stimuleringstilskudd ville vært langt mer målrettet for å nå målet om dagtilbud for mennesker med demens innen 2015. Regjeringens satsing på området er svak; kun 9,3 prosent av personer med demens har et dagtilbud. Nasjonalforeningen for folkehelsen skriver i sitt høringsinnspill at for å legge til rette for at man skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, må det satses på aktivisering, rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. Nasjonalforeningen viser til at dette kan forsinke sykdomsutviklingen hos personer med demens. Disse medlemmer vil understreke at det samtidig med utbygging av dagtilbud bør satses kraftig på forskning på utvikling av gode tjenestetilbud for personer med demens, samt årsaker til og behandling av demens. Resultater på dette forskningsområdet vil ha store konsekvenser for morgendagens omsorgsbehov og omsorgstjenester. Det er viktig å understreke at utbygging av dagtilbud for personer med demens ikke må gå på bekostning av eldresentre.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest legge fram sak for Stortinget med forslag til kommunal plikt og individuell rett til dagtilbud for personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2015.»

Omsorg og død

Komiteen viser til at Norge er av de land i verden hvor færrest dør i eget hjem, og det har de siste årene vært en sterk økning i antall dødsfall som skjer på sykehjem. Undersøkelser viser imidlertid at flertallet av døende pasienter ønsker å dø hjemme. Komiteen forutsetter at den offentlige helse- og omsorgstjenesten utvikles slik at den kan ivareta både den døendes og de pårørendes grunnleggende behov, og at det tilrettelegges for at de som ønsker det, så langt det er mulig, kan få dø hjemme. Komiteen understreker at uhelbredelig syke og døende i tillegg til god og faglig pleie må oppleve å bli behandlet med respekt og verdighet og få ivarettatt sine sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Komiteen mener at de regionale kompetansesentrene i helseregionene må bli sentrale i arbeidet med å heve kompetansen i kommunene og bistå i rådgivning om enkeltpasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 268 S (2010–2011) der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti

foreslo at regjeringen utarbeider en plan for satsing på livshjelp som innbefatter investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene, minst 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene og tilskudd til drift av disse, opprettelse av ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner, og kompetanseheving av helsepersonell. Disse medlemmer mener det er positivt at regjeringen vil satse på kompetanseheving av ansatte i helse- og omsorgstjenesten, men hadde forventet en langt sterkere satsing på dette området enn det som legges fram i meldingen.

Disse medlemmer viser videre til Innst. 11 S (2011–2012) der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmet forslag der de ba regjeringen etablere en egen tilskuddsordning for bygging og drift av hospice i Norge innen 1. juni 2012.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at gjennom Omsorgsplan 2015 er det etablert tiltak for å styrke både kapasiteten og kompetansen i tjenestene gjennom Husbanken og Kompetanseløftet 2015. Disse virkemidlene har bidratt til en styrking av lindrende behandling i kommunene. Videre har spesialisthelsetjenesten et spesielt ansvar for kompetanseoverføring, og flertallet viser særlig til de regionale kompetansesentrene for palliasjon. Flertallet vil understreke meldingens fokus på dette og ser det som et viktig tiltaksområde også i framtiden.

Komiteen merker seg at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en diagnoseuavhengig nasjonal, faglig retningslinje om lindrende behandling spesielt tilknyttet barns behov.

Komiteen viser til at regjeringen i meldingen identifiserer behov innen barnepalliasjon/lindrende behandling til barn, og at det er startet et arbeid med å utarbeide en nasjonal, faglig retningslinje på dette området.

Komiteen viser til at barnepalliasjon de siste 30 årene har utviklet seg til et eget fagområde i pediatrien i mange land og berører mange diagnoser. Norge har ikke definert dette som et eget fagområde.

Barn med alvorlige eller uhelbredelige sykdommer kan i dag overleve i mange år. Palliativ medisin omfatter en helhetlig, tverrfaglig og familiesentrert tilnærming til barnet og vektlegger både somatiske og psykososiale aspekter i omsorgen.

Komiteen mener det er behov for kunnskap om symptomlindring og helhetlig palliativ behandling av barn. Dette må inn i både grunn- og videreutdanning av helsepersonell, og det må inkluderes i fagutvikling og forskning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 11 S (2012–2013) der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om at regjeringen må få vurdert behovet for å opprette en egen masterutdanning innen sykepleie for palliasjon for barn.

Komiteen mener at lindrende behandling av barn må skje både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og som et spill mellom disse. Det er nødvendig med en strategisk og målrettet innsats i årene fremover på området.

Komiteen viser til at økt kompetanse på dette området er viktig, og viser samtidig til de kompetansehevede tiltak som er gjennomført i kommunene. Evalueringen av tilskuddsordningen viser at ansatte får økt kompetanse og trygghet i arbeidet. Videre skal det igangsettes et arbeid for å etablere et kompetanseområde innen palliasjon, i første omgang for leger, men dette skal utvides til andre yrkesgrupper. Barnepalliasjon må være et sentralt tema i dette. Komiteen viser også til at det skal utvikles et opplæringsprogram for ansatte i omsorgstjenesten som skal gi grunnleggende opplæring i lindrende behandling.

Faglig omstilling

Komiteen er enig i målsettingen om å heve det faglige nivået gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning, med vekt på flere faggrupper og økt tverrfaglig samarbeid. Komiteen mener det særlig trengs mer personell med rehabilitering og forebygging som fagfelt, og er enig i regjeringens prioritering av utdanningstilbud med spesiell vekt på rehabilitering, habilitering, miljøterapi, geriatri, gerontologi, palliasjon og demens. Komiteen viser til at det er behov for styrking av mange profesjoner i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, men vil i denne sammenheng spesielt fremheve behovet for flere ergoterapeuter, fysioterapeuter og aktivitører. Komiteen vil understreke at faglig omstilling i tjenestene nødvendiggjør en faglig omstilling av utdanningsløpene, og ser frem til at dette skjer som oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd.

Komiteen vil presisere at en faglig omlegging også vil innebære en endring i måten å organisere tjenesten på. Det vil være behov for mer individuelt tilrettelagte tjenester, mer samarbeid med pårørende og frivillige, mer samarbeid på tvers i kommunene og økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Komiteen ser behovet for å drive praksisnær forskning og for å styrke omsorgstjenestens eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kun-

skapsspredning. Komiteen viser i den forbindelse til de fem regionale sentre for omsorgsforskning tilknyttet høyskoler eller universitet som utdanner helse- og sosialpersonell, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke og de fire allmennmedisinske forskningsenhetene tilknyttet universitetene. Komiteen vil også vise til behovet for medisinsk forsknings- og undervisningsinnsats på universitetsnivå som omhandler diagnostikk og behandling innen alders- og sykehjemsmedisin.

Komiteen er bekymret over at undersøkelser har påvist svakheter i den medisinske oppfølgingen av brukerne av omsorgstjenesten. Dette gjelder både i sykehjem og i hjemmetjenestene. Komiteen understreker at beboere på sykehjem som oftest er svært syke, har i gjennomsnitt 5–6 aktive diagnoser og bruker mange medisiner. Komiteen viser til behovet for rett legemiddelforskrivning og spesielt det å unngå overmedisinering av eldre i sykehjem og i hjemmetjenestene. Det kreves høy medisinsk kompetanse og forskning på feltet for å styrke kvaliteten i det pleietilbudet som gis.

Komiteen viser til at det har vært en styrking av legedekningen på sykehjem de siste årene, og den nasjonale målsettingen om økning på 50 prosent i antall legeårsværk er nådd. Komiteen mener det likevel er behov for å styrke legedekningen ytterligere. Komiteen vil peke på at god medisinsk ledelse og funksjonelle journalsystem kan bidra til å bedre kvaliteten på dette feltet.

Komiteen mener det er viktig at sykehjemsmedisin får større status og attraktivitet blant yngre leger. Komiteen viser til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå spesialistutdanningene med tanke på å rette disse mer inn mot dagens og framtidens utfordringer og brukernes behov. Komiteen viser i den forbindelse til komitémerknad i innstilling om Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009–2010):

«Komiteen vil be om at det utredes tiltak for å bedre rekrutteringen av leger og annet nøkkelpersonell til kommunehelsetjenesten. Komiteen mener det må vurderes særskilt å godkjenne praksis fra sykehjem og i allmennlegetjeneste som ledd i spesialistutdanning.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti deler bekymringen rundt undersøkelser som viser svakheter i omsorgstjenesten. Disse medlemmer viser til at de i Innst. 424 L (2010–2011) gikk imot en profesjonsnøytral kommunal helse- og omsorgstjenestelov, fordi de mente det var viktig å videreføre et lovkrav om visse nøkkelfunksjoner i tillegg til fastlegene innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmer viser til at andelen ufaglærte i primærhelsetjenesten i dag er rundt 30 prosent. De manglende lovkrav om fagutdanning bidrar etter disse medlemmers oppfatning ikke til å bedre dette.

Komiteen viser til at en rapport, som Telemarkforskning har utarbeidet for KS, viser at ansatte med kompetanse som fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre med høyere utdanning gir høyere kvalitet og lavere kostnader i eldreomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det i primærhelsetjenesten i dag er i gjennomsnitt 30 prosent ufaglærte og på enkelte institusjoner hele 80 prosent ufaglært arbeidskraft, noe disse medlemmer mener er urovekkende med hensyn til pasientsikkerheten.

Komiteen viser til Innst. 11 S (2010–2011) hvor en enstemmig helse- og omsorgskomite uttalte:

«Komiteen mener det må være et klart mål at de ansatte i hjemmesykepleien skal være faglærte og at andelen med treårig helse- og sosialfaglig høgskole økes.»

Komiteen viser til Kompetanseløftet 2015 og målsettingene om å heve det faglige nivået i omsorgstjenesten, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning, skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid og å styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.

Komiteen viser til regjeringens uttalte målsetting om at det skal være under 10 prosent ufaglærte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Samtidig er realiteten at det fortsatt er mange ufaglærte i tjenestene, samtidig som kompetansebehovet er økende. Komiteen mener dette viser behovet for en målrettet satsing på kompetansebygging, og viser som eksempel til det helhetlige opplegget for realkompetansevurdering og kompetanseutvikling for ufaglærte som gjennomføres i Bærum kommune. Kommunen har laget rutiner for hele løpet fra ufaglært til faglært gjennom god informasjon i alle ledd av organisasjonen og gjennomføring av realkompetansevurdering. Det har i prosjektet vært høstet god erfaring med at den teoretiske opplæringen er gjennomført på arbeidsplassen, og det understrekes at opplæringen da oppleves som en del av jobben. Bærum kommune har samarbeidet tett med Akershus fylkeskommune for å lykkes i prosjektet.

Komiteen mener at flere kommuner bør gjennomføre tilsvarende prosjekt for kompetanseoppbygging i sine pleie- og omsorgstjenester.

Komiteen viser til at det i fremtiden vil bli en økende konkurranse om personell i helse- og omsorgstjenesten. I denne sammenheng er det viktig at det offentlige, kommuner så vel som statlige myndigheter, klarer å opptre som gode arbeidsgivere. Komiteen mener en utvikling og forbedring av arbeidsgiverpolitikken i det offentlige vil kunne bidra til å tiltrekke seg ansatte, beholde dem og redusere sykefravær. Bl.a. kan det være hensiktsmessig å etablere individuelle kompetanseplaner og karriereveier i organisasjonen, samt etablere partnerskap mellom det offentlige, næringsliv og forskningsmiljøer.

Komiteen vil understreke at det i mange kommuner er lagt til rette for fleksible turnusordninger, der arbeidsgiver og arbeidstakere i fellesskap har kommet fram til gode forsøk med alternative ordninger. Dette er etter komiteen mening svært positivt, når slik organisering skjer i tråd med arbeidsmiljøloven og i samarbeid med arbeidstakerne og aktuelle arbeidstakerorganisasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, merker seg at 95 prosent av dem som søker om sentral godkjenning, får innvilget de turnusordningene man har søkt om.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at helse- og omsorgssektoren i dag sliter med høyt tall for sykefravær og et høyt antall deltidstillinger. Behovet for bemanning på kveldstid, natt og helg tvinger i kombinasjon med strenge arbeidstidsbestemmelser frem mye bruk av uønsket deltid. Disse medlemmer viser til at pilotprosjekter med alternative turnusordninger i omsorgssektoren har gitt gode resultater i form av bedre forutsigbarhet for brukerne, lavere sykefravær og færre deltidstillinger blant de ansatte. Disse medlemmer mener det er viktig å oppmuntre til økt bruk av mer fleksible turnusordninger for å skape trygghet, forutsigbarhet og økt kvalitet for pasienter og brukere. Det er i dag en utfordring at arbeidstaker og arbeidsgiver ikke har anledning til å forhandle om en optimal arbeidstid innenfor lovens bestemmelser.

Disse medlemmer viser til Innst. 212 S (2009–2010) Samhandlingsreformen hvor disse partiene pekte på behovet for medisinsk utbygging og faglig styrking av sykehjemmene. Disse medlemmer viser til forslag om at det som hovedregel må knyttes en fast lege til sykehjemmet, og at det må innføres bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til den svært positive utviklingen i antallet legeårsverk på nærmere 60 prosent som følge av lokal normering. Statlige fastsatte normer vil ofte bli oppfattet som minimumsnormer og vil ikke gi sikkerhet for at den enkelte pasients behov dekkes.

Komiteen stiller seg positiv til at kommuner velger å etablere faste sykehjemsleger, og viser til komiteens uttalelse i Innst. 212 S (2009–2010) (Samhandlingsreformen):

«Komiteen viser til at det i større tettsteder/byer er naturlig med egne sykehjemsleger i stedet for tilsynsleger i form av fastleger i små stillinger.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det er et paradoks at regjeringspartiene hevder at bemanningsnorm ofte ender med en minimumsbemanning, samtidig som regjeringen selv ønsker å innføre bemanningsnormer i andre sektorer. Et eksempel på dette er barnehagesektoren. Dette viser etter disse medlemmers syn at regjeringens politikk ikke er sammenhengende og helhetlig. Disse medlemmer mener bemanningsnorm på lege- og sykepleierdekning i omsorgstjenesten er et nødvendig tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse i en sektor med for stort innslag av ufaglærte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at alle eldre i landet skal være trygge for at de får tilstrekkelig pleie og omsorg, dersom de blir pleietrengende. Eldreomsorgen er personellintensiv. Skal omsorgen for de eldre og pleietrengende bli god nok, trengs det nok helsepersonell som kan gi dem den hjelpen de trenger. En del kommuner har klart å bygge opp eldreomsorgen med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet; i andre kommuner er det stor svikt i tilbudet til de eldre pleietrengende. Ressursenteret for omstilling i kommunene har foretatt en kartlegging i 30–40 kommuner og funnet at årsverk med brukerrettet innsats per heldøgns plass ved sykehjem varierer fra noe over 0,5 pleieårsverk per bruker til 1,0 årsverk. Også andre undersøkelser og rapporter viser meget store variasjoner i bemanningen, uten at ulikhetene kan forklares med ulik pleietyngde eller andre kjennetegn ved beboerne. Det er altså ulike prioriteringer i hver kommune som er utslagsgivende for hvor mye pleie og omsorg den enkelte pleietrengende mottar. Beboerne på de best bemannede sykehjemmene har dobbelt så mye helsepersonell tilgjengelig som beboerne på de dårligst bemannede sykehjemmene.

Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonell om å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Hvis helsepersonellet skal kunne gi forsvarlig pleie og omsorg til de pleietrengende eldre, må sykehjemmene ha en viss pleiebemanning. Skoler og barnehager har grenser for antall barn per ansatt. Eldre, pleietrengende sykehjemsbeboere må også sikres en forsvarlig bemanning. Underbemanning i sykehjemstjenesten har alvorlige følger for beboerne. For de ansatte fører underbemanning til dårligere arbeidsmiljø, sykmeldinger og utstøting fra arbeidet, og det forsterker rekrutteringssvikten til pleieyrkene generelt og eldreomsorgen spesielt. Sykehjemsbeboerne er gjennomgående sterkt pleie- og omsorgstrengende, og de fleste har et stort og sammensatt sykdomsbilde, ofte så mange som fem–seks diagnoser. Ca. 70 prosent av dem har lidelser relatert til aldersdemens. Sykehjemsbeboernes grunnleggende behov må ivaretas, uavhengig av hvor de bor i landet. Til dette trengs det et visst antall sykepleiere og annet helsefaglig personell, uansett om sykehjemmet drives i en bydel, i en liten landkommune eller i et industrisamfunn. Den kommunale økonomien og de lokale politiske prioriteringene er i stor grad avgjørende for nivået og kvaliteten i eldreomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Sosial- og helsedirektoratet frem til 1. januar 1980 hadde ansvaret for den faglige godkjenningen av bemanningsplanene ved landets sykehjem. Direktoratet bør nå tillegges denne funksjonen igjen. Dette vil være et virkemiddel for å sikre en viss kvalitet i sykehjemstilbudet for alle landets sykehjemsbeboere. En slik godkjenningssfunksjon vil også kunne gi direktoratet en bedre oversikt over sykehjemstjenestene og styrke dets veilederkompetanse og -funksjon når det gjelder andre spørsmål som kompetanseutvikling, rekruttering, organisering mv. Bemanningsnormene bør omfatte både sykepleiere og leger. Normene bør videre fastsettes på statlig nivå, slik at det blir gjeldende for samtlige sykehjem i hele landet. Når det gjelder legedekningen ved sykehjem, så er denne svært lite tilfredsstillende. Legedekningen må etter disse medlemmers syn økes kraftig, særlig sett i lys av at dette er en av de viktigste faktorene for å skape forsvarlige tjenester og trygghet blant pasienter, brukere og pårørende.

Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen må følges opp, og plikten til allmennmedisinsk offentlig legearbeid, slik det er skissert i pkt. 12.1 i avtalen, gjennomføres.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem sak om statlige bemanningsnormer for sykehjem, både hva gjelder leger og sykepleiere.»

«Stortinget ber regjeringen om å tillegge Helse- og omsorgsdepartementet godkjenningssmyndighet for bemanningsplanene ved landets sykehjem, slik at pleietrengende sykehjemsbeboere sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted.»

Komiteen mener legespesialister på sykdom hos eldre mennesker, geriater, er viktige for å sikre god kvalitet på helsetilbudet til eldre. Geriater innehar blant annet viktig kunnskap om kognitiv svikt, utredning av fall og falltendens og rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at i eldreaftalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, jf. Innst. 11 S (2007–2008) om konkretiseringer av Omsorgsplan 2015, var det enighet om å utdanne minst ti geriater årlig i perioden 2008–2015.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at i svar fra Finansdepartementet/Helse- og omsorgsdepartementet på spørsmål 107 fra finanskomiteen/Kristelig Folkepartis fraksjon 21. mai 2013 fremgår det at det i perioden 2008–2012 er gitt 32 spesialistgodkjenninger for geriater, 22 utdannet i Norge og 10 utdannet i utlandet. Dette medlem mener det er beklagelig at målet ikke er nådd, og imøteser en forsterket innsats fra regjeringen for å utdanne flere geriater.

Komiteen viser til at det tar tid å bygge opp utdanningskapasiteten i en spesialitet og etablere nye utdanningsinstitusjoner. De regionale helseforetakene øker utdanningskapasiteten i geriatri i tråd med målene. Komiteen viser til behovet og ber regjeringen vurdere å intensivere dette arbeidet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til eldreaftalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre om konkretiseringer av omsorgsplan 2015, jf. Innst. 11 S (2007–2008), der det var enighet om at det skal utarbeides en bedre offentlig statistikk på kommunenivå som gir grunnlag for å fastlegge behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester/sykehjems plasser ut fra en faglig vurdering av den enkeltes behov.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti kan ikke se at avtalen er fulgt opp på dette punktet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at avtalen følges fortløpende opp på dette punkt gjennom fortsatt utvikling av IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) som danner grunnlag for statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Registeret er pseudonymt og inneholder ikke personidentifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Per mars 2013 har samtlige kommuner sendt inn data. Det er første gang i registerets historie at alle kommuner har sendt inn data. Kvaliteten på de registrerte dataene er økende for hvert år.

Bolig

Komiteen viser til at tilgjengeligheten i eksisterende boligmasse er lav, og at behovet for ombygging og fornying av eksisterende boliger er stort. En utfordring er de vel 240 000 boligene i blokker som ikke har tilgang til heis. Komiteen er positiv til regjeringens varslede styrking av tilskuddene til tilpasning av bolig og til medvirkning til etablering av heis i eksisterende lavblokker. Komiteen viser ellers til Meld. St. 17 (2012–2013), Bygge – bu – leve, der det legges opp en strategi for økt tilgjengelighet i eksisterende boliger og bomiljø. Komiteen viser til at det i denne meldingen varsles en vurdering av å legge om finansieringen av hjelpemidler for tilrettelegging av fellesareal i boligblokker fra folketrygden til Husbankens tilskuddsordninger. Komiteen støtter at målet med en omlegging er å styrke Husbankens ordninger, for å stimulere til flere permanente personheiser i boligblokker istedenfor trappeheiser.

Komiteen ser det som svært viktig at det settes krav om at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres med tilskudd fra Husbanken, blir tilrettelagt i små enheter. Boliger bør plasseres i ordinære bomiljøer for bedre integrering og aktivitetsmuligheter også for personer med demens og kognitiv svikt.

Komiteen understreker at det fremdeles vil være behov for utbygging og ombygging av omsorgsboliger og sykehjem, og støtter at dagens ordning i Husbanken videreføres også etter 2015. Komiteen mener det er fornuftig og ønskelig at ordningen vurderes utvidet til å omhandle utbygging av trygghetsboliger og ikke bare tilbud for heldøgns omsorgstjenester.

Komiteen viser til at det i høringsuttalelser blant annet fra Pensjonistforbundet blir hevdet at kommuner omgjør sykehjems plasser til omsorgsbo-

liger fordi det er mest lønnsomt for kommunen, og at brukere tildeles omsorgsboliger eller sykehjem ut fra hvilken inntektsgruppe de er i, og ikke ut fra brukernes behov. Komiteen er bekymret over disse tilbakemeldingene. Komiteen er derfor positiv til at regjeringen vil sette i gang et utredningsarbeid om finansiering og egenbetalingsordninger for ulike boformer, og mener det er stort behov for det. Boligmassen har også endret seg, og skillet mellom sykehjemstilbudet og omsorgsboliger er flere steder blitt mindre tydelig.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at stortingsmeldingen bekrefter at det er 40 000 institusjonsplasser og om lag 50 000 boliger innen pleie og omsorg hvorav halvparten nå snart er modne for fornyelse og utskiftning. I den forbindelse viser disse medlemmer til Innst.16 S (2012–2013) hvor disse partier mener det kan være en mulig løsning å innføre rentekompensasjon til omsorgsboliger på linje med rentekompensasjon som er for skole- og svømmeanlegg og kirkebygg som er gjort over budsjettet til Kommunal- og regionaldepartementet. Disse medlemmer mener det er viktig å påpeke at staten må øke den statlige andelen av utgiftene til utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger, slik disse medlemmer påpeker i Innst. 11 S (2012–2013): Det må være medisinske behov som avgjør om eldre mennesker skal få heldøgns omsorgsplass. I dag synes terskelen for å få heldøgns omsorgsplass å være for høy.

Disse medlemmer merker seg at et av de store satsingsområdene i Meld. St. 47 (2008–2009) skulle være rehabilitering, men dette ble ikke fulgt opp. Disse medlemmer uttrykker bekymring for at det samme vil skje med omsorgsboliger og oppgraderinger av disse som beskrevet i Meld. St. 29 (2012–2013), når det ikke følger midler til dette fra regjeringen.

Disse medlemmer påpeker videre i Innst. 11 S (2012–2013) behovet for mer kapasitet i omsorgstjenesten, både når det gjelder sykehjem og andre heldøgns pleie- og omsorgsplasser. Disse medlemmer viser til at regjeringen ikke vil innfri sitt løfte om 12 000 nye plasser innen 2015, men nå snakker om å gi tilsagn om tilskudd til 12 000 plasser – uten å oppgi hvor stor kapasitetsøkning dette er ønsket eller kan forventes å gi når plassene en gang etter 2015 står ferdige. Det er etter disse medlemmers syn en manglende evne i regjeringen til å slippe private til, hvilket hindrer nødvendige forbedringer av omsorgen.

Disse medlemmer viser til at regjeringen tilbake i 2011 varslet at den omsider, etter mye press, ville gjøre regelendringer som åpnet for at private og

boligbyggelag skulle kunne få rett til investeringstilskudd ved bygging av sykehjem og omsorgsplasser. Dette ble gjort i Prop. 65 S (2010–2011). Det viste seg imidlertid i etterkant at det var en rekke problemer med ordningen. Den er i praksis så komplisert at det knapt har vært noen eksempler på at private har fått tilskudd, meldte NRK.

Disse medlemmer påpekte videre i Innst. 11 S (2012–2013) at vi kunne fått en mer fleksibel, effektiv og bedre ordning ved å bruke hovedelementene i finansieringsordningen som tidligere eksisterte for utbygging av private barnehager, med fri etableringsrett og rett til statlig investeringstilskudd for godkjente barnehager. Disse medlemmer vil understreke behovet for å stille krav til institusjoner som skal godkjennes.

Disse medlemmer viser på bakgrunn av dette til Innst.11 S (2012–2013) hvor følgende forslag ble fremmet:

«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med en ny nasjonal helse- og sykehusplan i 2013. Planen skal forankre utviklingen av spesialisthelsetjeneste både lokalt og nasjonalt og behandles av Stortinget. Denne planen skal inneholde en oversikt over investerings- og vedlikeholdsbehovet i sektoren, et nytt investeringsregime og minimumskrav til hva ulike typer sykehus skal inneholde av funksjoner, samt utviklingen av prehospitale tjenester, herunder luftambulansetjenesten.

«Stortinget ber regjeringen endre nødvendig regelverk slik at også private og ideelle aktører kan søke om investeringstilskudd til bygging av sykehjemsplasser på lik linje med kommunene».

«Stortinget ber regjeringen lage retningslinjer for at kommunene skal føre statistikk over hvor mange som til enhver tid burde hatt tilbud om sykehjemsplass i kommunen».

«Stortinget ber regjeringen utforme reglene for tilskudd til heldøgns pleie og omsorg slik at ordningen kan omfatte private og ideelle aktører som ønsker å etablere hospice».

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Fremskrittspartiet fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gi statlig garanti for lån til helseforetakene.»

«Stortinget ber regjeringen i løpet av vårsesjonen 2013 legge frem en sak som belyser tilstanden til norske helsebygg og medisinsk teknisk utstyr, samt et forslag til finansiering av vedlikeholdsetterslepet.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener kommunenes vurdering av sammensetningen av ulike omsorgs- og botilbud må basere seg på hva som er brukernes behov, gir best kvalitet og er samfunnsøkonomisk fornuftig. Dagens ulikhet i rammebetingelsene mellom institusjoner og hjemmebaserte tjenester gjør at staten og den enkelte

tar en større regning ved hjemmebaserte tjenester i omsorgsboliger.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener at denne ulikheten i finansiering av driften bør utjevnes i inntektssystemet, slik at kommunene i større grad kan vurdere behovet for de ulike tilbudene uavhengig av ulikhet i egenbetalingen og den statlige finansieringen gjennom blant annet blåreseptordningen, hjelpemiddelordningen og statlig bostøtte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til den demografiske utviklingen og behovet for nye sykehjemsplasser som følger av denne. Videre viser disse medlemmer til at i snart 20 år har til sammen ni helseministre lovet enerom til alle eldre som vil ha det. Men fortsatt er det 2 500 plasser i dobbeltrom på norske sykehjem. Disse medlemmer mener det er uverdigg å tvinge eldre pleietrengende til å dele rom med vilt fremmede mennesker ofte mot deres vilje. Disse medlemmer mener det er uriktig av kommunen å kreve fullt vederlag av begge pasientene som presses til å dele rom mot sin vilje, og at de bør få en vesentlig reduksjon i vederlaget de skal betale. Slik kan en også unngå at kommuner spekulerer i fortetting gjennom å gjøre om enerom til dobbeltrom. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester slik at eldre, pleietrengende som må dele rom i sykehjem mot sin vilje, får en reduksjon på 50 prosent i den totale vederlagsbetalingen.»

Disse medlemmer vil vise til at fylkesmennene i 2007 estimerte behovet for ombygging og nybygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2015 til ca. 20 000. Regjeringens plan er 12 000 plasser for samme periode. Siden 2007 har liggetiden i sykehus gått ned. Fra 2011 til 2012 beskriver Helse Sør-Øst i sin rapport for andre tertial 2012 at Samhandlingsreformens virkemidler kombinert med den medisinske utviklingen har gjort at liggetid innen somatikk har gått markant ned, en reduksjon på 5 prosent, dvs. 66 000 liggedøgn som tilsvarer om lag 300 senger. Dette tilsvarer bortfall av et middels stort sykehus. Tilskuddsordningen for utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger skal også kunne gå til etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette tilbudet skal erstatte innleggelser i sykehus. Disse medlemmer kan ikke se at regjeringen har tatt inn disse endringene i sin vurdering av behov for nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Pensjonistforbundet skriver i sitt hø-

ringsinnspill til komiteen at Samhandlingsreformen med flere utskrivningsklare pasienter og økt press på kommunene gjør at presset på sykehjemsplasser blir større, og at Pensjonistforbundet har sett at det blir flere flersengsrom og korridorpasienter på sykehjem.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti tidligere har etterlyst en harmonisering av finansieringsordningene for sykehjem og omsorgsboliger, og støtter regjeringens forslag om å gjøre det. Dette medlem vil understreke at de sykeste eldre må få dekket sine behov for sykehjemsplass samtidig som framtidens boligløsninger utvikles. Verdighetsgarantien må oppfylles i alle kommuner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at da ordningen med tilskudd til heldøgns omsorgsplasser ble etablert i 2008, gikk det klart frem at tilskuddet skulle brukes til både rehabilitering av eksisterende boligmasse og nye plasser. Målet om å gi tilsagn om tilskudd til 12 000 plasser ser ut til å harmonere godt med kommunenes behov, og KS viser i sine budsjettundersøkelser at det ser ut til at dette målet vil nås. Ved utgangen av april var det gitt tilsagn om tilskudd til i overkant av 7 000 heldøgns omsorgsplasser i ordningen.

Flertallet viser til at regjeringen vil ta initiativ til et utredningsarbeid om finansiering og egenbetalingsordninger for ulike boformer. Formålet er å legge til rette for et rettferdig og forutsigbart betalingsystem for brukerne og avklare ansvarsforhold mellom staten og kommunesektoren.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til regjeringens svar til Fremskrittspartiet på budsjettspørsmål nr. 802 til statsbudsjettet for 2013. I dette fremgår det helt tydelig at netto tilvekst av sykehjemsplasser i perioden 2005–2011 er på 1 276. Det er knappe 10 prosent av regjeringens målsetting frem til 2015. Disse medlemmer mener dette dokumenterer at regjeringens tiltak ikke har vært tilstrekkelige for å få økt kapasitet. Dette inntrykket forsterkes gjennom regjeringens svar på budsjettspørsmål nr. 801 til statsbudsjettet for 2013 fra Fremskrittspartiet. I dette svaret sier regjeringen selv at det i 2013 mangler 15 750 heldøgns omsorgsplasser for å oppfylle Stortingets måltall om 25 prosent dekning til befolkningen over 80 år. Dersom man skulle legge til grunn en senkning av ambisjonsnivået til 20 prosent dekning til befolkningen over 80 år, vil det fremdeles mangle 4 700 plasser ifølge regjeringens egne anslag.

Disse medlemmer peker på at utfordringen øker ytterligere i perioden frem til 2020. Ifølge regjeringen må man oppnå en netto tilvekst på 17 250 plasser frem til 2020 for å oppnå 25 prosent-ambisjonen. Dette forutsetter en netto tilvekst på 2 465 plasser per år de neste syv årene. Det er altså nesten dobbelt så stor tilvekst per år som regjeringen har klart dersom man slår sammen tallene fra de syv første årene under den rød-grønne regjeringens ledelse. Dette viser etter disse medlemmers syn at regjeringen hittil har vært ute av stand til å gjennomføre nødvendige tiltak for å oppnå Stortingets målsetting. Disse medlemmer mener derfor det er behov for en rekke tiltak både for å øke nybyggingen og også for å sette kommunene i stand til å drifte de nye omsorgsplassene.

Velferdsteknologi

Komiteen mener at bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren kan bidra til økt trygghet, økt sosial og fysisk aktivitet og forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. Komiteen støtter regjeringens oppretting av et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Komiteen vil understreke at det grunnleggende i helse- og omsorgstjenestene likevel er møtet mellom mennesker, og bruk av velferdsteknologi må støtte opp om dette. Komiteen merker seg at velferdsteknologi ifølge en undersøkelse av KS i 2011 i svært liten grad er tatt i bruk i norske kommuner. Så å si alle kommuner har tilbud om trygghetsalarm, bare et fåtall har utvidede funksjoner i tilknytning til denne, og svært få har teknologi for sosial kontakt. Komiteen registrerer at det likevel synes som det er stor vilje i kommunene til å ta i bruk mer velferdsteknologi.

Komiteen vil påpeke at bruk av velferdsteknologi også kan utfordre den enkeltes rett til privatliv og personvernmessige hensyn. Komiteen vil understreke at helse- og omsorgstilbudet som blir gitt, inkludert bruk av velferdsteknologi, alltid skal være etisk, faglig forsvarlig. Det er avgjørende at bruk av velferdsteknologi blir et tilbud og ikke et krav i tjenestetilbudet, slik at selvbestemmelsesretten blir ivaretatt.

Komiteen viser til at utvikling og innføring av velferdsteknologi vil kreve gode og tette samarbeidsrelasjoner mellom kommunene og næringslivet, og viser til at regjeringen vil ta initiativ til en årlig samling der forskere, næringsliv, kommuner og utdanningsinstitusjoner kan møtes for å utvikle samarbeid om fremtidens omsorg.

Komiteen vil understreke at innføring av ny teknologi vil kreve andre måter å organisere tjenestene på, og mener at dette må ses i sammenheng med faglig omlegging i retning mer hverdagsrehabilitering. Komiteen vil særlig understreke behovet for at både ansatte, brukere og pårørende får veiledning og kompetanse i å ta i bruk ny velferdsteknologi. Ansatte må gis kunnskap om bruk av velferdsteknologi gjennom utdanningene.

Komiteen viser til høringsuttalelser fra Den norske legeforening om innføring av velferdsteknologi for behandling – som automatisk måling av blodsukker, blodtrykk osv. Komiteen er enig med Legeforeningen i at det alltid må være en faglig begrunnelse for hvilke velferdsteknologiske målinger og løsninger som skal benyttes i omsorgstjenestene.

Komiteen støtter regjeringen i at det er behov for utvikling og utprøving av nye velferdsteknologiske løsninger, og at utprøving av trygghetspakker får høy prioritet. Trygghetspakker kan blant annet inkludere selvutløsende alarm, fallsensor, røykdetektor, elektronisk døråpner, sporløsninger mv. Komiteen mener at en videreutvikling av trygghetsalarm til trygghetspakker kan være teknologinøytral, så lenge de møter samme krav til standarder. Komiteen understreker betydningen av at brukerne og fagmiljøene som skal ta i bruk velferdsteknologien, tas med i vurderinger av behov og nytte, blant annet for å unngå at sterke kommersielle krefter blir driverne i utviklingen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det bør utvikles en strategi for bruk av velferdsteknologi i helsesektoren. I den forbindelse viser disse medlemmer til Innst.71 S (2012–2013). Disse medlemmer er tilfreds med den brede politiske støtten og økt oppmerksomhet og satsing på velferdsteknologi. Det er for disse medlemmer viktig at for å sikre valgfrihet og verdighet i omsorgen er det nødvendig at det blir satset på teknologi og innovasjon. Disse medlemmer viser her til at pleie- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer i de kommende årene med økt behov for tjenester og usikkerhet rundt rekrutteringen av et tilstrekkelig antall ansatte. Skal vi løse utfordringene i pleie- og omsorgssektoren i takt med at oppgavene blir flere, og det blir vanskeligere å finne nok folk til å løse dem, må vi tenke nytt.

Disse medlemmer viser til at det ofte og som regel riktig understrekes at teknologi ikke kan erstatte mennesker. Det er en viktig presisering, men den kan også nyanseres. Nye teknologiske løsninger kan erstatte mennesker på noen områder. Det kan bidra til å frigjøre kapasitet for ansatte – og kan gjøre det lettere å leve uten å føle at man hele tiden er pleie-

trengende. Etter disse medlemmers syn vil ny velferdsteknologi kunne gjøre arbeidsdagen til ansatte mindre belastende og føre til at det blir enklere å stå lenger i jobben.

Komiteen viser til at de fleste eldre ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig, og er positiv til utviklingen av teknologi som gjør dette både lettere og tryggere. Det gir både økt livskvalitet og letter presset på den offentlige omsorgstjenesten. Komiteen vil understreke den rollen private aktører har som pådrivere med å utvikle og forbedre teknologi som kan tas i bruk i pleie- og omsorgssektoren. Komiteen mener det er viktig med et godt samarbeid mellom det offentlige og private utviklere og leverandører av omsorgsteknologiske løsninger. Slik kan teknologien godt formes etter de behov det offentlige har som bestiller i en tidlig fase.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at disse partier har utviklet en rekke politiske tiltak som skal bidra til utvikling og implementering av ny teknologi innen pleie- og omsorgssektoren. Disse medlemmer vil understreke verdien av å øke forskningen på velferdsteknologi og igangsette lokale, statlig finansierte utviklingsprosjekter innenfor velferdsteknologi.

Disse medlemmer har ment det bør utvikles et nasjonalt senter som kan være en motor i videre utvikling og iverksetting av omsorgsteknologi, og er glad for oppmerksomhet om dette. Det bør arbeides systematisk for utvikling av tilstrekkelig kompetanse i utdanningene i skjæringsfeltet mellom helse og teknologi, og det bør utarbeides en nasjonal strategi for kompetanseheving og -spredning som legger til grunn pleie- og omsorgstjenestenes behov.

Disse medlemmer mener det er viktig at kommunene spiller en viktig rolle som pådrivere for implementering av ny teknologi i sine tjenester, og at de støttes i sitt arbeid med dette. Disse medlemmer mener det kan være behov for at staten endrer finansieringsordninger og refusjonssystemer slik at hele helsetjenesten blir belønnet for å ta i bruk ny teknologi.

Disse medlemmer viser til Innst. 311 L (2012–2013) hvor det påpekes at det er mange eldre som går seg bort hvert år. Disse medlemmer er kjent med at det i liten grad finnes konkrete tall for Norge, men har merket seg at Hovedredningssentralen for Sør-Norge anslo at det i 2006 ble igangsatt leteaksjoner etter 46 personer med antatt demens. I den forbindelse viser disse medlemmer til at velferdsteknologi åpner nye muligheter for å gi mennesker med bistands- eller pleiebehov anledning til å

føle selvstendighet og trygghet og til i større grad å klare seg på egen hånd i dagliglivet.

Disse medlemmer er imidlertid innforstått med at bruk av velferdsteknologi kan gi en del personvernmessige utfordringer, slik IKT-Norge påpeker i sin høringsuttalelse til Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, men disse medlemmer vil allikevel fremholde at velferdsteknologi, brukt på riktig måte, også kan innebære godt personvern gjennom å styrke den enkeltes integritet og mulighet til å ivareta eget privatliv. Disse medlemmer støtter imidlertid Teknologirådets syn på at meldingen mangler statlige insentiver og virkemidler for å utvikle og spre innovative velferdsløsninger.

Komiteen viser til regjeringens forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven om bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi som skal legge til rette for at slik teknologi kan benyttes til å sikre trygghet og økt selvstendighet for brukere og deres pårørende.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil presisere at mye teknologi allerede er tilgjengelig, og at like viktig som utvikling av nye teknologiske løsninger er å legge vekt på opplæring og kompetanse for å kunne ta i bruk og integrere tilgjengelig velferdsteknologi i dagens tjenestetilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 224 S (2012–2013) og deler ikke regjeringens oppfatning om at Norge har gjort en betydelig innsats med å ta i bruk informasjonsteknologi innen helse- og omsorgsfeltet. Sektoren er fortsatt preget av mange proprietære løsninger, tilfeldige investeringer, manglende standardisering og liten kompatibilitet. Norge har et fragmentert helsevesen, og IKT-løsningene bærer også preg av det. Samlet viser dette at det er behov for ytterligere bruk av velferdsteknologi.

Disse medlemmer har merket seg høringsinnspill fra Abelia som mener stortingsmeldingen beskriver utfordringene godt, men mangler nødvendige tiltak for å kople offentlig og privat innkjøpsmakt med bedriftenes skaperkraft. Abelia påpeker næringslivets potensial som innovasjonspartner og løsningsleverandør og at innovasjon i den norske omsorgstjenesten i hovedsak vil skje i et samspill mellom kommuner og privat næringsliv.

Disse medlemmer viser til at Abelia i sitt høringsinnspill mener det er behov for risikokapital for å stimulere innovasjon i helse- og omsorgssekto-

ren, og viser til den danske «Fonden for velfærdsteknologi». Dette fondet ble etablert i 2009 med en kapital på tre mrd. danske kroner og ga først midler til demonstrasjonsprosjekter for utprøving av teknologi og til større implementeringsprosjekter. Fra 2012 er hovedaktiviteten å spre de velferdsteknologiske løsningene som har vist størst potensial, og der teknologien er tilpasset brukernes behov. Fondet skal fram til 2016 videreføre igangsatte prosjekter for å dokumentere hvordan velferdsteknologi kan gi bedre tjenester til brukerne og fornye og effektivisere det offentlige tjenestetilbudet. Abelia mener det er viktig å bygge opp en sterk, norskbasert leverandørindustri som kan samspille i verdikjeder som inkluderer brukere, helsepersonell, kommunale innkjøpere og den fremvoksende underskogen av innovative teknologi- og tjenestebedrifter. Disse medlemmer mener dette er viktige innspill.

Disse medlemmer har også merket seg høringsinnspill fra KS som viser til at regjeringen i april 2012 la fram strategien for innovasjon i kommunesektoren. Strategien er omtalt i stortingsmeldingen og forventes å samspille med tiltakene i Morgendagens omsorg. KS mener imidlertid at oppbygging av sektorielle virkemidler og tiltak slik stortingsmeldingen foreslår, vanskeliggjør kommunenes arbeid med en helhetlig tilnærming til kommunal innovasjon. Ved å legge innovasjonsvirkemidlene og ansvaret til Helsedirektoratet og sektorbasert forskning (omsorgsforskning) innsnevres kommunenes muligheter for en helhetlig inngang til omsorgsinnovasjon i kommunal kontekst. KS mener at økt satsing på forskning, utvikling og innovasjon er nødvendig dersom kommunenes helse- og omsorgstjenester skal kunne levere gode tjenester på nye måter. KS mener NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg må følges opp på dette punktet, finansiert over statsbudsjettet.

Innovasjon

Komiteen vil understreke at innovasjonsarbeid først og fremst må skje i kommunene. God ledelse er avgjørende for å skape innovasjonskultur i omsorgstjenesten. Alt omsorgsarbeid dreier seg om møter mellom omsorgsarbeidere, pasientene eller brukerne av omsorgstjenesten og de pårørende. Skal både ansattes, brukeres og pårørendes kompetanse kunne utnyttes til fulle, må individuelle løsninger og myndighet til å treffe selvstendige valg fremelskes. Innovasjons- og forbedringsarbeid handler om å utvise og skape klima for tillit og trygghet. Ansatte må involveres i innovasjon både direkte og via tillitsvalgte. Det krever en organisering med klare mål og tydelig ledelse, der førstelinjen gis trygghet til å oppetre smidig i møte med stadig skiftende situasjoner og personer. Komiteen viser til innovasjonsprogram-

mets tre grep for å styrke kommunenes innovasjonsevne:

- Forsterke omsorgstjenestenes regionale forsknings- og utviklingsstruktur
- Involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner på nasjonalt nivå
- Styrke innsatsen for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i kommunene

Komiteen vil også fremheve lokaldemokratiet som viktig innovasjonsdriver. Velferdsstaten ville ikke ha eksistert uten velferdskommunen, som har sin styrke i lokaldemokrati og fellesskapsløsninger. Komiteen viser til regjeringens innovasjonsstrategi for kommunesektoren som ble lagt frem av Kommunal- og regionaldepartementet i april 2013. Komiteen imøteser at regjeringen bidrar til at kommunene kan medvirke til en helhetlig inngang til utvikling av nye organisasjonsformer, tjenester eller produkter i kommunesektoren på velferdsområdet. Komiteen viser til at det skal etableres et kompetansesenter for kommunal innovasjon, og at regjeringen støtter utvikling av et innovasjonsstudium for kommunesektoren.

Komiteen registrerer at Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som tar sikte på å utforme nye løsninger for framtidens omsorg sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet.

Det er etter komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiets syn i kontrast til oppsummeringen av meldingen, hvor det presiseres at det ikke legges opp til tiltak som vil endre ansvarsdelingen mellom stat og kommune.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til sine merknader til Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan, jf. Innst. 422 S (2010–2011), hvor disse medlemmer mener at oppgaver som skal overføres til kommunen, skal være fullfinansierte. Utfordringene rundt dette kan knyttes til Samhandlingsreformen med for eksempel hvor i kommunens tjenesteapparat de utskrivningsklare pasientene skal få sitt behandlingstilbud, og hvorvidt kommunen imøtekommer dette, etter disse medlemmers syn.

I mellomrommene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det etter disse medlemmers syn være behov for en betydelig IKT-satsing, og disse medlemmer viser til at dette er ytterligere omtalt i Innst. 11 S (2012–2013). Disse medlemmer understreker at ordningen skal komme

både spesialist- og kommunehelsetjenesten til gode, ikke minst med sikte på bedre samarbeid mellom disse, noe som med Samhandlingsreformen er blitt enda mer prekärt. Målet for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren er at pasientforløpene på tvers av nivåer og institusjoner følges av elektronisk pasientinformasjon. Disse medlemmer mener det bør etableres en statlig finansieringsordning for IKT-satsing i helsetjenesten, som innebærer at det stilles 10 mrd. kroner til rådighet for alle helseforetakene og kommunene til etablering av felles IKT-infrastruktur og -tjenester i løpet av en periode på fem år, gitt i form av en rentekompensasjonsordning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til at innovasjon er å skape nytt. Innovasjon beskrives blant annet som

- kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng,
- ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi,
- driftig, dristig og eksperimenterende i formen, og
- en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd.

Innovasjonsprosesser er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. I meldingen påpekes det at dette er en av de største barrierene for den kommunale omsorgssektoren.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil påpeke at svært få kommuner vil tørre å være risikovillige med kommunale budsjetter. For å lykkes med innovasjon i kommunene må det etableres fond som kan gi støtte til prosjekter. Vekstfond kan gi prosjekter som har vist seg å fungere godt i mindre skala, mulighet til å vokse. Oppstartsfond kan støtte oppstart av prosjekter der prosjektets framtid er uvis, og det dermed er behov for å ta høy risiko. Vi vet ikke hvilke prosjekter som lykkes, og hvilke prosjekter storsamfunnet virkelig trenger. Fond for innovasjon bør bestå av offentlige midler, samtidig som private givere inviteres til å bidra. Disse medlemmer viser til sine respektive forslag i Innst. 212 S. (2009–2010) og Innst. 77 S (2011–2012) om at regjeringen bes utrede etablering av et vekstfond og et oppstartsfond for sosial innovasjon.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er glad for at det skal gjennomføres et innovasjonsprogram fram mot 2020 der man har en målsetting om å styrke innsatsen for

forskning, innovasjon og utviklingsarbeid i kommunene. Flertallet viser til en oppstart av dette i revidert nasjonalbudsjett for 2013 som vil bli fulgt opp i de kommende års budsjetter fram til 2020.

Utdanning og kompetanse

Komiteen viser til Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd sin beskrivelse av bemanningsutfordringene og understreker viktigheten av det fortsatte fokuset på å øke utdanningskapasiteten i Norge. Komiteen vil understreke at Norge ikke aktivt skal rekruttere helsearbeidere fra land med mangel på helsepersonell, jf. Meld. St. 11 (2011–2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Norge må derfor utnytte sine nasjonale ressurser best mulig gjennom gode og effektive tjenester.

Komiteen mener det er særlig behov for å utdanne flere helsefagarbeidere, for flere lærlingplasser og for at helsefagarbeidet gis økt aktelse i samfunnet. I tillegg er det sentralt at flere menn rekrutteres til omsorgsyrene, og komiteen ønsker regjeringens nasjonale satsing på dette velkommen.

Å kunne tilby hele stillinger er grunnleggende for all rekruttering. Komiteen viser til at utstrakt bruk av små stillinger har ført til at brukerne har fått veldig mange ulike ansatte å forholde seg til. Undersøkelser viser at dette skaper utrygghet og uro hos mange brukere. Utstrakt bruk av deltid kan også utfordre kvaliteten i tjenestene og pasientsikkerheten. Komiteen ser det som viktig at det kontinuerlig arbeides for å sikre heltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren. Komiteen viser til at regjeringen nå har fremmet flere lovforslag som skal bidra til at de som ønsker det, skal få arbeide mer, og gi ansatte rett til stillingsprosent som samsvarer med den reelle arbeidstiden.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er avgjørende å utvikle en rådgivningstjeneste i videregående opplæring som kjennetegnes av å være faglig oppdatert, og som er i stand til å formidle fremtidsutsiktene i bl.a. velferdsyrkene på en enda bedre måte. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti i Innst. 320 S (2011–2012), Utdanning for velferd, minnet om SINTEFs delrapport om rådgivningstjenesten på ungdomstrinnet, som avdekket manglende kvalitet og kompetanse i denne tjenesten, særlig innenfor yrkes- og studierådgivning. Disse medlemmer merker seg at mange rådgivere i skolen har beskleden utdanning og kompetanse på området, og at deres interesse for etter- og videreutdanning er lav. I lys av dette har disse medlemmer pekt på kompetanseheving for rådgivere som et viktig satsingsområde. Som en del av en slik satsing bør det legges til rette for at rådgivere i større grad får mulig-

het til å gjøre seg kjent med de yrkene de skal gi råd om. Målet er å gi alle elever oppdatert informasjon om innholdet i yrkene de velger. Disse medlemmer viser til at fremskrivninger av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell tilsier en akkumulert underdekning på om lag 55 000 årsverk i 2030, jf. Meld. St. 29 (2012–2013), og mener det da er bekymringsfullt dersom kvaliteten på rådgivningstjenesten ikke bedres som en viktig del av rekrutteringsstrategien fremover.

Komiteen mener det er behov for et betydelig kompetanseløft i omsorgssektoren. Komiteen viser til tidligere omtale av kommunale prosjekter som hever ufaglærte ansatte til faglært status. Videre mener komiteen at det må være høyt prioritert å få flere helsefagarbeidere og sykepleiere til å ta spesialisering og videreutdanning.

Komiteen peker spesielt på de store utfordringene primærhelsetjenesten møter, når en stadig større andel av befolkningen lider av en demensdiagnose. Folkehelseinstituttet opplyser at det i dag er ca. 70 000 mennesker som lider av demens, og at tallet er stadig økende. Det er etter komiteens oppfatning et stort behov for å bygge opp mer kompetanse på diagnostisering, behandling og oppfølging av demenspasienter i primærhelsetjenesten, både hjemmeboende og dem som bor i institusjon.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at regjeringen i 2007 som den første i verden la frem en egen demensplan med en rekke tiltak knyttet både til diagnostisering, kompetanseøkning, dagtilbud og boligløsninger. Tiltakene omfatter mennesker med demens både i sykehjem og i eget hjem eller omsorgsbolig

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til flere av høringsinstansene som påpeker behovet for økt forskningsinnsats i kommunehelsetjenesten. Det vises til Innst. 72 S (2012–2013) om å sikre kvalitet og tilgjengelighet i fastlege- og kommunehelsetjenesten, hvor disse medlemmer fremhevet behovet for kvalitetsutvikling, mer forskning innen allmennmedisin, tilrettelegging for flere kollegagrupper og samarbeid for kvalitetsheving. Disse medlemmer vil også understreke behovet for å satse på å få flere fastleger som er spesialister i allmennmedisin. Disse medlemmer viser til at halvparten av dagens fastleger ikke er dette. Spesialisering er viktig for å sikre den medisinske kvaliteten i fastlegjetjenesten. Disse medlem-

mer viser til Helsedirektoratets 2008-rapport, Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene, som også foreslår at alle fastleger bør bli spesialister i allmennmedisin.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil peke på at kommunene nylig har blitt pålagt et medvirkningsansvar for forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at forskning i disse tjenestene er viktig for kvalitetsutvikling av tjenestene. Flertallet mener at utviklingen i omfang og kvalitet på forskning i og om de kommunale helse- og omsorgstjenester bør evalueres mot slutten av kommende stortingsperiode.

Flertallet viser til at regjeringen vil arbeide videre med å styrke kompetansen i allmennmedisin, herunder å vurdere ytterligere tiltak som bidrar til at flere fastleger blir spesialister i allmennmedisin, og at kvaliteten i allmennlegearbeidet styrkes. Flertallet viser også til at det allerede er etablert en tilskuddsordning for at kommuner skal kunne etablere utdanningsstillinger i allmennmedisin. Formålet er å legge til rette for at flere fastleger går inn i et spesialiseringsløp, og å få mer kunnskap om hva som er eventuelle barrierer mot dette.

Omsorgsplan 2020

Komiteen ser det som svært viktig at samtidig som dagens Omsorgsplan 2015 fullføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og fremtidsrettede løsninger gjennom tiltak og programmer i Omsorgsplan 2020. Slik kan dette bli en samlet plan både for å møte dagens aktuelle behov og morgendagens utfordringer.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen utforme retten til BPA-ordning slik at brukeren selv ut fra egne assistansebehov kan avtale hvor, hvordan, når og til hvilke oppgaver brukerstyrt personlig assistanse kan benyttes.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen fremme et lovforslag om pårørendeopplæring som innebærer at kommunene skal tilby råd, veiledning og opplæring til pårørende til personer som mottar helsetjenester, når de pårørende anmoder om det.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen snarest legge fram sak for Stortinget med forslag til forbedringer av pleiepengeordningen.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen endre Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester slik at eldre, pleietrengende som må dele rom i sykehjem mot sin vilje, får en reduksjon på 50 prosent i den totale vederlagsbetalingen.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:*Forslag 6*

Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak som sikrer at brukere med behov for særlig ressurskrevende tjenester ikke får forringet sitt tjenestetilbud som følge av at de har fylt 67 år.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen legge frem forslag til lovfesting av retten til sykehjemsplass (relevant omsorgstiltak) ved medisinsk faglig dokumentert behov.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om endring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester slik at det innføres pålegg om gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk hos personer som er over 75 år, og som ønsker et slikt tiltak.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres minst 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene, og at det gis tilskudd til drift av disse.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en ordning med stimuleringstiltak eller øremerkede driftstilskudd til eldresentre i Norge.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen snarest legge fram sak for Stortinget med forslag til kommunal plikt og individuell rett til dagtilbud for personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2015.

Forslag fra Fremskrittspartiet:*Forslag 12*

Stortinget ber regjeringen om så raskt som mulig og senest ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2014 å flytte finansieringsansvaret for eldreomsorgen fra kommunene til staten gjennom folketrygden.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen legge frem sak om innføring av fritt brukervalg for alle pleie- og omsorgstjenester, slik at pengene følger brukeren av tjenesten.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak for Stortinget som gir en klar definisjon av hva som ligger i begrepet heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen utrede utvidelse av blåreseptordningen til også å omfatte institusjonsopphold.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen vurdere om det i Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester skal innføres andre begrensninger i vederlagsgrunnlaget for eksempel gjennom innføring av et maksimumsbeløp.

Forslag 17

Stortinget ber regjeringen senest ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2014, innføre en ordning der brukere med dokumentert behov som ikke får tilbud om sykehjemsplass, får 1 000 kroner per dag av kommunene for å kjøpe andre tjenester inntil det innvilges sykehjemsplass.

Forslag 18

Stortinget ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget om en satsing på IKT og øvrig teknologiske løsninger i helsetjenesten senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2014.

Forslag 19

Stortinget ber regjeringen legge frem en fremdriftsplan for hvordan en innen 2020 skal oppnå 25 prosent dekningsgrad for heldøgns pleie- og omsorgsplasser til alle eldre over 80 år, som synliggjør

behovet for antallet omsorgsboliger og antallet sykehjemsplasser, slik at det sikres at eldre pleietrengende får tilbud på rett omsorgsnivå.

Forslag 20

Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om insentiver for å øke bruken av intermediære avdelinger med statlig finansiering.

Forslag 21

Stortinget ber regjeringen legge frem sak om å innføre bindende, normerte satser og kriterier for omsorgslønn.

Forslag 22

Stortinget ber regjeringen vurdere om det skal opprettes en tilskuddsordning som stimulerer kommunene til å knytte til seg personer med klinisk ernæringsfaglig kompetanse.

Forslag 23

Stortinget ber regjeringen sørge for ordninger som gjør det mulig for pasienter som mottar hjemme-sykepleie eller sykehjemstilbud, å kunne fortsette hos sin faste tannlege, og at denne refunderes fra det offentlige på lik linje med det en offentlig tannhelseklinik ville få for samme type behandling.

Forslag 24

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om egne omstillingsmidler for norske kommuner som implementerer strategien som ligger i prosjektet «Længst muligt i eget liv» som en kjenner det fra Fredericia kommune i Danmark.

Forslag 25

Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av refusjonsordningene for fysioterapi med den hensikt å lage et enhetlig regelverk for hele landet.

Forslag 26

Stortinget ber regjeringen legge frem sak om statlige bemanningsnormer for sykehjem, både hva gjelder leger og sykepleiere.

Forslag 27

Stortinget ber regjeringen om å tillegge Helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved landets sykehjem, slik at pleietrengende sykehjemsbeboere sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:

Forslag 28

Stortinget ber regjeringen snarest finne løsninger for pensjonsutfordringene som ideell sektor innen helse-, omsorgs-, sosial- og barnevernstjenester har.

Forslag 29

Stortinget ber regjeringen legge til rette for at 25 prosent av helse- og omsorgstjenestene utføres av ideell sektor innen 2025.

Komiteens tilråding

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

vedtak:

Meld. St. 29 (2012–2013) – Morgendagens omsorg – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 11, juni 2013

Bent Høie
leder

Kjersti Toppe
ordfører