



Representantforslag 155 S

(2010–2011)

fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos, Erlend Wiborg og Harald T. Nesvik

Dokument 8:155 S (2010–2011)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos, Erlend Wiborg og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en valgfri og verdig eldreomsorg for alle

Innhold

	Side		Side
1. Innledning	5	3.5 Omsorgslønn	21
1.1 Historikk og grunnlag for behovet for en ny helhetlig plan for en bedre eldreomsorg	5	3.6 Trygghetsalarm	22
1.2 Dagens situasjon	7	3.7 Frivillig sektor	23
1.3 Fremtidige utfordringer	7	3.8 Eldresentre	23
1.4 Kompetanse og arbeidskraft	8	3.9 Vandelsattest	24
2. Finansieringsordningene	9	3.10 Fysioterapi	24
2.1 Fritt brukervalg	11	3.11 Ernæring	24
2.2 RAI/RUG-systemet	12	3.12 Tannhelse	24
2.3 Finansiering av hjemmetjenester	13	3.13 Oppsummering og forslag	25
2.4 Finansiering av omsorgsboliger/ omsorg+	14	4. Lengst mulig i eget liv	25
2.5 Finansiering av opphold i sykehjem	14	5. Nærmere om sykehjem	25
2.6 Blåreseptordningen	15	5.1 Forutsigbarhet for offentlige/ideelle/private tjenestetilbydere	26
2.7 Rettighetslov	15	5.2 Bemanningsnormer ved sykehjem	26
2.8 Vederlagsforskriften	15	5.3 Nye sykehjemsplasser	27
2.9 Fritt brukervalg kan også inkludere tilbud i andre land	16	5.4 Bruk av midlertidige sykehjemsplasser	28
2.10 Teknologi og effektivisering	17	5.5 Omsorg ved livets slutt	28
2.11 Oppsummering	17	5.6 Intermediære avdelinger – kommunale beredskapsavdelinger	29
3. Rammetiltak	18	5.7 Oppsummering og forslag	29
3.1 Kompetanse og kvalitet	18	6. Forslag	29
3.2 Kvalitetsforskrift / verdighetsgaranti	18	Vedlegg	31
3.3 Eldreombud	18	Kilder	36
3.4 Oppsøkende forebyggende hjemme-sykepleie	19		



Representantforslag 155 S

(2010–2011)

fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos, Erlend Wiborg og Harald T. Nesvik

Dokument 8:155 S (2010–2011)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos, Erlend Wiborg og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en valgfri og verdig eldreomsorg for alle

Til Stortinget

1. Innledning

Eldreomsorgen har vært et meget sentralt tema i alle valgkamper i mer enn 30 år, både lokale og nasjonale. I den samme perioden har vi hatt vekslende regjeringer og ulike statsråder. På tross av dette er eldreomsorgen fortsatt gjenstand for stor debatt, grunnet meget betydelige utfordringer hva gjelder fremtidige behov, kvalitet på omsorgen som gis, demografiske utfordringer og geografiske forskjeller. 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 fortrengsel 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 verdig og valgfri eldreomsorg for alle.

Det er forslagsstillernes syn at eldre pleietrengende som lever i Norge må tilbys trygghet og juridisk rett til behovsstyrte og valgfrie tjenester basert på brukernes premisser. Det foreslås 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 person får godkjent av et myndighetsorgan et behov for hjemmehjelp, hjemmesykepleie, omsorgsbolig, sykehjemsplass eller andre tjenester, så plikter staten å betale for slike tjenester til den av myndighetene godkjente leverandør av tjenesten som den pleietrengende eldre, pårørende eller verge selv velger, basert på et fastsatt system for egenandel og betalingssetser. I et slikt system vil pengene komme automatisk når et godkjent behov for en tjeneste fremkommer, på samme måte som betaling av sykepenger, arbeidsledighetstrygd, uførepensjon, alderspensjon, svangerskapspermisjon, tildeling av trygdebiler, medisiner på blå resept, og diverse andre ordninger hvor det er behovet som styrer hvor mye penger som blir brukt.

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 ivaretatt svært forskjellig fra kommune til kommune. Vekslende regjeringer har lagt frem handlingsplaner og forslag til endringer, men situasjonen i eldreomsorgen og kritikken mot det kommunale tilbudet har ikke stilnet eller endret seg vesentlig. Økte bevilgninger til kommunene, som blir gjenstand for kommunestyres 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.

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

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 positiv og det kom automatisk mer penger når behovet for tjenestene vokste. Således gikk utgiftene opp i takt med behovet. Da grep Finansdepartementets folk inn. Refusjonsordningen ble opphevet i 1980 da det ble innført en rammefinansieringsordning for institusjonshelsetjenesten, slik at det ikke lenger var pasientenes behov som var utgangspunktet, men den av Finansdepartementet stilte økonomiske ramme.

Fra 1. januar 1989 fikk kommunene også adgang til å kreve betaling for korttidsopphold ved sykehjemmene. 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 når det gjelder institusjonene ved at de finansieres dels av kommunale skatteinntekter og dels av statlige rammeoverføringer gjennom inntektssystemet, og ikke som tidligere gjennom refusjonsordninger, bidrar til en mer ubunden prioritering og dimensjonering av ulike tjenestetilbud i kommunene. Statlige myndigheter har mindre mulighet til å øve innflytelse over kommunale prioriteringer enn gjennom refusjonsordninger. Statens virkemidler er i dag først og fremst bruk av ulike øremerkede tilskuddsordninger (NOU 1997:17).

I Dokument nr. 8:26 (1989–1990) la stortingsrepresentant John I. Alvheim frem forslag om å bevilge 1 mrd. kroner for å bedre eldreomsorgen i kommunene. Flertallet, Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet, bidro i Innst. S. nr. 129 (1989–1990) til Dokument nr. 8:26 (1989–1990) og St.prp. nr. 72 (1989–1990) til en økning i kommunenes inntekter, forutsatt brukt til eldreomsorgstjenester,

på et tilsvarende beløp. I 1994 fikk vi en aksjon, organisert av eldre mennesker og pårørende til eldre pleietrengende – Landsaksjonen for en bedre eldreomsorg – med formål å arbeide for en bedre eldreomsorg i hele landet og sikre eldre en verdig alderdom.

I forbindelse med trontaledebatten i 1996 vedtok Stortinget, etter et forslag fra stortingsrepresentant Carl I. Hagen (Fremskrittspartiet), å be regjeringen legge frem en stortingsmelding med en plan for full sykehjemsdekning basert på enerom for dem som ønsket det. Dette ble fulgt opp i Budsjett-innst. S. nr. 11 (1996–1997), der Stortinget ba 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 St.meld. nr. 50 (1996–1997) la regjeringen Jagland frem forslag til en fireårig handlingsplan for utbygging av en helhetlig pleie- og omsorgskjede som skulle ivareta brukernes behov. Dette innebar styrking av hjemmetjenestene, fortsatt satsing på omsorgsboliger, flere plasser med heldøgns pleie og omsorg, og utbygging av ensengsrom for alle som ønsket det. Planen var en oppfølging av det forslaget stortingsrepresentant Carl I. Hagen fremsatte under trontaledebatten den 16. oktober 1996. Planen hadde en økonomisk ramme på ca. 30 mrd. kroner i investerings- og driftstilskudd over flere år fra staten til kommunene. Alle midler ble øremerket og det ble ført kontroll med at midlene skulle gå til institusjoner.

I St.meld. nr. 34 (1999–2000) la regjeringen frem en evaluering av handlingsplanen for eldreomsorgen etter to år, som omhandlet erfaringene med planen så langt, eventuelt behov for justeringer i forhold til vedtatte måltall og innretning av virkemidler, samt forslag til tiltak etter at handlingsplanperioden utløp. Meldingen skisserte også et opplegg for hvordan behovene i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2002–2007 kunne møtes. Det ble presisert at det har vært et mål å gi kommunene mulighet til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud som er tilpasset lokale forhold og behov. Derfor påla ikke staten kommunene spesielle organisatoriske løsninger eller tjenestemodeller. Det ble imidlertid fremholdt at det var tatt i bruk virkemidler som skulle sikre en sterk statlig oppfølging og styring av innsatsen inn mot kommunesektoren i planperioden.

I St.meld. nr. 31 (2001–2002) om avslutning av handlingsplanen for eldreomsorgen, ble det pekt på at det var regjeringens oppfatning at kommunene hadde fulgt opp handlingsplanen, og at resultatene var i godt samsvar med de måltall som ble lagt til grunn da handlingsplanen ble vedtatt. Utbyggingen

av boliger og sykehjemsplasser skulle fortsette som planlagt ut 2005. De øremerkede driftstilskuddene ble lagt inn i de ordinære statlige overføringene til kommunene fra 2002. På investeringsiden ble handlingsplanen utvidet to ganger, slik at det også i 2002 ble gitt Husbanktilsagn om tilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger, selv om søknadsfristen gikk ut i 2001. Det forelå mange søknader ved søknadsfristens utløp 1. oktober 2001.

I St.meld. nr. 45 (2002–2003) om bedre kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene slo regjeringen fast at målet for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene var at den enkelte skal sikres tjenester av god kvalitet. Det skulle fokuseres på kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet. I Innst. S. nr. 163 (2003–2004) til St.meld. nr. 45 (2003–2004) pekte en samlet komité på at det fortsatt ville være store utfordringer i norsk eldreomsorg, og at det nå var tid for å sette fokus på kvalitet, og sikre brukerne større innflytelse over hvordan tjenestetilbudet utformes. Komiteen understreket også at det fortsatt var behov for økt kapasitet innen pleie- og omsorgstjenestene. Antallet personale og deres kompetanse påvirker både kvaliteten og kapasiteten i tjenestene. Det samme gjelder organiseringen av styring og ledelse av pleie- og omsorgstjenestene. Komiteen la også vekt på at en helt nødvendig forutsetning for at arbeidet med økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skulle ha den ønskede effekt, var at norske kommuner er i økonomisk stand til å ta de kostnadene som følger med.

Handlingsplanen for eldreomsorgen varte i perioden 1998–2002 og førte til en kraftig oppbygging av omsorgsboliger, mer enn 30 000 nye omsorgsboliger og ca. 5 000 sykehjemsplasser ble bygget. Og i perioden 1998–2001 ble pleie- og omsorgstjenesten tilført mer enn 12 000 nye årsverk. Reformen ble imidlertid i det vesentlige en boligreform for eldre med et beskjedent omsorgsbehov. I de fleste omsorgsboligene finnes det ikke døgnkontinuerlig tilsyn, og boligen er basert på at man skal søke kommunens sosialtjeneste om bistand på samme måte som i eget tidligere hjem. For svært mange er dette ikke en tilfredsstillende løsning.

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

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

Fremdeles har Norge store problemer i eldreomsorgen.

Regjeringen har nylig lagt frem forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015, forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov, samt forslag til ny folkehelselov. Forslagsstillerne ser ikke at disse forslagene er egnet til å gi en bedre eldreomsorg da vesentlige forutsetninger mangler. Forslagsstillerne er tvert imot bekymret for at de grepene regjeringen legger opp til vil kunne føre til at eldre, syke og pleietrengende kan bli tapere i det nye systemet og at disse pasientene og brukerne ikke vil få behandling på det nivå eller i det omfang de har behov for.

1.2 Dagens situasjon

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra 2009 viser at det er et fallende antall institusjonsplasser for både sykehjem og aldershjem. Mens det i 2000 var 42 876 slike plasser, er tallet for 2009 redusert til 41 052; dette samtidig med at det foreligger en målsetting om flere institusjonsplasser til våre svakeste eldre.

Antall plasser i aldersinstitusjoner 1999–2009

	Totalt	Sykehjem	Aldershjem m.v.
2000	42 876	36 791	6 085
2001	42 741	37 501	5 240
2002	42 319	37 999	4 320
2003	41 718	38 058	3 660
2004	41 402	38 520	2 882
2005	41 027	38 557	2 470
2006	41 078	38 775	2 303
2007	41 217	39 049	2 168
2008	41 334	39 325	2 009
2009	41 052	39 256	1 796

(SSB)

Samtidig som antallet institusjonsplasser viser nedgang, øker befolkningen over 80 år. Mens det i 2001 var 196 901 personer over 80 år i Norge, viser tallene for 2011 221 153 personer. Det er positivt at vi blir stadig eldre, det er imidlertid viktig at omsorgssektoren utvikles i takt med befolkningsutviklingen. For 2009 viser tallene at det var 39 256 sykehjemsplasser. Dersom man skulle legge til grunn en dekningsgrad på sykehjemsplasser på 25 pst. med dagens befolkningstall, skulle antallet sykehjemsplasser være 55 288.

Dette innebærer at det mangler 16 000 sykehjemsplasser.

1.3 Fremtidige utfordringer

Det er 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.

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

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

Forslagsstillerne mener det trengs et krafttak for å sikre et verdig omsorgstilbud til våre svakeste eldre. Det må da bygges ut sykehjemsplasser som står i forhold til befolkningsutviklingen og det må bygge ut aldershjem (omsorg+)-tilbud for å skape et verdig tilbud til eldre som ikke lenger føler det trygt å bo hjemme. Det er samtidig behov for et kvalitetsløft i sykehjemsomsorgen slik at den enkelte i større grad skal kunne få bestemme selv i egen hverdag selv om man har en sykehjemsplass.

Yngre brukere av hjemmetjenester

Kommunenes satsing på utbygging av hjemmebaserte tjenester de siste årene har ikke vært en satsing på eldreomsorg da det har vært en stor økning av yngre brukere av tjenestene. I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) fremkommer det at nesten ni av ti nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til brukere under 67 år, som mottar hjemmebaserte tjenester.

I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), «De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg» fra august 2010, fremkommer det blant annet at siden 1992 har hele nettoveksten i de hjemmebaserte tjenestene gått til brukere under 67 år. Antallet yngre brukere ble nesten tredoblet fra 20 000 i 1989 til 55 000 i 2006. Fra 2007 til 2009 har så veksten blant yngre brukere vært større enn tidligere. Forslagsstillerne mener dette viser at kommunenes prioritering av hjemmebaserte tjenester ikke har kommet eldreomsorgen til gode. Den tilsvarende nedbyggingen av kapasiteten i institusjonsomsorgen har rammet eldreomsorgen. Forslagsstillerne mener at økningen av yngre brukere av hjemmetjenester ikke skal gå på bekostning av eldreomsorgen. Det må derfor, under dagens system, øremerkes midler til eldreomsorg og det må satses på utbygging av sykehjemsplasser med heldøgns pleie og omsorg.

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

Om fastlegetilbudet, slik det er organisert i dag, vil være i stand til å ta seg av fremtidens utfordringer bør vurderes. Mye tyder på at mange fastleger har for lange pasientlister og at akutthjelpen ikke tas alvorlig nok. Legedekningen i sykehjemmene må organiseres slik at også pasienter i eldreomsorgen får det nødvendige tilsyn av lege. Det er viktig at de 7,5 t/uke som ligger i dagens avtaleverk med fastlegene, utnyttes av kommunene.

Forebyggende virksomhet er lønnsomt og har vært for lite vektlagt til nå. Det vises til forslag om å innføre en oppsøkende, forbyggende tjeneste i kommunene.

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

1.4 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 det blir nok utdannet personale.

Det er, etter forslagsstillernes syn, nødvendig å lage incentiver for å beholde de ressursene som allerede er i sektoren. Incentiver som forslagsstillerne ser på som nødvendige er lønnsbetingelser, turnusordninger, stillingsandel og fleksibilitet. Disse incentivene vil også være viktige for å rekruttere ytterligere kvalifisert personell, slik at arbeidskraften innenfor denne sektoren økes. Forslagsstillerne ser med bekymring på utviklingen vedrørende bruk av små deltidstillinger mot den ansattes ønske. Det vil derfor være hensiktsmessig å se på strukturen ved ansettelsesvilkår.

Videre er det et stort behov for å øke legekapasiteten i pleie- og omsorgssektoren. Forslagsstillerne viser til Innst. S. nr. 150 (2006–2007), jf. 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 av dagens dekningsgrad.

Likelønnskommisjonen dokumenterte at like-lønnsutfordringen er særlig uttalt for de kvinne-dominerte utdanningsgruppene i offentlig sektor. Lønns-gapet er på 20,5 pst., og det er økende. Den tilnærmet monopolliknende situasjonen hvor hovedvekten av tjenestene disse yrkesgruppene utfører skjer i offentlige virksomheter, fører til at en ikke får samme dynamikk i lønnsdannelsen som en ser i privat sektor. I mange år har ulike regjeringer argumentert med at det er partenes ansvar å fremforhandle lønns- og arbeidsbetingelser, og dermed unnlatt å forholde seg til at disse yrkesgruppene gjennom flere år har sakkert akterut i lønnsutviklingen i samfunnet. Samtidig er det stadig mer krevende å rekruttere personell til disse samfunnsviktige oppgavene. Det mest pessimistiske scenario gir 40 000 årsverk i manko i 2030, viser beregninger fra SSB. Forslagsstillerne mener derfor at det må etableres en kompetansepott i oppgjørene i offentlig sektor i årene fremover som fører til et lønnsloft for utdanningsgruppene. Denne potten må være utenfor de ordinære rammene for lønnsoppgjøret, og kommunesektorens andel må bli kompensert av staten.

2. Finansieringsordningene

Det er, som tidligere vist, bevilget mange milliarder kroner til kommunene siden 1989, da daværende stortingsrepresentant John I. Alvheim 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 partier vurdere om det er en systemfeil som må rettes opp for å oppnå en verdig og valgfri eldreomsorg for alle.

Daværende stortingsrepresentant Bjarne Håkon Hanssen sa under valgkampen i 2003:

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

I nyttårstalen 1. januar 2011 uttalte statsminister Jens Stoltenberg:

«Alle eldre skal få den hjelpen de trenger.»

I den siste tiden har vi sett mange eksempler på at eldre ikke får den oppfølging som de har behov for. Ifølge tall fra TV2 står over 3 000 eldre syke mennesker i kø for å få en sykehjemsplass.

Etter forslagsstillernes mening, krenkes de eldre, sykes rettigheter hver eneste dag i Norge. Forslagsstillerne mener det er grunnlag for å si at denne gruppen ikke har, eller kan ha, de nødvendige rettigheter så lenge disse ikke er lovfestet når det gjelder 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 sykepenger først fra arbeidsgiver og deretter fra folketrygden og Nav.

Når en person blir, av kompetent lege eller nemnd, erklært for helt eller delvis arbeidsufør, vil vedkommende motta uførepensjon.

Forslagsstillerne viser til at en rekke høringsinstanser i forbindelse med forslaget til ny helse- og omsorgslov og Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011–2015 omtaler den «stille reformen». Kommunene opplever at de blir pålagt stadig flere oppgaver uten at det medfølger nødvendige økonomiske virkemidler til å løse oppgavene. Flere høringsinstanser tar til orde for øremerket finansiering av helse- og omsorgsoppgavene i kommunene, og ifølge oppslag i media har dette blitt noe Arbeiderpartiet nå også vurderer.

Forslagsstillerne mener det er på tide at Stortinget vedtar at 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 bosted-sadresse 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 elementer i 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 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.

Som det tidligere er vist til i representantforslaget, er det store kommunale forskjeller, både innenfor hjemmetjenestene, sykehjemsdriften, 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 Norge få et likeverdig og godt pleie- og omsorgstilbud til alle landets innbyggere, uavhengig av vedkommendes bostedsadresse. Det finnes en rekke eksempler på forskjellsbehand-

ling 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 «verdte», og får det samme gode tilbudet uavhengig av egen økonomi og bostedsadresse.

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

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

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.

Tilbud om pleie- og omsorgstjenester skal baseres på faglige vurderinger foretatt av godkjent og relevant helsepersonell, ikke på grunnlag av økonomiske forhold.

Forslagsstillerne mener det er et paradoks dersom man mener at kommunen vil endre på dagens praksis med å tilby pleie- og omsorgstjenester dersom man endrer finansieringsansvaret. Det vil etter forslagsstillerens syn være det samme som å erkjenne at man i dag rasjonerer disse tjenestene til innbyggerne. Det i seg selv er god nok grunn til å endre finansieringsansvaret. Forslagsstillerne viser likevel til Innst. 212 S (2009–2010) der en samlet opposisjon stiller seg bak forslaget om å gi leger rett til å skrive sine pasienter inn i et pleie- og omsorgstilbud. Dette vil gi mange eldre langt større trygghet for at man vil få de nødvendige tjenester når det medisinske behovet er til stede.

Det er imidlertid, slik 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 som fører til 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 sykehjemsplass. 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. Det vises i den anledning til prosjektet «Længst mulig i eget liv» fra Fredericia kommune i Danmark som er omtalt i dette forslaget. Dette prosjektet viser at forebyggingsalternativet er svært kostnadseffektivt samtidig som det forbedrer livskvaliteten til den enkelte bruker.

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 valgfri og verdig eldreomsorg for alle. Fritt brukervalg av hjemmehjelpstjenester er gjennomført i flere kommuner, med stor grad av tilfredshet blant de som benytter seg av denne valgmuligheten.

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 tjenes-

ter 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 uverdige 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 bo. I dagens system hvor den enkelte kommune har finansieringsansvaret for omsorgsboliger/omsorg+ og sykehjem, er det selvsagt ingen kommune som vil ta imot en sykehjemspasient fra en annen kommune.

Hvis en person som kommer på sykehjem i Svolvær vil flytte til et sykehjem i Trondheim fordi sønnen bor der med kone og barnebarn, er det umulig i praksis. Innføring av fritt brukervalg i pleie- og omsorgssektoren blir imidlertid fullt mulig når staten tar finansieringsansvaret. Om staten betaler for en sykehjemsplass i Svolvær eller Trondheim, spiller ingen rolle. Når statlige penger følger bruker til det sykehjemmet eller 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 viser på nytt til opposisjonens felles merknader i Innst. 212 S (2009–2010), der man også foreslår valgfrihet på institusjonsplass på tvers av kommunegrensene under dagens organisering. Dette løses slik at bostedskommunen betaler for tjenesten i en annen kommune. Forslagsstillerne mener dette viser at Stortinget ønsker en større valgfrihet og påpeker at det enklest kan gjennomføres ved å gi staten ansvaret for finansieringen.

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. Nav vil utbetale den fastsatte sum til det sykehjem, den bedrift, organisasjon eller stiftelse eller annet som leverer hjemmehjelpstjenester, hjemmesykepleietjenester eller andre tjenester som inntaksnemnden har godkjent at staten skal betale for. Retorikken som ofte er brukt av politiske partier i Regjeringen om at eldre må gå rundt og shoppe tilbud med penger de har fått fra folketrygden, er selvsagt helt misvisende. Forslagsstillerne viser til at det aldri vil være noen tvang for den enkelte, eller dens pårørende til å velge. De vil aldri fysisk få noen sjekk eller en annen form for kontantytelse direkte inn på konto, eller i annen form ha mulighet til å benytte seg av disse pengene til andre formål enn den tjenesten ytelsen skal gå til.

Det system som forslagsstillerne foreslår, har virket gjennom flere årtier med rekvisisjon for opphold på rekonvalesenthjem, som så ble omdannet til rehabiliteringsinstitutter f.eks., etter operasjoner. Disse har utført tjenester som er betalt av folketrygden når Rikstrykdeverket (Nav) har innvilget opphold. Det er imidlertid meget beklagelig at finansieringen, av regjeringen er overført til den samme håpløse rammefinansiering i de regionale helseforetak, med nye køer, ventelister, nedleggelse og økt elendighet for mange pasienter. Dette 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.

Dette medfører konsekvenser for kommunens økonomi, og dermed det øvrige pleie- og omsorgstilbudet i kommunen. Den eneste løsningen for å sikre

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

Forslagsstillerne vil også vise til at tilskuddet til ressurskrevende brukere bortfaller når brukeren fyller 67 år. Flere brukere har i dag et meget stort tjenestebehov. Noen få brukere kan gi store utslag kostnadsmessig, særlig for små kommuner, noe som igjen kan gå ut over tjenestetilbudet til andre innbyggere. Enkelte brukere kan ha behov for tjenester som koster 6–7 mill. kroner i året. Fra 2011 mottar kommunen 85 pst. av direkte lønnsutgifter som overstiger 900 000 kroner pr. tjenestemottaker. Om tjenestemottakeren er utviklingshemmet, fradras det beløpet kommunen mottar fra staten som en del av rammetilskuddet for den utviklingshemmede.

For 2009 mottok kommunene 4,1 mrd. kroner i tilskudd fra staten. Antall særlig ressurskrevende personer er 5 527. De fleste har diagnosen utviklingshemming. Det gis ikke refusjon for særlig ressurskrevende tjenestemottakere som er 67 år og over. Det vil i praksis bety at kommunen mister det statlige tilskuddet for disse brukerne fra de er fylt 67 år, noe som igjen trolig medfører at tjenestetilbudet blir vesentlig forringet. Forslagsstillerne kan ikke se logikken i en slik finansiering, og mener dette synliggjør behovet for en statlig finansiering, som ikke er avhengig av alder, men av behov for tjenester. Alternativet er etter forslagsstillerens oppfatning en uverdigg behandling av personer med omfattende behov for tjenester.

Forslagsstillerne vil også understreke viktigheten av at det legges til rette for at private og ideelle aktører får tilgang og kan benytte seg av opplysninger i offentlige pasientjournal- og informasjonssystemer i de tilfeller hvor brukerne velger disse som tilbydere av omsorgstjenester. Det er viktig at det stilles strenge krav til tilgang og håndtering av slike opplysninger, men det må være mulig for private og ideelle aktører å få tilgang til relevante opplysninger om personer som mottar deres tjenester.

2.2 RAI/RUG-systemet

I juli 1997 ble det innført innsatsstyrt finansiering (stykkpris) 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 betalingsstørrelse 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 mener 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 og ideelle, 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 util-

strekkelige 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 forslagsstillerens 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.

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 ikke skal være utslagsgivende for hvilket tilbud brukeren skal motta, og vil derfor gjøre finansieringen av hjemmetjenestene til et statlig ansvar, der pengene følger brukeren til den leverandøren den enkelte velger å benytte seg av. Det understrekes at det fortsatt vil være kommunen som er pliktig til å skaffe vedkommende et tilbud, slik at den enkelte aldri vil kunne komme opp i en situasjon der man ikke får et tilbud, som en følge av at man selv eller ens pårørende ikke har ressurser til 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 verger), 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 hjemmehjelpstjenester som brukeren kan velge mellom, gjerne i samråd med pårørende eller lege. I de fleste tilfeller, hvor en person blir fysisk skrøpelig, vil de fleste ikke ha noen vanskelighet med å bestemme selv basert på de ulike leverandørers egne opplysninger og brosjyrer og eventuelle hjemmebesøk. Brukeren vil da selvsagt kontrollere at hjemmehjelpen gjør det brukeren ønsker og som er avtalt, og bruker den tid som innvilget i og med at tjenesteleverandøren kun får betalt fra folketrygden når brukeren har bekreftet at tjenesten er utført tilfredsstillende.

2.4 Finansiering av omsorgsboliger/omsorg+

Omsorgsboliger/omsorg+ skal være forbeholdt personer med behov for pleie og omsorg, men ikke med 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, eldresenter, legekontor o.l.

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

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 målsettingene med omsorgsboliger/omsorg+ er at man skal gi de eldre et sosialt fellesskap, med felles aktiviteter både hva gjelder fysisk så vel som mental stimulering. Det skal være et trygt miljø der de eldre kan være sikre på at hjelpen 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 eldresentre eller for å besøke andre. Spesielt vanskelig blir det når pleiebehovet blir større og den mentale stimuleringen blir borte.

Konsekvensen er ofte at de eldre «visner» både fysisk og psykisk. Det endelige resultatet blir da ofte behov for sykehjemsinnleggelse. Det er forslagsstillerne 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. Det skal imidlertid også kunne 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. Denne avgjørelsen må tas av lege, i samarbeid med tjenesteleverandør og pasient/pårørende. Det er svært viktig at det gis en forebyggende behandling på dette omsorgsnivået, blant annet gjennom aktiviteter 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. Det er etter forslagsstillerne oppfatning viktig å ha tilbud om omsorgsboliger i kommunene som kan tilbys eldre, pleietrengende som i dag har boforhold som er uegnet som pleiearena for eksempel på grunn av dårlige sanitære forhold eller boliger over flere plan uten heis. Forslagsstillerne viser til at det i dag er stor uklarhet i hva som defineres som heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

2.5 Finansiering av opphold i sykehjem

I dag er det slik at kommunene betaler for sykehjemsdrift samt at den enkelte betaler størstedelen 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. 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 egenbetalingen av Nav før pensjonen utbetales, og trekket går til kommunen.) I det foreslåtte system vil trekket overføres sykehjemmet eller leverandøren av tjenesten. Videre vil det være nødvendig å sette et øvre tak for egenbetaling, slik at eventuelt gjenværende samboer/ektefelle ikke blir tvunget til å avskaffe parets bolig ut fra svekket økonomi som følge av sykehjemsbetaling. I dag bestemmer vederlagsforskriften at den ektefelle/samboer, som sitter igjen i boligen, ikke skal ha dårligere ytelse enn om vedkommende hadde hatt rett til etterlatteytelse.

Forslagsstillerne mener at betalingsordningen ved opphold i institusjon i vederlagsforskriften kan gi urimelige utslag. For eksempel kan hjemmeboende ektefelle til person som får fast plass i heldøgns omsorgsinstitusjon få en vanskelig økonomisk situasjon hvis det er familiens hovedforsørger som trekkes i pensjon. Selv om det er en bestemmelse om fradrag i beregningsgrunnlaget i forskriften § 5 med tanke på hjemmeboende ektefelle og barn, er dette ikke tilstrekkelig. Forslagsstillerne mener at det i tillegg bør vurderes andre begrensninger i vederlagsgrunnlaget som f.eks. et maksbeløp.

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 en lege som fastsetter hvilket pleiebehov den enkelte måtte ha, og RUG-betalingssatsen 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 relevant myndighet, må etter forslagsstillerne syn, lovfestes. Dette blir omtalt i punktet som heter rettighetslov.

2.6 Blåreseptordningen

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

2.7 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 be-

handling 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 av relevant myndighets vedtak om behov for pleie og omsorg, ikke vil være mulig for tjenesteyter eller finansieringsansvarlig å se bort fra, eller redusere tilbudet, som skal gis slik som det er i dag. Forslagsstillerne viser til at det vil bli fremmet eget forslag vedrørende en slik lovendring.

Forslagsstillerne mener også det er behov for å utvide ansvaret til kommunene for å tilby sykehjemsplass, all den tid det er mange med behov for plass som i dag må stå på venteliste. Det er derfor nødvendig å sikre rett til et godt tilbud i påvente av at sykehjemskapasiteten blir bygd ut. Forslagsstillerne mener kommunene bør pålegges et dagsgebyr på kr 1 000 pr. dag de ikke leverer sykehjemsplass til personer med dokumentert behov. Dette gebyret skal utbetales til den enkelte dersom man velger å kjøpe hjemmetjenester i påvente av sykehjemsplass, men kan også brukes gjennom ordningen med omsorgslønn.

2.8 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 institusjo-

nen, 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. Fribelet som ble fastsatt av Kongen, etter forslag av Fremskrittspartiet i Stortinget i 1989, er i dag på 6 600 kroner. Fribelet 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. Av tilleggspensjonen beregnes opp til 85 pst. egenbetaling. Pensjonsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2011, vil etter hvert nødvendiggjøre endringer i vederlagsforskriften når begrepene «grunnpensjon» og «tilleggspensjon» ikke lenger benyttes i ny alderspensjon i folketrygden.

Da fribelet ble innført i 1989, representerte dette 19,35 pst. av grunnbeløpet som var 31 000 kroner. I 2010 er grunnbeløpet i folketrygden 75 641 kroner, mens fribelet er bare 6 600 kroner, noe som utgjør bare ca. 8,75 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. For å sørge for at fribelet øker i takt med prisutviklingen, vil forslagsstillerne foreslå at dette knyttes til grunnbeløpet og at fribelet settes til 25 pst. av G, som vil tilsvare 18 910 kroner med dagens grunnbeløp, mot dagens beløp på 6 600 kroner.

Forslagsstillerne er klar over at økning i fribelet 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 fribelet 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 mens det vedtatte pensjonssystemet vil føre til mindre inntekter.

2.9 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 forslagsstil-

lerne 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 lege eller inntaksnemnd 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. Det reduserer valgmulighetene for de pleietrengende eldre, og kapasiteten i tilbudet av eldreomsorgstjenester totalt sett.

Skal det bli fortgang 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 med, og pleie av, beboerne, vil en vesentlig del av de ansatte være lokal arbeidskraft, slik at presset i arbeidsmarkedet blir 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 dem 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) basert 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. 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.

Forslagsstillerne viser igjen til Innst. 212 S (2009–2010) og mener det med en statlig finansiering og fritt brukervalg på tvers av kommunegrenser også er naturlig å åpne for dette på tvers av landegrenser. Etterspørselen fra eldre mennesker i Norge vil i seg selv bidra til et større tilbud i andre land. Det avgjørende i så måte er at de eldre blir tilstrekkelig informert om sine valgmuligheter.

Fra andre områder ser en at valgfriheten innen offentlige tjenester ofte ikke blir benyttet fordi informasjonen til brukeren er for dårlig. Forslagsstillerne mener derfor kommunene skal ha plikt til å opplyse om alternative tilbydere både innenlands og utenlands.

2.10 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 forslagsstillerne 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 i den anledning til Innst. 212 S (2009–2010) der en samlet opposisjon tar til orde for en større satsing på IKT i hele helsevesenet. Store ressurser anses å gå med til administrasjon man kunne klart seg uten dersom man hadde mer åpne løsninger. Gode løsninger vil både kunne gjøre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten enklere, og slik også styrke tilbudet til geriatriske pasienter. Forslagsstillerne mener det er behov for større incentiver for å få fortløp i dette arbeidet og ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget der man vurderer ulike tiltak for å fremme teknologisk utvikling og dermed frigjøre kapasitet fra administrasjon over til omsorgstjenester.

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.

2.11 Oppsummering

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.

3. Rammetiltak

Forslagsstillerne vil vise til at noen generell rett til allmennhelsetjenester ikke forelå før i 1982, da innbyggerne fikk en individuell rett overfor kommunen til å få nødvendig helsehjelp. Fra tidligere hadde innbyggerne retten til å få dekning fra folketrygden for utgifter til legehjelp, fysikalsk behandling og andre helsetjenester. I forbindelse med innføringen av loven om helsetjenesten i kommunene ble trygdens refusjonssatser vesentlig redusert og de frigjorte midlene ble overført til kommunene gjennom rammetilskudd. Behovet for et nytt finansieringssystem, der pengene følger brukeren og staten har finansieringsansvaret, er etter forslagsstillernes syn høyst nødvendig. Uten en slik omlegging av finansieringen vil det, etter forslagsstillernes syn, være umulig å få på plass en 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.

I dette kapitlet 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 Kompetanse og kvalitet

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

3.2 Kvalitetsforskrift / verdighetsgaranti

I 2003 kom forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenester som ble ytt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I 2010 kom verdighetsgarantiforskriften, forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Den nye forskriften er etter forslagsstillernes oppfatning like vag og uklar som den eksisterende med hensyn til en rettighets tankegang. I praksis er forskriftene identis-

ke, med et par unntak. Uansett vil en med dagens finansieringsordning se at praktiseringen av disse forskriftene vil være avhengig av kommuneøkonomien og den enkelte kommunes prioriteringer. Rettstilstanden på området synes uforandret. De gir ingen klare rettigheter til pasienten. Det er fortsatt de økonomisk ansvarlige i kommunen som vil definere hva som er nødvendig. Nå skal de i tillegg definere hva som er verdig. Eneste definisjon på rettstilstand finner en gjennom Fusa-dommen (Rt.1990 s 874) hvor det var spørsmål om Fusa kommune kunne redusere hjemmehjelp og hjemmesykepleie til en sterkt fysisk funksjonshemmet kvinne. Høyesterett kom til at vedtaket fra klientutvalget i Fusa kommune måtte kjennes ugyldig. Den enkelte kommunes økonomiske situasjon kunne ikke tillegges vekt når lovens minstandard skulle fastlegges. Borgerne er garantert å få sine «helt livsviktige behov» dekket.

Når man kommer utenfor det området hvor det foreligger rett til helsehjelp etter § 2-1, er det adgang til å legge vekt på kommuneøkonomien. Det gjelder hvis helsehjelp ikke er «nødvendig» i lovens forstand; det gjelder for ytelser som ligger over minstandard; og det gjelder hvis det er spørsmål om helsetjenester som ikke omfattes av lovens § 1-3.

Gjennom denne dommen skiller også kommunehelsetjenesteloven seg vesentlig fra pasientrettighetsloven for spesialisthelsetjenesten, hvor det er tatt inn ressursforbehold i lovteksten.

Forslagsstillerne mener at pleietrengende eldre må sikres langt klarere lov og regelverk i forhold til rettigheter de har til tjenester fra det offentlige. Det vises til at innbyggernes forventninger langt overstiger det tilbudet som i mange tilfeller blir gitt.

3.3 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 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 heldøgnsomsorg 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 mye 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. 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 helsepleie 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, hvis denne trenden får fortsette, vil være et overskudd av omsorgsboliger som ikke kan benyttes, mens køene til sykehjemsplasser øker.

Ordningen med rammeoverføringer til kommunene har ikke ført til nødvendig utbygging av helsepleie og omsorgstilbud 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 eldreom-

bud 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, pensjonistenes 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 eldre innbyggere 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.

Pasient- og brukerombudsordningen omfatter den tidligere pasientombudsordningen i spesialisthelsetjenesten, og fra 1. september 2009 ble den utvidet til også å omfatte den kommunale helse- og sosialtjenesten. Forslagsstillerne viser til at størstedelen av helse- og omsorgstjenestene utføres i kommunene slik at utvidelsen av ombudenes virkeområde er vesentlig, og pasient- og brukerombudene fikk en kraftig økning av saker som følge av utvidelsen. Det er verdt å merke seg at ombudene anmodes om bistand på et tidligere tidspunkt når det gjelder de kommunale helse- og sosialtjenestene enn i spesialisthelsetjenesten hvor ombudene gjerne kommer inn etter at helsehjelpen er gitt. Forslagsstillerne frykter at ombudet vil ha alt for 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, hjemmesykepleien og i hjemmetjenesten, og andre arenaer der det vil være hensiktsmessig å komme i kontakt med eldre mennesker.

3.4 Oppsøkende forebyggende hjemme-sykepleie

Nyere forskning viser at forebyggende hjemmebesøk av fagpersonell kan hjelpe hjemmeboende eldre med å bevare livskvalitet og helse. Forfall og avhengighet kan reduseres eller utsettes for den enkelte innbygger, og liggedøgn i sykehus og sykehjem reduseres. Det beste eksempel i denne 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 innleggelse i sykehus og redusert dødelighet. Flere kontrollerte forsøk er utført, og i Danmark ble en egen «Lov om forebyggende hjemmebesøk til eldre» vedtatt i 1995. De danske kommuner plikter nå å tilby forebyggende hjemmebesøk til alle innbyggere som er fylt 75 år, minst to ganger pr. år. Forslagsstillerne vil vise til Fredericia kommune i Danmark som har startet prosjektet «Længst mulig i eget liv», hvor selvhjelp og selvstendighet er nøkkelord i prosjektet. I tillegg til den pålagte oppsøkende virksomheten til eldre over 75 år har Fredericia kommune startet med egne aktivitetsgrupper for eldre over 65 år. Dette er et frivillig tilbud om aktiviteter, helsesjekk og sosialt samvær, hvor på kort tid over 1 000 personer i en kommune på 50 000 innbyggere har skaffet seg aktivitetskort. Tidlig innsats, forebygging og folkehelse er her nøkkelbegrep.

Den svenske regjering er også oppmerksom på denne utviklingen, og har initiert et større statsfinansierte forsøk med oppsøkende, forebyggende hjemmebesøk i 21 svenske kommuner.

Også i vårt land er det noen som får tilbud om forebyggende hjemmebesøk etter dansk modell, og den erfaring man har høstet er god. Tiltaket går ut på at hjemmesykepleien tilbyr alle over 80 år i kommunen som ikke har regelmessige tjenester fra hjemmebasert omsorg, et besøk én gang hvert år. I besøket gjennomfører fagpersonell et strukturert intervju, med spørsmål som vil finne truende helsesvikt, potensielle risikomoment i hjemmet, eller risikomoment i den personlige adferd hos den eldre. Når man finner noe vesentlig, så tilbys tiltak. En tilbyr tildelelse av hjelpemidler og tjenester etter vanlige rutiner, eller viser til rette vedkommende i andre etater. Videre gis det informasjon om tilbudet kommunen gir, det legges igjen brosjyre i stor skrift om dette, og en tilbyr materiell om brannsikringstiltak og om andre relevante tilbud lokalt, som frivillighetsentral og omsorgsarbeid i regi av menigheter. Den eldre blir tilbudt måling av blodtrykk, og fagarbeideren ber om lov til å registrere det en har snakket om i etatens arkiv. 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:

a. Forebygging

Vi står daglig overfor den oppgave å skulle avhjelpe og behandle sykdom, der forfall og funksjonstap har etablert seg over tid. Ofte ser vi at situasjonen hadde vært bedre, om vi hadde kommet til tidligere i forløpet eller før sykdom utviklet seg. Nyten av fore-

bygging 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. Spesielt har det i noen norske kommuner vært fokus på å forebygge fallulykker i hjemmet, et arbeid som flere steder har vist gode resultater. Noen kommuner har prøvd «Helsestasjon for eldre» – med blandet erfaring. Et viktig argument mot det tiltaket er at en ikke møter hele målgruppen. Mange mennesker kommer ikke til «helsestasjonen» og får dermed ikke utbytte av tilbudet. I Danmark ser vi at et målrettet, oppsøkende arbeid koster mindre og gir klart bedre resultat. Man finner flest friske folk, men også noen med behov for tiltak: Ukjent høyt blodtrykk, underforbruk av hjelpemiddel, feilbruk av medikament, og underforbruk av hjemmetjenester. 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. Sjekk av røykvarslere, gamle komfyrer og andre brannfarlige elementer, kan være svært hensiktsmessig i forbindelse med en slik oppsøkende virksomhet.

b. Informasjon

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

c. 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 tilbake-meldinger 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.

d. 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 brukergruppe. De eldre opplever å «bli sett», de får en økt trygghet og en bedre livskvalitet som følge av det. Å finne de få som har ukjente behov for helsetjenester, viser seg å være kostnadseffektivt for både den enkelte og fellesskapet: Man kan iverksette tiltak tidnok til å forebygge forfall og funksjonstap. Dermed reduseres menneskenes behov for behandling i institusjon. Man ser også at de som har tatt imot forebyggende besøk, lettere tar kontakt i et sykdomsforløp, og får tidligere vurdert sine behov for nødvendig helsehjelp. Terskelen mellom hjemmeboende eldre og hjelpeapparatet er redusert etter forebyggende besøk. En vil videre tro at det helsepersonell som går på forebyggende besøk, etter hvert får skjerpet sitt blikk for de øvrige situasjoner som kaller på informasjon og forebygging. Kostnadene med å gjennomføre tiltaket er små, i Danmark normert til to timer 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 glede av det forskningsarbeid som drives i Danmark og Sverige. Forslagsstillerne fremmer for-

slag om å ta oppsøkende, forebyggende hjemmesykepleie inn i lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene, 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 forebyggende 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.

3.5 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 bokstav e der det heter:

«De sosiale tjenester skal omfatte lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.»

Dette betyr at kommunene har et ansvar for at det skal finnes et slikt tilbud i hver enkelt kommune.

I Rundskriv I-42/98 - Omsorgslønn - står følgende:

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

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

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

Det påpekes imidlertid at også andre hensyn kan være relevante og at de momentene som er nevnt ikke

er vilkår for omsorgslønn. 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, kjønnsmessig helhetsvurdering der omsorgslønn blir sett i sammenheng med andre pleie- og omsorgstjenester. Det er altså kommunen som avgjør hvor mange timer med omsorg det skal ytes lønn for, og hvor høy time-lønnen skal være. I rundskrivet vises det til at mange kommuner benytter det laveste lønnstrinnet for hjelpepleier, og at departementet råder den enkelte kommune til å yte høyere lønn dersom det er grunn til det, f.eks. når omsorgsyteren har relevant bakgrunn for å utføre omsorgsarbeid.

For å utføre omsorgsarbeid kan tjenesteyteren motta pensjonspoeng i folketrygden tilsvarende en inntekt på 4,5 G (grunnbeløpet = kr 75 641 i 2010). 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 Framskrittspartiets medlemmer sammen med Senterpartiets og Kristelig Folkepartis medlemmer i sosialkomiteen, 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. Forslagsstillerne primære standpunkt er imidlertid statlig overtakelse av ansvaret for sosiale ytelser, og en betaling av utgifter der pengene følger den enkelte bruker. Forslagsstillerne har mer-

ket seg at svært mange av klagesakene som behandles hos fylkesmennene gjelder omsorgslønn. Forslagsstillerne finner dagens ordning lite tilfredsstillende, og mener at tilbudet om å kunne motta omsorg fra nær familie og slektninger bør være tilnærmet likt over hele landet. At tilbudet skal være tilnærmet likt, baseres på de faktiske, relevante levekostnader i de forskjellige deler av landet, og innebærer en differensiering av satsene i overensstemmelse med levekostnadene. 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.

3.6 Trygghetsalarm

Da St.meld. nr. 50 (1996–1997) Handlingsplan for eldreomsorg, ble behandlet, ble det fremmet forslag til en fireårig 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 hjemmesykepleien 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 medisinsutgifter, utgifter til hjelpemidler og de

får bostøtte. Kommunene skal være forpliktet til å sette inn hjemmesykepleie 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. I enkelte kommuner er det også begrenset kapasitet på sentralene slik at det etableres ventelister. Personer som har sterkt behov for trygghetsalarm må da i praksis vente på at en annen person som har trygghetsalarm skal dø slik at vedkommende kan få den ledige trygghetsalarmen. Forslagsstillerne mener dette er uverdig.

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, mistro 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. Ansvaret for tildeling av trygghetsalarmer bør overføres til hjelpemiddelsentralene der kostnadene dekkes av folketrygden.

3.7 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 institusjoner 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.

3.8 Eldresentre

Forslagsstillerne viser til en enstemmig komitémerknad i Innst. S. nr. 50 (2007–2008):

«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 være hele perioden for omsorgsplanen 2015 og gå til å etablere nye eldresentre, og der det allerede eksisterer, gå til utvikling og utvidelse av tilbudet.»

Forslagsstillerne vil fremheve hvordan eldresentre 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.

3.9 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 utviklingshemming. 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.

3.10 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. Forslagsstillerne vil igjen vise til prosjektet «Længre i eget

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

3.11 Ernæring

Forslagsstillerne har merket seg at det er påvist at mellom 10 og 60 pst. av pasientene i sykehus og beboere i sykehjem er underernærte, og at underernæring og feilernæring også forekommer blant eldre hjemmeboende. Forslagsstillerne har tidligere pekt på at det i Sverige har vært satset bevisst på bruk av personer med ernæringsfaglig kompetanse. Overført til norske forhold, kan det vises til at dette ville gi en kostnadsbesparelse på 800 mill. kroner i året ved å forebygge og behandle underernæring.

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

3.12 Tannhelse

Forslagsstillerne har merket seg at stadig flere eldre har sine egne tenner når de kommer på sykehjem eller har behov for hjemmesykepleie. Det er også dessverre et faktum at tannhelsen til disse pasientene forverres meget raskt både som en følge av medisiner, men også som en følge av manglende tannstell og munnhygiene. Disse pasientene har i dag rett til hjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvaret for. Forslagsstillerne viser til at mange av disse pasientene i en årrekke har gått til sin egen faste tannlege til kontroll 1–2 ganger i året. Etter at pasientene kommer under den offentlige tannhelsetjenesten sitt ansvar så går gjerne kontrollhyppigheten ned, mens den burde vært økt på grunn av medisinsk tilstand og som følge av øvrig behandling. Forslagsstillerne viser også til at syke-

hjemspasienter må betale så stor andel av trygden sin til det offentlige at det er umulig for dem å fortsette hos sin primærtannlege selv om de skulle ønske det. Forslagsstillerne viser også til at en slik kontinuitet hos den behandleren pasienten har stor tiltro til og som kjenner pasienten godt, forutsetter at vedkommende tannlege har avtale med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

3.13 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 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 trygghetssalarmer dekkes av folketrygden og tildeles gjennom hjelpemiddelsentralen.
- Gjennomgang av regelverket for refusjonsordningene for fysioterapeuter, med den hensikt å lage et enhetlig regelverk.
- Driftstilskudd til eldrecentre.
- Refusjon for utgifter til tannbehandling hos fast tannlege.

4. Lengst mulig i eget liv

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

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

I Fredericia kommune i Danmark har de tatt denne utfordringen på alvor og startet prosjektet «Lengst mulig i eget liv». Prosjektets visjon er å ha en kommune med aktive og ressurssterke eldre som gjennom forebygging, rehabilitering, teknologi og sosiale nettverk er lengst mulig i sitt eget liv. De har

foretatt et paradigmeskifte når det gjelder tilnærming til pasienter med ulike hjelpebehov. Tidligere ga man hjelp ut fra det brukeren etterspurte og som denne mente å ha krav på, og før hjelpebehovet vokste ble hjelpen øket. Til slutt var brukerne så hjelpetrengende at de trengte en sykehjemsplass. Nå «bombarder» kommunen nye brukere med besøk i en kort periode. Tittelen hjemmehjelp er skiftet ut med hjemmetrener. De kan komme opp til sju ganger om dagen, men det gis minst mulig kompensierende hjelp. Hjemmetreneren ser etter muligheter til å trene opp gamle ferdigheter. De arbeider med «hendene på ryggen» og veileder brukeren. På den måten går en fra avhengighet til selvhjulpnehet. Gjennom proaktiv, tidlig innsats med fokus på rehabilitering og forebygging og ved å dreie fra behandling til tidlig oppsporing, med endret fokus fra begrensninger til ressurser, har Fredericia kommune oppnådd oppsiktsvekkende gode resultater. 444 nye brukere har vært gjennom et rehabiliteringsforløp. 44,8 pst. ble avsluttet som helt selvhjulpne. 39,9 pst. ble avsluttet med lettere hjelp enn det de etterspurte. Hele 84,7 pst. har altså fått bedre livskvalitet og det liv de ønsker å gjenoppta. Prosjektet karakteriseres som en vinn-vinn-vinn-situasjon. Det gir glade og tilfredse borgere med økt livskvalitet, stolte medarbeidere med lavere sykefravær og økonomisk gevinst for kommunen. Det ble også foretatt en gjennomgang av brukere som allerede mottok hjelp fra kommunen. Hele 37 pst. ble vurdert til å ha et rehabiliteringspotensiale. 35 pasienter deltok i programmet. 11 av disse pasientene ble helt selvhjulpne og 20 hadde i ettertid bruk for vesentlig mindre hjelp.

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

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

5. 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 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?

5.1 Forutsigbarhet for offentlige/ideelle/private tjenestetilbydere

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

Forslagsstillerne mener at valgfrihet er en av de grunnleggende friheter og har på denne bakgrunn lagt vekt på å legge til rette for fritt sykehusvalg og fritt sykehjemvalg. En vil vise til at det var et samspill mellom offentlige og private leverandører som sikret full barnehagedekning. Forslagsstillerne er positive til at regjeringen nå endelig har gjort det Framskrittspartiet har foreslått en rekke ganger, ved å åpne

opp for at private også kan bygge omsorgsboliger og sykehjemsplasser med tilskudd gjennom Husbanken så lenge en kommune står bak.

5.2 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 helsepersonell som kan gi dem den hjelpen de trenger. En del kommuner har klart å bygge opp eldreomsorgen med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet, i andre kommuner er det stor svikt i tilbudet til de eldre pleietrengende. 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 mye helsepersonell tilgjengelig som beboerne på de dårligst bemannede sykehjemmene. En rapport som Telemarkforskning nylig har utarbeidet for KS viser at ansatte med kompetanse som fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre med høyere utdanning gir høyere kvalitet og lavere kostnader i eldreomsorgen. I primærhelsetjenesten i dag er det i gjennomsnitt 30 pst. ufaglærte og på enkelte institusjoner hele 80 pst. ufaglært arbeidskraft, noe forslagsstillerne mener er urovekkende med hensyn til pasientsikkerheten.

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

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

Forslagsstillerne viser også til regjeringens uttalte målsetting om at det skal være under 10 pst. ufaglærte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

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, sykmeldinger og utstøting fra arbeidet, og det forsterker

rekrutteringssvikten til pleieyrkene generelt, og eldreomsorgen spesielt. Sykehjemsbeboerne er gjennomgående sterkt pleie- og omsorgstrengende, og de fleste har et stort og sammensatt sykdomsbilde, ofte så mange som 5–6 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 sykepleiere og annet helsefaglig personell, uansett om sykehjemmet drives i en bydel, i en liten landkommune eller i et industrisamfunn. Den kommunale økonomien og de lokale politiske prioriteringene er i stor grad avgjørende for nivået og kvaliteten i eldreomsorgen. 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 sykehjemsbeboere. En slik godkjenningssfunksjon vil også kunne gi direktoratet en bedre oversikt over sykehjemstjenestene, og styrke deres veilederkompetanse og -funksjon når det gjelder andre spørsmål som kompetanseutvikling, rekruttering, organisering mv. Bemanningssnormene bør omfatte både antall sykepleiere, leger, samt annet pleiepersonell som blant annet helsefagarbeidere, aktivitetører 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 forslagsstillerens syn økes kraftig, særlig sett i lys av at dette er en av de viktigste faktorene for å skape trygghet blant brukere og pårørende.

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

5.3 Nye sykehjemsplasser

Forslagsstillerne viser til den demografiske utviklingen som er referert tidligere i representantforslaget, og behovet for nye sykehjemsplasser som en følge av dette. Videre vises det til at i snart 20 år har til sammen ni helseministre lovet enerom til alle eldre som vil ha det. Men fortsatt er det 2 500 plasser i dobbeltrom på norske sykehjem. Forslagsstillerne mener det er uverdige å tvinge eldre pleietrengende til å dele rom med vilt fremmede mennesker ofte mot deres vilje. Forslagsstillerne mener det er uriktig av kommunen å kreve fullt vederlag av begge pasientene som presses til å dele rom og at de bør få en vesentlig reduksjon i vederlaget de skal betale. Slik kan en også unngå at kommuner spekulerer i fortetting gjennom å gjøre om enerom til dobbeltrom.

TV2 kunne for en tid tilbake avsløre at 3 500 personer ventet på sykehjemsplass her i landet. Et tall som trolig er mye høyere siden kommuner ikke har anledning til å føre ventelister.

Videre vises det til at det foregår en «fortetting» ved sykehjemmene hvor enerom gjøres om til to-sengsrom, og i tillegg foregår det en storstilt avhjemling av sykehjemsplasser som omgjøres til omsorgsboliger.

Forslagsstillerne viser til at Fremskrittspartiet flere ganger har foreslått en betydelig økning av investeringstilskuddet for bygging av nye sykehjemsplasser. Senest under behandlingen av statsbudsjettet for 2011 ble det foreslått å øke maksimalt tilskudd fra 666 600 kroner til 1,3 mill. kroner pr. sykehjemsplass. Totalt ville Fremskrittspartiet bevilge 1,5 mrd. kroner mer enn regjeringen til dette formål.

I tillegg foreslo Fremskrittspartiet å bevilge et øremerket driftstilskudd til sykehjemsplasser på 2 mrd. kroner totalt, jf. Innst 3 S (2010–2011). Forslagsstillerne vil påpeke at et slikt økt driftstilskudd ville medføre økt kvalitet, styrket grunnbemanning og at flere deltidsansatte hadde fått økte stillingshjemler. Selv om behovet åpenbart var til stede, valgte regjeringspartiene underlig nok å stemme ned Fremskrittspartiets forslag til styrking av eldreomsorgen. På bakgrunn av dette synes forslagsstillerne at det er et skritt i riktig retning at regjeringen gjennom Prop. 65 S (2010–2011) foreslår en økning av tilsagnsfullmakten og dermed styrker investeringstilskuddet til omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Det er positivt at regjeringen gir tilskuddene tilbakevirkende kraft fra 2008, noe som fører til at satsen for sykehjemsplasser tilsvarer det Fremskrittspartiet foreslo i sitt alternative statsbudsjett for 2008.

Forslagsstillerne viser til at det trolig er behov for rundt 14 000 nye sykehjemsplasser innen 2015 og at regjeringens målsetting om 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser i denne sammenheng trolig er for lav, samtidig som vridningen av boform vil føre til at mange ikke vil kunne få sitt tilbud på beste effektive omsorgsnivå.

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 «svingdørspasienter» 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 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.

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

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

I samhandlingsmeldingen fra regjeringen defineres samhandling slik:

«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til *oppgavefordeling* seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»

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

Forslagsstillerne vil også vise til at det er svake grupper i samfunnet med spesielle behov som trenger pleie og omsorg i alderdommen på lik linje med andre eldre. Dette gjelder blant annet eldre med rusproblemer. Oslo kommune og Stavanger kommune har blant annet opprettet egne spesialplasser på sykehjem for eldre som har et rusmisbruk og har behov for langtidsopphold på sykehjem. Spesialplassene på henholdsvis Stovnerskogen og Stokka sykehjem er viktig for å gi et spesialtilbud til personer med rusmisbruk som gir dem økt verdighet, stabilitet og stor grad av forutsigbarhet. Forslagsstillerne ser positivt på slike typer spesialplasser for eldre med spesielle utfordringer.

5.4 Bruk av midlertidige sykehjemsplasser

I det nåværende systemet opplever mange kommuner at behovet for sykehjemsplasser av ulike typer 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 når det gjelder ulike typer 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 forslagsstillerens 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.

Forslagsstillerne vil i denne forbindelse også vise til sine forslag i forbindelse med behandling av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), hvor det blant annet ble foreslått å innføre fritt sykehjemvalg. Gjennom en slik valgfrihet for pasienten vil det også være attraktivt å legge til rette for sykehjemsplasser av god kvalitet for tilbyderne av disse tjenestene.

5.5 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.

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

Det skal understrekes at det er utfordrende å gi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose. Så langt det er mulig, er det ønskelig å benytte medisinske tiltak for å oppnå bedring, men det kan også være betenkelig å overbehandle en pasient som bare har da-

ger eller uker igjen å leve. Livsforlengende behandling og smertelindring vil være alternativet der helbredende behandling ikke er mulig. Det er viktig å understreke at disse pasientene har behov for mer eller mindre kontinuerlig oppfølging, og helsehjelpen må derfor være tilgjengelig uansett hvor pasienten befinner seg. Det må være langt enklere å kunne kombinere hjemmetid og institusjonstid for disse pasientene enn det vi ser i dag.

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

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

5.6 Intermediære avdelinger – kommunale beredskapsavdelinger

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. Olavs Hospitals bruk av intermediær avdeling ved Søbstad sykehjem i Trondheim, hvor pasienter som er utskrivningsklare, men heller ikke i stand til å flytte til et ordinært sykehjem, får et tilbud.

I Fagbladet 20. mars 2006 kan en 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 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, og at finansieringsansvaret må ligge hos staten. Forslagsstillerne vil vise til at det har vært flere gode forsøk med intermediære avdelinger som har strandet grunnet uavklarte økonomiske forhold. Forslagsstillerne vil også påpeke at

det er naturlig å se de intermediære avdelingene i sammenheng med planene i samhandlingsreformen om å åpne muligheten for direkte innskriving av pasienter i kommunal institusjon.

5.7 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.

6. Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen så raskt som mulig og senest ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2013, flytte finansieringsansvaret for eldreomsorgen fra kommunene til staten gjennom folketrygden.
2. Stortinget ber regjeringen legge frem sak om innføring av fritt brukervalg for alle pleie- og omsorgstjenester, slik at pengene følger brukeren.
3. Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak som sikrer at særlig ressurskrevende tjenestemottakere ikke får forringet sitt tjenestetilbud som følge av at de har fylt 67 år.
4. Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak om å implementere RAI/RUG-systemet for betaling i institusjonsomsorgen.
5. Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak som gir en klar definisjon av hva som ligger i begrepet heldøgns pleie- og omsorgstilbud.
6. Stortinget ber regjeringen vurdere om det skal innføres andre begrensninger i vederlagsforskriften med hensyn til vederlagsgrunnlaget for eksempel gjennom innføring av et maksimumsbeløp.
7. Stortinget ber regjeringen utrede utvidelse av blåreseptordningen til også å omfatte institusjonsopphold.
8. Stortinget ber regjeringen senest ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2012, innføre en ordning der brukere, med dokumentert behov, som

- ikke får tilbud om sykehjemsplass, får kr 1 000 pr. dag av kommunene for å kjøpe andre tjenester inntil det innvilges sykehjemsplass.
9. Stortinget ber regjeringen endre fribeløpet i vederlagsforskriften til 25 pst. av G.
 10. Stortinget ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget om en satsing på IKT og øvrige teknologiske løsninger i helsetjenesten, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2012.
 11. Stortinget ber regjeringen legge frem forslag til lovfesting av retten til sykehjemsplass (relevant omsorgstiltak) ved medisinsk faglig dokumentert behov.
 12. Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak om å opprette egne statlige eldreombud.
 13. Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om endring i lov om helsetjenesten i kommunene slik at det innføres pålegg om gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk hos personer som er over 75 år som ønsker et slikt tiltak.
 14. Stortinget ber regjeringen legge frem sak om å innføre bindende, normerte satser og kriterier for omsorgslønn.
 15. Stortinget ber regjeringen legge frem sak om å overføre finansieringsansvaret for trygghetsalarmer til folketrygden.
 16. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en ordning med stimulerings tiltak eller øremerkede driftstilskudd til eldresentre i Norge.
 17. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om innføring av krav til vandelsattest for personer som skal jobbe med eldre i pleie- og omsorgssektoren, etter modell fra kravet om vandelsattest for personer som jobbe i yrker som omhandler barn og personer med psykisk utviklingshemming.
 18. Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av refusjonsordningene for fysioterapi, med den hensikt å lage et enhetlig regelverk for hele landet.
 19. Stortinget ber regjeringen vurdere om det skal opprettes en tilskuddsordning som stimulerer kommunene til å knytte til seg personer med klinisk ernæringsfaglig kompetanse.
 20. Stortinget ber regjeringen sørge for ordninger som gjør det mulig for pasienter som mottar hjemmesykepleie eller sykehjemstilbud å kunne fortsette hos sin faste tannlege og at denne refunderes fra det offentlige på lik linje med det en offentlig tannhelseklinikk ville få for samme type behandling.
 21. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om egne omstillingsmidler for norske kommuner som implementerer strategien som ligger i prosjektet «Længst muligt i eget liv» som en kjenner det fra Fredericia kommune i Danmark.
 22. Stortinget ber regjeringen legge frem sak om statlige bemanningsnormer for sykehjem, både hva gjelder leger og sykepleiere.
 23. Stortinget ber regjeringen om å tillegge Helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved landets sykehjem, slik at pleietrengende sykehjemsbeboere sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted.
 24. Stortinget ber regjeringen endre vederlagsforskriften slik at eldre, pleietrengende som må dele rom i sykehjem mot sin vilje får en reduksjon på 50 pst. i den totale vederlagsbetalingen.
 25. Stortinget ber regjeringen legge frem en fremdriftsplan for hvordan en skal oppnå 25 pst. dekningsgrad innen 2015 i heldøgns pleie- og omsorgsplasser til alle eldre over 80 år som synliggjør behovet for antallet omsorgsboliger og antallet sykehjemsplasser, slik at det sikres at eldre pleietrengende får tilbud på rett omsorgsnivå.
 26. Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres minst 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene, og at det gis tilskudd til drift av disse.
 27. Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om incentiver for å øke bruken av intermediære avdelinger med statlig finansiering.

8. juni 2011

Notat fra Stortingets utredningsseksjon, datert 25. april 2007

Oppdrag:

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

Hvilke private tilbydere er det for hjemmehjelpstjenester 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 insitu-sjonsomsorgen - 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 sammenhenger 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 brukers betaling av tjenester, bortsett fra lønnskostnader som er knyttet til matombringning.

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 ivaretatt 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

Omsorgstjenster er ikke en spesiell enhet i det svenske velferdsapparatet og er således heller ikke nærmere definert, men tjenester til personer som har behov for omsorgstjenster er delt mellom samfunnets tre nivåer. På nasjonalt nivå fastsettes politiske mål gjennom lovgivning 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 lovgivning 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 tjenesteutforming.

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 satdig 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 bestil-

ler. 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 tilsvarer omsorgsnivået eller om dette skal gå direkte til omsorgsyter som selv betaler omsorgsgiver, eller utbetaler det til familiemedlemmer for den omsorgen de utøver. Det er også mulig og kombinere disse to formene.

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.

Forsikringsselskapene 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.

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

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.pamram=.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