



Dokument nr. 8:83

(2006-2007)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner

Innhold

	Side		Side
1. Innledning	5	3. Rammetiltak	22
1.1 Historikk og grunnlag for behovet for en ny helhetlig plan for en bedre eldreomsorg	6	3.1 Eldreombud	22
1.2 Dagens situasjon	10	3.2 Oppsøkende forebyggende hjemmetjeneste	23
1.3 Utvikling frem til i dag	11	3.3 Omsorgslønn	25
1.4 Fremtidige utfordringer	11	3.4 Trygghetsalarm	26
1.5 Eldrebølgen kommer	12	3.5 Frivillig sektor	27
1.6 Kompetanse og arbeidskraft	13	3.6 Eldresentre.....	27
2. Finansieringsordningene	14	3.7 Vandelsattest	28
2.1 Fritt brukervalg	15	3.8 Fysioterapi.....	28
2.2 RAI/RUG-systemet	17	3.9 Oppsummering og forslag	28
2.3 Finansiering av hjemmetjenester	18	4. Nærmere om sykehjem	28
2.4 Finansiering av omsorgsboliger/omsorg+	18	4.1 Bemanningsnormer ved sykehjem	29
2.5 Finansiering av opphold i sykehjem	19	4.2 Nye sykehjems plasser	29
2.6 Rettighetslov	19	4.3 Bruk av midlertidige sykehjems plasser ...	30
2.7 Vederlagsforskriften	20	4.4 Omsorg ved livets slutt.....	30
2.8 Fritt brukervalg kan også inkludere tilbud i andre land	20	4.5 Oppsummering og forslag.....	30
2.9 Teknologi og effektivisering.....	21	5. Forslag	30
2.10 Oppsummering og forslag	22	Vedlegg	32
		Kilder	37



Dokument nr. 8:83

(2006-2007)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner

Til Stortinget

1. INNLEDNING

Eldreomsorgen har vært et meget sentralt tema i alle valgkamper de siste 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. Forslagsstillerne synes det er et stort paradoks at verdens pr. capita rikeste land, og med selvskryt som en velferdsstat som alle andre land såkalt ser opp til, fremdeles har en jevn nyhetsdekning i media om store problemer og elendighet i sitt eldreomsorgssystem. Forslagsstillerne finner situasjonen som 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 fortrenghet 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.

Forslagsstillerne forsøker derfor på nytt å fremme et helhetlig, gjennomarbeidet og forklart representantforslag om de nødvendige systemendringer for å oppnå en varm, verdig og valgfri eldreomsorg som skinner. Det er forslagsstillerne syn at eldre pleie-

trengende som lever i Norge skal motta det beste omsorgstilbudet i verden, og forslagene som fremkommer av representantforslaget, vil etter disse representantenes mening bidra til et historisk løft innenfor pleie- omsorgssektoren, med særlig vekt på å sikre alle pleietrengende trygghet og juridisk rett til behovsstyrte og valgfrie tjenester basert på brukernes premisser.

Nøkkelen til alle tjenestesystemer ligger i prinsippet for finansiering eller betaling for tjenestene. Når det er betalingsevne og villighet for en tjeneste som dekker produksjonskostnadene, vil tjenesten bli tilbudt. Når det ikke er verken betalingsevne eller villighet i tilstrekkelig omfang, vil tjenesten mangle i både kvalitet og kvantitet.

Dette er situasjonen i Norge nå og har vært det de siste 30 år. Derfor foreslås det 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 betalings-systemet.

Systemet som foreslås er at:

Når en pleietrengende eldre får godkjent av et myndighetsorgan et behov for hjemmehjelp, hjemmesykepleie, omsorgsbolig, sykehjemsplass eller andre tjenester, så plikter staten ved folketrygden og Rikstrygdeverket (eller NAV - Arbeids- og velferds-etaten) å betale for slike tjenester til den av myndighetene godkjente leverandør av tjenesten som den pleietrengende eldre eller 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 sykepenge, arbeidsledighetstrygd, uførepensjon, alderspensjon, svanger-

skapspermisjon, tildeling av trygdebiler, medisiner på blå resept, og diverse andre ordninger hvor det er behovet som styrer hvor mye penger som blir brukt.

1.1 Historikk og grunnlag for behovet for en ny helhetlig plan for en bedre eldreomsorg

Eldreomsorgen i Norge har vært under kontinuerlig debatt siden midten av 1980-tallet, og kommunenes ansvar for omsorgsoppgavene blir ivare tatt svært forskjellig fra kommune til kommune. Sjokkerende nyheter og oppslag i pressen som: "Tvang mot eldre - daglig kost i sykehjem", "Gamle bindes og låses inne", "Tørstet i hjel på sykehjem", "De gamle brytes ned av motløshet", og "Og eldre blir mishandlet", er hentet fra riksdekkende aviser de siste tiårene. Vekslede regjeringer har lagt frem planer, 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 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. I St.prp. nr. 72 (1989-1990) opplyser departementet at økningen i antall eldre over 67 år er 73 000 fra 1980 til 1988, og at av disse var det 31 000 flere eldre i aldersgruppen 80 år og over - en økning på 14 pst. i hele eldrebefolkningen og 25 pst. for den eldste aldersgruppen.

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 ventelistene har, i mange kommuner, vært lange. Kriteriene for å bli vurdert som potensiell sykehjemsbruker, og bli ført på venteliste, har vært varierende og har i mange tilfeller gjort terskelen for høy, slik at enkelte kommuner har kunnet hevde og ha full sykehjemsdekning.

Da sykehusloven trådte i kraft 1. januar 1970, ble sykehjemmene, som institusjonsomsorgen for øvrig, definert som et fylkeskommunalt ansvar. Sykehuslovens forutsetning var å skape en ressurssterk medisinsk institusjon. Sykehjemmene skulle avlaste sykehusene for oppgaver som ikke trengte spesielt høy teknisk eller medisinsk ekspertise, og skulle gjennom aktiv rehabilitering bidra til å føre flest mulig tilbake til egne hjem. Sykehjemmene fikk gjennom denne omleggingen samme finansieringsordning som sykehusene, men forskjellig fra aldershjemmene.

Fram til 1980 eksisterte det en statlig refusjonsordning for institusjoner under sykehusloven, hvor staten over trygdebudsjettet refunderte institusjonens utgifter (75 pst. fram til 1977, og deretter 50 pst. fram til 1980). Dette var en ordning som virket meget po-

sitiv og det kom automatisk mer penger når behovet for tjenestene vokste. Således gikk utgiftene opp i takt med behovet, og 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 januar 1988 ble ansvaret for de somatiske sykehjemmene igjen tilbakeført til kommunen. Ansvaret for organisering og finansiering av sykehjemmene ble da det samme for syke- og aldershjemmene. Sosialkomiteens begrunnelse for omleggingen, var at sykehjemmene aldri ble det de var forutsatt å være, dvs. et alternativ til sykehus for kronisk og langvarig syke. De var i større grad blitt en integrert del av omsorgsapparatet for eldre og funksjonshemmede, jf. Innst. S. nr. 223 (1984-1985).

Fra 1. januar 1988 ble også brukerbetalingsordningen i syke- og aldershjem den samme. Fra en ordning i sykehjem med avkorting av trygdeytelser (indirekte betaling), gikk man også her, som i aldershjem, over til en ordning med direkte betaling. Fra 1. januar 1989 fikk kommunene også adgang til å kreve betaling for korttidsopphold ved sykehjemmene. Fram 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 i forhold til 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 1989 sto "eldregeneral" Per Hovda frem og ga den dårlige eldreomsorgen i Norge, med lange ventelister til sykehjems plass, flersengsrom i sykehjem, for dårlig bemanning i institusjonene, mangelen på hjelp til å få dekket de mest basale behov, nedbygging av aldershjems plasser og sykehjems plasser og økt satsing på åpen omsorg, et ansikt. Han krevde at det ble satt inn ekstraordinære tiltak for å bedre situasjonen for eldre pleietrengende. Per Hovda møtte stor sympati fra både mediene og folk flest.

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 Ven-

streperti 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. Landsaksjonen markedsførte i mars 1995 en storstilet kampanje med følgende målsetting:

"å gjøre de pleietrengende eldre til et tema politikerne må omtale litt mer enn vanlig forut for kommunevalget i 1995."

og

"få politikere til å avgi konkrete løfter relatert til de daglige problemer den enkelte pleietrengende eldre opplever på kroppen. Problemer omkring hverdagshygiene, daglige rutiner, sengetider, romfordeling etc. Det første vi ønsker å få politikerne til å forplikte seg til, er å gå inn for opprettelse av et offentlig Eldreombud i Norge "og" å gjøre den almene opinion til "vokter" for at disse lett målbare løftene overholdes etter valget."

I forbindelse med behandlingen av trontaledebatten i 1996 vedtok Stortinget, etter et forslag fra stortingsrepresentant Carl I. Hagen (FrP), 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 regjeringen 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 1998 pekte tilsynsmeldingen fra Statens helsetilsyn på at det i 35 pst. av tilsynene:

"(...) ble avdekket at grunnleggende behov som normal døgnrytme, personlig hygiene og naturlige funksjoner ikke ble tilfredsstillende ivaretatt. Sett i sammenheng med manglende systematiske tiltak for å sikre at kravene til kvalitet i tjenesten blir oppfylt, gir dette stor grunn til bekymring. I 75 % av de 61 kommunene (som ble undersøkt - forslagsstillernes bemerkning) var saksbehandlingen i forbindelse med søknad om helsetjenester i strid med lovens krav. Dette svekker eldre pasienters rettssikkerhet, og fører til at mange eldre ikke får den helsetjeneste de har krav på. (...) Imidlertid er det grunn til å anta at de påpekte forhold forekommer i langt flere enn de kommuner som var gjenstand for tilsyn, og Statens helsetilsyn ser med bekymring på dette."

Wenche Malmedals hovedfagsoppgave i helsefag ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i 1998: "Noen må følge bedre med", om overgrep i sykehjem, hadde sett nærmere på forholdene i sykehjemmene. Malmedal gjennomførte samtaler med pleierne om bl.a. bemanningssituasjonen, arbeidsmiljøet og holdningene til beboere og jobb:

"Klanderverdige forhold ved mange av landets sykehjem skulle være kjent for myndighetene, både via media og ulike rapporter."

Og videre:

"Pleierne i denne studien peker på lav bemanning, store avdelinger, lav lønn. Lite muligheter for kurs og faglig oppdatering som noen av de negative sidene ved arbeidet i sykehjem. Disse forholdene gjør at de ikke greier å oppfylle de mål som myndighetene har satt for omsorgen i sykehjemmene."

I en interpellasjonsdebatt i Stortinget den 19. mars 1999, fra stortingsrepresentant John I. Alvheim (FrP) på bakgrunn av Malmedals rapport, ble det fremmet tre forslag fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet:

1. Stortinget ber Regjeringen iverksette et forskningsprosjekt for å belyse forholdene for pasienter og ansatte i offentlige og private pleieinstitusjoner.
2. Stortinget ber Regjeringen på nytt å vurdere nødvendigheten av å etablere et landsdekkende eldreombud.
3. Stortinget ber Regjeringen om ikke å godkjenne kommunale omsorgsplaner der pleiefaktoren i somatiske sykehjem er under 0,9."

Ingen av forslagene fikk støtte fra andre enn Fremskrittspartiets representanter.

I Den norske lægeforenings statusrapport om helsetjenester for eldre fra begynnelsen av 2000-tallet - "Når du blir gammel og ingen vil ha deg ..." slås det fast at:

"I denne statusrapporten om helsetjenester for eldre gjengis en rekke undersøkelser og publikasjoner som understøtter at vårt samfunn ikke ivaretar de eldre på en verdig måte."

Og videre:

"For når gamle mennesker ikke får de helsetjenester og den omsorg og hjelp de trenger, er det ikke bare et problem for dem som rammes, det underminerer tiltroen til den offentlige helsetjenesten."

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 om-

sorgsboliger, 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, som ble enstemmig vedtatt, der det het:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem en Stortingsmelding med en plan for full sykehjemsdekning basert på enerom for de som ønsker det."

Planen hadde en økonomisk ramme på ca. 30 mrd. kroner i investerings- og driftstilskudd over flere år fra staten til kommunene og 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 sykehjems plasser 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. I Riksrevisjonens Dokument nr. 3:9 (2003-2004), Riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplanen for eldreomsorgen, anføres følgende:

"Økningen i antall sykehjems plasser har ikke skjedd i takt med utviklingen av behovet og dekningsgraden er dårligere i dag enn ved handlingsplanens begynnelse. Handlingsplanen har ikke medført en samlet nettokapasitetsøkning av boliger og plasser sett i forhold til utviklingen i antall eldre over 80 år og over i perioden 1998-2001, når andre boliger inkluderes i beregningen. Undersøkelsen viser videre at hele økningen i dekningsgraden har vært i omsorgsboliger."

Under en høring i Stortinget den 14. oktober 2004, i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 3:9 (2003-2004), stilte stortingsrepresentant Carl I. Hagen (FrP) følgende spørsmål til statsråd Ansgar Gabrielsen:

"Det står også i den siste uttalelsen fra Riksrevisjonen:

"Riksrevisjonen vil også peke på at forskjellene mellom kommunene i andelen sykehjems plasser, aldershjems plasser og omsorgsboliger til omfordeling i forhold til personer 80 år og eldre har vært nokså stabile i perioden."

Ett av målene i handlingsplanen, større grad av likeverdige tilbud til landets innbyggere, ser altså ikke ut til å være oppnådd. Er dette en problemstilling som statsråden vil være opptatt av å gjøre noe med også for fremtiden?"

Statsråd Angar Gabrielsen svarte:

"Ja, de forutsetninger og premisser som lå der, gjelder fortsatt. Det samme som representanten Hagen nå leste, leste jeg i morges. Og så står det i etterkant av det, så vidt jeg husker, også at det synes allikevel å ha blitt noe redusert i perioden 2001-2005. Men det er ingen tvil om at mange av de etablerte forskjellene på en måte er videreført, og at graden av utjevning i likhet ikke har vært overveldende. Det må man kunne si - det er jeg enig i."

Statsråden bekreftet altså at kapasiteten, når det gjelder særlig sykehjemsplasser, faktisk er gått noe ned i perioden for handlingsplanens gjennomføring.

Riksrevisjonens undersøkelse viser også at:

"Lavere krav til bemanning og gunstigere finansieringsordninger kan ha medvirket til at kommunene i så stor grad har bygd omsorgsboliger framfor sykehjemsplasser."

Under høringen den 14. oktober 2004 stilte stortingsrepresentant Modulf Aukan (KrF) følgende spørsmål vedrørende misforholdet mellom utbygging av antall omsorgsboliger og sykehjemsplasser til Den norske lægeforening:

"Det vert hevda i riksrevisjonsrapporten at fordelinga av investeringstilskottet skjedde ut frå fagleg gjennomgang og vurdering, fordi kravet om tilrettelegging for heildøgns omsorgstilbod var vareteke i Husbanken sine retningslinjer. Korleis kan det da ha seg at det har vorte så mange fleire omsorgsbustader i forhold til sjukeheimsplassar, og at det vert sett på som eit mishøve i forhold til dei retningslinjene som Husbanken har?"

Lægeforeningens president Hans Kristian Bakke svarte følgende:

"Det ligger i det vi sier, og det du sier nå, at det er et misforhold mellom det som har vært grunnlaget for å gi investeringene, og det vi som personell ute i sektoren opplever er blitt resultatet. Hvordan det kunne skje, finner jeg det litt krevende å svare på, men det er åpenbart sett fra vårt ståsted at det har skjedd. Jeg vet ikke om det er noen som kan føye til noe?"

Jorunn Fryjordet fra Lægeforeningen ga følgende tilleggsvar:

"Jeg tror at man finner svaret også i Riksrevisjonens undersøkelser, nemlig kostnadene. Det var mer attraktivt for kommunene å satse på omsorgsboliger fordi det stilles andre kvalitetskrav til sykehjem."

Det synes å være liten tvil om at antallet sykehjemsplasser er blitt nedjustert i forhold til antall omsorgsboliger basert på kommunenes økonomiske situasjon og de høyere økonomiske krav til satsing på sykehjemsplasser.

I Innst. S. nr. 22 (2004-2005) til Dokument nr. 3:9 (2003-2004) skriver komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet i en merknad:

"Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til kontrollhøringen i denne sak hvor det fremkom mange påstander om at handlingsplanens gjennomføring egentlig ble en boligreform mer enn en eldreomsorgsreform. Årsaken til en slik påstand er at det i hovedsak har vært en vekst i antallet omsorgsboliger og liten økning i antall sykehjemsplasser. Dette skyldes at det ikke har vært eller er noen entydig og klar definisjon for hva som er "tilbud tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg" idet rene omsorgsboliger av mange kommuner har vært tatt med i begrepet. Situasjonen for sykehjemsdekning er således nå langt fra tilfredsstillende etter planens gjennomføring.

Disse medlemmer vil påpeke at under høringen slo både Legeforeningens president Hans Kristian Bakke, Norsk Sykepleierforbunds leder Bente G. H. Slaatten og Nasjonalforeningen for folkehelsens overlege Sigurd Sparr, alarm over manglene i eldreomsorgen for de over 80 år i årene fremover. Hvis målsetningen om sykehjemsplasser for 25 pst. av de over 80 år skal nås, må det minst etableres 14 480 flere plasser innen 2005, 26 480 flere plasser innen 2030, og 41 730 innen 2050. Som følge av det økte antallet av eldre som rammes av demens og andre sykdommer, er situasjonen for de dårligste eldre i dag ikke særlig bedre enn før planen ble vedtatt. En viktig årsak er nettopp at det ble særlig bygget omsorgsboliger og ikke sykehjemsplasser som følge av en uklar definisjon av hva som skal til for å omfattes av begrepet tilrettelegging for heldøgns pleie og omsorg.

Disse medlemmer mener at denne situasjonen, som kontrollhøringen avdekket, ikke kan forties og aksepteres."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet fremmet to forslag i innstillingen som fikk tilslutning fra Senterpartiets medlemmer under voteringen i Stortinget den 14. oktober 2004. Forslagene hadde følgende ordlyd:

1. Stortinget ber Regjeringen raskt sørge for at det etableres en entydig og klar definisjon på hva som skal til for at et tilbud kan regnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud.
2. Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding for Stortinget om hvorledes målet om at det skal være et tilbud tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg for 25 pst. av befolkningen over 80 år i tiden frem til 2030, kan nås."

Arbeiderpartiets representant Kjell Engebretsen sa i sin stemmeforklaring følgende:

"Arbeiderpartiet er enig i de forslagene som ligger her. Når vi ikke stemmer for dem nå, er det fordi statsråden i dag, som forventet, under debatten har bekreftet at dette er forhold som vil bli ivarettatt. Vi finner det unødvendig at Stortinget fatter disse vedtakene, så jeg anbefaler Arbeiderpartiets gruppe å stemme imot både forslag nr. 1 og forslag nr. 2."

Hittil er ikke disse "forhold ivaretatt". Forslagsstillerne vil derfor igjen fremme forslagene og gi flertallet mulighet til å rette opp dette forholdet.

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.

Gjennom de aller fleste valgkamper blir eldreomsorgen satt på dagsordenen. Politikere fra alle partier lover bot og bedring. I kommunevalgkampen i 2003 sa Bjarne Håkon Hanssen, som den gangen var Arbeiderpartiets sosialpolitiske talsmann, til avisen VG:

"(...) eldreomsorgen har ingen hokuspokusløsninger. I valgkampen har jeg gledet av å reise rundt å se på en rekke direkte konsekvenser av disse milliardene. Jeg ser nye omsorgsboliger, flotte nye bokollektiver og sykehjem med enerom til alle. Men samtidig møter jeg et entydig budskap: Vi er for få på jobb. Vi har rett og slett ikke tid til å ivareta grunnleggende rettigheter for de eldre."

Og videre sa han:

"Målet må være at ingen eldre og syke opplever at deres grunnleggende rettigheter krenkes. (...) Det er måten vi tar oss av våre gamle, syke og pleietrengende på, som sier noe om hvordan vi er som samfunn."

"Men hvordan har de gamle det i dag?" spør Hanne Skartveit i VG i september 2003, like før valget. 9 av 10 personer som ringte inn til Holmgang-redaksjonen i TV2 kvelden før, svarte at de var redde for å bli gamle i Norge. Dette er signaler politikere bør ta på alvor.

I 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 en øre i skattelette før eldreomsorgen skinte! - Noe som allerede kan trekkes i tvil med god grunn! Fremdeles har Norge store problemer i eldreomsorgen, noe alle var enige om under valgkampen. Man kan, med rette, spørre seg: "Hvorfor har de ikke gjort noe med det?"

1.2 Dagens situasjon

Tall fra SSB fra 2005 viser at det er enorme kommunale forskjeller når det kommer til lokalpolitikernes prioritering av eldreomsorg over kommunebudsjettet:

Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten

Kvæfjord kommune.....	40 427
Balestrand kommune.....	32 348
Utsira kommune	23 287
Fjell kommune.....	4 865
Vestby kommune.....	5 202
Nittedal kommune	5 452

(Statistisk sentralbyrå)

Gjennomsnittet for alle landets kommuner er på kr 9 646.

Det understrekes at disse tallene må ses i sammenheng med pleiestruktur og det faktum at kommuner er forskjellige med hensyn til demografi, geografi og størrelse. Det som imidlertid kan slås fast er at de kommunale forskjellene er betydelige, noe som gjør at bostedsadresse *er* utslagsgivende for hvilket eldreomsorgstilbud den enkelte mottar.

Om vi tar en sammenligning av de største byene, vil vi også se forskjeller:

Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten

Oslo kommune	9 122
Bergen kommune	9 529
Trondheim kommune	8 413
Tromsø kommune.....	8 514
Stavanger kommune	7 901
Halden kommune	9 459

(Statistisk sentralbyrå)

Netto driftsutgifter pr. innbygger over 80 år, i kroner, pleie- og omsorgstjenesten

Oslo kommune	201 222
Bergen kommune	212 031
Trondheim kommune	213 667
Tromsø kommune.....	325 401

1.3 Utvikling frem til i dag

Antall plasser i aldersinstitusjoner 1983-2005

	Totalt	Sykehjem	Aldershjem m.v.
1983.....	43 021	17 636	25 385
1984.....	43 786	18 320	25 466
1985.....	45 607	18 884	26 723
1986.....	48 695	19 380	29 315
1987.....	48 774	19 234	29 540
1988.....	49 887	19 328	30 559
1989.....	47 933	19 994	27 939
1990.....	45 628	20 227	25 401
1991.....	45 946	21 365	24 581
1992.....	45 890	22 210	23 680
1993.....	45 767	22 862	22 905
1994.....	44 941	23 312	21 629
1995.....	43 928	24 740	19 188
1996.....	43 735	25 945	17 790
1997.....	43 377	27 140	16 237
1998.....	43 196	28 206	14 990
1999.....	43 240	29 614	13 626
2000.....	42 876	30 971	11 905
2001.....	42 741	32 535	10 206
2002.....	42 319	33 795	8 524
2003.....	41 718	34 693	7 025
2004.....	41 402	38 222	3 180
2005.....	40 983	38 206	2 777

(SSB)

Denne meget dramatiske oversikt viser altså at det er færre institusjonsplasser i summen av sykehjemsplasser og aldershjemsplasser, men det må legges til at det i samme periode er blitt langt flere omsorgsboliger. Fra 21 000 plasser i 1983 til 48 000 plasser i 2005.

Antall over 80 år i perioden 1980-2006

	80 år og mer
1980.....	117 386
1981.....	121 669
1982.....	125 432
1983.....	130 265
1984.....	134 593
1985.....	138 578
1986.....	141 688
1987.....	145 672
1988.....	149 133
1989.....	152 270
1990.....	156 279
1991.....	159 425
1992.....	163 239
1993.....	167 316
1994.....	169 705
1995.....	173 480
1996.....	176 503
1997.....	180 322
1998.....	184 413
1999.....	188 421
2000.....	190 022
2001.....	196 901
2002.....	201 459
2003.....	205 063
2004.....	209 186
2005.....	213 155
2006.....	215 876

(SSB)

Som vi ser av tallene, har antall eldre over 80 år økt med om lag 100 000 siden 1983. Dette har selvsagt konsekvenser for strukturen i pleie- og omsorgstjenestene, og etter forslagsstillernes syn er ikke dette blitt tatt høyde for på en tilfredsstillende måte.

1.4 Fremtidige utfordringer

Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger viser, ifølge St.meld. nr. 50 (1996-1997), at antall personer 80 år og eldre, mer enn fordobles fra 176 000 i 1996 til ca. 423 000 i 2050. Antall personer i denne gruppen når en foreløpig topp i 2007 med vel 40 000 flere enn i 1996, for deretter å bli redusert noe fram til 2017.

Økningen i forventet levealder bidrar, ifølge St.meld. nr. 50 (1996-1997), alene til at det vil være ca. 150 000 flere personer 80 år og eldre i 2050, sammenliknet med i 1996. Større kull med eldre som

kommer opp i alder over 80 år, bidrar til at antall eldre vokser med om lag 95 000 i denne perioden.

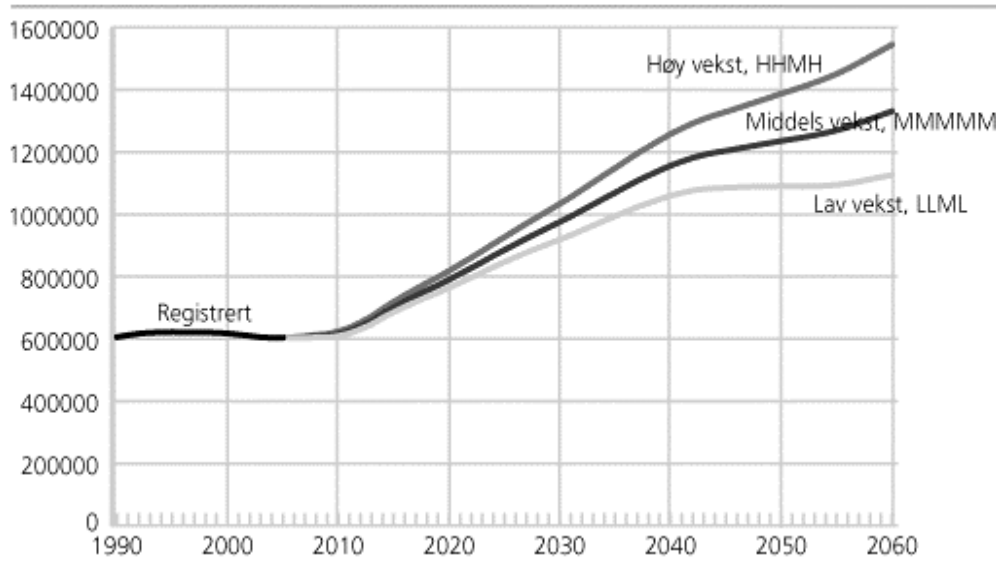
For å kunne si noe om hva som er den beste politikken i fremtiden, er det viktig å se på situasjonen slik den har vært frem til i dag, og hvilke konsekvenser dette har fått.

Et annet viktig element i forhold til fremtidige utfordringer, er de forventninger som kommende generasjoner kommer til å ha knyttet til kvalitet og omfang av pleie- og omsorgstilbudet. Det vil være tilnærmet utenkelig å se for seg at fremtidens eldre sier

seg fornøyd med å dusje en gang i uken, legge seg til bestemte tider og så videre. Forslagsstillerne mener at selv om dagens eldre er svært tolerante, og på mange måter fornøyd med at de i det hele tatt får hjelp, er ikke dette tilfredsstillende. Forslagsstillerne er derfor av den oppfatning at det er på høy tid å heve kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren, både for å imøtekomme fremtidige generasjoners krav, men også for å gi dagens eldre et varmt, verdig, og valgfritt pleie- og omsorgstilbud.

1.5 Eldrebølgen kommer

Figur 6. Antall personer 67 år og over. Registrert 1990-2005 og framskrevet 2005-2060 i tre hovedalternativer



(SSB)

Som vi ser av tabellen, så kan man regne med om lag 200 000 flere personer over 67 år om 14 år, mens man anslagsvis vil få det dobbelte av dagens antall i år 2050. Dette innebærer at Norge vil få en sterk økning i antall pleietrengende eldre i årene som kommer. Forslagsstillerne har tatt signalene på alvor, og vil derfor gjøre eldreomsorgen til et statlig ansvar, slik at forskjellene mellom kommunene fjernes og slik at alle i hele landet skal ha lovfestet rett til en varm, verdig og valgfri eldreomsorg som skinner. Det er, etter forslagsstillerens syn, flere faktorer som tilsier at forskjellene kommer til å øke med dagens system:

- Kommunene prioriterer forskjellig, noen vil være flinke tilretteleggere, mens andre nedprioriterer dette til fordel for andre formål.
- Den økonomiske situasjonen i kommunene er også gjenstand for et "klasseskille", noe som innebærer at ikke alle kommuner har like stort handlingsrom til å prioritere omfattende, men nødvendige investeringer i eldreomsorgen.

- Regjeringens løsning med å videreføre finansieringsansvaret for eldreomsorgen gjennom kommunenes budsjettammer er etter forslagsstillerens syn ikke hensiktsmessig, særs med tanke på at disse pengene skal gå til alle kommunale oppgaver, inkludert gjeldsslette.

Sett i lys av utviklingen på antall rom for eldre og funksjonshemmede siden 1991, er det særs bekymrende å se at vi har stått på "stedet hvil". I 1991 var det 38 665 rom, mens det i 2005 var 38 996. Utviklingen i plasser totalt er også svært dårlig lesning: I 1996 var det i alt 43 735 institusjonsplasser, mens det i 2005 var 40 983 (SSB). Forslagsstillerne viser i denne sammenheng til utviklingen innenfor utskrivingspraksisen ved sykehus, som medfører at terskelen for å komme inn på sykehjem er blitt langt høyere, noe som medfører økte kostnader for kommunene.

Ulike konsekvenser av dette:

Boreformens hovedmål var at andelen av enkeltrom skulle være tilnærmet 100 pst. Parallelt med den-

ne utviklingen ble den massive utbyggingen av omsorgsboliger gjennomført, takket være tilskuddsordninger. Det som allikevel er faretruende med dette, er at terskelen for å komme på institusjon er langt høyere i dag, sammenlignet med tidligere. Som en sykepleier ved et sykehjem nylig sa: "Tidligere kom beboerne i taxi med en koffert under armen, i dag kommer de trillende inn på en bære." Utviklingen av antall eldre, vil selvsagt medføre at antall plasser må utvides radikalt for i det hele tatt å kunne ta vare på de som er sterkt pleietrengende.

Det kan derfor være liten tvil om at den demografiske utviklingen i befolkningen medfører en rekke utfordringer, og behov for løsninger. Det er, etter forslagsstillernes syn, nødvendig å foreta omfattende systemendringer for å imøtekomme fremtidens utfordringer knyttet til eldreomsorgen. Disse systemendringene vil bli nærmere omtalt senere.

1.6 Kompetanse og arbeidskraft

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). Forslagsstillerne vil imidlertid berømme de ufaglærte for jobben de gjør, og mener disse utfører et godt arbeid i pleie- og omsorgssektoren. Dette betyr imidlertid ikke at behovet for faglært kompetanse ikke er til stede, selv om det også er mange arbeidsoppgaver som kan utføres av personer med begrenset undervisning og trening. Med andre ord vil det være høyst nødvendig å tilrettelegge for økt interesse for disse studiene, samt bidra til å heve statusen i pleie- og omsorgsyrkene. Særlig bekymringsfullt er det at stadig flere sykepleierstudenter 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. Forslagsstillerne har for øvrig merket seg at Regjeringen har kuttet i bruken av private skoler, blant annet skoler som utdanner helsepersonell.

Forslagsstillerne anser det for å være en svært sentral utfordring å skaffe nok arbeidskraft innenfor pleie- og omsorgssektoren. Statsrådene Erik Solheim og Bjarne Håkon Hanssen uttalte følgende, som er sitert på NRKs nettside 27. mars 2007:

"Vi kommer til å trenge minst 100.000 flere folk i helsevesenet de nærmeste tiårene. Jeg tror ingen ser noen utsikt til at vi kan fylle det med folk som allerede er her i landet, sier utviklingsminister Erik Solheim."

"Vi blir eldre, og vi kan helbrede sykdommer som det tidligere ikke fantes medisiner for. Vi har ingen muligheter for å løse dette isolert sett. Jeg er bombesikker på at når Carl I. Hagen sitter på sykehjem, vil han veldig mye heller bli behandlet og pleid av en afrikaner, en inder eller en tamil, enn ikke å få noen pleie i det hele tatt, sier Solheim med et smil om munnen."

Disse uttalelsene har fått lederen i Norsk Sykepleierforbund til å reagere, og i den samme artikkelen som nevnt foran, kan vi lese følgende:

"Sykepleierforbundets leder, Bente Slaatten, tror knapt det hun hører. - Jeg kan egentlig ikke tro at vi skal dra til fattige land og hente sykepleiere. Hvis det stemmer, skal vi kjempe med nebb og klør mot dette. Den samforståelsen vi har hatt med regjeringen i dette spørsmålet, er borte."

Og videre:

"Slaatten mener det er mulig å få mer ut av den arbeidskraftreserven vi allerede har i Norge ved å gi sykepleiere som ønsker det, heltidsstillinger, senke sykefraværet og gjøre det mer attraktivt å bli i yrket. - I dag utdannes det to sykepleiere for hver person som faktisk blir i yrket, påpeker Slaatten."

Forslagsstillerne stiller seg bak Bente Slaattens syn, og synes det er meget uheldig at den sittende regjering er mer opptatt av å hente arbeidskraft fra land som har enorme problemer med selv å skaffe seg tilstrekkelig arbeidskraft innenfor pleie- og omsorgssektoren, enn hva de er av å legge forholdene til rette for å utnytte de ressursene vi allerede har i Norge. Det er, etter forslagsstillerne syn, mer hensiktsmessig å lage incentiver for de ressursene som allerede er i landet, slik at arbeidskraften innenfor denne sektoren økes. Incentiver som forslagsstillerne ser på som nødvendige er lønnsbetingelser, turnusordningen, stillingsandelen og fleksibiliteten.

Forslagsstillerne ser med bekymring på utviklingen vedrørende bruk av små deltidsstillinger mot den ansattes ønske. Det vil derfor være hensiktsmessig å se på strukturen ved ansettelsesvilkår. Forslagsstillerne har merket seg at det er relativt vanlig å være ansatt ved en enkelt avdeling, fremfor å være ansatt direkte til et sykehjem. Det vil derfor være hensiktsmessig, etter forslagsstillerne syn, at ansettelsesstrukturen er av en slik art at man kan utnytte arbeidskraften på en fleksibel og god måte. Dette vil medføre at de som ønsker det, vil få høyere stillingsandeler, samt redusere bruken av vikarer i pleie- og omsorgssektoren.

Videre er det et stort behov for å øke legekapasiteten i pleie- og omsorgssektoren. Forslagsstillerne 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 fra dagens dekningsgrad.

Videre viser forslagsstillerne til fastlegenes plikt til å utføre 7,5 arbeidstimer i uken for kommunen. Dette er en ressurs som på langt nær er utnyttet, og forslagsstillerne mener det her vil være en enorm mulighet til å bedre legedekningen i pleie- og omsorgssektoren, og forslagsstillerne vil også påpeke at innenfor dagens system burde departementet være mer aktivt for at fastlegene utfører det arbeidet de skal.

2. FINANSIERINGSORDNINGENE

Det er, som tidligere vist, bevilget mange milliarder kroner til kommunene siden 1989, da John I. Alvhjem fikk gjennomslag for å bevilge 1 ekstra milliard. Allikevel er forholdene langt fra tilfredsstillende i mange av landets kommuner. Derfor burde kanskje også andre politiske grupper vurdere om det er systemfeil som må rettes opp for å oppnå en varm, verdig og valgfri eldreomsorg som skinner.

Dagens sosial- og inkluderingsminister, Bjarne Håkon Hanssen, sa under valgkampen i 2003:

"Målet må være at ingen eldre og syke opplever at deres grunnleggende rettigheter krenkes."

Etter forslagsstillerne mening, krenkes de eldre, sykes rettigheter hver eneste dag i Norge. Vi mener det er grunnlag for å si at denne gruppen ikke har, eller kan ha, de nødvendige rettigheter så lenge disse ikke er lovfestet i forhold til finansiering, men overlatt til kommuners vurderinger, økonomiske situasjon og vilje til å prioritere dette området. Eldre, sykes såkalte rettigheter er verdt lite eller ingenting i dagens situasjon. Det er kun når retten er knyttet til utløsning 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 forslagsstillerne tar opp i dette representantforslaget. Når en person av en lege erklæres for syk til å arbeide, mottar vedkommende sykepengen først fra arbeidsgiver og deretter fra folketrygden og Rikstrygdeverket. Når en person blir av kompetent lege eller nemnd erklært for helt eller delvis arbeidsufør, vil vedkommende motta uførehetspensjon.

Forslagsstillerne mener det er på tide å be Stortinget anmode Regjeringen om å legge frem en plan der eldre, pleie- og omsorgstrengende brukere får en lovfestet rett til finansiering av på forhånd faglig begrunnede og godkjente nødvendige omsorgs- eller pleietjenester. Som tidligere påpekt i representantforslaget, gir kommunale prioriteringer og vurderinger ikke godt nok grunnlag for innfrielse av lovfestede rettigheter når kommunene må styre innenfor faste økonomiske rammer. Det er derfor nødvendig å innføre et statlig ansvar for retten til finansiering av nødvendig omsorg, uavhengig av brukerens bosteds-

adresse og den enkelte kommunes økonomiske situasjon og lokalpolitikernes prioriteringer.

Allerede i april 1997 konkluderte et regjeringsoppnevnt utvalg med direktør Bjarne Jensen som leder, i sin innstilling NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, med følgende:

"Det er en rekke svakheter ved dagens finansieringsordninger. Finansieringsordningene kan føre til uheldige vridninger i kommunenes planlegging ved at de velger det som er økonomisk mest lønnsomt framfor å vektlegge den enkelte brukers behov."

Utvalget pekte på følgende finansieringsordninger 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.

Forslagsstillerne vil påpeke at Jensen-utvalgets konklusjon egentlig 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 i 1985-1986.

Som det tidligere er vist til i representantforslaget, er det store kommunale forskjeller, både innenfor hjemmetjenestene, sykehjemspolitikken, og øvrige pleie- og omsorgsområder. Forslagsstillerne 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 i forslaget. Forslagsstillerne vil videre påpeke de store kommunale forskjellene innenfor bruk av omsorgslønn, samt nivået på egenandeler knyttet til trygghetsalarm, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Dette viser, etter forslagsstillerens syn, med all tydelighet, behovet for en endret finansieringsordning, slik at alle innbyggere i Norge blir like mye verdt, og får det samme gode tilbudet som alle andre. 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 medisinske pasienter. 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 sykehjemmens og kommunens økonomi.

Forslagsstillerne 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. Forslagsstillerne vil derfor presisere at det må være statlige inntaksnemnders vedtak om hvilket pleiebehov som skal dekkes, som sikrer at lovfestede rettigheter blir fulgt opp. Inntaksnemnden må være et statlig organ, som samarbeider tett med de nye NAV-kontorene, og som omfatter det samme ansvarsområdet som NAV-kontorene. Slike nemnder kan bestå av både leger, saksbehandler, hjemmehjelpstjenesten og eventuelt andre personer med relevant kompetanse og kunnskap, for å avgjøre hvilken tjeneste eller pleiebehov en bruker har og som skal finansieres av staten. Det vil selvsagt være kriterier for når en tjeneste skal tilbys, og hvor stort omfanget av denne tjenesten skal være. Finansieringssystemet skal også ha en kontrollfunksjon, slik tilfellet er med trygdesystemet. Hvis for eksempel noen områder eller nemnder har et stort forbruk av tjenester og derved penger i forhold til andre områder og nemnder, vil kontrolltiltak og revisjon settes inn for å finne forklaringen. Dette vil

imidlertid bli enklere når alle nemnder i hele landet følger de samme kriterier og vurderingsprosedyrer.

Det er imidlertid, slik forslagsstillerne 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 tjenester, og ventelister og køer. Forslagsstillerne vil imidlertid påpeke at en rekke av forslagene som fremmes i dette representantforslaget, 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 sykehjemplass. Dette er viktige incentiver 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.

Forslagsstillerne viser videre til et notat fra Stortingets utredningsseksjon av 25. april 2007 (vedlagt), 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."

2.1 Fritt brukervalg

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 forslagsstillerne mener må legges til grunn for å skape en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner.

Fritt brukervalg av hjemmehjelpstjenester er gjennomført i flere kommuner, med stor grad av tilfredshet blant de som benytter seg av denne valgmuligheten. I bydel Nordstrand i Oslo, hvor det er gjennomført fritt brukervalg av hjemmehjelp, viser erfaringene at i overkant av 80 pst. foretar et aktivt valg. Tendensen etter at fritt brukervalg ble innført i Nordstrand, er at en klar majoritet av brukerne er fornøyde med å kunne velge. Dette betyr ikke at alle velger bort den kommunale hjemmehjelpen, men at verdien av å ha muligheten til å *kunne* velge, er et gode de fleste ønsker å ha.

Forslagsstillerne 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 forslagsstillerne helt uakseptabelt.

Forslagsstillerne 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. Forslagsstillerne 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 hjemmehjelp den enkelte mottar, er etter forslagsstillerne syn en umyndiggjøring av den enkelte bruker/pasient.

Dagens samfunn er preget av større mobilitet enn noen gang tidligere. Folk flytter i forbindelse med utdanning, jobb og 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 forslagsstillerne syn, være svært uverdiggjøring at vedkommende ikke skal kunne få muligheten til å velge et sykehjem eller omsorgsbolig/omsorg+ i en annen kommune, der den enkelte, av ulike årsaker, ønsker å gjøre dette. I dagens system hvor den enkelte kommune har finansieringsansvaret for omsorgsboliger/omsorg+ og sykehjem, er det selvsagt ingen kommune som vil ta imot en sykehjempasient 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, så 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 sykehjemplass i Svolvær eller Trondheim, spiller ingen rolle. Når statlige penger følger bruker til det sykehjemmet eller omsorgstjenesten den enkelte selv ønsker, beholdes integriteten og verdigheten. Bare på denne måten vil det etter forslagsstillerne syn, bli en pleie- og omsorgstjeneste som baserer seg på verdighet, varme og valgfrihet som skinner, i hele landet.

Forslagsstillerne 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. Forslagsstillerne påpeker at det ikke vil være snakk om kontantytelser, eller en "sjekk", som blir utbetalt fra folketrygden direkte til den enkelte bruker. Rikstrygdeverket vil utbetale den fastsatte sum til det sykehjem, den bedrift, organisasjon eller stiftelse eller annet som leverer hjemmehjelpstjenester, hjemmesykepleietjenester eller andre tjenester som inntaknemnden 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. Forslagsstillerne viser til at det aldri vil være noen tvang for den enkelte eller dens pårørende til å velge, og 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 forslagsstillerne foreslår, har virket gjennom flere årtier med rekvisisjon tidligere for opphold på rekonvalesenthjem, som så ble omdannet til rehabiliteringsinstitutter f.eks., etter operasjoner. Disse har utført tjenester som er betalt av folketrygden når Rikstrygdeverket 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, nedleggelse og økt elendighet for mange pasienter, som er en selvsagt konsekvens av overgangen fra behovsdirigert og bestemt finansiering til rammefinansiering.

Forslagsstillerne 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 de som får godkjent sine tilbud.

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 særs høye utgifter knyttet til relativt sett et lite antall brukere, noe som medfører konsekvenser for kommunens økonomi, og dermed det øvrige pleie- og omsorgstilbudet i kommunen. Den eneste løsnin-

gen for å sikre en rettferdig og god behandling for denne gruppen, uten at den enkelte kommunes økonomi er gjeldende, er at staten tar over det finansielle ansvaret.

2.2 RAI/RUG-systemet

I juli 1997 ble det innført innsatsstyrt finansiering (stykkepris) i sykehusene basert på DRG-systemet (Diagnoserelaterte grupper). På grunnlag av medisinsk informasjon som registreres rutinemessig i sykehusenes pasientadministrative systemer, klassifiseres pasientene i tilnærmet homogene ressursgrupper med en fastsatt betalingsats pr. pasient for de i samme diagnosegruppe. I St.meld. nr. 50 (1996-1997) omtales et tilsvarende finansieringssystem for pleie- og omsorgstjenester:

"Det er også utviklet et beslektet klassifikasjonssystem til DRG-systemet for geriatriske pasienter som kalles RUG (Resource Utilization Groups). RUG er en del av et internasjonalt multidimensjonalt instrument til bruk i geriatri - RAI (Resident Assessment Instrument) som i tillegg til medisinske data også kartlegger opplysninger om funksjon, emosjonell tilstand og kognitive og sosiale forhold hos pasientene. RUG er utviklet for bruk i institusjoner. Et tilsvarende system for hjemmetjenestene finnes ennå ikke. Det pågår imidlertid et internasjonalt arbeid for å forsøke å tilpasse RUG-systemet til hjemmetjenestene."

Det sies også i St.meld. nr. 50 (1996-1997) at:

"Sosial- og helsedepartementet anser RAI/RUG som interessante instrumenter som kan være nyttige supplement til Gerix (Informasjonssystem om utvikling i befolkningen) (...) I tillegg kan RUG vise seg egnet for innsatsstyrt finansiering i forhold til korttidsopphold i sykehjem."

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (1997-1998) skrev Fremskrittspartiet og Høyres følgende i sine merknader til kap. 670 Tiltak for eldre:

"Disse medlemmer har med interesse merket seg det internasjonale arbeidet rundt RUG (Resource Utilization Groups). RUG kan være et nyttig verktøy både i økonomi- og ressursstyringen i eldreomsorgen, men ikke minst som et kvalitetssikringsinstrument. RUG kan som Regjeringen selv anfører, brukes til innsatsstyrt finansiering i forhold til korttidsopphold i sykehjem. Disse medlemmer merker seg at regjeringen vil vurdere dette i forbindelse med oppfølgingen av NOU 1997:17. Disse medlemmer mener RUG kan være et meget nyttig redskap for å kartlegge gjennomsnittlig ressursbehov pr. dag for geriatriske pasienter. Det mangler i dag et system som kartlegger dette ressursbehovet. Regjeringen bør derfor intensivere arbeidet med å utrede innføring av RUG-systemet."

Forslagsstillerne har dessverre ikke registrert ytterligere omtale av RUG-systemet etter 1997, og me-

ner det nå bør finnes frem igjen slik at det også i Norge kan etableres et system for beregning av kostnader i institusjoner for de ulike pasient- eller brukergrupper.

Med innføringen av et finansieringssystem der pengene følger brukeren, der den enkelte bruker er sikret finansiering av sitt omsorgsbehov, bør det kommunale ansvaret for at det finnes et tilstrekkelig omfang av tjenestetilbud opprettholdes. Tjenestene kan utføres ved hjelp av rent kommunale tjenester eller av private, godkjente tilbydere av tjenester. Brukeren skal selv, eller i samråd med lege eller nære pårørende, kunne velge fritt mellom foreliggende tjenestetilbud når inntaksnemnden eller den relevante myndighet har godkjent behovet for statlig betaling.

Ved å skille rollene som bestiller, betaler og utfører av tjenestene, vil konkurranse om å yte best mulige tjenester gi brukerne det beste utgangspunktet - valgfrihet og "makt" - til å avvise/velge bort utilstrekkelige eller "dårlige" tilbud og tilbydere. Det at det på enkelte geografiske områder med liten og spredt befolkning ikke vil være behov for mange tilbydere, er selvsagt ingen innvending mot selve systemet som jo er gjeldende for en mengde andre tjenester i landet som nevnt tidligere.

Det er forslagsstillerne mening at en eldreomsorg i tråd med det foran skisserte, vil bidra til en moderne, fremtidsrettet eldreomsorg der brukerne får sine rettigheter oppfylt, styrer tilbudene gjennom sine valg og overfører makten fra den kommunale sosialtjenesten, kommunale prioriteringer til den enkelte bruker. En eldreomsorg basert på slike prinsipper vil være et fremtidsrettet tilbud i et moderne, velstående samfunn med respekt, omsorg og ansvar for sine eldre medborgere og vil kunne gi dem en verdig alderdom.

Forslagsstillerne vil videre vise til at RAI/RUG-systemet er blitt innført i store deler av Sveits, og viser i den sammenheng til e-post sendt fra den sveitsiske ambassaden 15. mars 2007 hvor det står:

"RAI/RUG system har i det siste årene blitt det mest brukte system i langtidsinstitusjoner (alders/pleiehjem) i Sveits. Det andre systemet som blir brukt er BESA. Etter min oppfatning er institusjonene/helsepersonellet veldig fornøyd med RAI/RUG og mener at kvaliteten har blitt mye bedre på mange områder."

Forslagsstillerne viser for øvrig til et notat fra Stortingets utredningsseksjon av 25. april 2007, hvor systemet i Frankrike blir omtalt på følgende måte:

"Når en person søker om omsorgstjenester gjøres det en kartlegging etter et nasjonalt målesystem som plasserer den enkelte inn i ett av seks nivåer, noe de forkortes til AGGIR skala. APA ytes til personer som plasseres i AGGIR nivåene 1-4. Personer i AGGIR nivå 5 og 6 har ikke rett på APA ytelsen. For hvert AGGIR nivå er det et APA beløp som ytes til perso-

nen, om vedkommende bor i egen bolig er det lavere enn om vedkommende bor i institusjon. Hvor høy andel av APA beløpet vedkommende faktisk mottar er så avhengig av vedkommendes øvrige inntekter."

2.3 Finansiering av hjemmetjenester

I dag er hjemmetjenestene finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene, samt forskjellig bruk av egenandelsordninger fra kommune til kommune. Forslagsstillerne er opptatt av at bostedsadressen din 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 dens pårørende ikke har ressurser til å aktivt finne et tilbud på egen hånd. Forslagsstillerne 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 pr. måned eller uke, vil brukeren også få en liste over alle godkjente leverandører av slike hjemmehjelpstjenester som brukeren kan velge mellom, gjerne i samråd med pårørende eller lege, men 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 innvilget i og med at tjenesteleverandøren kun får betalt fra folketrygden når brukeren har bekreftet at tjenesten er utført tilfredsstillende.

Forslagsstillerne viser videre til et notat fra Stortingets utredningsseksjon av 25. april 2007, hvor systemet for finansiering av hjemmetjenestene i Tyskland er omtalt på følgende måte:

"Når en person søker om hjemmetjenester plasseres vedkommende i en av tre ulike nivåer avhengig av hvilket omsorgstilbud vedkommende har behov for."

Mens Storbritannia har innført følgende ordning:

"I Storbritannia er det innført kontantutbetalinger til eldre slik at de kan kjøpe tjenester fra andre. Det er opp til den enkelte hvilke tjenester de betaler for. Når man velger en slik løsning blir den enkelte person

også arbeidsgiver med de forpliktelser som dette medfører. Den enkelte har full frihet til å velge mellom en slik kontantytelse eller motta tjenester fra det offentlige, og den enkelte kan gå fra den ene til den andre ordningen etter eget ønske. Det er imidlertid ikke mulig å bruke disse pengene til å kjøpe tjenester fra det offentlige."

Forslagsstillerne viser til vedlegg, som er Stortingets utredningsseksjons notat i sin helhet.

Forslagsstillerne ønsker å synliggjøre hvilke måter og former for utvikling pleie- og omsorgstjenestene har tatt i andre europeiske land. Videre er forlagsstillerne av den oppfatning at argumentasjonen mot vårt system er tuftet på klare misforståelser, blant annet ved å hevde at vårt system for finansiering og valgfrihet vil bety at den enkelte får en kontantytelse lik systemet beskrevet fra Storbritannia. Forslagsstillerne understreker nok en gang at dette ikke er tilfellet i den foreslåtte finansieringsmodellen.

2.4 Finansiering av omsorgsboliger/omsorg+

Omsorgsboliger/omsorg+ skal være forbeholdt eldre personer med behov for pleie og omsorg, men ikke så omfattende behov at de trenger sykehjemsplass. 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 felles stort område for hele bofellesskapet der det f.eks. kan være dagsenter, eldrecenter, legekontor o.l. Det presiseres at dette omsorgsnivået, som er et mellomledd mellom hjemmetjenester og sykehjem, må innrettes etter lokale forhold, der man kan se for seg ulike løsninger ut fra de rådende forhold.

En av målsetningene 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 er bare 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 eldrecentre 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 av dette. Det endelige resultatet blir da ofte sykehjemsinnleggelse. Det er forlagsstillerens 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 minke presset på sykehjemmene.

Omsorgsboliger/omsorg+ skal være sykehjemsforebyggende, 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 blir gitt gjennom hjemmetjenesten, på dagsenter eller sykehjem. Det kan være flere måter å organisere dette på, enten gjennom en gradvis økning av hjemmetjenester, eller gjennom egne ansatte på bofellesskapet. Det vil selvsagt variere etter størrelsen og organiseringen på omsorgstilbudet. Det er viktig å understreke at omsorgsboliger/omsorg+ ikke skal bli en salderingspost der kommunene plasserer eldre mennesker med demens og svært omfattende pleiebehov istedenfor å gi dem sykehjemsplass. Alle som skal bo i omsorgsboliger/omsorg+ skal være på et mentalt friskt nivå slik at det sosiale fellesskapet kan leve, men det skal også være et permanent tilbud, slik at noen grader av aldersdemens må kunne aksepteres. Utgangspunktet er at det er de eldre eller dens pårørende, i samsvar med lege, som kan bestemme at personer ikke lengre skal bo i omsorgsboliger/omsorg+. Men det må gjøres unntak fra dette. Det kan tenkes situasjoner der de andre beboerne av omsorgsboliger/omsorg+ får ødelagt sin tilværelse av at personer er sterkt demente, samtidig som at personen selv og de pårørende ikke ønsker å flytte personen til skjermet avdeling på sykehjem. Det vil i disse tilfellene være opp til den tidligere omtalte inntaksnemnden å fastsette pleiebehov.

Det er svært viktig at det gis en forebyggende behandling ved dette omsorgsnivået, blant annet gjennom aktivtører og fysioterapeuter.

Uansett vil dette være en rimeligere løsning enn om kommunen skal gi tjenestene spredt på et stort område.

I dag kan kommunene kreve en husleie for hver enkelt beboer i omsorgsboliger/omsorg+. Forslagsstillerne ønsker at finansieringsansvaret for pleie- og omsorgstjenestene knyttet til disse tilbudene skal tillegges staten. Forslagsstillerne presiserer at kostnadsnivået for denne boformen skal innrettes på en slik måte at alle som har behov, skal kunne benytte seg av dette tilbudet.

Oslo kommunes beregninger viser klart at en omsorg+-plass vil være langt billigere enn det en sykehjemsplass er i dag. Tanken er at en omsorg+-plass vil forhindre sykehjemsinleggelse med to til fire år gjennom at man holder de eldre friskere og gjør det slik at de trives.

2.5 Finansiering av opphold i sykehjem

I dag er det slik at kommunene betaler for sykehjemsdrift samt at den enkelte betaler en andel av sin pensjon for opphold i sykehjem.

Forslagsstillerne ønsker en annen finansieringsmodell, der staten har ansvaret og pengene følger brukeren til den institusjonen vedkommende ønsker å benytte seg av. Det er imidlertid ikke slik at den enkelte, eller dens pårørende, skal være pliktig til selv å

velge et sykehjem, men 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 noen tidsfrister. Forslagsstillerne understreker at kommunen fortsatt er 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 pensjonen av trygdekontoen (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. Egenbetalingen for opphold ved sykehjem må settes lavere enn hva som er tilfellet i dagens system, for å sikre at alle eldre har økonomisk frihet til å kjøpe gaver til barn, barnebarn og oldebarn, eller unne seg selv noen goder etter et langt liv. Dette vil bli omtalt senere i forslaget, under punktet om vederlagsforskriften.

Forslagsstillerne viser videre til at det bør være inntaksnemnden som fastsetter hvilket pleiebehov den enkelte måtte ha, og RUG-betalingssetningen som er fastsatt vil da bli direkte utbetalt til den institusjonen/tjenesteyteren som skal utføre omsorgen. Retten til betaling for pleie- og omsorg når behovet er godkjent av inntaksnemnden eller relevant myndighet, må etter forslagsstillerne syn, lovfestes. Dette blir omtalt i punktet som heter rettighetslov.

2.6 Rettighetslov

I tråd med forslagsstillerne 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 - rett til betaling for behandling.

Forslagsstillerne 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.

Forslagsstillerne 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. Forslagsstillerne viser til at det etter inntaknemndens eller 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.

Forslagsstillerne viser til at det vil bli fremmet lovendringsforslag for Odelstinget vedrørende en slik lovendring.

2.7 Vederlagsforskriften

I 1988 ble det fastsatt en forskrift for å regulere betaling, eller vederlag, for opphold i norske institusjoner og boliger med heldøgns omsorgs- og pleietilbud, kalt vederlagsforskriften. Forskriften gjelder bl.a. sykehjem, aldersboliger og institusjoner for rusmiddelmissbrukere. Betalingen for opphold i institusjon skal beregnes av inntekt, ikke formue. Som inntekt regnes årets inntekter på grunnlag av pensjon, andre løpende trygdeytelser, arbeidsinntekt, næringsinntekt, leieinntekt, renter og avkastning av formue etter fradrag av skatt og gjeldsrenter.

For de aller fleste som berøres av forskriften er hovedinntekten pensjonsytelser. Vederlaget for opphold i institusjon beregnes med bakgrunn i folketrygdens grunnbeløp. Ved utbetaling av pensjon fra trygdeverket beregnes og trekkes vederlaget til institusjonen, dvs. kommunen, før det overskytende beløp utbetales til pensjonisten. Vederlaget kan ikke overstige de reelle oppholdsutgifter. Oppholdsutgiftene ved institusjonen skal oppgis på forespørsel. For å gi brukeren et rimelig beløp til egen disposisjon, er det fastsatt et fribeløp og en andel til "eget bruk" som trekkes fra inntekten (pensjonen) før vederlaget beregnes.

Fribeløpet som ble fastsatt av Kongen, etter forslag av Fremskrittspartiet i Stortinget, i 1989 er på 6 000 kroner og har dessverre ikke vært endret siden. Fribeløpet skal trekkes fra inntekter opptil 1 G (grunnbeløp) før vederlaget på opptil 75 pst. av det overskytende grunnbeløp beregnes, dog skal betalingen begrenses slik at enhver har til eget bruk minst 25 pst. av G.

Da fribeløpet ble innført i 1989, representerte dette 19,35 pst. av grunnbeløpet som var 31 000 kroner. I 2007 er grunnbeløpet i folketrygden 62 892 kroner, mens fribeløpet fremdeles er 6 000 kroner, noe som utgjør bare ca. 9,5 pst. av G.

Det virker urimelig at beboere i institusjoner, relativt sett, skal ha mindre inntekt til egen disposisjon i dag enn i 1989. Underreguleringen av grunnbeløpet i folketrygden medvirker til den dårlige utviklingen. Fribeløpet har ikke vært regulert siden 1989, noe som er uvanlig i de fleste sammenhenger, og som bidrar til ytterligere å vanskeliggjøre situasjonen og livskvali-

teten for personer som tilbringer sin tid i sykehjem eller annen kommunal institusjon.

For å sørge for at fribeløpet øker i takt med prisutviklingen, vil forslagsstillerne foreslå at dette knyttes til grunnbeløpet og at fribeløpet settes til 25 pst. av G, som vil tilsvare 15 723 kroner, mot dagens beløp på 6 000 kroner.

Forslagsstillerne er klar over at økning i fribeløpet i vederlagsforskriften vil føre til en mindreinntekt for kommunene så lenge dagens system med kommunalt ansvar for eldreomsorgen består. Forslagsstillerne vil imidlertid understreke at fridelens størrelse ikke vil ha noen betydning for kommuneøkonomien i et system der staten har ansvaret for eldreomsorgen, og der pengene følger pasienten uansett hvilket tilbud denne velger. Forslagsstillerne vil derfor foreslå at den mindreinntekten som oppstår i kommunene på bakgrunn av økningen i fribeløpet i vederlagsforskriften, skal dekkes av staten så lenge kommunene har ansvaret for eldreomsorgen. Forslagsstillerne viser også til at Fremskrittspartiets foreslåtte økning av pensjonene vil medføre større inntekter for kommunene.

2.8 Fritt brukervalg kan også inkludere tilbud i andre land

Det vises til at ulike regjeringer har lagt vanskeligheter i veien for de kommuner som arbeider for å etablere sykehjem og omsorgsboliger for pleietrengende eldre i sydlige land. Dette finner forslagsstillerne sterkt beklagelig, da det er et åpenbart behov for å tilby eldreomsorgsplasser i sydlige land for de eldre som selv ønsker slike muligheter for kortere eller lengre perioder. Det er imidlertid stadig klarere at en situasjon hvor et betydelig antall kommuner og bydelsutvalg selv vurderer bygging og drift av eldreomsorgsinstitusjoner, vil være en meget kostbar og uheldig måte å organisere slike tilbud på. Det må være langt bedre at innenfor det nåværende håpløse system med kommunalt ansvar for å betale for eldreomsorgstjenester for pleietrengende eldre, bør det fremkomme et tilbud om plasser som kommunene så kan kjøpe/leie for kortere eller lengre tid for sine egne pleietrengende eldre som ønsker et slikt opphold i Syden.

Slike tilbud om omsorgsboliger, rehabiliteringsplasser eller sykehjemsplasser kan tilbys av private bedrifter, stiftelser, organisasjoner og andre eller drives av det offentlige. Særlig i tiden fremover hvor mange hevder at mangel på personale i institusjonsomsorgen i Norge vil kunne bli en flaskehals, vil det være kjærkomment med et betydelig antall plasser i varmere land. Slike institusjoner vil kunne ha noe norsk personale, men også lokalt personale til mange ulike arbeidsoppgaver. Etablering av slike institusjoner som en fast og varig virksomhet vil også kunne

rekruttere lokal arbeidskraft på alle fagområder, samt den nødvendige norskopplæring.

I det foreslåtte system vil det være inntaksnemnden fra brukerens bosettingsområde som betaler for oppholdet, men også i dag vil selvsagt kommunene kunne kjøpe plasser for sine egne brukere. Som kjøper vil kommunen styre hvilken type pleietjeneste som er nødvendig for sine egne pleietrengende eldre, og vil således være sikret det forsvarlige ansvar og kontroll med kvaliteten på tjenestene, samt stille de betingelser og krav de selv måtte ønske.

Pr. i dag foreligger det meget få plasser som er tilgjengelig for kjøp eller leie av norske kommuner, og det er liten grunn til å forvente noen særlig økning med det nåværende system for eldreomsorgsorganisering og finansiering. Importmulighetene for eldreomsorgstjenester for å dempe det eventuelle presset mot disse tjenester i Norge blir derfor ikke utnyttet, og det reduserer valgmulighetene for de pleietrengende eldre, og reduserer kapasiteten i tilbudet av eldreomsorgstjenester totalt sett.

Skal det bli forgang i importen av eldreomsorgstjenester ved kjøp av plasser i utlandet, må statens pengerikelighet for kjøp av tjenester benyttes. Staten må nå selv ta et skikkelig initiativ for at det kan tilbys plasser fra utlandet, ved å innføre en subsidieordning som gjør at plasser i utlandet raskt blir en økonomisk fordel for kommunene og for mulige private leverandører. Det er staten som har betydelige finansielle ressurser og mulighet for å bruke betydelige midler til etablering av eldreomsorgsinstitusjoner i syden. Når penger brukes til investeringer i utlandet, får det selvsagt ingen nevneverdig virkning på norsk innenriksøkonomi. Selv med norsk personale i stillinger med betydelig kontakt og pleie av beboerne, vil en vesentlig del av de ansatte være lokal arbeidskraft, slik at presset i arbeidsmarkedet blir meget betydelig redusert med tjenesteproduksjon i utlandet.

De vanlige motforestillinger mot en raskere utbygging av tjenestetilbudet til pleietrengende eldre, som brukes av Fremskrittspartiets motstandere, faller derved bort ved etablering av et tjenestetilbud for de som selv ønsker et slikt tilbud i utlandet.

Hvis ikke private tar initiativ etter innføring av en statlig finansieringsordning eller subsidiering, kan staten selv etablere et eget statlig aksjeselskap som skal stå for både bygging og drift av slike institusjoner. Et slikt aksjeselskap kan til å begynne med gis en aksjekapital på 500 mill. kroner. Selskapet kan gis navnet Den Norske Stats Omsorgsselskap A/S (STATOMSORG) etter modell av STATOIL. STATOMSORG kan utarbeide standardkontrakter for forholdet mellom kommuner som vil kjøpe/leie plasser for sine pleietrengende eldre, og alle de praktiske forhold i denne forbindelse. STATOMSORG forutsettes å tilby oppholdsplasser i forskjellige RUG-kategorier (Resource Utilization Groups) ba-

sert på ulike behov for pleie- og omsorgsbehov, slik at de tyngste beboere medfører en høyere refusjonspris enn beboere med mindre pleie- og omsorgsbehov. Det er liten grunn til å tro at alvorlig demente pasienter kan ha noen nytte av utenlandsopphold, men mange andre vil kunne ha nytte av og lyst på slike opphold av kortere eller lengre varighet, etter eget valg. Standardregler for pleiebehov må i alle fall utarbeides når det også i Norge blir mer normalt med kjøp og salg av sykehjems- og omsorgsplasser mellom norske kommuner eller bydelsutvalg.

For å sikre at seniorborgernes interesser blir skikkelig ivaretatt i et slikt selskap, kan en representant for disse være medlem av STATOMSORGs styre, som for øvrig bør bestå av folk med ulik fagbakgrunn innen tjenesteproduksjon, men med forretningsmessig erfaring og gode styreegenskaper. Tidligere ledere i både Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) og Landorganisasjonen i Norge (LO) ville f.eks. passe utmerket. Styret må kunne få til den nødvendige etablering av den nødvendige administrasjon og oppbygging av selskapets virksomhet.

I tillegg til en normal selskapsadministrasjon kan det også etableres et råd for selskapets administrasjon og styre utpekt av relevante omsorgsorganisasjoner, relevante faglige yrkesorganisasjoner, av brukerorganisasjoner og fra norske bosetninger i de områder hvor det vurderes etablert, og etter hvert blir etablert institusjoner. Dette fordi det vil være fordelaktig for driften og assistanse til beboerne, om nordmenn bosatt i området kan bistå med etableringen av et lokalt nettverk for beboere som har lengre opphold.

2.9 Teknologi og effektivisering

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 forslagsstillernes syn, organiseres gjennom et statlig innkjøpskontor. Dette vil kunne medføre store økonomiske gevinster, da kommunene ikke trenger å "finne opp kruttet" hver for seg.

Forslagsstillerne viser for eksempel til Solna Stad i Sverige, som i 2006 fikk Vitals stipend for mest innovative kommune. Solna Stad har benyttet seg av digitalpenn i hjemmetjenesten hvor tjenesteutøveren med en slik penn rapporterer digitalt alt arbeid som utføres, og tidspunkt for ankomst og avslutning av tjenestutførelsen, og har fått store effektiviseringsgevinster av dette fordi det da ikke brukes tid på kontoret i ettertid for rapporteringskriving.

På Computersweden.se kan en lese at Solna Stad sparer 1 mill. kroner i måneden på bruken av ny teknologi. Ansvarlige i kommunen uttaler at både kontrollen over hva som bestilles og hva som utføres,

samt en langt bedre ressursbruk, er årsaken til de enorme innsparingene.

Et slikt system fungerer også på den måten at både brukeren selv, og dens pårørende, til enhver tid har mulighet til å sjekke hva som er blitt gjort av hjemmehjelpen, og hvilken hjemmehjelp som har utført tjenestene. Registreringssystemet er slik at også tidsbruken blir registrert, noe som vil være svært hensiktsmessig sett i lys av å kunne motarbeide en stoppeklokkeomsorg. All informasjon vil være tilgjengelig for den enkelte bruker, og dens pårørende, i form av en mappe som til enhver tid ligger hjemme hos den enkelte bruker. Forslagsstillerne er svært positive til slike løsninger, som gjør registreringssystemer og arbeidsdagen for de ansatte i den hjemmebaserte omsorgen, svært mye enklere.

Av andre tiltak som spesielt kan nevnes, er bruken av multidosering av medikamenter i hjemmetjenestene. Dette er en meget god løsning, både sett ut fra pasientens behov for riktig medisinerings, men også ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. En slik løsning vil være forebyggende mot feilmedisinering, og derav skape trygghet for den enkelte og dens pårørende.

Når staten har ansvaret for betaling av tjenestene, vil selvsagt også staten som betaler kunne stille de krav den ønsker til alle leverandører av tjenester, og følgelig raskt over hele landet gjøre seg nytte av nye teknologiske fremskritt og fremskaffelsen av nytt utstyr og nye erfaringer.

2.10 Oppsummering og forslag

Forslagsstillerne er av den oppfatning at for å løse problemene innenfor pleie- og omsorgssektoren, må det skje en endring i finansieringsordningene, slik at staten får det finansielle ansvaret, og at pengene følger brukeren til leverandøren av den gitte tjenesten. Forslagsstillerne peker videre på nødvendigheten av å gjøre strukturendringer i finansieringsordningene, slik det er nevnt foran.

Følgende elementer er tatt inn i hovedforslaget:

- En plan for omlegging av norsk eldreomsorg, slik at staten får ansvaret for at pengene følger brukeren og dekker utgiftene til omsorgen.
- Utrekning av RUG-systemet med tanke på innføring.
- En entydig og klar definisjon på hva som skal til for at et tilbud kan regnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud.
- En melding for hvordan man skal oppnå et tilbud tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg for 25 pst. av befolkningen over 80 år fra 2012.
- Endre vederlag for opphold i institusjon, slik at fribeløpet settes til 25 pst. av grunnbeløpet i folketrygden, i dag tilsvarende 15 723 kroner.

3. RAMMETILTAK

Behovet for et nytt finansieringssystem, der pengene følger brukeren og staten har finansieringsansvaret, er etter forslagsstillerne syn høyst nødvendig. Uten en slik omlegging av finansieringen vil det, etter forslagsstillerne syn, være umulig å få på plass en varm, verdig og valgfri eldreomsorg. Dette synliggjøres svært tydelig gjennom den store økningen i ressursbruk på dette området de siste tiårene, uten at tilbudet har blitt tilfredsstillende. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig for å få på plass en varm, valgfri og verdig eldreomsorg. I dette kapittelet fremmer forslagsstillerne en rekke forslag som etter disses mening vil sørge for å bedre tryggheten, verdigheten og mulighetene for den enkelte eldre pleietrengende.

3.1 Eldreombud

I mange år har eldreomsorgen i Norge hatt for liten kapasitet og et tilbud til gamle, syke mennesker som ikke har vært tilstrekkelig til å dekke behovet. Det er stadig blitt færre sykehjemsplasser, sett på bakgrunn av det økende behovet. Flere nordmenn lever lenger, og flere lever lenger med fysiske og psykiske lidelser ettersom den medisinske utvikling gir mulighet til å holde stadig nye tilstander i sjakk over tid.

Vårt trygde-/pensjonssystem, gjennom særlig lov om folketrygd og lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser, er komplisert og omfattende, og gir liten mulighet for de fleste til å forstå hvilke komponenter pensjonen består av, og hvorfor samordning slår ut som den gjør.

Lov om helsetjenesten i kommunene og lov om sosiale tjenester regulerer kommunenes ansvar for eldreomsorgen og forutsetter at det skal gis pleie og omsorg i kommunene, og at det skal sørges for sykehjemsplasser eller annen boform for heldøgns omsorg og pleie, eller gis tjenester i hjemmet. Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.m. gir regler og retningslinjer for størrelsen på de økonomiske ytelser som kan kreves som vederlag for slikt opphold, og hvilke rettigheter brukerne har til bl.a. fribeløp.

I tillegg bidrar en rekke andre lover, forskrifter og rundskriv til at det kan være svært vanskelig for den enkelte eldre, som kan være svekket av aldersdemens, ha helseproblemer, dårlig hørsel og/eller syn og mangel på krefter, å sette seg inn i et omfattende og kompliserte regelverk.

I oktober 1991 vedtok Stortinget lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd, og alle kommuner og fylkeskommuner har i dag plikt til å opprette slike. Imidlertid er det meget som tyder på at eldrådene ikke virker slik intensjonen var, og at de har svært liten innflytelse på eldreomsorgen i landet. Eldrerådene får, slik forslagsstillerne ser det, ikke innsyn i og muligheter til å uttale seg om viktige saker

for eldreomsorgen i mange kommuner, og de er blitt til svært begrenset nytte for den gruppen de i utgangspunktet skulle styrke.

I 1997 vedtok Stortinget en handlingsplan for eldreomsorgen etter behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-1997) og Innst. S. nr. 294 (1996-1997). Handlingsplanen skulle gjennomføres over en fireårsperiode, og i skrivende stund ligger en evaluering av planen så langt til behandling i Stortinget, St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.

Forslagsstillerne anser at det resultat som hittil er oppnådd, etter at handlingsplanen ble satt i verk, er som en boreform å betrakte. En av de største manglene innenfor eldreomsorgen i Norge har vært det lave antallet sykehjemsplasser. Ventelistene har vært, og er, lange. Etter at handlingsplanen ble vedtatt, har de fleste kommuner planlagt en relativt stor utbygging av boformer for heldøgns pleie og omsorg, men i høy grad konsentrert seg om omsorgsboliger. Omsorgsboliger kan eies eller leies av den enkelte bruker, og brukeren må selv betale for de omsorgs- og andre tjenester som mottas. Dette gjør at denne typen boliger er betydelig rimeligere for kommunene enn sykehjemsplasser der kommunen har det fulle økonomiske og praktiske ansvar for tjenestetilbud og boform. Økningen av antallet personer som trenger plass i sykehjem har, i tiden etter at handlingsplanen ble satt i kraft, økt betydelig raskere enn utbyggingen av plasser slik at situasjonen i dag er mindre tilfredsstillende enn den var ved handlingsplanens start. Den gruppen pasienter som venter på sykehjemsplass, vil ikke være tjent med en plass i omsorgsbolig, og forslagsstillerne er bekymret for at det, ved handlingsplanens avslutning, vil være et overskudd av omsorgsboliger som ikke kan benyttes, mens køene til sykehjemsplasser øker.

I St.prp. nr. 62 (1999-2000) foreslo regjeringen at handlingsplanen for eldreomsorgen skal avvikles i 2007, men at de økonomiske midler skal legges inn i kommunenes inntektssystem fra 2002. Samtidig blir aktivitetskravene knyttet til de økonomiske tilskuddsordningene avviklet. Forslagsstillerne er bekymret for at dette vil føre til en ny nedprioritering av eldreomsorgen i mange kommuner, når de politiske prioriteringer leder midlene inn i andre sektorer, slik vi har sett tidligere. Ordningen med rammeoverføringer til kommunene har ikke ført til nødvendig utbygging av heldøgnsstilbud for eldre syke.

I et brev til Verdikommisjonen, datert den 25. januar 1999, tok kommisjonens medlem Arthur Arntzen opp denne problematikken, og anbefalte kommisjonen å arbeide med sak om å opprette eldreombud. Verdikommisjonen ga i sitt svar, den 4. februar 1999, uttrykk for at det var mange påtenkte tiltak i kommisjonens strategi som ville få betydning

for eldre, men tanken om eldreombud ble ikke fulgt opp.

Det er staten som gjennom lov om helsetjenesten i kommunene, har pålagt kommunene ansvaret for eldreomsorgen. Da må staten ha et selvstendig ansvar for at lovens intensjoner blir fulgt opp. Manglene som gjennom mange år har preget eldreomsorgen i Norge, har vist at staten ikke har vært seg sitt ansvar bevisst.

Med alt det kompliserte regelverk som ligger til grunn for, og regulerer, pensjonisters og syke eldres hverdag, må det være på sin plass å etablere et statlig eldreombud. Et slikt ombud skal påse at eldreomsorgen i de forskjellige kommuner oppfyller de krav som loven pålegger dem på dette området. Ombudet bør også kunne gi veiledning og informasjon om tjenester og ytelser som seniorinnbyggere har rettigheter til eller krav på i forskjellige situasjoner, og ombudet må ha til oppgave å fremme eldres interesser overfor både offentlige og private instanser og skal følge med i utviklingen av eldres levekår. Et eldreombud bør kunne virke av eget tiltak eller etter henvendelser fra andre, og selv avgjøre om slik henvendelse gir grunn til behandling og tiltak.

Eldreombudet må etableres basert på egen lovgivning etter drøftelser med pensjonistorganisasjonene og andre berørte parter. Eldreombudet må ha juridisk kompetanse.

Forslagsstillerne er kjent med Regjeringens ønske om å utvide dagens pasientombudsordning til også å omfatte de kommunale omsorgstjenestene, og herunder eldreomsorgen. Forslagsstillerne er svært skeptiske til en slik løsning, da det er stor fare for at pasientombudet har stort fokus på spesialisthelsetjenesten, mens svakere grupper som eldre pleietrengende ikke blir sett og hørt på en tilfredsstillende måte. Forslagsstillerne understreker at et eldreombud må være ute der målgruppen befinner seg. Ombudet må derfor drive oppsøkende virksomhet ved sykehjem, i hjemmetjenesten, og andre arenaer der det vil være hensiktsmessig å komme i kontakt med eldre mennesker.

3.2 Oppsøkende forebyggende hjemmetjeneste

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 borger, 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 hjemmebesøg til ældre" vedtatt i 1995. De danske kommuner plikter nå å tilby forebyggende hjemmebesøk til alle innbyggere som er fylt 75 år, minst to ganger pr. år.

Den svenske regjering er 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 pleieren et strukturert intervju, med spørsmål som vil finne truende helsevikt, potensielle risikomoment i hjemmet, eller risikomoment i den personlige adferd hos kunden.

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 tilbyr pleieren informasjon om tilbudet kommunen gir, legger igjen brosjyre i stor skrift om dette, og tilbyr materiell om brannsikringstiltak og om andre relevante tilbud lokalt, som frivillighets-sentral og diakonat.

Pleieren tilbyr måling av blodtrykk, og ber om lov til å registrere det en har snakket om i etatens arkiv.

Forslagsstillerne 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:

1) 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.

Nytten 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 blodtrykk.

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.

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.

Dette: 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 god samfunnsøkonomi dertil.

Tiltaket etablerer videre en kanal for forebyggende kunnskap til alle i målgruppen.

Et annet viktig element som kan nevnes i forhold til forebygging, er muligheten for å avdekke elementer som gjør det tryggere i forhold til brannfare. Sjekking av røykvarslere, gamle komfyrer og andre brannfarlige elementer, kan være svært hensiktsmessig i forbindelse med en slik oppsøkende virksomhet.

2) 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 kunde, 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 den pleieren som var der. En har også sett at enkelte har farlig liten kunnskap om kommunens tilbud (som hjemmesykepleie, matombringer, tekniske hjelpemiddel).

3) 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 udekket behov: At noen husker på meg, at jeg ikke er glemt.

4) 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.

Forslagsstillerne 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 kundegruppe.

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 forebyggen- de 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 de pleiere som går på forebyggen- de 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 pr. besøk. Forslagsstillerne viser også til at innsparing i sykehussektoren vil kompensere dette.

Det uformelle samarbeid på spredte kommunale initiativ som pr. i dag bærer tiltaket i vårt land, bør løftes og formaliseres så også norske eldre kan få gle-

de av det forskningsarbeid som drives i Danmark og Sverige.

Forslagsstillerne fremmer i forslag til Odelstinget å ta oppsøkende, forebyggende hjemmesykepleie inn i lov om helsetjenesten i kommunene, § 1-3 pkt. 4, med krav om et årlig tilbud til alle over 75 år om et forebyggende hjemmebesøk.

Helsetilsynet bør få hjemmel til å utarbeide og ajourholde en kortfattet veileder for kommunene, i samarbeid med de fagfolk som driver slikt forebyggen- de arbeid i inn- og utland, og i samsvar med de til enhver tid aktuelle forskningsresultater på området.

Forslagsstillerne 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 lengre hjemme i eget hjem.

Forslagsstillerne viser til Dokument nr. 8:29 (2000-2001), og avventer erfaringene med forsøksordningene som ble opprettet som følge av dette forslaget.

3.3 Omsorgslønn

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 følgen- de:

"Hovedformålet med omsorgslønnsordninga er å bidra til best mogeleg omsorg for dei som treng hjelp i dagelivet 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. Kommunen 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 timelønnen 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 3 pensjonspoeng i folketrygden. 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. 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 pst. En slik ordning ville, slik forslagsstillerne 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. Forslagsstillerens primære standpunkt er imidlertid statlig overtakelse av ansvaret for sosiale ytel-

ser, og en betaling av utgifter der pengene følger den enkelte bruker.

Forslagsstillerne finner dagens ordning utilfredsstillende, 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. Forslagsstillerne 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, samt forslag om å overføre finansieringsansvaret til staten.

3.4 Trygghetsalarm

Da St.meld. nr. 50 (1996-1997) om handlingsplan for eldreomsorgen ble behandlet, ble det fremmet forslag til en 4-årig handlingsplan for utbygging av en helhetlig pleie- og omsorgskjede som ivaretar brukernes behov. I Innst. S. nr. 294 (1996-1997) ble det lagt opp til sterkere statlig styring med vekt på finansielle og juridiske virkemidler. Som overordnede mål nevnes bl.a. at det skal gis likeverdige tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og ressurser.

Det skal legges opp til et variert hjelpetilbud for folk som trenger pleie og omsorgstjenester. Den enkeltes behov og ønske skal ligge til grunn for den hjelpen som skal settes inn. Mange ønsker å bo i egen bolig. Dette medfører at hjemmetjenesten må bygges ut, slik at det blir mulig for den enkelte å bo i egen bolig lengst mulig. Også eldre mennesker må gis mulighet og anledning til i større grad å ta ansvar for eget liv.

Forslagsstillerne mener at det er viktig å legge forholdene til rette slik at eldre som ønsker å bo hjemme, får muligheten til dette så lenge som mulig.

Departementet fremholder at det er til dels store forskjeller mellom kommunene, både i hvor store ressurser de anvender på eldreomsorgen, og i utbyggingen av de ulike delene av eldreomsorgen. Det som i størst grad bidrar til å forklare ulikhetene, er kommunenes inntekter, utgifter og prioriteringer.

Det ses med bekymring på de store forskjeller som er mellom kommunene når det gjelder tilbud og hjelp til folk med pleie- og omsorgsbehov, og at det er store forskjeller på egenbetalingen fra kommune til kommune.

Det legges til grunn at det må bygges opp et variert omsorgstilbud for hjemmeboende eldre med ulike tjenester som bl.a. trygghetsalarmer. Eldre bør ha mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig. For pleietrengende eldre er det nødvendig med et variert omsorgstilbud.

Mange kommuner velger å bygge omsorgsboliger for å ivareta eldreomsorgen. Omsorgsbolig blir betraktet som den pleietrengendes hjem. Folketrygden refunderer medisnutgifter, utgifter til hjelpemidler og de får bostøtte. Kommunene skal være forpliktet til å sette inn hjemmetjenesten ut fra den enkeltes behov.

Det er et viktig prinsipp at den dagen folk har behov for bistand, skal de ha trygghet for at de får den hjelp de trenger. Tilbudet må i størst mulig grad tilpasses den enkeltes ønsker og behov.

Trygghetsalarmer er et meget viktig hjelpemiddel for at spesielt hjemmeboende eldre skal føle seg trygge. Ikke alle eldre som burde hatt dette hjelpemiddelet har fått det installert. Hjelpemiddelsentralene kan være en velegnet distribusjonskanal for dette hjelpemiddelet.

Etter dagens system dekker folketrygden alarm for dem som fyller betingelsene til støtte til tekniske hjelpemidler, mens kommunen må dekke for de andre, altså eldre uten fysisk funksjonshemming. Dette mener forslagsstillerne fører til stor sosial urettferdighet da det rammer de som er økonomisk svakest i samfunnet. Resultatet blir at mange eldre, syke og funksjonshemmede ikke har anledning til å skaffe seg den tryggheten et slikt hjelpemiddel gir. Dette kan skape utrygghet, mistriivsel og kan også føre til psykiske problemer. Trygghetsalarmer må godkjennes som hjelpemiddel på lik linje med f.eks. krykker, rullestoler o.l., og administreres enten gjennom hjelpemiddelsentralen eller hjemmesykepleien. Skal denne tjenesten bli gratis, må dagens lovverk endres.

Som eksempel på hvordan dagens lovverk fører til ulike tilbud innen de enkelte kommuner, vises det til at man i flere kommuner har innført en tilknytningsavgift for trygghetsalarmer, samt en forholdsvis høy månedsleie. Det vil si at en som er avhengig av trygghetsalarm i noen kommuner må betale flere tusen kroner pr. år for denne tjenesten. I andre kommuner er denne tjenesten gratis for de som har en inntekt under 2 G.

En viktig utfordring og oppgave for eldreomsorgen er å sikre brukerne mest mulig likeverdige tilbud på landsbasis. Ansvar for tildeling av trygghetsalarmer bør overføres til hjelpemiddelsentralene der kostnadene dekkes av folketrygden.

3.5 Frivillig sektor

Forslagsstillerne anser frivillig sektor for å være et meget betydningsfullt bidrag til eldreomsorgen, og ønsker å legge forholdene til rette for at alle frivillige som ønsker å delta med sin innsats i eldreomsorgen, kan få mulighet til å gjøre det.

Forslagsstillerne viser til at det er en rekke friske ressurssterke eldre som kunne fått en godtgjørelse for å bidra til å gjøre hverdagen til andre eldre bedre. Elementer som matombringning, besøk ved institusjo-

ner og hjelp til enkle gjøremål, vil være av stor betydning for kvaliteten i eldreomsorgen. Undersøkelser har vist at så mange som 50 pst. av beboerne på institusjoner kan lide av underernæring. Forslagsstillerne viser til at det å kunne bidra til at eldre pleietrengende får nødvendig ernæring, er enkelt å utføre, samtidig som det er av svært stor betydning for den enkeltes helsetilstand.

Forslagsstillerne viser videre til behovet for langt større arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren, og mener derfor at supplementet man oppnår ved å stimulere frivillig sektor, er svært viktig.

Videre bør det ses på muligheten for at skoleklasser kan være med på å bidra innenfor denne sektoren. Dette kan gjøres ved at man legger en aktivitetsdag ut til sykehjem, hjemmeboende eldre, eldresentre og lignende. Dette vil bidra til en større forståelse mellom barn og unge, og eldre.

Forslagsstillerne tar inn over seg at mobiliteten blant befolkningen, og dermed også de som utfører frivillig arbeid, er større i dag enn hva den var for bare 10-15 år siden. Dette betyr at forholdene må legges til rette for den frivillige sektor på en slik måte at det lar seg gjøre å utføre frivillig arbeid i kortere eller lengre perioder på forskjellige steder.

3.6 Eldresentre

Forslagsstillerne viser til en enstemmig komitémerknad 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."

Videre vises det 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 stimuleringsstilsudd for utvikling av eldresentre etter modell fra stimuleringsstilsudd for utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Stimuleringsstilsuddet for utvikling av eldresentre bør vare hele perioden for omsorgsplanen 2015 og

gå til å etablere nye eldresentre, og der det allerede eksisterer, gå til utvikling og utvidelse av tilbudet."

Forslagsstillerne vil fremheve hvordan eldresentrene er et viktig bidrag for eldre som ønsker å benytte seg av disse. Forslagsstillerne er av den oppfatning at eldresentre bidrar til økt trivsel og livsglede for de som nyttegjør seg av sentrene. Det er imidlertid viktig å understreke at ikke alle eldre har behov for å slike tilbud, og det presiseres i den sammenheng at eldre selv må velge hvilke tilbud de skal nyttegjøre seg av.

Forslagsstillerne ønsker derfor å fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en ordning med stimulerings tiltak eller øremerkede driftstilskudd til eldresentre i Norge."

3.7 Vandelsattest

Forslagsstillerne viser til Ot.prp. nr. 86 (2005-2006), Innst. O. nr. 16 (2006-2007), samt Besl. O. nr. 34 (2006-2007), hvor Stortinget vedtok at det skal stilles krav om fremvisning av vandelsattest for personer som skal jobbe i yrker som omhandler barn og personer med psykisk utviklingshemmede.

Eldre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester, bør ha den samme beskyttelsen som barn og funksjonshemmede. Det er dessverre ikke til å komme bort ifra, at det skjer til dels alvorlige overgrep innenfor denne sektoren. Personer som mottar hjemmesykepleie eller hjemmehjelpstjenester fra kommunen eller andre tjenesteytere, har ingen kontroll over hvem som kommer inn døren i deres hjem. Det er store utskiftninger og omfattende bruk av vikarer på dette området. Det er også grunn til å nevne at disse ofte har nøkler til de enkeltes boliger for selv å kunne låse seg inn, da hjelpemottaker ofte ikke er mobil nok til å kunne låse opp.

Videre mener forslagsstillerne det også er grunn til å nevne de mange demente i sykehjem, og dessverre de altfor mange hjemmeboende demente som også er en svært utsatt gruppe. Denne gruppen må derfor ha samme krav på beskyttelse mot eventuelle overgrep, så vel fysiske, psykiske som økonomiske.

3.8 Fysioterapi

Et godt tilbud innenfor fysioterapi er svært viktig sett i sammenheng med en kvalitetsmessig sterk eldreomsorg. I denne forbindelse vil forslagsstillerne peke på de store mangler som i dag finnes innenfor rammeverket 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 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 forslagsstillerne klart behovet for en enhetlig betalingsordning.

3.9 Oppsummering og forslag

Forslagsstillerne viser til tiltak som er nevnt i dette kapittelet, og mener bestemt at dette vil være gode tiltak for å sikre en varm, verdig og valgfri eldreomsorg.

Følgende elementer er tatt inn i hovedforslaget:

- Etablering av et system med statlig eldreombud.
- Implementere oppsøkende og forebyggende hjemmesykepleie i lov om helsetjenesten i kommunene i tråd med innholdet i forslaget.
- Utarbeidelse av bindende normerte satser for omsorgslønn i kommunene, samt gjøre omsorgslønn til et statlig finansieringsansvar.
- Nødvendige lovendringsforslag slik at trygghetsalarmer dekkes av folketrygden og tildeles gjennom hjelpemiddelsentralen.
- Gjennomgang av regelverket for refusjonsordningene for fysioterapeuter, med den hensikt å lage et enhetlig regelverk.

4. NÆRMERE OM SYKEHJEM

Gode, trygge sykehjem er en forutsetning for at eldreomsorgen skal kunne kalles varm og verdig. Slik det er beskrevet tidligere, er ikke dette tilfellet for alle kommunene, og alle sykehjemmene. I tillegg kommer det sterkt økende behovet for nye sykehjemsplasser. Det er viktig å presisere at sykehjemmene ikke skal være et oppbevaringssted for eldre og syke, men et hjem hvor beboerne behandles med verdighet og der de kan leve sitt liv videre i størst mulig grad som før. De må selv kunne bestemme når de skal stå opp, spise og legge seg. Eldre mennesker som er hjelpetrengende, skal få verdigheten tilbake og man må få en slutt på den umyndiggjøringen som mange eldre opplever. Derfor må innholdet i sykehjemshverdagen settes i fokus. Beboerne og de pårørende må få innflytelse på hvordan hverdagen skal være.

Man kan altså dele opp problemstillingen knyttet til sykehjem i to hovedområder:

- Hvordan sikre et trygt og godt tilbud ved alle landets sykehjem?
- Hvordan sikre tilstrekkelig ny kapasitet av sykehjemsplasser?

4.1 Bemanningsnormer ved sykehjem

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 pleiere 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.

Ressurssenteret for omstilling i kommunene har foretatt en kartlegging i 30-40 kommuner, og funnet at årsverk med brukerrettet innsats pr. heldøgns plass ved sykehjem varierer fra noe over 0,5 pleieårsverk pr. 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 mange pleiere 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 pr. 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, sykemeldinger 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 pst. 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 pleiere, 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.

Sosial- og helsedirektoratet hadde frem til 1. januar 1980 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 sykehjemsbe-

boere. En slik godkjenningsfunksjon vil også kunne gi direktoratet en bedre oversikt over sykehjemstjenestene, og styrke deres veilederkompetanse og -funksjon i forhold til andre spørsmål som kompetanseutvikling, rekruttering, organisering mv.

Bemanningsnormene bør omfatte både antall sykepleiere, leger, samt annet pleiepersonell som hjelpepleiere, aktiviteter og assistenter. 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 forslagsstillernes syn økes kraftig, særlig sett i lys av at dette er en av de viktigste faktorene for å skape trygghet blant brukere og pårørende.

4.2 Nye sykehjemsplasser

Forslagsstillerne viser til den demografiske utviklingen som er referert tidligere i representantforslaget, og behovet for nye sykehjemsplasser som en følge av dette. Forslagsstillerne vil vise til at det varslede investeringstilskuddet for bygging av sykehjemsplasser fra 1. januar 2008, må få tilbakevirkende kraft slik at man allerede for inneværende år kan starte byggingen av nye svært tiltrengte sykehjemsplasser. Det er videre viktig at et slikt investeringstilskudd blir av en slik karakter at man vil få en storstilt utbygging av sykehjem, som tar høyde for den demografiske utviklingen vi står overfor. Det vises i denne sammenheng til brev av 12. februar 2007, fra helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad, der det blir opplyst om at det i 2007 vil mangle 14 000 sykehjemsplasser for å tilfredsstille kravet om 25 pst. dekningsgrad sett i lys av antallet eldre over 80 år.

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 svarteperspillet som det nå er. Det er kun én måte å bli kvitt problemet med "svingedørspasienter" på, og det er at staten forestår kostnadene enten en pasient er på sykehus, sykehjem, rehabilitering, mottar fysioterapi, hjemmehjelp eller hjemmesykepleie eller i omsorg+, altså hele kjeden av tilbud. Først da vil pasienten motta den tjeneste som er best for pasienten og det vil også ofte være den som er rimeligst for det offentlige. I denne forbindelse viser forslagsstillerne også 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.

4.3 Bruk av midlertidige sykehjemsplasser

I det nåværende systemet opplever mange kommuner at behovet for sykehjemsplasser av ulik type varierer fra år til år, som en følge av naturlig bortfall og nye behov i befolkningsendringer. Det er ikke sikkert det alltid vil være det mest hensiktsmessige å bygge nye sykehjem, dersom behovet ikke er til stede om to, fem eller ti år frem i tid.

Forslagsstillerne ser med interesse på muligheten for kommuner til å benytte seg av bomoduler som blir tilkoblet til allerede eksisterende bygningsmasse. Slike moduler som nå tilbys, er raske å få på plass, kan leies i en gitt tidsperiode, og helsepersonell kan leies inn for den samme perioden om det er ønskelig. Forslagsstillerne peker også på den store fleksibiliteten modulene kan medføre, i forhold til ulik type bruk. For å synliggjøre denne problemstillingen kan man se for seg små kommuner, med ett eller to sykehjem, hvor behovet for ulike typer plasser (langtidsavdelinger, demensavdelinger, osv.) er svært varierende over en tidsperiode på relativt få år. I stedet for at disse kommunene bygger opp en overkapasitet over tid, kan det være hensiktsmessig å benytte seg av leiekontrakter på spesialtilpassede moduler. Forslagsstillerne peker på at også store kommuner kan være tjent med å benytte seg av slike tiltak i perioder.

Bruk av moduler vil i gitte situasjoner, etter forslagsstillerne syn, være svært hensiktsmessig for kommuner å benytte seg av. Det understrekes at moduler ikke må forveksles med noen som helst form for brakker, men snarere som et fleksibelt tilbygg til allerede eksisterende bygningsmasse.

4.4 Omsorg ved livets slutt

En av de sentrale utfordringene innenfor eldreomsorgen er hvordan man kan gi en verdig behandling knyttet til livets slutt. Palliativbehandling 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. Forslagsstillerne 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 syn.

Det er en kjent problematikk at pasienter skrives ut langt tidligere fra sykehus enn hva som var tilfellet for bare noen år tilbake. Dette fører til at en rekke eldre blir svingdørspasienter mellom pleie- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten. I denne forbindelse viser forslagsstillerne til St. Olav hospitals bruk av intermediær avdeling ved Sunbø 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."

Forslagsstillerne finner dette svært interessant, og viser til at den samfunnsøkonomiske gevinsten vil være svært betydelig, dersom studien som er gjengitt i fagbladet, er riktig. Det vil derfor etter forslagsstillerne syn være på sin plass å utvide bruken med intermediære avdelinger i hele landet.

4.5 Oppsummering og forslag

En av de største utfordringene innenfor dagens pleie- og omsorgstilbud, er behovet for økt kapasitet og kvalitet ved sykehjemmene. Forslagsstillerne har tidligere vist til behovet for endrede finansieringsordninger og øvrige rammetiltak knyttet til eldre og deres rettigheter. Videre er det etter forslagsstillerne syn behov for å gjøre spesifikke grep knyttet til kapasitet og kvalitet ved sykehjemmene.

Følgende elementer tas inn i hovedforslaget:

- Bemanningsnormer for leger og sykepleiere ved sykehjem.
- Utrede muligheter for bruk av sykehjemsmoduler.
- Forsøk i enkelte kommuner med bruk av registreringssystem, jf. bruk av "Digitalpenn" i Solna Stad i Sverige.

5. FORSLAG

På denne bakgrunn fremmes følgende

for s l a g :

I

Stortinget ber Regjeringen legge frem en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner, der følgende elementer er inkludert:

- Finansieringsansvaret tillegges staten.
- Innføring av fritt brukervalg for alle pleie- og omsorgstjenester, slik at pengene følger brukeren.
- RAI/RUG-systemet implementeres for betaling for institusjonsomsorgen.
- Foreslå en klar definisjon av hvilke tilbud som skal betegnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

- En fremdriftsplan for hvordan man skal oppnå 25 pst. dekningsgrad, i heldøgns pleie- og omsorgsplasser, av antall eldre over 80 år, innen 2012.
 - Endre fribeløpet i vederlagsforskriften til 25 pst. av G pr. i dag - 15 723 kroner.
 - Etablering av et system med statlig eldreombud.
 - Implementere oppsøkende- og forebyggende hjemmesykepleie i lov om helsetjenesten i kommunen, i tråd med innholdet i forslaget.
 - Innføre bindende normerte satser og kriterier for omsorgslønn.
 - Overføre finansieringsansvaret for trygghetsalårmer til folketrygden.
 - Foreta en gjennomgang av refusjonsordningene for fysioterapi, med den hensikt å lage et enhetlig regelverk for hele landet.
 - Innføre statlige bemanningsnormer for sykehjem, både hva gjelder leger og sykepleiere.
 - Incentiver for å heve statusen og tilgangen på økt arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren, i tråd med forslaget.
 - Incentiver for å øke bruken av frivillig sektor.
- Krav om vandelsattest for de som jobber i pleie- og omsorgssektoren.
 - En satsning på intermediære avdelinger.
 - En økning i antall medisinske sengeposter ved norske sykehus.
 - Utrede muligheter for bruk av sykehjemsmoduler.
 - Forsøk i enkelte kommuner med bruk av registreringssystem, jf. bruk av "Digitalpenn" i Solna Stad i Sverige.

II

Stortinget ber Regjeringen om å tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved landets sykehjem, slik at pleietrengende sykehjemsbeboere sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted.

III

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

10. mai 2007

Vedlegg

Notat fra Stortingets utredningsseksjon, datert 25. april 2007

OPPDRAK:

Hvordan er eldreomsorgen finansiert og hvem har ansvar for den i Danmark, Sverige, Frankrike, England og Tyskland? Hvordan er antall sykehjemsplasser og hvordan er dekningsgraden av fagfolk ved sykehjemmene?

Hvilke private tilbydere er det for hjemme-hjelpstjenester i Norden?

SAMMENDRAG: Av de omtalte landene er eldreomsorgen skattefinansiert, bortsett fra i Tyskland hvor eldreomsorgen er finansiert gjennom forsikringsordninger. Det er stort sett det lokale nivået som har ansvar for tjenesten, men også her skiller Tyskland seg ut i og med at forsikringen også har ansvar for kjøp av slike tjenester. Utviklingstrekk tyder på at det er sterkt fokus på å erstatte institusjonsomsorg med hjemmetjenester, den enkeltes valgfrihet både med hensyn til utfører og innhold i tjenesten samt kvalitet i tilbudet som ytes. Komparative sammenligninger i eldreomsorgen - og særlig insitussjonsomsorgen - er vanskelig i og med at grensen mellom sykehjem og sykehus er flytende.

1. INNLEDNING

Organisering og ansvarsdeling i eldreomsorgen i de nevnte land har tradisjonelt vært knyttet opp til de systemer som velferdspolitikken har vært bygd opp omkring. I dette notatet vil vi forsøke å vise denne sammenhengen samtidig som utviklingstrekk innenfor eldreomsorgen tyder på at de ulike velferdsregimer nærmer seg hverandre. Vi omtaler først finansiering og ansvarsdeling i hvert av de fem landene. Sykehjem, slik vi kjenner det i norsk tradisjon, er organisert på annen måte og har definerte oppgaver i forhold til andre deler av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hvor disse grensene går i andre land er forskjellig. Vi har ikke gått inn i hele dette problemkomplekset da det ligger utenfor oppdragets problemstilling.

Eldreomsorg er ofte knyttet sammen med tjenester til funksjonshemmede. Dette omtales som regel som langtidsomsorg og omfatter både helsetjenester og tjenester som er nødvendige for dagliglivets gjøremål. I litteraturen omtales derfor slike tjenester som helse- og omsorgstjenester, eller "Long term care". I dette notatet benytter vi begrepet omsorgstjenester.

En av de store utfordringene når eldreomsorg i ulike land skal presenteres, er å ta tilstrekkelig hensyn både til tradisjon og historie og se de sammen-

henger og rammer som tjenesten lever under og med. Eldreomsorgen lever ikke i et vakuum, men er avhengig av andre tjenester. I Norge er eldreomsorgen en del av kommunehelsetjenesten, mens det i andre land gjøres et langt tydeligere skille mellom sosiale tjenester til eldre og helsetjenester. Innenfor de tidsrammer vi har hatt tilgjengelig, har vi ikke kunnet gå inn på alle perspektiver som berører eldreomsorgen.

2. DANMARK

I Danmark er eldreomsorgen finansiert av lokale skatteinntekter og rammetilskudd fra staten.

Når en person har behov for lang tids pleie/omsorg betaler personen leie for sykehjemsplassen - varer og tjenester som vedkommende har behov for kreves det betaling for i forhold til det vedkommende tar ut. Det er således ingen prinsipiell forskjell på om personer bor i egen bolig eller et sykehjem. Dette har også ført til at det siden 1987 ikke er bygd noe tradisjonelt sykehjem, men i stedet er det bygd boliger til eldre med servicesentre i nærheten av disse. Det er ikke anledning til å inkludere personalkostnader i brukeres betaling av tjenester, bortsett fra lønnskostnader som er knyttet til matombrining.

Ansatte i omsorgstjenestene skal legge til rette for at eldre skal klare seg selv. Tilbudet som ytes skal derfor planlegges i nært samarbeid med mottaker av tjenesten. Det skal derfor være utarbeidet individuelle planer i forhold til de politisk vedtatte nivåer av tjenesten i det aktuelle område. I 2002 ble det gjennomført en justering for å gi mottaker av ytelsen større innflytelse på innholdet i tjenesten. Det ble da innført en ordning hvor det er mottaker av tjenesten som kan bestemme innholdet av tjenesten innenfor de rammene som vedkommende har fått vedtak om. På den annen side må lokale myndigheter forsikre seg om at tjenesten vedkommende har behov for, blir ivare tatt på en forsvarlig måte.

I lys av den måte eldreomsorgen i Danmark er organisert på, vil det ikke være mulig å måle antall plasser over 80 år, antall ansatte pr. sykehjemsseng, fordi eldreomsorgen er knyttet opp til tjenester i den enkeltes bolig. Løsningen som er valgt i Danmark kan ligne på organiseringen omkring omsorgsboligene i Norge.

3. SVERIGE

Omsorgstjenester er ikke en spesiell enhet i det svenske velferdsapparatet og er således heller ikke

nærmere definert, men tjenester til personer som har behov for omsorgstjenester er delt mellom samfunnets tre nivåer. På nasjonalt nivå fastsettes politiske mål gjennom lovgiving og økonomiske rammer. Regionene har ansvar for helsetjenester, mens det lokale nivået har ansvar for sosiale tjenester og boligbehov for eldre. Det svenske regionale og lokale nivået har stor autonomi sammenlignet med lokale nivåer internasjonalt. Dette betyr at de har stor frihet i utformingen og organiseringen av sine tjenester, hvilket fører til at det er stor variasjon med hensyn til organisering av omsorgstjenestene rundt om i landet.

Nasjonalt er det fastsatt at målet med tjenestene er at eldre skal kunne leve et selvstendig liv og at de skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Dette har ført til at boligutformingen i Sverige skal ta hensyn til disse målene.

Spesielle boliger var i tidligere lovgiving omtalt som serviceboliger, aldershjem, gruppeboliger og sykehjem. I dag skal det svært mye til for at enkeltpersoner skal kunne bo i slike boliger enten midlertidig eller permanent. For å få plass i slike spesielle boliger må de ha et omfattende behov. I 2004 var det 7 % av alle over 65 år som bodde i en slik spesiell bolig. Blant de over 80 år var det 17 % som bodde i slike boliger. Personer med omfattende funksjonshemming og store bevegelsesvansker som ikke kan bo i egen bolig kan få tilbud om en spesialtilpasset bolig hvor det kan tilkalles hjelp 24 timer i døgnet. Normalt er det de lokale myndighetene som er ansvarlige for disse boligene både med hensyn til bygging og tjenestutforming.

Det er også opp til lokale myndigheter å fastsette hvilke tjenester som befolkningen skal betale for og hvor stor denne betalingen skal være. I 2002 ble det imidlertid vedtatt en lov som regulerer maksimale satser for betaling og hvor mye midler en person skal ha til fri disposisjon etter at husleie er betalt. På bakgrunn av disse rammene fastsettes betalingsordningene for tjenester av den enkelte kommune. Personer som bor i bolig med spesielle tjenester betaler for oppholdet, men ikke for den enkelte tjeneste som ytes.

Siden begynnelsen på 1990-tallet er det sattdig flere kommuner som har konkurranseutsatt hele eller deler av eldreomsorgen. I desember 2006 var det 27 kommuner som hadde innført "kundevalg" og like mange hadde planer om å innføre det. "Kundevalg" er at en person som har fått vedtak i kommunen om tjenester, fritt kan velge hvem som skal utføre tjenesten. Valgmulighetene begrenses til de leverandørene som er forhåndsgodkjent av kommunen. Betalingen som leverandørene mottar er like for alle bortsett fra eventuelle tilleggstjenester som brukeren selv bestiller. I og med at prisen for tjenestene er like er det kvaliteten på tjenesten som den enkelte utfører som blir den konkurransedrivende faktor. Det er ikke alle som

selv kan vurdere og velge mellom ulike utførere. Derfor har kommunen et ansvar for at brukere som ikke selv kan velge får nødvendig veiledning og støtte i valget som de må ta.

3.1 Noen tall

I 2006 var det drøyt 140 300 eldre som bodde i ordinære boliger som var innvilget hjemmetjenester. Dette er en økning på 16 % sammenlignet med 2000.

3 % av alle mellom 65 og 79 år hadde hjemmetjenester, av personer over 80 år var det 21 % som hadde hjemmetjenester.

Om lag 98 600 personer bodde i særskilte boliger, det er en nedgang på 17 % siden 2000. Fra 2000 til 2006 var nedgangen blant personer i disse særskilte boligene i alderen 65-79 år på 7 800, og nedgangen blant personer over 80 år var på 11 900.

4. FRANKRIKE

Sosiale tjenester er i Frankrike administrert av et mellomnivå mellom regionalt og lokalt nivå. De sosiale tjenester omfatter blant annet omsorgstjenester ved siden av tjenester overfor familier. I 2002 ble det innført en kontantytelse, "allocation personnalisée d'autonomie", forkortet til APA. Det er personer over 60 år og som har behov for omsorgsytelser enten de bor i egen bolig eller i institusjon som har rett på ytelsen. Hvor mye den enkelte mottar er avhengig av omsorgsbehovet og den enkeltes øvrige inntekt. Midlene skal brukes til finansiering av personlig omsorg.

Når en person søker om omsorgstjenester gjøres det en kartlegging etter et nasjonalt målesystem som plasserer den enkelte på ett av seks nivåer, noe de forkorter til AGGIR-skala. APA ytes til personer som plasseres i AGGIR-nivåene 1-4. Personer i AGGIR-nivå 5 og 6 har ikke rett på APA-ytelsen. For hvert AGGIR-nivå er det et APA-beløp som ytes til personen, om vedkommende bor i egen bolig er det lavere enn om vedkommende bor i institusjon. Hvor høy andel av APA-beløpet vedkommende faktisk mottar er så avhengig av vedkommendes øvrige inntekter.

I juni 2003 var det 1 390 000 personer som krevde ytelsen og 723 000 som ble innvilget den, det tilsvarer 158 pr. 1 000 over 75 år eller mer. 54 % av mottakerne som mottok denne ytelsen bor i eget hjem. I 2005 var det 7,2 % av befolkningen over 60 år som mottok APA og 18,4 % av befolkningen var over 75 år.

Personer som bor hjemme kan bestille omsorgstjenester enten fra organisasjoner som yter tjenester som er spesielt tilpasset dem, eller de kan benytte tjenester fra det offentlige, eller de kan selv ansette sine egne omsorgsytere. APA-ytelsen skal finansiere slike løsninger. APA kan ikke benyttes for å lønne ektefelle eller samboer.

Utgiften til APA var i 2005 på 3,8 mill. euro. 2/3 av kostnaden betales av omtalte mellomnivå, det resterende finansieres av staten ved hjelp av ulike skatter som er øremerket til dette formålet. Utover disse skattene betaler personer som mottar APA en tilleggsskatt om de har økonomiske ressurser tilgjengelig.

4.1 Institusjoner for eldre

Det er flere ulike typer institusjoner for eldre, noen av disse er boligtilbud uten at helsetjenester spesielt er knyttet opp til dem. De institusjonene som best kan sammenlignes med alders- og sykehjem er finansiert av helseforsikringene. I aldersboligene er det to nivåer på omfanget av helsetjenester. Helseforsikringen dekker utgifter til nødvendige helsetjenester opp til en øvre grense for hver av de to ulike nivåene. Helseforsikringen dekket i 2004 3 euro pr. dag for generelle helsetjenester for de med minst behov, og 23 euro for de med størst behov. I 2004 var det 416 000 slike senger i Frankrike, drøyt 153 000 av dem er for personer med størst behov.

I tillegg til dette er det sykehjem. Disse er enten selvstendige sykehjem eller organisert sammen med sykehus. Helseforsikringen dekket i 2004 opp til 41 euro pr. dag for helsetjenester. Det var 83 000 slike senger i Frankrike.

I denne type institusjoner er det ingen medfinansiering fra beboere for helsetjenester, men de må betale for oppholdskostnader, enten selv eller deres familier. I 2004 var prisen 40-45 euro pr. dag. Personer som ikke har råd til slik betaling får dekket dette gjennom sosialordninger fra det omtalte mellomnivået.

90 % av eldre over 85 år bor i egen bolig.

Det er etablert et nasjonalt råd som fører tilsyn innenfor eldreomsorgen og som påser at de ulike aktørene holder seg innenfor de nasjonale standarder som er vedtatt.

5. TYSKLAND

Eldreomsorgen i Tyskland er siden 1995 finansiert gjennom forsikringsordninger. 1,7 % av brutto lønn betales til dette formålet, dette deles likt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Personer med høy inntekt er fritatt fra å være medlem i en slik sosialforsikring, men de er pålagt å være medlem i andre private forsikringsordninger med minst like god dekning.

Forsikringen som skal dekke eldreomsorgen, "Long-term care insurance", er skilt fra helseforsikringen, men i hovedsak er det de samme selskapene som tilbyr begge forsikringene.

5.1 Hjemmetjenester

Hjemmetjenester utføres i hovedsak av non profit-organisasjoner, men etter innføringen av omtalte forsikring i 1995 har antall tilbydere økt kraftig og kommersielle selskaper har kommet inn i dette markedet. Når en person søker om hjemmetjenester plasseres vedkommende i en av tre ulike nivåer avhengig av hvilket omsorgstilbud vedkommende har behov for. Helsetjenester er ikke inkludert i dette, men oppgaver knyttet til dagliglivets gjøremål.

Den som innvilges hjemmetjenester kan velge om vedkommende selv skal motta beløpet som tilsvarende omsorgsnivået eller om dette skal gå direkte til omsorgsytter som selv betaler omsorgsgiver, eller utbetaler det til familiemedlemmer for den omsorgen de utøver. Det er også mulig og kombinere disse to formlene.

5.2 Institusjoner

Finansieringsprisnippet er det samme for personer som oppholder seg i institusjoner. Også der er det definert ulike nivåer avhengig av omsorgsbehov. Den enkelte må imidlertid dekke minst 25 % av kostnadene selv. I tillegg til dette må beboeren selv betale for mat og bokostnader. Det er de regionale myndigheter som har ansvar for investeringskostnader knyttet til sykehjemmene. Om den regionale myndigheten ikke har økonomi til kapitalkostnadene for institusjonen blir beboere faktuert spesielt for slike kostnader. Personer som ikke har økonomi til å betale kostnadene ved sykehjem kan få økonomisk bistand til å dekke disse.

Forsikringselskapene har ikke bare ansvar for finansiering, men også å skaffe til veie nødvendige omsorgstjenester. Selskapene drifter ikke institusjoner, men inngår avtaler med ulike operatører om levering av tjenester, i disse kontraktene beskrives også tjenestens kvalitet. Disse kvalitetene er nærmere beskrevet av myndighetene.

I Tyskland er det 1,38 mill. som mottar hjemmetjenester og om lag 680 000 som bor i institusjoner.

6. ENGLAND

Siden 1993 har eldreomsorgen vært et kommunalt ansvar. Enten drifter kommunen eldreomsorgen selv eller gjennom avtale med private aktører. Finansieringen av eldreomsorgen skjer gjennom statlige tilskudd gjennom de generelle skattene, lokale skatter og egenbetaling fra mottakere av tjenestene. Når det gjelder helsetjenester ytes de av National Health Service (NHS) som er finansiert av den generelle skatteinngangen. Siden 2002 har NHS også vært ansvarlig for helsetjenester i private sykehjem.

Eldre med behov for tjenester på grunn redusert fysisk eller psykisk helse kan få utbetalt en ytelse, At-

tendance Allowance, som fra april 2006 var på 88 euro pr. uke for høy ytelse og 59 euro for lav ytelse.

Den som mottar tjenesten betaler i forhold til behov og evne. Hvor høy denne betalingen kan være, avgjøres lokalt etter noen nasjonale retningslinjer. Det er vedkommendes inntekt, oppsparte beløp og annen kapital som legges til grunn for beregningen. Boligkapital regnes inn i total kapital. Personer som har inntekter under et visst nivå er fritatt fra betaling, mens personer over et visst nivå må betale alt selv, uten bidrag fra det offentlige.

6.1 Hjemmetjenester

De fleste eldre som har behov for tjenester mottar dette uformelt fra familiemedlemmer eller andre. I 2003 ble det beregnet at 53 % av de som mottok tjenester fikk det fra familiemedlemmer eller andre, 31 % både fra familiemedlemmer og profesjonelle og 9 % kun fra profesjonelle.

Helsetjenester som ytes i den enkeltes hjem er gratis og ivaretas av NHS. Andre omsorgstjenester kjøpes enten privat eller gjennom lokale myndigheter. Det er opp til lokale myndigheter å fastsette brukerbetalingen etter noen nasjonale retningslinjer. Det er estimert at 4 % av den eldre befolkningen mottar tjenester fra det offentlige, mens 9 % kjøper slike tjenester fra private. Hvor mye den enkelte skal betale er avhengig av vedkommendes inntekt og kapital. De som ikke har mulighet til å betale kan få tilskudd fra det offentlige for å betale for slike tjenester.

I Storbritannia er det innført kontantutbetalinger til eldre slik at de kan kjøpe tjenester fra andre. Det er opp til den enkelte hvilke tjenester de betaler for. Når man velger en slik løsning blir den enkelte person også arbeidsgiver med de forpliktelser som dette medfører. Den enkelte har full frihet til å velge mellom en slik kontantytelse eller motta tjenester fra det offentlige, og den enkelte kan gå fra den ene til den andre ordningen etter eget ønske. Det er imidlertid ikke mulig å bruke disse pengene til å kjøpe tjenester fra det offentlige.

Det er også innført en omsorgslønnsordning, Carer's Allowance, som blir betalt til den som yter tjenesten. Omsorgsgiveren må arbeide minst 35 timer i uken. Ytelsen kan gis slik at familiemedlemmer reduserer sin arbeidstid for å se til et familiemedlem, venn eller annen nærstående person. Dette kan ligne på omsorgslønn som vi har i Norge.

6.2 Institusjoner

Det er om lag 20 000 registrerte institusjoner for eldre i Storbritannia. De fleste sykehjemmene og aldershjemmene er private institusjoner drevet enten ideelt eller kommersielt. I 2002 opphevet de i England det lovmessige skillet mellom aldershjem og sykehjem. Men fremdeles er det slik at ved sykehjem-

mene ytes det sykepleie i tillegg til praktisk bistand som gis ved aldershjemmene.

Det er estimert at 5,1 % av den eldre befolkningen mottar tjenester i institusjoner, 3,1 % i aldershjem, 1,7 % i sykehjem og 0,3 % i sykehus. De som bor i institusjon har fått vurdert sitt behov fra det offentlige og får dekket utgiftene etter nasjonale retningslinjer. Personer som har kapital over et visst nivå, får ingen støtte, de som har under dette nivået får oppholdet betalt i forhold til sin inntekt. Om en person ønsker å bo på et aldershjem som er dyrere enn prisen som det offentlige har godkjent, må den enkelte selv betale det overskytende uavhengig av de omtalte inntektsgrensene.

I Storbritannia er det slik at den enkelte institusjon skal godkjennes av myndighetene etter et kvalitetssystem.

7. UTVIKLINGSTREKK

I 2005 gav OECD ut rapporten "Long-term Care for Older People". Rapporten inneholder en analyse av 19 OECD-land. Av de landene som dette notatet omfatter, er Tyskland, England og Sverige inkludert i OECD-rapporten sammen med Norge.

Utviklingstrekkene som peker seg ut er at de aller fleste landene har en skattefinansiert eldreomsorg. Unntaket er blant annet Tyskland hvor eldreomsorgen er forsikringsbasert. Det har i de senere årene vært en tendens til å samordne og få styring på eldreomsorgen, tidligere var den fragmentert. Det er også et trekk at den enkelte betaler relativ stor del av kostnadene, men slik betaling er tilpasset både behov og kapasitet. Stadig større del av omsorgen baserer seg på hjembaserte løsninger. Det er et mål at flest mulig bor hjemme lengst mulig, og at institusjonene forbeholdes de med størst behov. Denne utviklingen er tydelig ikke minst i Danmark hvor det ikke lenger bygges nye sykehjem.

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. I Norge er denne modellen brukt i blant annet "brukerstyrt personlig assistanse", en ordning som først og fremst er rettet inn mot funksjonshemmede. Fremdeles er det imidlertid et beskjedent antall personer som benytter slike løsninger. Det er imidlertid viktig at tjenester er tilgjengelig og at det ytes støtte til personer som utfører omsorgstjenester.

Kvaliteten i omsorgstjenestene er svært variabel både med hensyn til behandling og fasiliteter. I Frankrike, Tyskland og Storbritannia er det nasjonale kvalitetsstandarder som skal følges og som ligger til grunn for godkjenning av institusjonene. I Skandinavia er ansvaret lagt til det regionale/lokale nivået.

7.1 Antall personer og hvor de mottar omsorgstjenester

Ifølge OECD-rapporten "Society at a glance 2006" er andelen eldre, over 65 år, som mottar tjenester i institusjon og i eget hjem følgende:

	i institusjon	i eget hjem
Danmark	4,4	21,5
Sverige	7,5	9,5
Frankrike	6,3	5,2
Storbritannia	4,2	6,9
Tyskland	3,4	6,1
Norge	5,8	17,4

Variasjonen i antall eldre som mottar tjenester enten hjemme eller i aldersinstitusjon må sees i sammenheng med andre tilbud eldre får i helse- og omsorgssektoren, enten det er tilbud ved sykehus eller at det er tradisjon for at familiemedlemmer er hjemme og gir omsorgstilbud til eldre familiemedlemmer. Disse tallene reflekterer velferdstradisjonene i de ulike landene.

7.2 Antall ansatte

I henvendelsen til Utredningsseksjonen blir vi bedt om å finne antall leger og sykepleiere ved sykehjemmene i de omtalte landene. Vi har søkt i baser i WHO, OECD og EU, men ikke funnet slik informa-

sjon. I noen internasjonale rapporter hvor bemanning i aldersinstitusjoner er omtalt, kommer det fram at slik informasjon er vanskelig tilgjengelig og at både organisering, grensdragning mellom sykehus og institusjoner varierer sterkt mellom ulike land samt at kompetansen til de ulike yrkesgruppene mellom de ulike land varierer. Dette betyr at om slik informasjon hadde blitt funnet og presentert er det mye som tyder på at informasjonen hadde hatt liten komparativ verdi.

8. TILBYDERE AV OMSORGSTJENESTER I NORDEN

Å gi en eksakt oversikt over utviklingen i antall private tilbydere innenfor pleie- og omsorgssektoren i Norden er vi ikke i stand til. Det store volumet av dette er tiltak innenfor ideelle organisasjoner som i Norge representeres av blant annet Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen, Røde Kors, Sanitetskvinnene og tilsvarende organisasjoner. Denne type organisasjoner drifter tiltak innenfor et non profit-konsept på oppdrag av det offentlige. Disse aktørene har vært i markedet i lang tid, og har mange steder også vært pådrivere for utviklingen av både hjemmetjenester og institusjonstjenester. I løpet av de siste årene har det dukket opp kommersielle selskaper som tilbyr både omsorgstjenester i hjemmet og drifter institusjoner etter avtale med det offentlige.

De kommersielle aktørene i Skandinavia har ofte sitt utspring fra Sverige i og med at det i flere år har vært tradisjon for slike løsninger. Bestiller/utførermodeller har vært mer utviklet i Sverige enn i Norge og Danmark. De firmaene som opererer i Norge, og som vi har funnet, er:

Aleris Omsorg A/S	www.aleris.no	Omsetter for 600 millioner i Norge, har 780 ansatte. Virksomheten drives gjennom tre ulike selskap i Norge.	Har virksomhet også i Sverige, Danmark, Finland og Tyskland.
Attendo Care A/S	www.attendo.no	Drifter for tiden 6 ulike enheter i Norge, gir tilbud både i institusjoner og i private hjem.	Har aktivitet i hele Norden, opprinnelig et svensk selskap.
Carema Omsorg A/S	www.carema.no	Driver omsorgssentraler, lokalsykehus, spesialklinikker, omsorgsboliger.	Er aktive i Norge, Sverige og Finland, opprinnelig et svensk selskap.
Norlandia Omsorg A/S	www.norlandia omsorg.no	Norges største selskap, 750 ansatte. Drifter 4 sykehjem i Norge og 1 i Sverige.	Norsk selskap, eier også hotellkjede med samme navn.
Omsorg Midt-Vest AS			Vi har ikke funnet noe om dette firmaet.

Tromsø private omsorgstjeneste A/S	www.privat-omsorg.no	Yter hjemmetjenester i Troms.	
ISS care	www.iss.no	I Sverige har ISS care 13 000 ansatte. I Norge har selskapet inngått partnerskapsavtale med Axess Spesialklinikk A/S, som igjen er en del av Alleris, se over.	Dette er en av de største i Norden. Er knyttet opp til rengjøringselskap med samme navn.

I tillegg finnes det det i Norge et nettverk av mindre tilbydere - "Private hjemmetjenesters Landsforbund" som har 20 medlemsorganisasjoner.¹ Disse selskapene tilbyr et bredt spekter av hjemmetjenester innenfor helse/omsorgsfeltet samt andre tjenester av mer praktisk karakter som hagestell, vask av bolig etc. Ut fra den presentasjonen som disse selskapene gir tyder det på at dette er mindre bedrifter som ikke har samarbeid med selskap i andre land.

KILDER

Vedrørende informasjon fra ulike land, vi vil spesielt hevise til følgende dokumenter:

Long-term Care for older People, OECD 2005, dokumentet kan lastes ned fra følgende adresse: http://www.oecd.org/document/50/0,2340,en_2649_37407_35195570_1_1_1_37407,00.html

Informasjon om Tyskland: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_617008/EN/Long-term-care-insurance/long-term-care-insurance-node,param=.html_nnn=true

Informasjon om England: <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm67/6737/6737.pdf>

Informasjon om Frankrike: http://www.gipspsi.org/GIP/le_systeme_francais_de_protection_sociale/les_prestations

¹. Nettadressen deres er <http://www.hjemmetjenester.no/index.php?page=forsiden>

