



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 25

(2005–2006)

Mestring, muligheter og mening

Framtidas omsorgsutfordringer



OMSORGSPLAN 2015

Innhold

1	Innledning	5		
2	Sammendrag	9		
2.1	Historisk utvikling.....	9		
2.2	Dagens omsorgstilbud.....	9		
2.3	Framtidige behov	10		
2.4	Utfordringene	10		
2.5	Strategiene	11		
2.5.1	Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging	11	3.4.3	Den kulturelle spaserstokken.....19
2.5.2	Kapasitetsvekst og kompetanseheving	12	3.4.4	Mat og måltider
2.5.3	Bedre samhandling og medisinsk oppfølging	13	3.5	Partnerskap med familie og lokalsamfunn
2.5.4	Aktiv omsorg.....	13	3.5.1	Permisjonsordninger
2.5.5	Partnerskap med familie og lokalsamfunn	14	3.5.2	Håndbok til pårørende.....
3	Omsorgsplan 2015	15	3.5.3	Utbygging av frivillighetsentraler, eldresentre og forebyggende tiltak
3.1	Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging	15	3.6	Styrket rettssikkerhet.....
3.1.1	Ny avtale om kvalitetsutvikling.....	15	3.6.1	Ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold.....
3.1.2	Kommunestyret bør fastsette kvalitetskrav	15	3.6.2	Lavere egenandeler for lavinntektsgrupper
3.1.3	Omsorgsforskning	15	4	Historisk utvikling
3.1.4	Brukerstyrt personlig assistanse	15	4.1	Fattigforsorg og gjenreisning (-1965)
3.1.5	Utvidet pasientombudsordning.....	16	4.2	Den offentlige revolusjon (1965-1980).....
3.1.6	Revidert helse- og sosiallovgeving	16	4.3	Konsolidering og reorganisering (1980-1995).....
3.1.7	Styrket forvaltningskompetanse	16	4.4	Fornyelse og effektivisering (1995-2005).....
3.1.8	Planlegging	16	4.5	En nordisk modell med variasjoner
3.2	Kapasitet og kompetanseheving	16	4.6	Utviklingstrekk og utfordringer
3.2.1	Kapasitetsvekst og 10 000 årsverk.....	16	5	Dagens omsorgstilbud
3.2.2	Kompetanseløftet 2015.....	16	5.1	Dagens brukere.....
3.2.3	Fortsatt høy utdanningskapasitet	17	5.1.1	Helse og funksjonsevne.....
3.2.4	Investeringstilskudd til sykehjem og botilbud	17	5.1.2	Den samiske befolkning.....
3.3	Samhandling og medisinsk oppfølging.....	18	5.1.3	Eldre med innvandrerbakgrunn
3.3.1	Helhetlig demensplan 2015.....	18	5.1.4	Alderspensionister i utlandet
3.3.2	Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem.....	18	5.2	Familieomsorgen
3.3.3	Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling.....	18	5.3	Dagens tjeneste
3.3.4	Handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre	19	5.3.1	Utvikling i årsverk
3.3.5	Ny avtale for samhandling	19	5.3.2	Personell og kompetanse
3.3.6	Tannhelsetjenesten	19	5.3.3	Sykehjem og boliger til omsorgsformål.....
3.4	Aktiv omsorg.....	19	5.3.4	Helsehjelp
3.4.1	Klarere ansvar for aktivitet og sosiale tiltak	19	5.4	Utfordringer.....
3.4.2	Større tverrfaglig bredde	19	6	Framtidige behov
			6.1	Morgendagens brukere.....
			6.1.1	Yngre brukere
			6.1.2	Eldre brukere
			6.2	Levealder og helse
			6.3	Demens
			6.4	Kjønnsperspektivet
			6.5	De demografiske utfordringene
			6.6	Behovet for tjenester 2030-2050.....
			6.6.1	Personellbehov 2030-2050.....

6.6.2	Behov for sykehjemsplasser og omsorgsboliger 2030-2050.....	54	9.4.1	Elektronisk handling og samhandling	91
6.7	Framtidige utgifter til pleie og omsorg	55	9.5	Styrket spesialisthelsetjeneste for eldre	92
6.8	Utfordringer	56	9.6	Tannhelse.....	94
7	Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging	58	9.7	Rehabilitering	94
7.1	Samarbeid om kvalitetsutvikling.....	58	9.8	Forebyggende arbeid.....	94
7.1.1	Kvalitetskommuner	58	9.8.1	Overgrep mot eldre.....	95
7.2	Planlegging for god kvalitet	60	9.8.2	Skader og ulykker	95
7.2.1	Revidert helse- og sosiallovgivning i kommunene	62	9.8.3	Folkehelse- sosiale ulikhet.....	96
7.2.2	Utvidet pasientombudsordning.....	63	9.9	Levekår og rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming	96
7.2.3	Skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse	63	10	Aktiv omsorg	98
7.2.4	IPLOS.....	64	10.1	Kommunens ansvar	98
7.3	Sterkere brukerinnflytelse.....	64	10.2	Mat og måltider	99
7.4	Organisering og ledelse.....	66	10.3	Kultur og omsorg	100
7.4.1	Ledelse.....	66	10.4	Aktivitet	102
7.4.2	Nye turnusordninger	66	10.5	Transport for eldre og personer med funksjonsnedsettelse	103
7.5	Forskning og utvikling.....	68	11	Partnerskap med familie og lokalsamfunn	104
8	Kapasitet og kompetanse	71	11.1	Plan- og koordineringsansvar	104
8.1	Kapasitet og kompetanse tilpasset behov – 10 000 årsverk	71	11.2	Åpne sykehjem, avlastning og dagtilbud	106
8.2	Kompetanseløftet 2015.....	72	11.3	Permisjons- og kompensasjonsordninger	107
8.2.1	Langsiktig strategi.....	73	11.4	Frivillige organisasjoner og sivilsamfunn.....	108
8.2.2	Utvikling mot 2015	73	11.5	Frivillighetssentraler.....	108
8.2.3	Tiltakene i Kompetanseløftet 2015	74	11.6	Sosiale nettverk og aktivitet.....	109
8.2.4	Samarbeid om etikk	77	11.7	Eldresentre	109
8.3	Investeringer i omsorgstjenesten	78	12	Finansiering	110
8.3.1	Tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger	78	12.1	Kommunenes inntekter og utgifter	110
8.3.2	Framtidas boformer	79	12.2	Bør folketrygden finansiere omsorgstjenesten?	111
8.3.3	Tilgjengelighet og universell utforming.....	81	12.3	Brukerbetaling i omsorgstjenesten	113
9	Bedre samhandling og medisinsk oppfølging	83	12.3.1	Dagens regelverk	113
9.1	God balanse mellom sykehjem og hjemmetjenester.....	83	12.3.2	Ulike regler	114
9.2	Medisinsk oppfølging i kommunene	85	12.3.3	Vurdering av skjermingsbestemmelsene for kommunale egenandeler	114
9.2.1	Nasjonalt standard for legetjenesten i sykehjem	85	13	Økonomiske og administrative konsekvenser	116
9.3	Helhetlig demensplan 2015.....	86	Litteraturliste	117	
9.3.1	Tiltak for en styrket demensomsorg	87			
9.3.2	Styrket rettsvern	89			
9.4	Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	89			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 25

(2005–2006)

Mestring, muligheter og mening

Framtidas omsorgsutfordringer

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 22. september 2006,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Innledning

Framtidas omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i fokus i denne meldingen. De siste 20 årene har tjenestene gjennomgått flere store reformer som har berørt både eldreomsorgen og brukergrupper med ulike typer funksjonshemninger. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ble det tatt et krafttak både for å øke kapasiteten og ruste opp kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig, i kjølvannet av reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplanen for psykisk helse, er tallet på yngre brukere av de kommunale omsorgstjenestene nær fordoblet de siste ti år.

Med denne meldingen vil regjeringen gi en oversikt over de framtidige hovedutfordringene og fastlegge både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. De nye brukergruppene stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse, og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet. Den største behovsveksten kommer imidlertid først om 15-20 år, og regjeringen ser det derfor som spesielt viktig å utnytte perioden fram mot 2020 til å forberede og gjennomføre en gradvis utbygging av tjenestetilbudet – særlig i forhold til utdanning og rekruttering av helse- og sosialpersonell og

investeringer i bygningsmasse og teknologi. Dette gir muligheter for å gjøre investeringer som både kan redusere behovsveksten gjennom forebyggende tiltak og effektivisere driften gjennom et langsiktig utviklingsarbeid, med fokus på kompetanse, organisasjon og ledelse. Meldingen konsentrerer seg derfor først og fremst om perioden fram til 2015, men har et tidsperspektiv helt fram mot 2050. For å forankre dette historisk trekker meldingen opp utviklingslinjene 50 år tilbake i tid.

Meldingens tiltak oppsummeres i Omsorgsplan 2015. Regjeringen vil på denne måten sette aktuelle omsorgspolitiske spørsmål inn i et langsiktig perspektiv og sikre at de langsiktige mål og strategier blir fulgt av handlekraftige og konkrete tiltak. Regjeringen har tatt nytt grep i forhold til kommuneøkonomien og styrket de frie inntektene betydelig i løpet av 2006 og 2007. Dette legger blant annet til rette for at den kommunale omsorgstjenesten ut fra nivået i 2004 kan styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Styrkingen av kommuneøkonomien følges opp med konkrete tiltak for kompetanseheving og kvalitetsutvikling.

Rettslig er omsorgsbegrepet benyttet både i

kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, og barneverntjenesteloven. I denne meldingen blir omsorgstjenesten i hovedsak brukt som en samlebetegnelse for ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem, med støtte fra allmennlegetjenesten og den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten. I denne definisjonen ligger det også en forutsetning om at tjenestene skal sikre brukerne innflytelse over tjenestetilbudet og at de skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

Trygghet i fellesskapet

Regjeringen vil føre en politikk som bygger på fellesskapsløsninger og ønsker ikke en kommersialisering av helse- og sosialtjenestene. Regjeringen vil derfor styrke det offentliges ansvar og rolle i forhold til velferdsoppgavene og samtidig støtte og tilrettelegge for frivillig engasjement og et levende sivilt samfunn. Sterke fellesskap er den beste grunnmur for den enkeltes personlige trygghet og individuelle livsutfoldelse – enten man er gammel eller ung. Disse grunnleggende verdiene skal også legges til grunn for utformingen av framtidens omsorgstjenester.

Ansvar for fellesskapet

Regjeringens mål er å skape trygghet for de som trenger det, slik at brukerne også i framtida skal være sikret et godt omsorgstilbud. Tjenestene skal så langt som mulig utformes med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og individuelle behov, uavhengig av sosial status, personlig økonomi, bosted eller boform.

Et framtidig velferdssamfunn forutsetter imidlertid at alle bidrar med sitt, og regjeringen vil derfor utfordre den enkelte innbygger til å ta et medansvar både for fellesskapets ordninger, ansvar for tilrettelegging av egen bolig og deltakelse i det sivile samfunn. Dette innebærer klare forventninger til en aktiv deltakelse, istedenfor tilbaketrekning – spesielt i forhold til en voksende seniorbefolkning med økte ressurser, både helsemessig, utdanningsmessig og økonomisk.

Familie- og velferdspolitikken må videreføre og forsterke mulighetene til å kombinere høy yrkesaktivitet med høy fødselsrate og god omsorgsevne. Likestilling og velferdspolitiske tiltak som forsterker denne sammenhengen er av avgjørende betydning for framtidens demografiske og økonomiske bæreevne, og for utfordringene knyttet til finansiering og rekruttering.

Frihet og mangfold i fellesskapet

Framtidens velferdssamfunn må sette enkeltmennesket i sentrum og legge større vekt på frihet, mangfold, brukerinnflytelse og uavhengighet. Ved utformingen av tjenestetilbudet betyr dette mer individuell tilpasning og «skreddersøm», og mindre konformitet, standardisering, «stoppeklokkeomsorg» og ferdige pakkeløsninger. Rigide og detaljerte tidsskjemaer og instruksjoner er uforenlig med en slik utvikling og kan bidra til å umyndiggjøre både brukeren og den som er ansatt for å gi hjelp. Omsorg blir til i møtet mellom den ansatte og den enkelte bruker, og vi må sikre den ansattes mulighet både til å møte brukernes uttrykte ønsker og utøve faglig skjønn.

På den annen side forutsetter lovverket at det blir fattet enkeltvedtak ved tildeling av tjenester. En av grunnene til å gjøre slike vedtak er at den som mottar hjelp skal få orientering om omfanget av hjelpen, og kan få anledning til å klage. Dette handler om grunnleggende rettssikkerhet for den enkelte.

Økt brukerinnflytelse

Reell brukerinnflytelse forutsetter at forvaltning, fagprofesjoner og behandlingsapparat er bevisst og kritisk til sin egen maktposisjon og legger myndiggjøring av brukeren til grunn for sitt arbeid. Dette innebærer at brukerne tilføres økt makt og innflytelse og i størst mulig grad settes i stand til selv å ta valg. Slik skal alle sikres muligheten til å kunne leve et mest mulig meningsfullt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap. Helse- og sosialtjenestens virksomheter og faggrupper utfordres til å klargjøre og bevisstgjøre sitt fagetiske ståsted i forhold til dette. Samtidig må både de økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler innrettes slik at brukernes stilling styrkes.

Framtidens velferdssamfunn forutsetter ikke bare myndiggjøring, men også ansvarliggjøring. Dette krever aktiv deltakelse og sterkere innflytelse fra de som mottar tjenester. Regjeringen vil stimulere til sterkere brukermedvirkning og legge til rette for en politikk som sikrer at alle brukere uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker og premisser.

Lokal forankring og internasjonalt perspektiv

Et slikt velferdssamfunn må ha en desentralisert

forankring og ha en desentralisert forvaltning som kan samarbeide tett med familie, lokalsamfunn og frivillige organisasjoner. Lokaldemokrati, nærhet og lokalkunnskap gir de beste mulighetene for å få et individuelt tilpasset tjenestetilbud og styrke brukerinnflytelse. En godt utbygd desentralisert helse- og omsorgstjeneste bidrar også til større sosial likhet i tjenestetilbudet.

Samtidig skjer det en internasjonalisering av helse- og sosialtjenestetilbudet både i forhold til rekruttering av fagpersonell, internasjonale tjenestetilbydere og større mobilitet i befolkningen. De demografiske utfordringene det internasjonale samfunnet står overfor vil også sette sitt preg på situasjonen lokalt. I møte med en slik utvikling blir det enda mer nødvendig å holde fast på og utvikle en robust og desentralisert helse- og omsorgstjeneste, som kan gi trygghet for framtidens omsorgstilbud. Lokal forankring stiller samtidig krav til en mer fleksibel utforming av tjenestetilbudet, slik at innbyggernes behov sikres når de beveger seg over kommunegrensene og oppsøker tjenestetilbud i andre land kan møtes. Dette forutsetter at kommunene utvikler et bedre samarbeid seg i mellom og trekker inn internasjonale perspektiver i sitt lokale arbeid.

Det er viktig med rammebetingelser som gir større fleksibilitet og bedre muligheter til å kunne tilby tjenestetilbud på tvers av kommunegrensene. Regjeringen har derfor lagt fram Ot. prp. nr. 95 (2005-2006) Om endringer i kommuneloven (interkommunalt samarbeid), hvor det skisseres nye lovregulerte samarbeidsmodeller.

De demografiske utfordringene er både nasjonale og transnasjonale. Økt aldring i befolkningen som vil utløse økt behov for omsorgstjenester, kan derfor ikke løses ved import av arbeidskraft. Regjeringen vil understreke at det ikke er aktuelt med en målrettet rekruttering av helse- og sosialpersonell fra utviklingsland, men vil isteden satse på tilstrekkelig innenlandsk utdanningskapasitet og egen rekruttering.

Forholdet til andre saker som sendes Stortinget

Regjeringen vil i forbindelse med St.prp. nr. 1. (2006-2007) for Helse- og omsorgsdepartementet legge fram Nasjonal helseplan. Planen skal tydeliggjøre utfordringer og stake ut kursen for helsetjenesten i årene fram til 2010. Viktige områder for planen vil bl.a. være å videreføre utviklingen av en god lokalbasert spesialisthelsetjeneste i samarbeid med kommunale tjenester. Helsetjenestene skal være forankret der bruk-

erne bor. Denne meldingen gir en helhetlig omtale av utvikling, utfordringer og tiltak for de kommunale omsorgstjenestene. For å få et overordnet og helhetlig bilde av helsetjenesten på de to forvaltningsnivåene må denne meldingen også ses i sammenheng med utfordringer og tiltak i Nasjonal helseplan.

Departementet er i gang med å vurdere forslagene i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Oppfølgingsarbeidet har vist at flere problemstillinger må utredes nærmere. Dette gjelder forholdet til annen helselovgivning, særlig pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det gjelder også forslagenes konsekvenser for helsetjenestens ulike finansieringsordninger og administrative og økonomiske konsekvenser. Dette innebærer at det må sendes ut et nytt høringsnotat fra departementet før det kan utarbeides en odelstingsproposisjon. Regjeringen har ikke konkludert endelig når det gjelder valg av framtidig lovstruktur, men har en foreløpig intensjon om å utarbeide et høringsnotat med forslag til en ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Regjeringen tar sikte på å legge fram et høringsnotat våren 2007.

Regjeringen vil høsten 2006 legge fram for Stortinget en melding om arbeid, velferd og inkludering (AVI-meldinga). Meldingen vil ta for seg inkluderingspolitikken for personer som vanskelig slipper til på arbeidsmarkedet eller er i ferd med å falle ut eller har falt ut av det.

Regjeringen arbeider også med en Stortingsmelding om seniorpolitikk, med spesiell vekt på arbeidslivet.

Regjeringen er i gang med å gjennomgå den eksisterende strategiplanen for familier med barn med nedsatt funksjonsevne. Den foreliggende planen gir en oppdatert oversikt over strategier og tiltak som er eller skal settes i gang for å bedre barnas og familienes situasjon.

Stortinget har tidligere behandlet St.meld. nr. 8 (2004-2005) Perspektivmeldingen 2004 – utfordringer og valgmuligheter for norsk økonomi, som også setter behovet for tjenestetilbud på omsorgsområdet inn i en større sammenheng. Pensjonsreformen jf. St.meld. nr. 12 (2004-2005) Pensjonsreform – trygghet for at pensjonene kommer, skal sikre et bærekraftig pensjonssystem i møte med store endringer i befolkningens alderssammensetning. I forhold til pensjonsområdet kommer hovedutfordringene om lag 10-15 år seinere på omsorgsområdet, ettersom hovedtyngden av brukerne er over 80 år.

Forøvrig vises det til behandlingen av St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene og St.meld. nr. 40

(2002-2003) Nedbygging av funksjonshekkende barrierer, som begge supplerer innholdet i denne meldingen på svært viktige områder.

2 Sammendrag

2.1 Historisk utvikling

Den moderne kommunale helse- og sosialtjenesten vokste fram på 1970-tallet, og ble tilført nye store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-årene. Kommunehelsetjenesteloven, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming står som viktige milepæler i denne utviklingen, som har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå til alle innbyggerne i kommunen uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold.

Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes av en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste som avhjelper spesialisthelsetjenesten i forhold til omsorgsoppgaver og bidrar til at familieomsorg kan kombineres med høy yrkesaktivitet. Målt i årsverksinnsats er den kommunale omsorgstjenesten i dag større enn sykehussektoren. Det er derfor av stor betydning å vurdere disse tjenestenes kapasitet og innhold i møte med framtidens omsorgsutfordringer, ikke minst i forhold til en sterkt voksende eldre befolkning.

Utviklingen av omsorgstilbudet kan nedfelles i noen viktige trekk som har bidratt til å gi disse tjenestene retning:

- Desentralisering
Fra fylke og stat til kommune: Ansvar for en rekke oppgaver er overført til kommunene fra statlig og fylkeskommunalt forvaltningsnivå.
- Integrasjon
Fra særomsorg til fellesløsninger: Det har skjedd en nedbygging av segregert særomsorg og institusjoner til fordel for integrerte hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer i nærmiljøet.
- Avinstitusjonalisering
Fra institusjon til hjemmetjenester: Grensene mellom syke- og aldershjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester viskes mer og mer ut, og ulike fagtradisjoner i den kommunale helse- og sosialtjeneste smelter sammen. Om disse utviklingstrekkene skal fortsette og om de lar seg kombinere med mulige nye utviklingstrekk knyttet til internasjonalisering

og kommersialisering, blir viktige spørsmål ved utformingen av framtidens omsorgstjenester.

2.2 Dagens omsorgstilbud

Omsorgstjenestene har i dag over 200 000 brukere, hvorav 40 000 bor i sykehjem og mer enn 160 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsboliger eller eget hjem. Tallet på brukere under 67 år er fordoblet de siste 10 år og utgjør nå 50 000. I 2005 ble det utført om lag 110 000 årsverk, halvparten i sykehjem og halvparten som hjemmetjenester og i omsorgsboliger.

Regjeringen har en målsetting om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten ut fra nivået i 2004 innen utgangen av 2009. For 2005 og 2006 samlet mener Helse- og omsorgsdepartementet og KS at et forsiktig anslag kan være 3 500 nye årsverk, noe som betyr at kommunene er godt i gang med å realisere målsettingen om 10 000 årsverk.

God omsorg oppstår i samspelet mellom personell, og mellom personell og bruker. Omsorgstjenestene står i dag overfor utfordringer knyttet til en høy andel personell uten helse- og sosialutdanning, en lav andel personell med høgskoleutdanning, høyt sykefravær, avgang til attføring eller uførepensjon, en omfattende bruk av deltidsstillinger, samt at sektoren er preget av få ledere. Utfordringene krever løsninger knyttet til både en økning av kapasiteten og en heving av kompetansen.

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Økningen i antallet yngre brukere og mangelen på sosial og kulturell aktivitet illustrerer at omsorgstjenesten er mer enn bare pleie og eldreomsorg. Dagens og morgendagens utfordringer krever økt vektlegging av tilpassede tjenester med en tverrfaglig og bred tilnærming, hvor samspelet med den enkelte bruker er i sentrum.

Undersøkelser viser at det er svakheter i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen av brukere av omsorgstjenester. Dette

gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene, herunder beboere i omsorgsboliger.

Det store antallet personer som berøres av demenssykdommene stiller personell og tjenesteapparatet overfor store utfordringer, med å planlegge og tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud. Funn fra flere undersøkelser viser at personer som utvikler symptomer på demens ofte ikke er tilstrekkelig utredet og mangler diagnose. Bare mellom en tredel og en firedel av de hjemmeboende har et tilrettelagt botilbud, og bare fire prosent av de hjemmeboende mottar et tilrettelagt dagtilbud. Pårørende bidrar til å sikre den enkelte en god omsorg, og både pårørende og brukere har et stort behov for informasjon, kunnskap, veiledning og rådgivning om demens.

2.3 Framtidige behov

Demografiske framskrivinger viser at framtidens brukere av de kommunale omsorgstjenestene vil bli flere. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er personer under 67 år. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidens brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere, som alle vil kreve et mer mangfoldig tjenestetilbud. Framtidens eldre vil både ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til og forvente å kunne bestemme over egen tilværelse.

Sammenlignet med andre land er Norge i en relativt sett gunstig situasjon, ettersom effektene av de demografiske endringene er mindre dramatiske. Tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år. Den sterkeste tilveksten skjer først fra rundt 2020. I forhold til veksten i tallet på eldre, blir det færre i yrkesaktiv alder og færre middelaldrende til å yte omsorg for et økende antall eldre. Dette gir utfordringer både i forhold til verdiskapning, rekruttering og familieomsorg.

Den største delen av omsorgstjenestenes brukere er kvinner. Alderdommens helseproblemer bør derfor vurderes og ses i et kvinneperspektiv. Sosial utjevning og tiltak for å bedre hverdagen for eldre kvinner vil være svært viktig.

Sterk vekst i de offentlige omsorgstjenestene har fram til i dag ikke ført til reduksjon av fami-

lieomsorgen. Lite tyder på at en velutbygd velferdsstat og trenden med økt individualisering vil føre til at omsorgsrelasjoner i familien forvitrer. For barn og unge er foreldre og søsken de viktigste omsorgspersonene. For eldre er det ektefelle og barn. Tradisjonelt har dette vært kvinner, men i de senere år har menn blitt mer aktive. Det største potensialet for framtidens familieomsorg ligger i likestilling og økt deltakelse fra menn.

De sosiale velferds- og trygghetsordningene kan ikke bare ses som en utgiftspost. De bidrar til sosial likhet og økonomisk stabilitet, og de er viktige både ut fra et fordelingsperspektiv og et verdiskapningsperspektiv.

Statistisk Sentralbyrå har foretatt framskrivinger av utgiftene til pleie- og omsorgssektoren, som andel av BNP basert på demografiske endringer, der familieomsorgen holdes konstant. Framskrivningen viser at lønnskostnadene i pleie- og omsorgssektoren vil øke fra 3,1 prosent av BNP i 2005 til 3,8 prosent i 2025 og 6,1 prosent i 2050, under forutsetning av at perioden med nedsett funksjonsevne på slutten av livet er uendret og utsettes ved forlenget levealder.

Til sammenligning viste beregninger fra Pensjonskommissjonen (NOU 2004:1 Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida) at utgiftene til alderspensjoner var på 4,5 prosent av BNP i 2000, men ville stige til om lag 12 prosent i 2050 med Pensjonskommissjonens forslag til en modernisert folketrygd. De finansielle utfordringene er med andre ord betydelig større og kommer tidligere på pensjonsfeltet enn på omsorgsfeltet. Samlet utgjør dette en av de største utfordringene samfunnet står overfor.

Noen av de strategier og tiltak som er foreslått i denne meldinga vil kunne dempe utgiftene til omsorgssektoren over tid, men vil også øke dem på kort sikt. De kan derfor betraktes som en investering som foretas i en forholdsvis stabil periode de neste 15 årene, hvor avkastningen vil komme i den kraftige vekstperioden fra 2020 og framover.

2.4 Utfordringene

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokalsam-

funn, organisasjoner og virksomheter. Så langt vi kan se i dag vil utfordringene først og fremst være knyttet til:

Nye brukergrupper

Sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.

Aldring

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. Utfordringenes omfang må likevel ses i lys av at den nye eldre generasjonen har bedre helse og mer ressurser i form av høyere utdanning og bedre økonomi å møte og mestre alderdommen med.

Knapphet på omsorgsytere

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. En stabil familieomsorg innebærer at det offentlige må ta hele den forventede behovsveksten, og forutsetter en lokalt forankret omsorgstjeneste i et tettere samspill med familie, frivillige og lokalsamfunn.

Medisinsk oppfølging

Det er behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Aktiv omsorg

De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakheter med dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gi en mer aktiv profil.

2.5 Strategiene

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020. Enkelte kommuner vil møte de demografiske utfordringer tidligere enn dette. Allerede nå er det mulig å begynne en gradvis utbygging og foreta investeringer i forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler, boliger og anlegg.

Regjeringen har på denne bakgrunn utformet en Omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015 som er oppsummert i kapittel 3, basert på fem langsiktige strategier for framtidens omsorgstjenester:

2.5.1 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.

Det er viktig at økonomiske og juridiske rammebetingelser og planforutsetninger er forutsigbare, og at omsorgstjenestene fortsatt ses som en del av hele den kommunale virksomhet.

Kvalitetsavtale

Regjeringen og KS er blitt enige om en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Partene er enige om de hovedstrategier som er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer, og legger vekt på tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiv omsorgsprofil.

Forsknings- og utviklingsarbeid

Sett i forhold til omsorgstjenestenes størrelse og omfattende virksomhet, er det gjort svært lite forskning på feltet. Regjeringen ser det derfor som en sentral oppgave å styrke forsknings- og

utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenestene og eldreomsorgen for å få:

- bedre kunnskapsgrunnlag for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestetilbudet
- økt kunnskap om brukernes bakgrunn, preferanser, levekår og helse til bruk i utvikling av nye metoder i forebygging og behandling
- heve omsorgstjenestenes status og skape faglig interesse for pasientgrupper med lav prioritet
- styrke kunnskapsgrunnlaget i helse- og sosialfagutdanningene og heve kompetansen i sektoren

Styrket lederfunksjon og bedre organisering

Regjeringen vil understreke betydningen av å ha en lokalt og demokratisk forankret omsorgstjeneste som gir god ressursutnyttelse gjennom smidig tilpasning til lokale forhold og behov og tett samspill med lokalsamfunnet, og hvor prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten styres av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå.

Det ligger gode muligheter til kvalitetsforbedring gjennom å ta ut potensialet som ligger i organisasjons- og ledelsesutvikling, kompetanseheving og ny teknologi. Dette er imidlertid et langsiktig utviklingsarbeid som både krever investeringer og omstillingsevne.

Sektoren har svært få ledere sammenlignet med annen virksomhet, men yter sine tjenester døgnet rundt hele uka hele året gjennom. Undersøkelser viser at nært lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker er avgjørende for både arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse, spesielt i en virksomhet som dette. Å styrke lederfunksjonene i sektoren blir derfor en sentral oppgave.

Styrket brukerinnflytelse

Større valgfrihet og individuell tilpasning gir bedre muligheter til å møte morgendagens samfunn preget av større mangfold både sosialt og kulturelt, og med ønske om større uavhengighet og selvbestemmelse. Den beste måten å sikre dette på, er å gi brukerne selv større makt. Sterkere brukerinnflytelse skal derfor på ulike måter gjennomsyre morgendagens omsorgstjenester.

Planlegging

Framtidas utfordringer på omsorgsområdet framstår som en av kommunesektorens aller viktigste

planleggingsoppgaver, og berører de fleste sider av morgendagens lokalsamfunn. Regjeringen vil derfor understreke betydningen av at denne planleggingen skjer som en del av det helhetlige kommuneplanarbeidet.

2.5.2 Kapasitetsvekst og kompetanseheving

Personellvekst

En av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell, først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak.

Å rekruttere nye årskull elever og studenter til mangeårig utdanning er et langsiktig arbeid som best løses gjennom gradvis utbygging. Forberedelsene på dette området må starte allerede nå om vi skal kunne møte framtidens utfordringer.

Kompetanseheving

Å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er også en nødvendig forutsetning i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnyttelse. Vi vet at gode fagmiljø rekrutterer og motvirker høyt sykefravær. Regjeringen ønsker derfor å heve utdanningsnivået, styrke veiledningen og gi rom for større faglig bredde gjennom å legge til rette for flere faggrupper. En slik kompetansestrategi vil være av avgjørende betydning for framtidig rekruttering både av kvinner og menn til framtidens tjenester. Det er grunn til å anta at sterk etterspørsel etter knappe personellressurser på dette området internasjonalt, også vil påvirke status og arbeidsvilkår for helse- og sosialpersonell, og gjøre det mer attraktivt både for menn og kvinner å ta arbeid i omsorgssektoren.

Basert på dagens utdanningskapasitet mener departementet det ligger til rette for at regjeringens mål om 10 000 nye årsverk i hovedsak kan dekket av fagutdannet personell, og at den høye andelen ansatte uten fagutdanning kan reduseres allerede fram mot 2009.

Investeringer i omsorgstjenesten

Regjeringen har som utgangspunkt at det lønner seg å investere i god tilrettelegging av bygninger og botilbud, og at dette er et viktig satsingsområde i perioden før veksten i behov setter inn. Regjeringens strategi legger opp til større ansvar for tilrettelegging av egen bolig og mer langsiktig-

het i vedlikehold og investeringer. Dagens bygningsmasse må også vedlikeholdes og fornyes kontinuerlig. For å gi økonomisk forutsigbarhet og stimulere til nødvendig utbygging av flere sykehjemsplasser og botilbud, varsler regjeringen et nytt investeringstilskudd til slike formål.

2.5.3 Bedre samhandling og medisinsk oppfølging

Både spesialisthelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene har fått økte utfordringer og oppgaver de siste årene. Utfordringene er særlig knyttet til pasienter som trenger langvarig oppfølging og tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten. For å møte disse pasientgruppens behov trengs det en langsiktig strategi som sikrer bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging både fra spesialisthelsetjenesten og den lokale omsorgstjenesten.

God balanse i tjenestetilbudet

En av de viktigste organisatoriske grep for å få bedre ressursutnyttelse er å få til en optimal balanse mellom sykehjem, omsorgsboliger, dagtilbud og hjemmetjenester. Bruk av IKT, smarthusløsninger, telemedisin og ny omsorgsteknologi kan også bidra til å hindre institusjonalisering, gi brukerne større uavhengighet av hjelpeapparatet og et bedre lokalt medisinsk tilbud. Samtidig kan de ansatte få bruke mer av sin tid på de primære omsorgsoppgavene og mindre til transport, administrasjon, tilsyn og tunge løft.

Sammenhengende kjede

Brukerne er avhengige av at den kommunale omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandling-kjede. Dersom den kommunale omsorgstjenesten skal klare å ivareta nye og krevende oppgaver trenger den omfattende støtte fra spesialisttjenesten særlig i forhold til:

- utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser
- løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat
- kompetansebase for veiledning og opplæring av lokalt helse- og sosialpersonell

De nærmeste årene er det en klar målsetting å bygge ut spesialisthelsetjenestens støttefunksjoner til omsorgstjenestens pasienter og sette samhandling i system. Regjeringen vil også bidra til å

forsterke en positiv utvikling i legedekning i kommunehelsetjenesten, og sikre at dette fører til en styrking av det medisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere både i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie.

Fokus på demens

Demens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever mest ressurser av den kommunale omsorgstjenesten. Sykdommen framstår oftest i kombinasjon med andre lidelser og funksjonstap, og gir et sammensatt sykdomsbilde.

I et slikt perspektiv bør demens settes øverst på omsorgstjenestenes prioriteringsliste både i forhold til forskning og behandling. Demensutfordringen vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten på tiltak og tjenestetilbud i årene som kommer. Det blir i en slik sammenheng viktig å styrke hele tiltakskjeden fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende til spesialisthelsetjenestetilbud.

2.5.4 Aktiv omsorg

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. Regjeringen ønsker derfor å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud.

Aktiv omsorg

Sosialtjenestelovens hovedformål er blant annet å «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre». Morgendagens omsorgstjenester må sikre at dette formålet blir oppfylt. Dette krever større faglig bredde i omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Regjeringen vil også sikre at kommunene praktiserer sosialtjenesteloven i tråd med de forutsetninger som ligger i lovens formålsbestemmelse. Dersom brukeren etter en individuell behovsgjennomgang etter sosialtjenestelovens § 4–3 har rett til sosiale tiltak, har kommunene plikt til å tilby dette.

Mat og måltider

I mange kommuner er det stor debatt om nedlegging av små institusjonskjøkken til fordel for store industrikjøkken og ordninger for matombringning i stedet for at tillaging av middagsmat er en oppgave for hjemmetjenesten. For de fleste er måltidene også en sosial og kulturell begivenhet i hverdagslivet. Det bør det også være for omsorgstjenestens brukere, enten de bor hjemme, i omsorgsbolig eller på sykehjem. Det må derfor settes fokus på behovet for større valgfrihet og bedre kvalitet på denne delen av omsorgstjenestens virksomhet.

2.5.5 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Det ligger et stort potensiale i å utvikle bedre rammevilkår og legge forholdene bedre til rette for de som utfører frivillig omsorgsarbeid.

Omsorg og yrkesaktivitet

Regjeringen mener det er helt avgjørende å føre en politikk å på dette området som er forankret i et moderne likestillingsperspektiv der det legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner. Tallet på potensielle omsorgsytere vokser ikke i takt med tallet på eldre med behov for omsorg fram mot 2030. Derfor vil familieomsorgen i framtida utgjøre en mindre andel av den samlede omsorgen. Samtidig er det nødvendig å opprettholde høy yrkesaktivitet, både for å kunne finansiere velferdsordningene og rekruttere personell til omsorgsyrkene. Det blir derfor i enda større grad nødvendig å videreutvikle ordninger som gjør det lettere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for både barn og eldre.

Frivillighet

En sterk offentlig omsorgssektor går hånd i hånd med en omfattende og aktiv frivillig sektor i Norge. Organisasjonene gjør en betydelig innsats på omsorgsfeltet, både ved å organisere frivillige og drive institusjons- og omsorgstilbud på oppdrag og etter avtale med kommunene. De har historisk sett vært pionerer og vist vei for det som senere er blitt naturlige oppgaver for velferdssta-

ten. Dette er etter regjeringens oppfatning fortsatt en av de viktigste rollene de frivillige organisasjonene kan ha som tjenesteprodusenter. Regjeringen er opptatt av at de frivillige organisasjonene skal være i stand til å møte morgendagens utfordringer med arbeidsformer som utløser engasjement hos nye generasjoner. Både brukerorganisasjonene og de ideelle organisasjonene har en sentral rolle å spille i møte med morgendagens omsorgsutfordringer. Den tredje sektor er i forandring. Det betyr ikke at den forvitrer, den finner bare nye former.

En forebyggende strategi

Den forebyggende strategien er nødvendig for å møte en situasjon som ellers vil gi sterk behovsvekst og raske endringer i omsorgstjenesten om noen år. Forebyggende tiltak som både kan bidra til å kutte toppen av fremtidig omsorgsbehov og fordele kostnader over en relativt stabil periode de nærmeste 15 år, vil først og fremst være

- folkehelsearbeid og helseforebyggende tiltak
- investeringer i universell utforming av boliger og omgivelser for å redusere eller eliminere konsekvensene av funksjonstap
- sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap
- volds- og ulykkesforebyggende arbeid

Samfunnet bør tydeligere signalisere forventninger om aktivitet og deltakelse både fra eldre og yngre, også fra de som lever med nedsatt funksjonsevne eller er avhengige av bistand for å delta i arbeids-, kultur- eller samfunnsliv. De internasjonale prinsippene om «Active Ageing» forutsetter at eldre ikke trekker seg tilbake, men fortsatt tar del i et samfunn som involverer alle på tvers av aldersgrupper eller andre skillelinjer.

Det offentliges rolle vil først og fremst være å legge til rette for sosiale møteplasser, koordinere og stimulere til utvikling av sosiale nettverk og markere at diskriminering og segregering er uakseptabelt. Men det er først og fremst lokalsamfunnet og den enkelte som i fellesskap må ta ansvar for aktivitetene gjennom sine organisasjoner, foreninger, kulturvirksomheter og mer uformelle sosiale sammenhenger. Offentlige ordninger bør derfor utformes slik at de stimulerer til egenansvar, selvorganisering og brukerstyrte løsninger.

3 Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 oppsummerer regjeringens strategi de nærmeste ti år for å møte både dagens og framtidens omsorgsutfordringer. Omsorgsplanen bygger på meldingens fem strategiske grep som kan bli kjennetegn på framtidens omsorgstjenestetilbud, og gi planleggingen retning og innhold. Strategier og tiltak er nærmere begrunnet og beskrevet i kapittel 7 til 12, mens budsjettkonsekvensene presenteres i St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Omsorgsplan 2015 forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.

3.1 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

3.1.1 Ny avtale om kvalitetsutvikling

Regjeringen og KS er blitt enige om en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Partene er enige om de hovedstrategier som er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer og legger vekt på tverrfaglig kompetanseheving, lokalt utviklingsarbeid, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiv omsorgsprofil.

3.1.2 Kommunestyret bør fastsette kvalitetskrav

For å tydeliggjøre ansvaret for tjenestene og sikre at kvalitetskravene blir gjenstand for politisk diskusjon og behandling, bør fastsettelsen av lokale kvalitetskrav skje på politisk nivå. Etter regjeringens vurdering vil politisk behandling av kravene til kvalitet kunne styrke det systematiske kvali-

tetsutviklingsarbeidet og øke det lokale engasjementet i forhold til innholdet i omsorgstjenestene. Mange kommuner fastsetter i dag lokale serviceerklæringer gjennom politisk behandling i kommunestyret. Regjeringen vil oppfordre kommunene til å behandle kravene til kvalitet i medhold av kvalitetsforskriften på samme måte.

3.1.3 Omsorgsforskning

Regjeringen foreslår å styrke forsknings- og utviklingsarbeidet knyttet til omsorgstjenestene og eldres helse og levekår, med spesielt vekt på demens. Dette skal skje gjennom etablering av regionale FoU-sentre for omsorgsforskning, og en gradvis opptrapping av forskningsmidler. Det er et mål å styrke den praksisnære omsorgsforskningen og at dette skal skje i et nært samspill med kommunesektoren, både om innholdet i forskningen og finansieringen.

KS har gjennom den nye kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å bidra til økt kommunal deltakelse i omsorgsforskning og utviklingsarbeid. Satsingen på forskning skjer også i samarbeid med Norsk pensjonistforbund.

3.1.4 Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av tjenesten «praktisk bistand og opplæring» i sosialtjenesteloven. Ordningen ble lovfestet i 2000, og innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun rekrutterer og har arbeidslederansvaret for.

Stortinget har senest i B.innst.S. nr. 11 (2005–2006) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2006, bedt om at regjeringen kommer med et lovforslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Regjeringen vil legge fram et høringsnotat med forslag til utvidet rett til å få praktisk bistand helt eller delvis organisert som BPA.

3.1.5 Utvidet pasientombudsordning

Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke, men arbeidsområdet har til nå bare vært spesialisthelsetjenestene. Det er like sterke hensyn som taler for en ombudsordning i forhold til kommunale tjenester, som det er for spesialisthelsetjenester. Sakene er ofte sammensatte og krever en ordning som dekker begge forvaltningsnivå og samhandlingen mellom dem. Regjeringen vil derfor foreslå lovendringer slik at også brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal omfattes av ordningen med pasientombud.

3.1.6 Revidert helse- og sosiallovgivning

Som oppfølging av NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene varsles det et høringsnotat med forslag til en harmonisert sosial- og helselovgivning våren 2007.

3.1.7 Styrket forvaltningskompetanse

Regjeringen vil styrke kommunenes mulighet til å lære av hverandre og styrke egen forvaltningskompetanse i omsorgstjenestene. Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle en nettbasert erfaringsbank som støtter kommunenes arbeid med å etablere gode systemer for forvaltning og drift av omsorgstjenesten.

3.1.8 Planlegging

De store framtid utfordringene på omsorgsområdet stiller store krav til langsiktig planlegging, med vekt på forebyggende oppgaver og en gradvis utbygging. Utfordringene berører de fleste samfunnsområder, og må involvere organisasjoner og sivilt samfunn, og framstår derfor som en av kommunesektorens aller viktigste planleggingsoppgaver. Regjeringen vil ta initiativ til å sette disse utfordringene på dagsorden og vil understreke betydningen av at denne planleggingen skjer som en del av det helhetlige kommunepolarbeidet.

3.2 Kapasitet og kompetanseheving

3.2.1 Kapasitetsvekst og 10 000 årsverk

Regjeringen har gjennom økte rammer til kommunesektoren lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10 000 nye årsverk i den

kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009. Kommunene forutsettes først og fremst å benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale behov og prioriteringer. Regjeringen vil utover dette spesielt peke på mulighetene de nye personellårsverkene gir for å bidra til:

- mer omsorg i omsorgsboligene
- styrke legedekningen og den medisinske kompetansen i omsorgstjenesten
- sterkere vekt på kultur, aktivitet og sosiale tiltak
- utbygging av dagtilbud og eldresentra
- styrke demensomsorgen
- forebyggende tiltak og koordinering av frivillige

3.2.2 Kompetanseløftet 2015

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

Aksjon helsefagarbeider

Aksjon helsefagarbeider er et samarbeidsprosjekt som har til formål å etablere tilstrekkelige læreplasser i kommuner og helseforetak, samt bidra til god rekruttering til den nye helsefagarbeiderutdanningen.

Kvalifisering av personell

Tiltaket skal sikre god kompetanse i sektoren ved å kvalifisere ulike personellgrupper som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole. Dette skal skje gjennom opplæring, tilleggstudanning, fagprøve og vurdering av realkompetanse.

Rekrutteringskampanje

Gjennom en rekrutteringskampanje er målet å både rekruttere flere inn i omsorgstjenesten og å oppnå større tverrfaglighet i sektoren.

Øke andelen med høyere utdanning

Regjeringen og KS har gjennom avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å utvikle strategier for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft i sektoren, blant annet ved å øke andelen med høyskoleutdanning.

Desentraliserte høgskolestudier

For å sikre stabil dekning av høgskoleutdannet personell i distriktskommuner, er erfaringene gode med å legge til rette for desentraliserte studietilbud på høgskolenivå.

Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring

Tilbud om videreutdanning av personell gjennom fagskoleordningen er spesielt viktig for å øke kompetansen, redusere avgangen fra sektoren og bidra til rekrutteringen til helse- og sosialfag i videregående skole.

Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell

Videreutdanningstilbud innen blant annet geriatri, demens, veiledning og rehabilitering vil styrke kompetansen og bidra til å stabilisere personellsituasjonen.

Øke andelen som arbeider heltid

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruken av deltid i helse- og omsorgssektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte.

Flink med folk i første rekke

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for god ledelse og stimulere til ledelsesutvikling lokalt. Sosial- og helsedirektoratet og KS skal samarbeide om ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke.

Forbedring av arbeidsmiljø

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for godt arbeidsmiljø, for særlig å møte utfordringene knyttet til høyt sykefravær og en stigende andel som går ut av sektoren til attføring eller uførepensjon.

Undervisningssykehjem, tilbud om omsorg ved livets slutt og lindrende behandling

Satsingene på undervisningssykehjemmene, til-

budet om omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus skal videreutvikles og ses i sammenheng. Kunnskapen som de ulike prosjektene har gitt, skal spres til omsorgssektoren forøvrig.

Samarbeid om etikk

For å styrke den etiske kompetansen i omsorgstjenesten, vil regjeringen i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fagetikk, og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng. Departementet vil gjennomgå forskriften om kvalitet i omsorgstjenesten for mer eksplisitt å sikre at tjenestetilbudet som gis er basert på god etisk fagutøvelse, og at grunnleggende etiske hensyn blir ivaretatt.

3.2.3 Fortsatt høy utdanningskapasitet

Tilstrekkelig tilgang av helse- og sosialpersonell og en økning i andelen med høgskoleutdanning i årene framover, vil kreve at utdanningskapasiteten på høgskolenivå fortsatt holdes høy. Dette gjelder spesielt utdanning av sykepleiere og vernepleiere. Konkret nivå for antall studieplasser innen de enkelte utdanninger må vurderes i forhold til det enkelte års budsjett.

3.2.4 Investeringstilskudd til sykehjem og botilbud

Regjeringen varsler et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet vil legge til rette for langsiktig planlegging og investering i den kommunale omsorgstjenesten. Tilskuddet vil styrke kommunenes tilbud om blant annet korttidsplasser i sykehjem og botilbud for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne med behov for omfattende omsorgstjenester både i sykehjem og omsorgsbolig, herunder også personer med psykisk sykdom, utviklingshemming og rusproblemer. Tilskuddet skal også gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen (eksempelvis heis). Regjeringen vil komme tilbake til spørsmål om investeringstilskudd i forbindelse med statsbudsjettet for 2008.

3.3 Samhandling og medisinsk oppfølging

3.3.1 Helhetlig demensplan 2015

Helhetlig plan for en styrket demensomsorg skal vektlegge tiltak som kan gis før det blir aktuelt med et heldøgnstilbud og sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde. Det tas sikte på å presentere en helhetlig plan i løpet av 2007. I første omgang presenteres i denne meldingen konkrete tiltak som skal iverksettes i 2007:

- utvikle gode modeller for dagtilbud til personer med demens
- utvikle gode samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for utredning og diagnostikk av demens
- styrke Nasjonalforeningen for folkehelsens tilbud av veiledningsmateriell og arbeid lokalt
- spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle landets kommuner
- forberede en informasjons- og opplysningskampanje om demens
- utvikle en opplæringspakke om demens som skal tilføre spesielt ufaglært personell en grunnleggende forståelse av demensomsorg
- etablere en interaktiv erfaringsbank for pårørende og personell som jobber med personer med demens

3.3.2 Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem

For å legge til rette for en nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem mener regjeringen det er nødvendig med en felles innsats fra kommunale og statlige myndigheter. KS og regjeringen er gjennom kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten enige om dette. Resultatet avhenger av ressurser og tilstrekkelig kompetanse. Styrkingen av kommuneøkonomien og regjeringens målsetting om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten innen 2009 legger grunnlaget for en styrket legetjeneste. Konkret vises det til følgende tiltak som nå iverksettes:

- introduksjonstilskudd til kommuner som knytter sine sykehjem til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) for å styrke kvaliteten på det medisinske tilbudet som ytes i sykehjem
- spre erfaringer fra fyrtårnsprosjektene slik at flere kommuner får tilstrekkelige forutsetninger for å koble seg opp til Norsk Helsenett

- Helse- og omsorgsdepartementet vil gjøre endringer i turnusforskriften for leger slik at det stilles krav til tjeneste i sykehjem
- Helse- og omsorgsdepartementet vil i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning. Behovet for legetjenester skal vurderes og fastsettes konkret i hver enkelt kommune
- Sosial- og helsedirektoratet vil gi kommunene en faglig veileder for styrking av legetjenesten i sykehjem
- legeårsverk er innført som kvalitetsindikator i KOSTRA (KOMmune, SStat, RAPportering) for sammenligning mellom kommuner
- Statens helsetilsyn vil i 2007 ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem

Helse- og omsorgsdepartementet mener det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 prosent fram til 2010. Målsettingen vil drøftes i konsultasjonene med KS og vurderes på nytt etter at alle kommuner har vurdert sitt behov og fastlagt sin lokale norm.

Grunnutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning, forskning og fagutvikling har betydning for rekruttering av leger til det enkelte fagområde. Departementet har derfor rettet henvendelser til ulike fagmiljøer med sikte på å utvikle tiltak som kan styrke aldersmedisin generelt og sykehjemsmedisin spesielt.

3.3.3 Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling

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

Sosial- og helsedirektoratet skal gjennom tilskudd bidra til å styrke tilbudet innenfor omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus, og prioritere prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi. Tiltakene som prioriteres må ses i sammenheng med aktiviteten i undervisningssykehjemmene, hvor ett av samarbeidsprosjektene omhandler dette. Tiltakene må også ses i sammenheng med ny nasjonal kreftstrategi, hvor kompetanse og kapasitet til å følge opp pasienter i omsorgstjenesten står sentralt.

3.3.4 Handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre

Regjeringen har satt i gang et arbeid med å utarbeide en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre med prioriterte mål for perioden 2007-2015. Det skal innen 2015 være gjennomført en plan for spesialisthelsetjenester til eldre gjennom styrking av følgende seks innsatsområder:

- brukernes mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold
- tjenestetilbudet i sykehus herunder gode samhandlingstiltak med kommunene
- rekruttering av nøkkelpersonell
- økt tverrfaglig kompetanse og styrket forskning om Eldres helse og tjenestetilbud
- gjennomgå finansieringsordningene for å sikre at disse understøtter god klinisk praksis

Regjeringen vil senere komme tilbake til en konkret plan.

3.3.5 Ny avtale for samhandling

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS vil inngå en samarbeidsavtale som forankres i konsultasjonsordningen. I arbeidet med avtalen vil det bli foretatt analyser, identifisert strategier og tiltak i samsvar med samhandlingsutfordringene. Det legges til grunn at den nasjonale avtalen kan være utgangspunkt for regionale og lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner. Departementet vil i dialog med berørte aktører vurdere hvordan forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer.

3.3.6 Tannhelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med en helhetlig vurdering av hele tannhelsefeltet, herunder tannhelsetilbudet til personer som mottar omsorgstjenester. Eventuelle endringer vil kunne innebære lovendringer og budsjettmessige konsekvenser. Forslag til tiltak vil derfor bli forelagt Stortinget i en stortingsmelding.

3.4 Aktiv omsorg

3.4.1 Klarere ansvar for aktivitet og sosiale tiltak

Regjeringen vil understreke at lovgivningen gir personer med behov for omsorgstjenester rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i rundskriv presisere det kommunale ansvaret for å organisere og dimensjonere tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2, slik at tjenestemottakerne sikres et aktivt liv slik sosialtjenestelovens formålsbestemmelse forutsetter. Dette kan for eksempel være bistand til å kunne utnytte vanlige aktivitetstilbud eller utforming av særlige aktivitetstilbud som en del av tjenestetilbudet. Rundskrivet vil også presisere kommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven § 3-1 om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre personer med nedsatt funksjonsevne og andre som har behov for det. Hvordan tjenestene skal reguleres i fremtiden vil bli vurdert i arbeidet med oppfølging av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Innstillingen fra Bernt-utvalget), jf. pkt. 7.3.1 og 9.1.

3.4.2 Større tverrfaglig bredde

Sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak krever større tverrfaglig bredde i omsorgstjenesten med større rom for faggrupper som aktivtører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosialarbeidere og pedagoger. Regjeringen vil peke på de mulighetene 10 000 nye årsverk gir til å utvide omsorgstjenestens faglige repertoar.

3.4.3 Den kulturelle spaserstokken

Kulturtiltak og tilgjengelighet til kulturtilbud er et svært viktig element i en helhetlig omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og kirkedepartementet har inngått samarbeid om etablering av Den kulturelle spaserstokken. Tiltaket skal stimulere til økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgstjenesten gjennom finansiering av konkrete kulturaktiviteter. Det vil være naturlig å vurdere løsninger og erfaringer fra Den kulturelle skolesekken, for eksempel når det gjelder lokal forankring og kobling mot kommunalt nivå. Tiltaket er forankret i Kultur- og kirkedepartementet.

3.4.4 Mat og måltider

For de fleste mennesker er måltidene en sentral begivenhet i hverdagslivet. Regjeringen vil ta initiativ til forskning og brukerundersøkelser for å evaluere erfaringene med ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning, ombringing og servering av mat i omsorgstjenesten, og både sette fokus på kostholdet og måltidets sosiale, kulturelle og ernæringsmessige betydning. Sosial- og helsedirektoratet vil komme med en faglig veileder for ernæringsbehandling.

3.5 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

3.5.1 Permisjonsordninger

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har satt i gang et arbeid for å se nærmere på dagens helse- og sosiallovgivning og permisjonsreglene i arbeidslivet for å legge forholdene bedre til rette og sikre rettighetene til familie, pårørende og frivillige som påtar seg omfattende omsorgsansvar. En moderne politikk på dette området må være forankret i et moderne likestillingsperspektiv der det legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet og omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil nå se nærmere på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende med omfattende omsorgsoppgaver for andre familied medlemmer å fortsette å stå i arbeid. For både å opprettholde høy yrkesaktivitet og god omsorgsevne i familien kreves det i framtiden større fleksibilitet med bedre muligheter til å kombinere arbeid og omsorg både for barn og voksne familied medlemmer.

3.5.2 Håndbok til pårørende

Regjeringen vil utforme en håndbok (veileder) for tjenestemottaker og familie/pårørende som beskriver rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen og gi praktiske anvisninger for hvordan man kan forholde seg til omsorgstjenestens forvaltning f.eks. ved søknader, vedtak og klagebehandling. Videre vil den gi orientering om de viktigste tjenestetilbud den kommunale omsorgstje-

nesten kan gi. Regjeringen vil samtidig be kommunene sørge for tilfredsstillende opplysningsmateriell om hvordan tjenestetilbudet er organisert lokalt og hvor innbyggerne kan henvende seg med ulike spørsmål.

3.5.3 Utbygging av frivillighetssentraler, eldresentre og forebyggende tiltak

Regjeringen anbefaler kommunene å samarbeide med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner. Kultur- og kirke departementet tar sikte på en fortsatt opptrapping av antallet frivillighetssentraler de kommende år. Frivillighetssentraler, eldresentre, dagtilbud og andre tiltak som fungerer forebyggende og utløser og koordinerer frivillig innsats, kan styrkes med personell innenfor rammen av de 10 000 nye årsverkene til omsorgstjenesten.

3.6 Styrket rettssikkerhet

3.6.1 Ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette en landsdekkende kontakttelefon for eldre som er utsatt for vold. Telefonen skal gi råd og veiledning til den som henvender seg. Den konkrete organisering vil bli fulgt opp av Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg til hjelp til den enkelte og tjenesteapparatet, vil et slikt tiltak synliggjøre problemområdet. Departementet vil også vurdere om det bør innføres opplysningsplikt for helsepersonell når det gjelder overgrep mot eldre.

3.6.2 Lavere egenandeler for lavinntektsgrupper

Regjeringen vil tydeliggjøre inntektsskjermingen mot kommunale egenandeler for brukere med lav inntekt. Såfremt tjenestene dekker et hjelpebehov som gir krav på tjenester skal reglene i forskriften til sosialtjenesteloven om inntektsskjerming gjelde ved fastsetting av egenandeler. Regjeringen vil derfor i et eget rundskriv presisere at kommunene ikke kan ta betaling for trygghetsalarm eller matombringing utover inntektsskjermingen på 150 kr per måned, dersom slike tjenester ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven § 4-3.

4 Historisk utvikling

4.1 Fattigforsorg og gjenreisning (-1965)

Norge har gjennom lovgivning og utbygging av velferdstjenestene i årene etter annen verdenskrig, utviklet seg til å bli den moderne velferdsstaten vi kjenner i dag. I et historisk perspektiv er den moderne velferdsstaten svært ung. Den har også i løpet av sin korte levetid vært i endring og gjennomlevd ulike faser. Det ideologiske grunnlaget ble etablert i fattigforsorgs-samfunnet som fortsatt eksisterte i mellomkrigstiden. Økonomisk depresjon og krig førte oss over i et gjenreisningssamfunn, der det var knapphet på ressurser som kunne settes inn for å bygge ut velferdsstatens tjenester. Helt fram til 1960-tallet tok forsorgen hånd om mennesker med nedsatt funksjonsevne uten familie. Familien hadde hovedansvaret for å yte omsorg, og det var først og fremst kvinner som stod for dette arbeidet. Mødrene var ofte hjemmeværende og hadde ansvar for husarbeid og omsorg for barn og slektninger som var gamle eller syke. Bolignød og trangboddhet gjorde det fortsatt vanlig at andre familiemedlemmer bodde sammen med mor, far og oppvoksende barn.

Etter krigen sto det norske samfunnet overfor både nye og gamle problemer når det gjaldt omsorg for eldre. Antallet eldre økte, både absolutt og relativt i forhold til andre aldersgrupper, samtidig som det var få institusjonsplasser for eldre. Det var store forventninger til velferdspolitikken. Det var satt nye mål i internasjonale fora, og land det var naturlig å sammenlikne seg med, hadde tatt på seg nye forpliktelser gjennom sosialpolitikken. Den norske velferdsstaten tok også gjennom lovgivning og en gradvis utbygging av tjenester et stadig større ansvar. Men på grunn av gjenreisningen, tok det likevel tid før tjenestene ble bygd ut. De frivillige organisasjonene begynte å bygge ut eldreomsorgstilbud og samarbeidet etter hvert tett med det offentlige. I 1940 var det 476 alders- og sykehjem med om lag 13 400 plasser. I 1960 hadde antallet økt til 754 institusjoner med 22 400 plasser. Av disse institusjonene var 70 prosent kommunale (Seip 1994). I 1965 var det

organisert hjemmehjelpstjenester i nær halvparten av landets kommuner.

Stadig flere grupper av hjelpetrengende ble løftet ut av forsorgen og gjort til gjenstand for særomsorg og særlovgivning i denne perioden. Tiltak og tilbud til mennesker med funksjonsnedsettelse ble utviklet innenfor spesialiserte omsorgsmodeller, inndelt etter type og grad av funksjonsnedsettelse, som døveomsorg, blindeomsorg, vanføreomsorg osv. Majoriteten av utviklingshemmede var under forsorgen, og kom i sinnssykehus eller etter hvert i egne åndssvakehjem. Flertallet av barn med andre funksjonshemminger var i spesialskoler. Boligløsningen for mange bevegelsehemmede fortsatte å være «hjem» for hjemløse og vanføre. Omsorgen var i høy grad preget av frivillig innsats og veldedighet.

4.2 Den offentlige revolusjon (1965-1980)

På midten av 1960-tallet kom den offentlige revolusjon, først gjennom lovgivningen som deretter ble fulgt opp av en omfattende utbygging av ytelser og tjenester på 1970-tallet. Det offentlige tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrengende. Med ny lovgivning falt siste rest av det juridiske omsorgsansvaret for slektninger bort. Denne loven la sammen med Folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970, et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren. Sykehusloven av 1970 ga fylkeskommunen ansvar for å bygge ut og drive sykehjemmene. Kommunene beholdt imidlertid ansvaret for aldershjemmene, gjennom forankring i lov om sosial omsorg. En statlig refusjonsordning for sykehjemmene, der staten til å begynne med dekket 75 prosent, deretter 50 prosent av utgiftene, la et økonomisk grunnlag for den omfattende utbyggingen av sykehjem som fant sted fram til 1980-tallet. Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomhet kom i 1971. Fram til 1984 ble denne tjenesten finansiert med 75 prosent av god-

Boks 4.1 Utbyggingsperioden 1965-1980

- Årsverk i omsorgssektoren var i 1966 10 700 og økte til 39 500 i 1980.
- Hjemmesykepleien økte sin årsverksinnsats med 257 prosent, og hjemmehjelpen med 203 prosent fra 1970 til 1980.
- 13 400 hjem fikk hjemmehjelp i 1965, i 1980 fikk 98 400 hjem slik hjelp.
- Antall sykehjemsplasser økte fra 8 360 plasser i 1966 til 26 700 plasser i 1980.
- Antall aldershjemplasser gikk ned fra 16 830 i 1966 til 14 042 i 1980
- Antall boliger til omsorgsformål økte fra 6 864 i 1966 til 20 418 i 1980

Kilde: NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg

kjente utgifter over trygdebudsjettet og med 25 prosent av kommunene. Hjemmesykepleien ble forankret i lovverket ved innføring av lov om helsetjenesten i kommunene i 1984.

Allerede på 1960-tallet ble det fastslått i lovgivningen at velferdsstaten skulle være den enkeltes sikkerhetsnett. Den «offentlige revolusjon» kom imidlertid først på 1970-tallet. Målt i årsverk ble omsorgstjenestene fordoblet fra 1970 til 1980. Antallet personer som mottok hjemmetjenester, og som oppholdt seg i aldersinstitusjoner, økte kraftig i samme periode.

Den kraftige veksten i velferdsstatens tjenester skyldtes flere forhold. Økonomisk vekst la grunnlaget for at en ekspansjon var mulig. Politisk var det også et ønske om å bygge ut velferdsstaten. Kvinnene beveget seg over fra ulønnet omsorgsarbeid i familien til lønnet arbeid. Forutsetningen for den sterke veksten i yrkesaktiviteten blant kvinner fantes både på etterspørselssiden og tilbudssiden i arbeidsmarkedet. Ligestillingspolitikken på 1960-tallet bidro med ideologisk legitimering, og stadig flere kvinner ville ut i arbeidslivet. Samtidig økte etterspørselen etter arbeidskraft blant annet på grunn av en rekke reformer i helse- og sosialsektoren. Det kom samtidig en økt satsing på utdanning, samt en ideologisk og verdimeslig endring med vekt på enkeltindividets rettigheter. Velferdsstaten trengte kvinnene i utbyggingen av skole, helse og sosialt arbeid. Det voksende arbeidsmarkedet inkluderte både unge småbarnsmødre og godt voksne kvinner som var ferdig med småbarnsperioden.

4.3 Konsolidering og reorganisering (1980-1995)

Den kraftige veksten på 1970-tallet gikk over i en ny fase på 1980-tallet der ordninger og tjenestetilbud ble konsolidert. Samtidig foregikk det en omfattende reorganisering av helse- og omsorgstjenestene for å sikre bedre prioritering og ressursutnyttelse. Reorganiseringen var i perioden 1980-1995 først og fremst preget av desentralisering og samordning. Tjenestene ble desentralisert til lavest mulig forvaltningsnivå, og innovasjonsprosessen i kommunene ble styrket for å få kommunene til å se de ulike tjenestetilbudene i sammenheng.

Det ble gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål: kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og reformen for psykisk utviklingshemmede. Disse reformene førte til at kommunen fikk ansvar for et betydelig større antall brukere, som stilte helt andre krav til faglig kompetanse. Den kommunale omsorgstjenesten ble mer enn fordoblet som en følge av dette.

Kommunene fikk i denne perioden et stadig større ansvar for å yte omsorgstjenester og utvikle et mer helhetlig lokalt tjenestetilbud som bedre kunne ivareta brukernes sammensatte behov. Det var et mål at den enkelte så langt som mulig skulle få nødvendig hjelp til å bo i nærmiljøet og være et aktivt medlem av familie og lokal-

Boks 4.2 Tre reformer

Kommunehelsereformen ble gjennomført med lov om helsetjenesten i kommunene fra 1984. Reformen førte til at kommunene fikk det samlede ansvaret for all primærhelsetjeneste og ble samordnet med sosialtjenesten.

Sykehjemsreformen overførte ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå i 1988. I alt 30 000 sykehjemsplasser og 25 000 årsverk ble overført til kommunene, og samordnet med hjemmetjenesten innenfor rammene av den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i 1991 medførte nedleggning av institusjonene i det fylkeskommunale HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) og overføring av ansvaret for tjenestetilbudet til kommunene.

samfunn gjennom hele livet. De kommunale etater var nærmest brukerne og lokalmiljøet, og hadde de beste muligheter til å tilrettelegge individuelt tilpassede tjenester. Et sterkt lokaldemokrati skulle også sikre god styring og prioriteringer ut fra lokale behov.

For å bygge opp under disse målene ble det i 1986 innført et nytt system for fordeling av statlige rammetilskudd til kommuner og fylker. Det nye inntektssystemet erstattet 50 større og mindre separate tilskuddsordninger på statsbudsjettet. Formålet med det nye inntektssystemet var å gi rom for større lokal handlefrihet og legge til rette for lokale prioriteringer og tilpasse oppgavene til lokale forhold. Intensjonen var også å bidra til en mer rettferdig inntektsfordeling mellom kommuner, samt en forenkling av regelverk og administrative rutiner.

Overtakelsen av sykehjemmene i 1988 førte til at kommunene fikk større mulighet til å se ulike tjenestetilbud for eldre i sammenheng, og ha større ansvar for de løsninger som ble valgt. Mange kommuner vurderte hva de kunne bygge ut av alternative tilbud for kostnaden av en alders- og sykehjemsplass. Det ble på den bakgrunn bygd svært få nye institusjonsplasser i denne perioden. Kommunene bygde isteden ut alternative løsninger med ulike botilbud som ble betjent av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. På den måten fikk flere eldre med pleiebehov del i det offentlige omsorgstilbudet, og kommunene kunne etter hvert tilby tjenester utenom vanlig dagtid også for de som bodde i eget hjem eller mer tilrettelagte botilbud.

For en del brukere ga det større livskvalitet å motta hjemmetjenester i egen bolig eller i tilrettelagte boliger. Boliger med hjemmetjenester ble også ansett for å være mer fleksible enn institusjonene, som har sin faste bemanning uansett om beboerbehovene varierer. Tanken om å utvikle omsorgsboliger for eldre og andre med omsorgsbehov fikk derfor ny næring utover i 1980-årene.

Omsorg for personer med nedsatt funksjonsevne var preget av segregerte tilbud og særomsorg. I 1970 var det etablert i alt 109 institusjoner med til sammen 5500 plasser. Gjennom sykehusloven (1970) fikk fylkeskommunene et samlet ansvar for planlegging, oppfølging og drift av helseinstitusjoner, herunder også «Helsevernet for psykisk utviklingshemmede» (HVPU).

Segregering ble etter hvert erstattet av et ønske om større grad av integrering. Diskriminerende og segregerende særordninger skulle fjernes til fordel for organisatorisk og sosial integrering.

Det innebar at tiltak og tjenester så langt det var mulig skulle utformes og forankres i den enkeltes lokalmiljø. Samfunnets vanlige serviceorganer skulle ha det fulle ansvar for mennesker med nedsatt funksjonsevne på linje med andre borgere, og spesialordninger og særtiltak skulle fjernes. Det tok imidlertid lang tid før målet og ønsket om større grad av integrering nedfelte seg i politiske vedtak og reformer.

I 1982 ble det nedsatt et offentlig utvalg for å gjennomgå forholdene i HVPU. Lossius-utvalget (NOU 1985:34 Levekår for psykisk utviklingshemmede) framhevet at livssituasjonen og levekårene for psykisk utviklingshemmede i institusjonene var sosialt og kulturelt uakseptable. Utvalget konkluderte enstemmig med å foreslå nedlegging av HVPU og overføring av det totale ansvaret for tjenester til kommunene, inkludert omsorgstjenestene. På denne bakgrunn kom en av de store sosialpolitiske reformene, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i gang i 1991, og var det mest profilerte uttrykket for prosessen med avinstitusjonalisering og desentralisering. Kommunene fikk ansvaret for bo- og tjenestetilbudet til utviklingshemmede.

I begynnelsen av 1980-årene utgjorde driftsutgiftene til helsevern og sosialomsorg om lag en fjerdedel av den kommunale virksomhet. Etter at kommunehelsetjenestereformen, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming var gjennomført, hadde omsorgstjenestene vokst til å bli kommunens største sektor. Årsaken til veksten var først og fremst overføring av ansvar og oppgaver fra fyl-

Boks 4.3 Konsolideringsperioden 1980-95

- Tallet på alders- og sykehjemsplasser økte bare fra 40 751 i 1980 til 42 500 i 1995
- Tallet på trygde- og serviceboliger økte imidlertid fra vel 20 000 til over 34 000 i samme periode, og ble fulgt opp av tilsvarende vekst i hjemmetjenestene
- I 1995 utgjorde 55 prosent av de 70 000 årsverkene som ble utført i omsorgstjenestene i institusjon, og 45 prosent i hjemmetjenestene
- Utgiftene til den kommunale helse- og sosialtjenesten ble tredoblet i perioden 1985 til 1997, og tilsvarte etter hvert om lag 3 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP)

Kilde: Statistisk sentralbyrå

keskommune til kommune, og ikke i så stor grad en vekst i selve tjenestetilbudet.

4.4 Fornyelse og effektivisering (1995-2005)

Reorganiseringsprosessen som startet i 1980-årene pågår fortsatt for å møte utfordringene om å tilpasse tjenestene til endrede behov og faglige muligheter, og tilby mer effektive og kvalitativt bedre tjenester. Årene 1995-2005 kjennetegnes av vekst, fornyelse, effektivisering og kvalitetsarbeid i omsorgssektoren. For å bygge ut kapasiteten ble det tatt i bruk ekstraordinære statlige virkemidler. Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2001) ble utarbeidet og gjennomført for å sette kommunene i stand til å møte utfordringene som veksten i den eldre del av befolkningen hadde skapt.

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

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

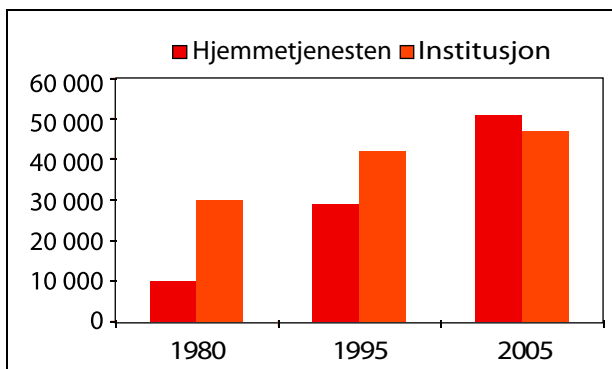
rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet skyldes at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Om lag 6 av 10 årsverk i hjemmetjenesten i 2001 gikk til brukere som bor i boliger kommunene disponerer til omsorgsformål (Statens helse-tilsyn 10/2003). Den hjemmebaserte omsorgen har i betydelig grad utviklet seg til å bli omsorg som ytes i tilpassede omsorgsboliger, og omfatter mennesker i alle aldersgrupper og med svært sammensatte behov. Omsorgsboliger med hjemmesykepleie og hjemmetjenester benyttes også i betydelig omfang til eldre med omfattende hjelpebehov, både som supplement og alternativ til institusjonsomsorg.

Sykehjemsdekningen har vært noenlunde stabil de siste årene. Tallet på sykehjems plasser har med andre ord økt i takt med veksten i antall eldre. I 1989 var det 19,2 plasser per 100 personer over 80 år og i 2001 var det 18,3 plasser. I 2005 ser dekningsgraden ut til å bli om lag den samme som i 1997 da Handlingsplan for eldreomsorgen startet. Halvparten av sykehjemmene er enten fullmodernisert eller nybygd i samme periode, og eneromsreformen er gjennomført slik at 95 prosent av alle rom i sykehjem er enerom. Antall plasser har vokst med om lag 4 500. De gamle aldershjemmene er i stor grad nedlagt og erstattet av omsorgsboliger med hjemmetjenester.

Siden 1994 er det bygd om lag 25 000 nye omsorgsboliger. Omsorgsboligene bygges ofte i tilknytning til fellesareal og gjerne sammen med lokaler for helse- og sosialpersonell. Om lag 70 prosent av omsorgsboligene har slikt fellesareal og serviceareal tilgjengelig. 1/3 av omsorgsboligene er bygd som bofellesskap og bokollektiv med fellesareal som kompenserer for manglende areal og funksjoner i privatenheten. Utover dette er en god del omsorgsboliger lokalisert nær slike arealer i sykehjem.

Kommunene benytter omsorgsboliger til mennesker med ulike funksjonshemninger. De fleste bruker også omsorgsboligen som en mellomløsning mellom opprinnelig bolig og sykehjem i omsorgstilbudet til eldre. Enkelte kommuner har imidlertid tilrettelagt omsorgsboliger som et alternativ til institusjon for både unge og eldre. Om lag halvparten av alle boliger tilpasset omsorgsformål har beboere som er under 67 år. Mange ble bygd som en del av reformen for mennesker med utviklingshemming, og seinere er det bygd mange omsorgsboliger for mennesker som sliter med psykiske problemer.



Figur 4.1 Årsverk i omsorgstjenesten 1980-2005

Kilde: SSB (2006 KOSTRA)

Det har fra slutten av 1980-tallet blitt satt et stadig sterkere fokus på effektivitet innenfor omsorgssektoren. Det er gjennomført en rekke studier som ser på effektiviseringspotensialet i omsorgssektoren, og effektivisering er gjenstand for diskusjon både i den politiske debatt og blant forskere. Kritikerne er bekymret for at kravet om effektivisering innenfor omsorgssektoren går utover tjenesteutøvernes arbeidsmiljø og kvaliteten på tjenestene til brukerne. Andre hevder at det ikke er noen motsetning mellom effektivitet og kvalitet, men at det faktisk kan være en positiv sammenheng. De peker på at det innenfor denne sektoren kan være spesielt mye å hente ved kompetanseheving, utvikling av fagmiljø og styrking av lederfunksjonen.

I denne perioden har det også blitt tatt en rekke initiativ for å utvikle og sikre kvaliteten på offentlig tjenesteyting innenfor helse- og sosialsektoren. I kvalitetsarbeidet har fokus blitt satt på brukeropplevd kvalitet, og at behovene og ønskene til hver enkelt bruker legges til grunn når tjenestene skal utformes. Det er utarbeidet egne forskrifter for kvalitet i omsorgstjenesten, og de seinere år er det lagt fram to stortingsmeldinger med kvalitetsutvikling som hovedfokus:

- St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000
- St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene

I 2003 inngikk regjeringen og KS en samarbeidsavtale om kvalitetsutvikling i omsorgstjenestene. Målet med avtalen er at staten og kommunesektoren i fellesskap skal sørge for å forbedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale omsorgstjenesten. Innenfor rammen av avtalen er det etablert et opplæringsprogram «Flink med folk» der siktemålet er å styrke ledelses- og kvalitetsutviklingen i sektoren. Fokus er satt på ledelse, dialog med brukere, myndiggjorte medarbeidere og tverrfaglig og helhetlig tenkning.

For å forbedre kvaliteten på tjenestene er det i Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell lagt vekt på å øke kompetansen blant de som arbeider i omsorgssektoren.

De senere år har det nasjonale kvalitetsarbeidet fokusert på etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er også et mål å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og anvende dette til å videreutvikle tjenestene. Dette

skal bidra til god praksis i helsetjenesten og motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

I 1995 kom den første nasjonale strategien for kvalitet i helsetjenesten. «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995-2000» hadde som hovedmål at «alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000». Lovfesting av krav om internkontroll og opprettelse av kvalitetsutvalg var ledd i dette. Strategien fra 1995 synliggjør at det å oppnå kvalitet på tjenesten også handler om kvalitetsforbedring av prosesser og strukturer som omgir klinikerne.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene 2005-2015 ...og bedre skal det bli! tar opp utfordringer knyttet til å forbedre kvaliteten og å motvirke at skade inntreffer.

Det er i Norge etablert kriterier for prioritering og pasientrettighetsbestemmelser. Disse er fokusert på tilgangen til spesialisthelsetjenester. Viktige utfordringer generelt er å identifisere og prioritere behovene, måle dem, og å dimensjonere tilbudene rettferdig. Det er viktig å stimulere til en offentlig debatt rundt dette som også omfatter prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil være tema i Nasjonal Helseplan (2007-2010), som legges fram sammen med statsbudsjettet for 2007.

4.5 En nordisk modell med variasjoner

Utviklingen av de kommunale omsorgstjenestene i Norge har skjedd i nært samspill med våre nærmeste naboland. De nordiske land kjennetegnes derfor av mange fellestrekk på omsorgsområdet, men også av noen viktige forskjeller. Over tid har utviklingen i landene imidlertid i stadig større grad gått i samme retning.

I alle de nordiske land har det offentlige et hovedansvar for å tilby og yte tjenester til innbyggere som har et omsorgsbehov. Familien er også en sentral omsorgsinstitusjon, men er i følge lovgivningen ikke forpliktet til å yte omsorg til voksne familiemedlemmer. Ansvaret for å yte pleie og omsorg er i utstrakt grad desentralisert til kommunene, og den lokale omsorgstjenesten avhjelper spesialisthelsetjenesten for mange oppgaver. Primærhelsetjenesten og sosialtjenesten har i noe ulikt tempo blitt samordnet på kommunenivå.

Danmark har lengre tradisjon for, og har i større grad enn de andre nordiske landene, satset på boliger og hjemmetjenester. Omsorgstilbudet i

Danmark har også hatt et større innslag av sosiale tjenester og aktivisering og vært mindre helsefaglig orientert. Egenomsorgsbegrepet står sentralt i den danske eldreomsorgen. Helse- og sosialpersonnellets rolle er å legge til rette for at den enkelte får de tjenester de trenger for å opprettholde et så selvstendig liv som mulig. Som en følge av dette har alle beboere i danske pleiehjem siden 1993 betalt egen husleie og administrert sin egen pensjon.

De øvrige landene har tradisjonelt satsset mer på institusjoner og knyttet tilbudet nærmere helsetjenestene. I de senere år har imidlertid kommunene både i Norge, Island, Sverige og Finland valgt å satse mer på tilrettelagte boliger og hjemmetjenester. Hjemmetjenestene har over tid utviklet seg til å bli stadig mer skreddersydd og konsentrert om mennesker med store hjelpebehov. Mest tydelig er dette i Sverige der færre får hjemmehjelp, men de som får mottar svært omfattende bistand. Den islandske hjemmehjelpen spres på mange flere mottakere og har et tydeligere forebyggende siktemål, mens de danske og norske hjemmetjenestene i større grad forsøker å dekke mange brukergrupper med ulike behov.

Det er også betydelige ulikheter i utgiftene til eldreomsorg landene imellom. Mens Sverige i 2002 anvendte 2,8 prosent av BNP til eldreomsorg, brukte Norge 2 prosent, Danmark 1,8 prosent og Finland 1,4 prosent. Sammenholdt med andelen eldre over 80 år, er det fortsatt Sverige som har høyest og Finland som har lavest kostnader målt i prosent av BNP, mens Norge og Danmark inntar en mellomposisjon (Nosoko 2004).

Alternative eier- og driftsformer ved konkurranseutsetting eller brukerstyrte ordninger er et relativt nytt og lite utbredt fenomen i omsorgssektoren både i Norge, Danmark og Finland. I Sverige gjennomførte imidlertid en del kommuner konkurranseutsetting av omsorgstjenester allerede tidlig på 1990-tallet. Her utvikles også ulike former for lokale brukerstyrte samvirkeløsninger. Danmark har innført en egen lov om fritt brukervalg for at brukerne kan velge mellom offentlige og private leverandører. Nye eier- og driftsformer får stadig større oppmerksomhet også i de andre nordiske landene.

Europeisk perspektiv

Hvor aktiv velferdsstaten, familien, frivillige organisasjoner og private kommersielle aktører er innenfor omsorgssektoren, varierer mellom de europeiske landene. De nordiske landene kjenetegnes av en godt utbygd offentlig omsorgstje-

neste. I Sør-Europa har familien et betydelig større omsorgsansvar, mens i Storbritannia er markedet og kommersielle private aktører mer fremtredende i omsorgssektoren.

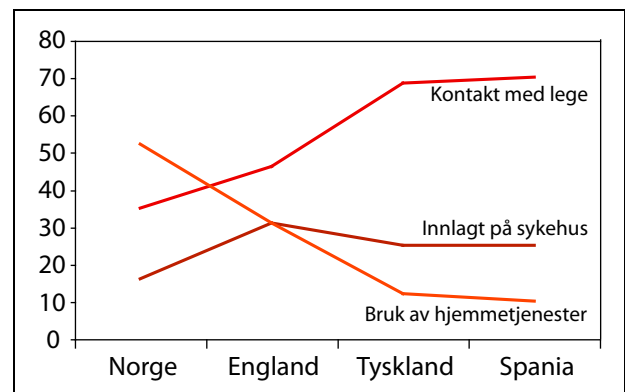
I sør-europeiske land med en konservativ velferdsmodell, har familien et lovregulert ansvar overfor gamle foreldre, og et svakere utbygd lokalt omsorgstilbud utenom det familien tradisjonelt kan gi. Også i Tyskland er familien tillagt et juridisk ansvar for å sørge for sine eldre og pleietrengende. Her drives imidlertid en stor del av omsorgstjenestene av humanitære organisasjoner og finansieres gjennom sosialforsikringsordninger. I tillegg gir forsikringen mulighet til å velge å motta en kontantytelse istedenfor tjenester.

England har til felles med Norden at det ikke finnes noe lovmessig regulert ansvar for omsorgsutveksling mellom voksne generasjoner. De offentlige omsorgstjenestene inntar imidlertid en mye mer tilbaketrukket rolle, sammenlignet med land i Norden. Både familieansvar og marked er i mindre grad regulert i en mer liberalistisk velferdsmodell, og England har en lengre tradisjon hvor det gis rom for mer kommersielle løsninger innenfor omsorgssektoren.

De nordiske landene skiller seg ut fra andre land i Europa når det gjelder bruk av sykehus. I Norge har bare 16 prosent i alderen 85 år og over vært innlagt på sykehus siste året mot 25-30 prosent i Spania, Tyskland og England.

Norge ligger også lavt når det gjelder kontakt med lege. Dobbelt så stor andel av de eldste (85 år+) har hatt kontakt med lege siste måned i Spania og Tyskland, sammenlignet med Norge.

Hjemmehjelp og hjemmesykepleie er for Nor-



Figur 4.2 Andel av personer i alderen 85år + som har: 1) vært innlagt på sykehus, 2) mottatt hjemmetjenester siste 12 måneder, 3) hatt kontakt med lege siste måned, i Norge, England, Tyskland og Spania.

Kilde: Daatland og Herlofson 2004

Tabell 4.1 Andel med mor eller far i alders- eller sykehjem (av respondenter med foreldre på 75 år +). Prosent.

	Norge	England	Tyskland	Spania
Mor i alders- eller sykehjem	19,8	5	13	4,2
Far i alders- eller sykehjem	12,5	3,8	7,9	3,1

Kilde: Daatland og Herlofson 2004.

ges del de to sentrale tjenestene for hjemmeboende eldre. Når vi sammenligner bruk av hjemmesykepleie er tilgangen høyere i England, men en større andel eldre motter hjemmesykepleie i Norge sammenlignet med Tyskland og Spania.

Norge skiller seg imidlertid klart ut fra de andre landene med en større bruk av hjemmetjenester. I Spania og Tyskland er det svært få som mottar hjemmetjenester.

En hovedgrunn til den lave bruken av lege- og sykehustjenester kan være at eldre i større grad har tilgang til hjemmetjenester og institusjonsomsorg i kommunene. Tilbudet av både sykehjem og omsorgsboliger er betydelig større i Norge. Når det gjelder institusjonsopphold er det Spania som har det laveste nivået, men også England har en liten dekning. Tyskland ligger nærmere det norske nivået. I Spania oppgir for eksempel 4,2 prosent av barn som har mødre som er 75 år og eldre at mødrene oppholder seg i alders- og sykehjem. Det tilsvarende tallet for Norge er 19,8 prosent.

De nordiske land har satsset på å bygge ut en omfattende omsorgstjeneste mellom familieomsorgen og sykehussektoren. Dette ser ut til å avlaste både familien og spesialisthelsetjenesten for betydelige omsorgsoppgaver, og skape større trygghet for de som trenger langvarig bistand og omsorg. Det har samtidig bidratt til likestilling og nødvendig tilgang på arbeidskraft.

Norsk regelverk innenfor helse- og sosialsektoren må i tiltagende grad forholde seg til, og blir påvirket av internasjonale konvensjoner, andre lands lovgivning, folkerettslige krav til nasjonal lovgivning og EU-retten. Integrasjonsprosessen i Europa medfører friere bevegelse av arbeidskraft, varer og tjenester, som også har betydning for

omsorgssektoren. Dette vil etter hvert innebære større konkurranse om produksjon og leveranse av tjenester innenlands, og utad ved at pasienter i økende grad vil la seg behandle over landegrensene. Vi er inne i en utvikling med økt mobilitet over landegrensene både av tjenesteutøvere og brukere. Tilbydere av tjenester fra andre land, og tjenestetilbud tilrettelagt for nordmenn i utlandet reiser en hel rekke utfordringer både i forhold til individuell tilpassing og større fleksibilitet når det gjelder finansierings- og forvaltningsordninger. Dette gir imidlertid ikke grunnlag for å endre den hovedinnretningen dagens omsorgstjeneste har fått. Den vurderes fortsatt som et fortrinn i forhold til økonomisk utvikling og demografisk bæreevne.

4.6 Utviklingstrekk og utfordringer

Omsorgstjenestenes korte historie kan nedfelles i noen utviklingstrekk som har gitt disse tjenestene retning (Barstad 2006):

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

Om disse utviklingstrekkene skal fortsette, og om de vil la seg kombinere eller vil stå i motsetning til mulige nye utviklingstrekk knyttet til internasjonalisering og markedstilpassing, blir viktige spørsmål i utformingen av framtidens omsorgstjenester.

5 Dagens omsorgstilbud

5.1 Dagens brukere

Over 200 000 brukere mottok i 2005 kommunale omsorgstjenester i form av hjemmetjenester eller institusjonstilbud. Mer enn 40 000 bor i alders- og sykehjem og nesten 50 000 bor i omsorgsboliger eller andre boliger tilpasset omsorgsformål. De fleste får imidlertid tjenestetilbudet tilrettelagt i eget hjem.

De fleste som får kommunale omsorgstjenester er over 80 år, men den sterkeste økningen det siste tiåret finner vi i aldersgruppen under 67 år. Blant de yngste eldre (67-79 år) har det vært nedgang i tallet på tjenestemottakere.

Forskning tyder på at terskelen for å bli tildelt tjenester er blitt noe høyere. Det har de siste årene skjedd en sterkere konsentrasjon av brukere med omfattende behov for tjenester (NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt). Det ser ut til at dette har gått på bekostning av de som tidligere fikk litt hjelp til praktisk bistand. Dette antas å svekke tjenestens evne til tidlig intervensjon og muligheter til å ivareta forebyggende oppgaver, men styrker tilbudet til de som har størst hjelpebehov.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i løpet av de siste ti år er tallet på brukere under 67 år nesten fordoblet og utgjør nå snart $\frac{1}{4}$ av tjenestemottakerne. Brukergruppen under 67 år består av noen ganske få barn og unge under 18 år (2 prosent), en stor andel yngre voksne 18-49 år (54 pro-

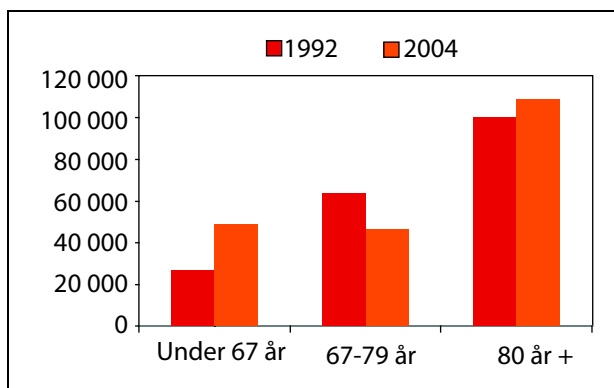
sent) og en noe mindre andel middelaldrende 50-66 år (44 prosent). Av disse er det antallet yngre voksne som har hatt den sterkeste veksten det siste tiåret.

Helsemessig består gruppen tjenestemottakere under 67 år av to store og to mindre grupper (Romøren 2006). De største er mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser (39 prosent), blant disse dominerer nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag og hode- og ryggskader. Psykiske lidelser er også en stor gruppe (37 prosent). De to mindre gruppene er mennesker med utviklingshemming (13 prosent) og personer med rusproblemer (9 prosent). Brukergruppen under 67 år mottar i hovedsak hjemmetjenester og svært få bor i institusjon.

Når det gjelder tjenestemottakere over 80 år, er om lag $\frac{3}{4}$ av mottakerne kvinner. Dette skyldes først og fremst at langt flere kvinner enn menn når høy alder, og at kvinner har dobbelt så lang periode med alvorlige helseproblemer og funksjonstap på slutten av livet som menn (Statens helsetilsyn 10/2003).

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003 en nasjonal kartlegging av tjenestemottakere og tjenestetilbudet i omsorgstjenesten i et utvalg kommuner. I sykehjem og omsorgsboliger er gjennomsnittlig oppholdstid tre år. I andre kommunale boliger til omsorgsformål var botiden 6 år. Kun 8 prosent av beboerne i sykehjem var innlagt på korttidsopphold, noe som viser at sykehjemmene i stor grad benyttes til langtidsopphold og er varig boform i livets slutfase. Kartleggingen viser i all hovedsak en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: at de skrøpeligste får mest hjelp, mens de sprekeste får minst. Det er også positivt at det i all hovedsak synes som om de fleste hjelpemottakerne får tilstrekkelig hjelp i forhold til det behovet de har. Dette viser at mange kommuner yter tjenester i tråd med det mottakeren har lovfestet rett til og behov for. Unntaket er imidlertid at bare 40 prosent av tjenestemottakerne har et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet.

Kartleggingen viser også at brukere med om lag samme behov for tjenester får mer begrenset



Figur 5.1 Mottakere av omsorgstjenester i 1992 og 2004 fordelt etter alder

Kilde: SSB (2006 KOSTRA).

hjelp i eget hjem enn de som bor i kommunale boliger og i sykehjem. Beboere i omsorgsbolig med omfattende behov får mindre tilstrekkelig hjelp enn de som har lettere behov, spesielt på fire områder: aktivisering, sosial kontakt, tilsyn av sykepleier og tilsyn av lege. I tillegg er det et gjennomgående trekk i undersøkelsen at mennesker med psykiske lidelser får mindre tilstrekkelig hjelp på alle tjenesteområder enn andre tjenestemottakere og at denne gruppen representerer de største utfordringene når det gjelder faglig spesialisert hjelp.

Flere kartlegginger viser at mennesker med rusproblemer i liten grad klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet (Statens helsetilsyn 10/2003; SINTEF-helse 2004). Statens helsetilsyn viser at rusmiddelavhengige har svært liten kontakt med omsorgstjenesten. Evalueringen av Legemiddelassistert rehabilitering av rusmisbrukere (LAR) peker på at det er stort behov for å styrke kommunale tjenester til rusmisbrukere. Mange rusmiddelavhengige har behov for et sammensatt tjenestetilbud med bistand fra ulike fagområder fra ulike nivå innenfor helse-, sosial- og omsorgstjenesten.

Boks 5.1 IPLOS

IPLOS gir individbasert data om søkere og mottakere av kommunale sosial-, helse og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose, og innføres som en obligatorisk del av KOSTRA fra 2006. Systemet er forutsatt å være en integrert del av saksbehandlingen og tjenstedokumentasjonen i alle landets kommuner.

IPLOS vil gi kunnskap om hvordan hjelpebehovet varierer mellom ulike brukergrupper og hvordan ressurser fordeles i forhold til behov. Det vil gi opplysninger om tiltakenes varighet og utviklingen av tjenester over tid for personer med langvarige behov. IPLOS vil også gi verdifull kunnskap om samspillet mellom de kommunale tjenestene og familiebasert omsorg og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Dette vil videre gi mulighet til å vurdere ressursutnyttelse, kvalitet og effektivitet i tjenesten og være et viktig instrument i planlegging og videre utvikling både for kommunene og for statlige myndigheter. IPLOS vil også bli en sentral datakilde for forskning.

Bruk av hjemmerespirator har gitt nye utfordringer til den kommunale omsorgstjenesten og økt behov for opplæring og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling (NKH) har registrert om lag 560 pasienter. Aldersspredningen er stor, fra under ett år og til over 80 år. Den største gruppen pasienter er de med kombinasjon av underventilering og søvnapnesyndrom. Deretter kommer pasienter med KOLS og postpoliosyndrom.

5.1.1 Helse og funksjonsevne

Sykdomsbildet er stadig i endring. For hundre år siden døde hvert tiende barn før det var fylt ett år. De store «folkesykdommene» var infeksjoner, epidemier, sult og fattigdom. Med velstanden kom sivilisasjonssykdommene som kreft, hjertesykdommer, lungesykdommer og diabetes. I dag ser vi at psykisk sykdom og lidelser forårsaket av overvekt, fysisk passivitet og mistriivsel øker.

Det er fortsatt betydelige forskjeller i helse etter sosioøkonomisk bakgrunn, målt både i forhold til inntekt, utdanningsnivå, yrke og bosted. Klarest ser vi dette i Oslo, der forskjellene mellom indre øst og ytre vest i forventet levealder for menn er hele 12 år. Men det er også store regionale forskjeller, med for eksempel betydelig høyere gjennomsnittelig levealder i Sogn og Fjordane enn i Finnmark.

Det har skjedd en gradvis bedring i eldres funksjonsevne over tid. Forbedringen har vært tydeligst blant yngre eldre. Det er flere mulige forklaringer på den bedrede funksjonsevnen de siste 20 årene, som utviklingen av velferdssamfunnet, forebyggende innsats, og en bedring i både den kurative helsetjenesten, rehabilitering og hjelpemidler. Funksjonsforbedringene kan knyttes opp mot de bedre levekårene dagens gamle hadde i barndommen, og den økte velferd de har oppnådd senere i livet.

Det er i dag om lag 66 000 personer med demens i Norge, og vi regner med at om lag 250 000 personer, både syke og pårørende, er berørt av sykdommen. Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som medfører svekkede kognitive funksjoner og psykiske, motoriske og atferdsmessige symptomer. Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens, og om lag 2/3 av de som har demens, har denne sykdommen. Aldring er den viktigste risikofaktoren for Alzheimers sykdom. Det finnes ingen kjent

spesifikk enkeltårsak til sykdommen, men det antas å være et samspill mellom genetiske faktorer, miljøfaktorer og aldring.

Eldre ser ut til å være mer utsatt for psykiske lidelser enn yngre. Både hyppighet og forekomst av lidelser som depresjon øker med alderen. Dette skyldes først og fremst at depresjon i stor grad er knyttet til hendelser og kjennetegn som henger sammen med høy alder. Angst og depresjon er sterkest relatert til fysisk helse, og det er kanskje her det største potensialet for reduksjon av utbredelsen av depresjon ligger. Videre er det slik at flere kvinner enn menn har depressive symptomer. En viktig grunn til dette er enkestand, samt en økning i antallet skilsmisser. Med en økende aldrende befolkning vil depresjoner bety store økonomiske og sosiale utfordringer. Depressive sykdommer blant eldre mennesker blir ofte ikke oppdaget, men forvekslet med selve aldringsprosessen eller med somatiske sykdommer.

Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder lårhalsbrudd. Hvert år brekker over 9 000 nordmenn lårhalsen. Bruddhyppigheten øker kraftig med alderen, og 80 prosent av bruddene skjer hos kvinner. Et lårhalsbrudd er ofte det som gjør det umulig for eldre mennesker å klare seg selv i egen bolig.

Det har også vært en økning i hjerte- og karsykdommer, men en tydelig nedgang i dødeligheten ved hjerteinfarkt siden 1980-tallet, og en nedgang i andelen av befolkningen som er innlagt på sykehus med hjerteinfarkt. Nedgangen i dødelighet er større enn nedgangen i innleggelser. Dette kan tyde på at behandlingen gjør at flere overlever infarkt, men at flere må leve med konsekvensene av det.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de nye store folkesykdommene. Årsaken til de fleste tilfellene av kols er tobakksrøyking, men eksponering for farlige stoffer i arbeidslivet og genetiske faktorer er også av betydning for å utvikle kols. Å leve med kols innebærer et liv med varig nedsatt lungefunksjon. Kols er en kronisk sykdom som gradvis forverres, og plagene avhenger av hvor langt sykdommen har utviklet seg. Anslagsvis har over 200 000 personer i Norge kols, og hyppigheten øker.

Antallet med diabetes, særlig blant menn, har økt mye, og flere får diabetes i yngre alder enn tidligere. Diabetes fører som regel ikke til behov for omsorgstjenester, men diabetikere får lettere komplikasjoner som kan kreve ekstra pleie. Når man får diabetes i ung alder, vil det være en større

sannsynlighet for at man etter hvert får slike komplikasjoner.

Risikoen for alle kreftformer øker med alderen. Økning i levealder har derfor også medført en økning i antall krefttilfeller. Langt flere overlever med kreft i dag enn for 50 år siden. Med økende gjennomsnittsalder i befolkningen vil vi om noen tiår stå overfor et stort antall mennesker som kan ha sterkt invalidiserende tilstander relatert til pågående eller tidligere kreftdiagnoser.

Rundt 15 000 rammes av hjerneslag årlig i Norge, hvorav om lag 5 000 dør. Mellom 60 000 og 70 000 lever med ettervirkninger. To tredjedeler av alle som rammes av hjerneslag er over 70 år. Disse utgjør en betydelig andel av eldre med funksjonshemming av både mental og fysisk karakter. Antall slagpasienter med behov for behandling og rehabilitering vil antagelig øke som følge av økningen i antall eldre.

I dag antar man at det finnes 60-70 000 pasienter med Parkinsons sykdom i Norge. Sykdommen er invalidiserende, og mange pasienter trenger hjelp med hverdagslige gjøremål. Alder er en risikofaktor, noe som har ført til en økning i antall tilfeller de siste årene.

Kombinasjonen av at de fleste voksne beholder egne tenner og en økende eldre befolkning, hvor flere vil ha behov for hjelp og pleie, medfører også utfordringer av tannhelsemessig karakter innenfor framtidens omsorgstjeneste. Når aldersgruppen som i dag er 40-69 år blir gamle eller får behov for omsorgstjenester, vil de fleste ha egne tenner med flere fyllinger, kroner, broer osv. Sykdom, medikamentbruk og nedsatt funksjonsnivå reduserer mulighetene til å ivareta daglig munnhygiene, og medfører stor risiko for forringet tannhelse. Dette gir smerter og infeksjoner i munnen, vanskeligheter med å tygge, spise og svelge, og kan ha stor innvirkning på den generelle helsen. Det vil også kunne føre til omfattende og kostnadskrevende tannbehandling.

Andelen av den norske befolkningen som er overvektige øker og vil være en utfordring blant fremtidens eldre. Overvekt og fedme er risikofaktorer for en rekke sykdommer og plager blant annet type-2 diabetes, hjerte- og karsykdommer og enkelte kreftsykdommer.

5.1.2 Den samiske befolkning

Samiske tjenestemottakere har rettigheter regulert i norsk lov og i internasjonale konvensjoner. Rettighetene sikrer blant annet rett til nødvendig hjelp og informasjon på sitt eget språk. Samelo-

vens språkregler sikrer tjenestemottakere bosatt i språkforvaltningsområdet rett til å bli betjent på samisk i kommunale-, regionale- og statlige helse- og sosialinstitusjoner. Lovverket som regulerer omsorgstjenesten pålegger helsefaglig personell å vurdere, veilede, gi adgang til og informere tjenestemottakeren. De skal også påse at informasjon er mottatt og forstått.

Norsk helse- og sosialpersonell har imidlertid ofte liten kunnskap i samisk språk og kultur. De har derfor begrensede muligheter for å fange opp, vurdere å kommunisere rundt den samiske tjenestemottakerens eventuelle behov og tilrettelegte tjenester. Arbeidet med å kvalitetssikre og utvikle omsorgstjenesten for den samiske befolkningen forutsetter god kommunikasjon. Kunnskap om den andres språk og kultur gjør kommunikasjon mulig, og flerkulturell forståelse minsker muligheten for kommunikasjonsproblemer. Offentlig ansatte befinner seg i en særstilling og er forpliktet til å legge forholdene til rette for kommunikasjon, slik at den samiske befolkningen skal få innfridd sine rettigheter.

Samer utgjør ikke en ensartet gruppe og det bor samer i hele Norge. Den samiske kulturen er dynamisk og i stadig endring i forhold til det samfunn vi lever i. Det overordnede målet for regjeringen er å skape trygghet i forhold til at den enkelte skal sikres et omsorgstilbud av god kvalitet. For å sikre et omsorgstilbud for den samiske tjenestemottakeren må tilgang til kompetanse i samisk språk og kultur sikres. En hovedstrategi for regje-

ringen vil fortsatt være å søke de samiske perspektivene integrert i den ordinære omsorgstjenesten. For å kunne gi et kvalitativt godt omsorgstilbud til den samiske tjenestemottakeren må kompetanse i samisk språk og kultur sikres.

Det er etablert et undervisningssykehjem i Karasjok hvor det særlig er lagt vekt på kultur og tradisjon til den samiske befolkningen, herunder mat og mattradisjoner.

5.1.3 Eldre med innvandrerbakgrunn

Den ikke vestlige innvandrerbefolkningen i Norge er preget av en høy andel unge voksne og en lav andel eldre. Etter hvert som den ikke-vestlige innvandrerbefolkning blir eldre, vil flere ha behov for omsorgstjenesten. Av i alt 600 000 eldre over 67 år hadde mindre enn 1 prosent ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, mens om lag 2 prosent hadde vestlig innvandrerbakgrunn. Andelen kvinner blant eldre ikke-vestlige innvandrere er lavere enn for den øvrige norske befolkning.

Tall fra den siste folke- og bolig tellingen viser at en av fem eldre ikke-vestlige innvandrere bor i storfamilier, mens fire av fem altså ikke gjør det. På sikt vil det derfor bli mange gamle ikke-vestlige innvandrere uten omsorgspersoner i husholdningen.

Framtidens brukere av omsorgstjenesten vil representere et større kulturelt mangfold. Utviklingen forutsetter individuell utforming og tilpassning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, men bør ikke føre til nye former for særomsorg for ulike grupper.

NOVA foretok i 2005 en kartlegging av eldre med minoritetsbakgrunn i forhold til erfaringer og utfordringer for kommunesektoren (Moen 2002). Rapporten viser at utfordringene knytter seg til tre hovedtemaer. Det første omhandler informasjon, språk og kommunikasjon. Det er store variasjoner med hensyn til norskkunnskapene blant de aktuelle brukerne. Informasjonsutveksling på ulike språk og muntlig formidling til eldre og deres familier, organisasjoner og øvrig nettverk blir også viktig i tiden framover.

Det andre temaet omhandler forventningsavklaringer og tilrettelegging av tjenester. På den ene side kan mange eldre med minoritetsetnisk bakgrunn være usynlige for hjelpeapparatet og formidle lave forventninger til det. På den annen side rapporteres det i noen tilfelle om at det er «for høye» forventninger i forhold til de rammer tjenestene har. Problemer med avklaringer av brukernes forventninger til tjenestene har å gjøre

Boks 5.2 Aktiviteter med basis i tradisjon og kultur

I samarbeid mellom undervisningssykehjemmet i Karasjok, Karasjok kommune og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, er det bygget et samisk tun mellom omsorgsboligene og helsesenteret spesielt tilrettelagt for personer med demens. Hensikten er å skape en levende møteplass med rot i tradisjon og kultur på tvers av generasjoner, hvor eldre kan overføre samiske tradisjoner i tidligere kjente omgivelser og i et sosialt fellesskap til barn og unge i lokalsamfunnet. Kommunen ønsker med dette å synliggjøre og vektlegge samiske kulturtradisjoner i omsorgstjenesten, slik at dette kan være med på å gi økt livskvalitet, trivsel og bidra til å gi en mer verdig alderdom til de eldre.

med mangelfull informasjon og språkproblemer. Hjelpeapparatet kommer ofte sent inn i bildet. Forventinger til familieomsorg og andre kulturelle og religiøse forutsetninger spiller også en viktig rolle. Erfaringer fra forebyggende arbeid viser at tilrettelegging med tid til relasjonsbygging, kulturforståelse og oppfølging er viktig for å opprettholde motivasjon. Også sykdomsforståelse må kunne sees i et kulturelt perspektiv.

Oppfølging, samarbeidsforhold og veiledning til personell fremheves som det tredje temaet. Erfaringene som er formidlet i forbindelse med kartlegging og arbeidsseminar, kan tyde på at kommunene/bydelene er på noe «ulike steder» i forhold til hvor aktivt de forholder seg til spørsmål knyttet til pleie- og omsorgstjenestens møte med eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. Personell med minoritetsbakgrunn kan bidra til å lette kommunikasjon og kulturforståelse og tilbud om undervisning og veiledning samt tolketjeneste bør vies spesiell oppmerksomhet.

5.1.4 Alderspensjonister i utlandet

I løpet av 1980- og 1990- årene har flere uføre- og alderstrygdede nordmenn valgt å flytte til utlandet. Et stort flertall har valgt Spania som bosted deler av året. Denne sesongflyttingen representerer som fenomen en mellomting mellom turisme og migrasjon. Med utgangspunkt i levekårsundersøkelser som er gjennomført blant norske pensjonister i Spania kan det se ut som om gruppen i hovedsak består av ressurssterke pensjonister (Helset m.fl. 2004).

Sammenlignet med pensjonister som bor i Norge, har de norske pensjonistene i Spania både høyere utdanning og høyere husholdningsinntekt. Det viser seg at de norske pensjonistene i Spania opprettholder en sterk tilknytning til Norge, ved at over halvparten fortsatt eier bolig/fritidseiendom i Norge og de aller fleste reiser hjem til Norge i sommermånedene. Mye tyder på at de norske pensjonistenes migrasjon til Spania er en temporær migrasjon. De fleste vil sannsynligvis flytte hjem til Norge når helsen blir dårligere og omsorgsbehovet blir større. Hovedgrunnene til det er at offentlige hjemmetjenester og offentlige sykehjemsplasser ikke er tilgjengelig i Spania, i tillegg ønsker de fleste å være nær barn og resten av familien ved slutten av livet. Enkelte har imidlertid gode helsemessige grunner og sterke ønsker om å få tilbringe store deler av året på sydlige breddegrader, til tross for behov for pleie og praktisk bistand.

De norske helse- og omsorgstilbudene i Spania kan grovt deles inn i tre kategorier: Institusjoner bygd opp av norske kommuner, halvoffentlige tilbud som er etablert på privat initiativ og rent private tilbud. Mange av de private tilbudene har bofaste nordmenn i Spania som målgruppe. Slike private initiativ forutsetter at brukerne til enhver tid kan og vil betale det tilbudene til enhver tid koster.

Staten har også opprettet en diakonstilling i Spania. Diakonen er ment å ivareta forebyggende og andre tiltak rettet mot nordmenn som er i nød og vanskelige situasjoner.

Det er ikke noe i veien for at kommunene betaler for omsorgstilbud gitt i utlandet, i de tilfeller dette vurderes som en god og faglig forsvarlig løsning og er i tråd med brukerens eget ønske. I en del tilfeller kan dette være en svært god løsning. For nordmenn som oppholder seg i utlandet viser regjeringen ellers til de internasjonale avtaler som er inngått innenfor EU/EØS-området og med andre land om gjensidig bistand på helseområdet.

5.2 Familieomsorgen

Familien har fram til i dag hatt en betydningsfull rolle når det gjelder å yte omsorg til voksne og eldre omsorgstrengende personer. Det er i hovedsak middelaldrende og eldre kvinner som har stått for denne familiebaserte omsorgen. I tillegg til familien yter også naboer, venner og ubetalte frivillige i organisasjonene uformell omsorg. Endringer i familieomsorgen påvirker behovet for offentlige omsorgstjenester. Det er ikke mulig å tallfeste disse endringene for årene som kommer. Det er imidlertid mulig å diskutere hvordan aktuelle utviklingstrekk kan slå ut i framtiden.

Det er vanskelig å måle omfanget av uformell omsorgsinnsats i samfunnet. På bakgrunn av helseundersøkelser, levekårsundersøkelser og tidsnyttingsundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå, er det gjort flere anslag. I en undersøkelse i 1985 ble det samlede omsorgsarbeidet utført av familie, naboer og venner beregnet til vel 100 000 årsverk (NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg). Husholdsmedlemmer stod for over 70 000 årsverk, og personer utenfor husholdningene sto for i overkant av 30 000 årsverk. Familie og slekt behøver altså ikke bo sammen for å hjelpe hverandre. Familieomsorgen ser ut til å ha vært større i omfang enn den offentlige for 20 år siden. I forhold til omsorg for aldersgruppen 67 år og over

ble det gjort en beregning på samme tidspunkt som viste at omsorgen familie, naboer og venner da utgjorde 49 000 årsverk. Den offentlige omsorgen utførte til sammenligning nesten 43 000 årsverk. Familien har i de første tiårene med kraftig vekst i omsorgstjenestene vist seg robust og sterk. Flere studier påpeker en påfallende stabilitet i omfanget av familieomsorg, selv om det har skjedd endringer i hvem som gir omsorg (NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg).

Siden 1985 er den kommunale omsorgstjenesten målt i årsverk fordoblet. En betydelig del av denne veksten kan tilskrives overføring av ansvar og oppgaver til kommunen. Det er imidlertid også grunn til å anta at en del av veksten skyldes økningen i tallet på eldre. Selv om familieomsorgen skulle være stabil i samme periode, står sannsynligvis omsorgstjenestene i dag for en større andel av omsorg enn den familiebaserte omsorgen. Undersøkelsene viser at de som gir omsorg gir noe mindre enn før, samtidig er det flere som deltar i omsorgsarbeid (Vaage 2002/2003; Kitterø 1996). Tidligere var det gjerne en datter som tok på seg omsorgsansvar for sine gamle foreldre. I dag deler i større grad søsken på å gi denne omsorgen, og flere menn deltar. I følge levekårsundersøkelsen for 1995 ga 16 prosent av den voksne befolkning eller om lag 400 000 personer regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til syke, barn med nedsatt funksjonsevne eller eldre utenfor egen husholdning. Dette var flere enn før, men innsatsen per omsorgsgiver var redusert.

Det juridiske ansvaret har endret seg

Det juridiske ansvaret for omsorg er endret fra å være et ansvar for familien til å bli et offentlig ansvar. Utenom foreldres ansvar for mindreårige barn, er det i Norge bare ektefeller som i dag har en juridisk bestemt forsørgelsesplikt for hverandre. De siste rester av lovbestemmelser om forsørgingsplikt for slektninger ble opphevet i 1964, og gjaldt barns plikt i forhold til gamle foreldre. Tidligere har det i de fleste samfunn vært en sammenheng mellom arvebestemmelser og forsørgelsesplikt overfor de man i prinsippet kunne arve. Dette var en skyldighet den enkelte hadde overfor slekta, slik det også kommer til uttrykk i begrepet skyldfolk. Dette gamle gjensidighetsforholdet mellom arv og forsørging er imidlertid blitt opphevet av den moderne velferdsstaten, ettersom hovedansvaret for forsørging og omsorg i denne sammenheng er flyttet fra familie og gjort til et kollektivt samfunnsmessig ansvar.

Det høyeste nivået av hjemmetjenester finner vi i de nordiske land og Nederland, som alle har fjernet det lovfestede familieansvaret, mens Tyskland, Frankrike og middelhavslandene har basert sin sosialpolitikk på at det primære ansvaret ligger i familien, og først deretter hos det offentlige dersom familien ikke strekker til.

De viktigste omsorgspersonene

Den uformelle omsorgen er i de fleste tilfeller det samme som familieomsorg. Barn er i mer enn halvparten av tilfellene nærmeste omsorgsperson for eldre (Romøren 2001). Mer enn 80 prosent tilhører den nærmeste familie og er enten ektefelle, barn, svigerbarn, barnebarn eller søsken. Ytterligere 16 prosent av omsorgspersonene har andre slektsrelasjoner til omsorgsmottaker. Tre av fire hovedomsorgspersoner var kvinner. Yrkesaktive kvinner stiller like mye opp for foreldrene som ikke yrkesaktive kvinner, og i enkelte undersøkelser er det kvinner med lengst arbeidstid som stiller mest opp (Gautun 1999).

En studie viser at nesten alle i den voksne befolkningen har minst ukentlig kontakt med noen innenfor sin familie, og at utveksling av praktisk hjelp er ganske utbredt, særlig mellom foreldre og barn i ulike faser av livet (Langsether og Hellevik 2002). Blant de som er 80 år og over, har mer enn 90 prosent minst ukentlig kontakt med sine barn og nesten $\frac{3}{4}$ med sine barnebarn, og om lag $\frac{3}{4}$ har mottatt praktisk hjelp fra sine barn siste året, nesten 40 prosent fra sine barnebarn. Undersøkelser viser at det utveksles like mye hjelp og støtte nedover og oppover generasjonslinjene i bygda og i byen. Venner utenom familien er også viktige hjelpeyttere gjennom livet. Nesten $\frac{1}{4}$ av omsorgen som eldre mottar, ytes av venner. Faktisk er venner oftere hjelpeyttere enn søsken, også i de eldste aldersgrupper.

Familien og det offentlige på lag

Til tross for en kraftig utbygging av omsorgstjenester i Norge siden 1970-tallet, er det ingenting som tyder på at familien trekker seg ut når det offentlige hjelpeapparatet går inn. Eldre som mottar hjelp fra kommunale hjemmetjenester får faktisk mer hjelp fra døtre og sønner enn eldre som ikke får hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De samme undersøkelsene viser at familien og de offentlige tjenestene praktiserer en arbeidsdeling, og er aktive i ulike faser av omsorgsforløpet til

eldre. Familien står for det meste av praktisk hjelp som gis, samt kontakt med eldre, mens omsorgstjenesten utfører en betydelig del av pleiearbeidet.

Det er ofte lettere for familien og det offentlige å dele omsorgsansvar når den som trenger omsorg bor hjemme. Familien har mindre kontakt og yter mindre praktisk hjelp når eldre oppholder seg i aldersinstitusjon. Undersøkelser som er utført i Norge viser også at offentlig omsorg supplerer familieomsorgen i en tidlig fase av omsorgsforløpet til eldre. Når eldre blir tungt pleietrengende er det familieomsorgen som svært ofte blir et supplement til den offentlige omsorgen. Eldre gir selv uttrykk for at de ønsker denne arbeidsdelingen (Romøren 2001). De ønsker at det er det offentlige framfor familien som gir dem personlig stell og pleie. Når det gjelder praktiske oppgaver foretrekker de at familiemedlemmer og andre frivillige hjelper til. Kontakt, følelsesmessig støtte og hjelp i forhold til det offentlige tjenesteapparatet foretrekkes også utført av familien.

I forhold til oppgavefordelingen skiller Norge seg ut i forhold til land med en svakere utbygd omsorgstjeneste, ved at familien tar mindre del i pleiearbeidet enn i andre land. Til gjengjeld er det totale nivået på hjelp høyere i Norge enn i land med et mer familiedominert omsorgssystem, i følge en komparativ europeisk studie (Daatland og Herlofson 2003). Den offentlige omsorgen har altså ikke vokst fram fordi familie, venner og ubetalte frivillige svikter sine nærmeste, men fordi det har vært behov for å flytte en del av omsorgsarenaen fra familien og den private sfære, og organisere omsorgsarbeidet på en annen måte. Drivkraften har først og fremst vært å legge forholdene til rette for at arbeidslivet kunne etterspørre kvinner i en periode med stort behov for arbeidskraft.

Demografiske endringer og endringer i generasjonsbånd

De store demografiske endringene, som har ført til en omforming av familiestrukturen i de fleste vestlige land, har skapt nye betingelser for langvarige sosiale bånd innenfor familien. Den tradisjonelle familien, med mange barn og få eldre, erstattes av en moderne familie med få barn og mange eldre. Flere studier viser at små søskenflokker yter mer omsorg til foreldre, enn store søskenflokker (Romøren 2001). Foreldre med to barn får mest familieomsorg, dernest de med ett, så de med tre eller flere barn. Fødselskullene som er født rett etter krigen er de første i historien som har valgt å redusere de store barneflokkene til

kun å få 2 barn. Et flertall av de eldre vil om 20-30 år ha to barn. Om disse barna er døtre eller sønner, ser i stadig mindre grad ut til å bety noe.

Endringer i generasjonsstrukturen kan gi endringer i kvaliteten i familierelasjonene. Forhold mellom foreldre og barn i dag beskrives som varmere og undersøkelser viser at bånd mellom foreldre og barn i små kjernefamilier er mer intense enn i store barnerike familier. Dette vil kunne slå ut i et økt omsorgspotensiale når foreldrene om noen år blir gamle (Gautun 2003).

Kulturelle endringer gir grunn til optimisme

En rekke forskere har undersøkt samspillet mellom velferdsstaten og familiens omsorg til eldre. De viser at de offentlige tjenestene ikke har fortrengt familieomsorgen fram til nå (Slagsvold og Solem 2005). En studie viser at det heller ikke er sikkert at økt individualisering vil føre til store endringer i familieomsorgen framover (Gautun 2003). Selvrealiserende mennesker kan stille opp for gamle foreldre, men ha andre begrunnelser for å yte omsorg. De kan yte omsorg fordi de skjønner at de også er avhengige av å være en del av et fellesskap, fordi de har en personlig moral som går ut på å ta hensyn til andre, og fordi de er glade i foreldrene. Familiesosiologer har vist at formell og moralsk plikt avløses av gjensidige forpliktelser skapt av samhandling og utviklingen av gode gjensidige relasjoner gjennom livsløpet. Mer enn før må vi derfor kanskje selv bidra til å veve vårt eget nettverk, og ikke bare vedlikeholde det vi er født inn i.

Sårbare barnløse og skilte menn

På 1980-tallet var en stor andel eldre over 80 år (om lag 20 prosent) barnløse. Undersøkelser har vist at barnløse eldre over 80 år får mindre familieomsorg og bruker mer offentlige omsorgstjenester enn eldre som har barn (Gautun 1993; Slagsvold og Solem). Når det gjelder eldre barnløse var 1980-tallet en stor utfordring for det offentlige hjelpeapparatet. Færre kvinner (9,3 prosent), og menn (16,7 prosent) vil imidlertid være barnløse i 2030. Om lag 85 prosent vil derfor ha barn som kan stille opp, og avlaste omsorgstjenestene med praktisk hjelp. Ut i fra det vi vet i dag, vil imidlertid flere eldre menn være barnløse fra 2040 og fram til 2050 (Skrede 2004; Slagsvold og Solem 2005). Økningen i antall skilsmisser i disse generasjonene kan også føre til at en større andel menn vil bli avhengig av hjelp fra det offentlige

hjelpeapparatet. Studier viser at voksne barn som har skilte foreldre gir uttrykk for en sterkere solidaritet med sine mødre enn fedre. Solidariteten til mødre kan slå ut i et omsorgspotensial i alderdommen, mens manglende solidaritet kan føre til mindre omsorg fra barn til fedre som er skilt fra mødrene.

5.3 Dagens tjeneste

Omsorgstjenestene består i hovedsak av ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem med støtte fra den øvrige kommunale omsorgstjenesten. Omsorgstjenesten utførte i 2005 omlag 110 000 årsverk for mer enn 200 000 tjenestemottakere. Av disse bodde vel 40 000 i institusjon mens hele 160 000 personer mottok tjenestetilbud i eget hjem eller omsorgsbolig. Økonomisk utgjør omsorgstjenestene om lag 40 prosent av kommunes samlede utgifter.

5.3.1 Utvikling i årsverk

Etter en gjennomgang av tall fra KOSTRA (SSB) og PAI (KS) viser foreløpige tall en personellvekst i intervallet 1 600 til 2 200 årsverk i pleie- og omsorgssektoren i 2005 (SSB 2006). Som et gjennomsnitt benyttes anslagsvis 1 900 årsverk. Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til dette anslaget

Figur 5.2 viser at sysselsettingen innen pleie- og omsorgssektoren har i perioden 1998-2005 i hovedsak vært drevet av demografiske forhold.

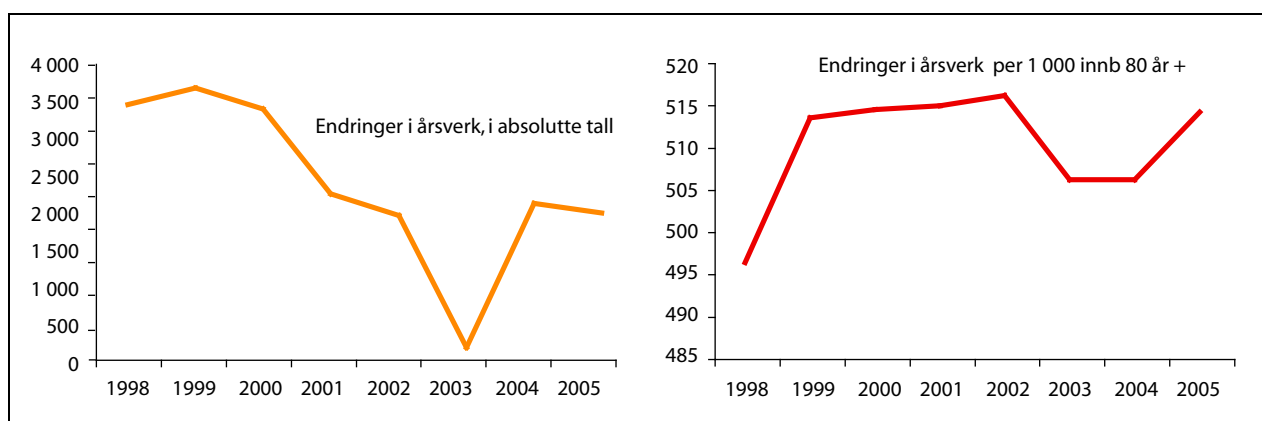
Unntaket er i perioden 1990-1992 og 1997-1999, det vil si i forbindelse med HVPU-reformen samt i begynnelsen av perioden med Handlingsplan for eldreomsorg, hvor sysselsettingen har økt noe mer enn utvikling i demografi skulle tilsi også i tiden mellom disse reformene (Langset 2006).

Andelen årsverk per bruker over 80 år har i samme periode endret seg i tilnærmet takt med den demografiske utviklingen, men det er en tendens til at årsverksveksten i perioder ikke har holdt tritt med brukerveksten. Dette gjelder i særlig grad perioden 1999 til 2003 hvor andelen årsverk per bruker faller jevnt gjennom hele perioden. Denne trenden snur i 2003, og ser ut til å stabilisere seg.

5.3.2 Personell og kompetanse

Personellet i omsorgstjenesten utgjør den grunnleggende ressursen i omsorgstjenesten, der nesten all undersøkelse, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg består av menneskelig innsats. God omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og brukere. Kvaliteten bestemmes av helse- og sosialpersonellets kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper.

Omsorgstjenesten er derfor sårbar for svingninger i personelldekning, personellets kvalifikasjoner og samarbeidsforhold, og uten tilstrekkelig personell og kompetanse får ikke pleietrengende eldre, personer med nedsatt funksjonsevne og andre brukere av omsorgstjenesten den hjelp de trenger.



Figur 5.2 Endringer i årsverk i absolutte tall og endringer i årsverk pr. 1000 innbygger over 80 år, i perioden 1998–2005.

Kilde: SSB (2006, Statistikkbanken)

Boks 5.3 Regjeringens mål om 10.000 nye årsverk

Regjeringen har en målsetting om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten ut fra nivået i 2004 innen utgangen av 2009, og omfatter årene 2005, 2006, 2007, 2008 og 2009.

Realisering av målet monitoreres gjennom flere ulike datakilder. Hovedkilden er SSBs personellstatistikk som bygger på trygdeetatens arbeidstakerregister. Datakvaliteten er imidlertid ikke optimal og det arbeides målrettet med forbedringer både i SSB, Sosial- og helsedirektoratet og i kommunene. I tillegg benyttes kommuneregnskapstall og PAI-registeret til KS og ulike typer plantall innhentet fra kommunens via fylkesmenn og KS.

Etter en gjennomgang av tall fra KOSTRA (SSB) og PAI (KS) viser foreløpige tall en personellvekst i intervallet 1 600 til 2 200 årsverk i pleie og omsorgssektoren i 2005 (SSB 2006). Som et gjennomsnitt benyttes anslagsvis 1 900 årsverk. Det understrekes at det er betydelig

usikkerhet knyttet til dette anslaget. For 2006 viste kommunal rapportering til Sosial- og helsedirektoratet at kommunene planlegger om lag 1 800 nye årsverk i 2006, dvs. på om lag samme nivå som anslått for 2005. KS' budsjettundersøkelse fra januar i år viste at om lag halvparten av kommunene planla å styrke pleie- og omsorgstjenesten, og et forsiktig anslag tilsa om lag 1.500 nye årsverk i 2006. Det er imidlertid grunn til å peke på at veksten i kommunenes frie inntekter anslås å bli høyere i 2006 enn 2005, og at kommunenes økonomiske fundament nå er bedre. Dette kan peke i retning av en noe sterkere årsverksvekst enn det som kommer til uttrykk gjennom kommunenes rapportering til Sosial- og helsedirektoratet og KS sin budsjettundersøkelse. For 2005 og 2006 samlet mener HOD og KS at et forsiktig anslag kan være anslagsvis 3 500 nye årsverk. Usikkerheten i anslaget må understrekes.

Utfordringer

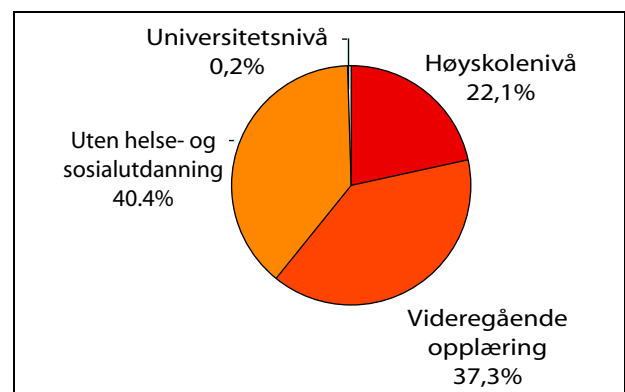
Omsorgstjenesten forvalter i dag en omfattende fagkompetanse – særlig innenfor hjelpepleie/omsorgsfag, sykepleie og vernepleie. Andelen ansatte med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag er imidlertid lav, og omsorgstjenesten er kjennetegnet ved fortsatt å ha en svært høy andel personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning.

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

Nye brukergrupper medfører behov for tverrfaglig kompetanse blant personellet.

Avgangen av helse- og sosialpersonell fra omsorgstjenesten er om lag 12 prosent per år. Dette skyldes til en viss grad naturlig avgang knyttet til alderspensjonering, men er også resultat av langtidssykefravær og uføretrygding. Tall fra SSB viser at hele 20 prosent av hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne som gikk ut av sektoren i perioden 2004–2005 gjorde dette på grunn av utføring eller uførepensjon, mens det tilsvarende tallet for sykepleierne var 9 prosent.

Det er en omfattende bruk av deltidsstillinger i omsorgstjenesten. I 2005 arbeidet bare 33 prosent av personellet i omsorgstjenesten i kommunene over 30 timer i uken, mens 40 prosent arbeidet under 19 timer i uken (Sosial- og helsedirektoratet 2006a). Det er særlig hjemmehjelp, assistenter og personell uten helse- og sosialutdanning som arbeider i lave stillingsandeler, men også om lag 30 prosent av hjelpepleierne og 21 prosent av sykepleierne arbeider under 19 timer i uken. Bare 34 prosent av hjelpepleierne har tilnærmet hel stilling, mens 52 prosent av sykepleierne har mer enn 30



Figur 5.3 Kompetansenivå i omsorgssektoren per 4. kvartal 2005

Kilde: SSB

Boks 5.4 Helsefagarbeider

Den nye helsefagarbeiderutdanningen starter høsten 2006 som en del av Kunnskapsløftet og erstatter dagens hjelpepleierutdanning og omsorgsarbeiderutdanning. Helsefagarbeiderutdanningen er et lærefag med to års teori og to års praksis. Tidligere var det bare omsorgsarbeiderutdanningen som var et lærefag, mens hjelpepleierutdanningen var et treårig, teoretisk skoleløp.

timer i uken. Som en illustrasjon vil omgjøring av deltidsstillinger til hele stillinger gi inntil 14 000 nye årsverk hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 5 000 årsverk sykepleiere i kommunene (ibid.). Samtidig utfører hjelpepleiere om lag 3 500 årsverk og sykepleierne om lag 1 600 flere årsverk enn det som er avtalt (SSB-magasinet 13.02.2006). SSB har beregnet at om lag 24 prosent av hjelpepleierne ønsker mer arbeid, mens tilsvarende tall for sykepleierne var 14 prosent.

Sosial- og helsedirektoratet vurderer den store deltidsbruken som et stort problem for rekrutteringen av ungdom – i og med at de ikke kan regne med en hel stilling etter at de er ferdigutdannet. Dette kan være en årsak til at bare 44 prosent av ungdom som tar denne utdanningen er i yrket ett år etter eksamen.

Andelen menn i omsorgsyrkene har holdt seg spesielt lavt de siste ti årene. Blant sykepleiere har andelen holdt seg på rundt 7 prosent, og blant omsorgsarbeidere og hjelpepleiere i overkant av 5 prosent. Andelen menn blant vernepleiere er imidlertid om lag 18 prosent, og dette trekker opp gjennomsnittet slik at andelen menn i omsorgsyrkene totalt er om lag 10 prosent.

Tidligere rekrutterte omsorgstjenesten mange voksne kvinner med lang livserfaring og omsorgskompetanse, hvor livs- og arbeidserfaring kompenserte for manglende formell utdanning. I dag har ikke voksne som vil inn i sektoren i samme grad den samme realkompetansen som tidligere kompenserte for den manglende formelle utdanningen. I tillegg er helse- og sosialsektoren i en tøff konkurransesituasjon med andre sektorer om ungdommens søkepreferanser i valg av utdanning.

I omsorgstjenesten er hver leder i gjennomsnitt ansvarlig for 31,3 årsverk. I enkelte kommuner er det mer enn 50 ansatte per leder i en virk-

somhet som går døgnet rundt året rundt (RO 2004). I lærende organisasjoner trengs nær ledelse og muligheter til refleksjon og veiledning hvis erfaringer og praksis skal omsettes til kunnskap og lærdom. Dette gir et behov for å styrke ledelses- og veiledningskompetansen og øke veiledningsressursene i sektoren.

5.3.3 Sykehjem og boliger til omsorgsformål

Antall personer i institusjoner for eldre har fra 1992 til 2005 vist en liten nedgang. Samtidig har boforholdene i dagens institusjoner blitt bedre og gir større rom for privatliv. 95 prosent av rommene i dagens alders- og sykehjem er i dag enerom mens bare 79 prosent var enerom i 1991.

Antallet unge personer (under 50 år) bosatt i syke- og aldershjem er i 2005 lavere enn tilsvarende tall for 2004. Fylkesmennene jobber kontinuerlig med å følge opp kommuner som har unge personer i alders- og sykehjem og hvor vedkommende ønsker et annet botilbud.

Tallet på omsorgsboliger har i perioden 1997–2005 økt med nærmere 20 000. Veksten de siste årene har flatet noe ut, noe som er rimelig ut fra de byggeprosjekter som er godkjent fra Husbanken. Sett i forhold til veksten i tallet på eldre, har dekningsgraden for omsorgsboliger økt fra tre til elleve per 100 innbyggere 80 år og over.

Det har også vært en forsiktig vekst med om lag 4 500 sykehjems plasser i perioden 1997 til 2005, mens antall aldershjems plasser er betydelig redusert. Men siden veksten i antall innbyggere over 80 år har vært sterkere enn veksten i antall sykehjems plasser, er sykehjemsdekningen noe redusert i perioden 1997–2005. Den reduserte sykehjemsdekningen må sees i sammenheng med at det ved utgangen av 2005 var mer enn 4 000 sykehjems plasser med tilskudd fra Husbanken som foreløpig ikke er ferdig bygd. Disse prosjektene vil bidra til å styrke dekningsgraden. Videre har det betydning for den samlede utviklingen at mange kommuner også yter heldøgns omsorgstjenester i omsorgsboliger. Per 2005 er det i følge SSB i overkant av 15 000 personer som mottar heldøgns omsorgstjenester i omsorgsboliger. Utviklingen i eldreomsorgen må derfor vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem og omsorgsboliger.

Departementet har sammen med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose for sluttresultatet i 2007. Prognosen omfatter hele handlingsplanens investeringsramme. Utbyggingen som følger av handlingsplanen skal som hovedregel være

sluttført i 2005. Kommuner som av bygningstekniske eller kommunaløkonomiske grunner har behov for det, kan søke om å få utsatt ferdigstillestidspunktet til 2007. I særlige tilfeller kan prosjekter utsettes til første halvår 2008. Derfor er tidsperspektivet for prognosen forskjøvet.

Prognosen gir en samlet dekning av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger på 32,5 prosent av antall eldre over 80 år i 2007. Av dette er dekningsgraden for sykehjemsplasser 18,5 prosent, for aldershjemsplasser 1 prosent og for omsorgsboliger 13 prosent.

Nesten halvparten av sykehjemmene i Norge vil ved avslutningen av handlingsplanen enten være nybygg eller fullt opprustet og modernisert. Eneromsdekningen er allerede nå på 95 prosent.

5.3.4 Helsehjelp

Legetjenesten

I institusjoner med organisert legetjeneste, som for eksempel sykehjem, er institusjonslegen pasientens medisinske ansvarlige lege. De fleste sykehjemsleger er fastleger som har inngått avtale med kommunen om allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Sosial- og helsedirektoratet vurderte i 2005 at svært mange kommuner har for lav legedekning i sykehjem til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet. Hovedinntrykket er at stillingsandelene ved mange sykehjem fortsatt er lave og at det er manglende kontinuitet og kapasitet i tjenesten.

For brukere av omsorgstjenestene som ikke bor i institusjon er det fastlegen som dekker medisinske behov. Det er få kommuner som har etablert egen tilsynslegefunksjon for beboere i omsorgsboliger. Undersøkelser viser at det er svakheter i kommuner når det gjelder organisering av helsetjenester til brukere av omsorgstje-

nestene. I mange kommuner er det ikke etablert rutiner for samarbeid mellom fastlegene og omsorgstjenesten i form av møter, oppdatering av medikamenter eller hjemmebesøk.

Det har de senere år vært en positiv utvikling i den generelle legedekningen i kommunehelse-tjenesten, herunder også i institusjon. Dette betyr at de ressursmessige forutsetninger for å kunne gi nødvendig og forsvarlig legehjelp i kommunene er bedret.

Kommunene har en utfordring i å utvikle gode standarder for samhandling mellom fastlegene og omsorgstjenesten. Det vil også være viktig å definere faglige standarder for hva fastlegene skal bidra med overfor denne pasientgruppen. Kommunelege I/kommuneoverlegene kan være et viktig bindeledd mellom fastlegene og kommunen og tilrettelegge for gode faglige prosesser mellom fastlegene og mellom fastlegene og foretaksstrukturen. Praktiskonsulentordningen og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt må brukes for å se på pasientforløpene for pasienter med særskilte behov.

I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om fastlegenes deltakelse i allmennmedisinsk offentlig legearbeid, dvs. legearbeid i blant annet sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste, i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet (forskriften § 12 b, Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 12.1). Dette er en minimumsbestemmelse, dvs. at det i prinsippet står kommunen fritt å inngå avtale om en større prosentandel, for eksempel for legearbeid i sykehjem.

Den befolknings- og samfunnsrettede delen av det offentlige legearbeidet samfunnsmedisinen – omfatter blant annet smittevernarbeid, medisinsk faglig rådgivning, miljørettet helsevern, helsemessig beredskap og kartlegging og overvåking

Tabell 5.1 Hovedtall før, nå og etter Handlingsplan for eldreomsorgen

	Utgangspunkt 1997	Resultat 2001	Status 2005	Prognose 2007
Befolkning 80 år +	184 400	201 500	215 876	214 000
Personell – årsverk	89 700	103 690	109 810	-
Personelldekning per 100 innb. 80 år +	48,6	51,5	50,8	-
Sykehjemsplasser	34 300	39 950	38 206	39 500
Omsorgsboliger	5 350	-	25 560	28 000
Aldershjemsplasser	9 100	5 250	2 777	2 300
Samlet dekning per 100 innb. 80 år +	26,4	-	30,7	32,5
Eneromsdekning	83,1	87,8	94,6	95,0

Kilde: SSB (tall for 2005 er foreløpige 2006-tall jf. bok 5.3) og HPE-rapporter.

Boks 5.5 Omsorg

Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet som blir utført, står begrepet for et ideal, en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et omsorgsfylt utført arbeid er handlinger som er utført på en kompetent og faglig kyndig måte. Samtidig handler omsorg om å være «andreorientert», tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis. Omsorg består både av arbeid og omtanke, og inneholder spenninger som av og til framstår som etiske dilemma for profesjonelle omsorgsutføvere. Selv om omsorg kan være vanskelig å definere, er det et begrep som har en felles kjerne i hverdagslivet. Omsorg er både en handling og en kvalitet ved denne handlingen. Kvalitativt gode tjenester må derfor formidle omsorg både gjennom handling og holdning.

Rettslig er omsorgsbegrepet knyttet til både kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, og barneverntjenesteloven. Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å tilby

omsorgstjeneste, men verken loven eller forarbeidene definerer begrepet nærmere. Etter sosialtjenesteloven har den enkelte krav på hjelp dersom han eller hun ikke kan dra omsorg for seg selv. Tiltak etter barneverntjenesteloven skal bl.a. sikre at barn og unge får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Tradisjonelt har omsorgstjenesten vært forstått som hjemmehjelp og hjemmesykepleie og tjenester gitt i sykehjem eller boform med heldøgns tjenestetilbud, med bistand fra den øvrige omsorgstjenesten. Reguleringen av omsorgstjenestene er således svært omfattende, og dels styrt av sosial- og helselovgivningen og dels gjennom den tradisjonelle forvaltningsretten som sikrer brukernes interesser og rettsvern. Ulike profesjoner og ulike sektorer i den kommunale organisasjonen bruker ofte ulike begrep for samme type tjenester som har helt eller delvis overlappende innhold.

I omsorgsbegrepet ligger det også en forutsetning om at tjenestene skal sikre brukerne innflytelse over tjenestetilbudet og at de skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

av helsetilstanden i befolkningen. Kommunen kan ikke stille vilkår om deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid for inngåelse av fastlegeavtale. Det kan imidlertid gjøres frivillig avtale om slikt arbeid ved inngåelse av fastlegeavtale.

Rehabilitering

Målet med individuelle rehabiliteringsprosesser er å oppnå økt deltakelse ved å gjenvinne funksjon, bevare eksisterende funksjon, eller å bremse nedsettelse av funksjonsevne.

Det er viktig at rehabiliterings-, omsorgs- og behandlingstiltak ses i sammenheng. Rehabilitering og rehabilitering omfatter medisinsk oppfølging i somatisk og i psykisk helsetjeneste, opp trening av ulike ferdigheter og utvikling av egen mestring i forhold til kronisk sykdom eller nedsett funksjonsevne. Videre omfatter rehabilitering og rehabilitering praktisk bistand og opplæring i hjemmet for å klare dagliglivets aktiviteter, utprøving og trening i bruk av hjelpemidler, samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten,

og samhandling i forhold til andre instanser. Praktisk bistand i dagliglivets aktiviteter kan for eksempel være en del av en habiliterings- og rehabiliteringsprosess dersom tjenestene organiseres og utføres på en måte som involverer bruker som nevnt ovenfor.

Forskrift om habilitering- og rehabilitering fastslår at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Tilsvarende skal det finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

Opphold i opptreningsinstitusjon kan være et viktig tiltak i en rehabiliteringsprosess. Finansieringsansvar og bestilleransvar er fra 2006 lagt til de regionale helseforetakene. En stor andel av rehabilitering vil imidlertid skje utenfor institusjon og i kommunene. Det vises til videre omtale under kapittel 9.7.

Boks 5.6 Bruken av heldøgns omsorg i lov og forskrift

Handlingsplan for eldreomsorgen har i perioden 1998–2005 hatt som hovedmål å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste bedre i stand til å møte veksten i behovet for omsorgstjenester som en følge av at det er blitt flere eldre. Handlingsplanen har gitt resultater godt over måltallene. Fram til utgangen av 2005 har kommunene ferdigstilt om lag 33 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, mens om lag 5200 boenheter fortsatt er under planlegging eller bygging.

Utbyggingen av omsorgsboliger har etter gjennomføringen av Handlingsplan for eldreomsorgen endret store deler av sektoren. Fra hovedsakelig å yte enkle praktiske tjenester i hjemmet og heldøgns tjenester i sykehjem, har de aller fleste kommuner i dag et mer fleksibelt bo- og tjenestetilbud på heldøgnsbasis. Det ytes fortsatt flest tjenester til brukere i eget opprinnelig hjem, men utbyggingen av omsorgsboliger har medført at boformene og tjenestetilbudet i større grad varierer. Statistisk sentralbyrå har fra 2005 innført registrering av kommunale tilbud der det er personale til stede hele døgnet. Tallene viser at om lag 15 000 beboere bor i slike omsorgsboliger. Det viser at kommunene tilbyr heldøgns tjenester på flere arenaer enn tidligere. Det tyder også på at omsorgsboliger delvis har supplert og i enkelte tilfeller erstattet aldershjemmets og sykehjemmets rolle som boform.

Rett til heldøgns tjenester uavhengig av boform

Kommunene har etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven plikt til å yte nødvendig helsetjenester og faglig forsvarlige sosialtjenester til de som har behov for dette. Den enkelte har imidlertid i dag ikke rett til selv å velge hvordan hjelpebehovet skal dekkes, eller hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Har beboeren behov for et døgnskcontinuerlig tjenestetilbud kan kommunene tilby dette i beboerens hjem, i en omsorgsbolig eller på et sykehjem. Lovkravet er at tjenestene er forsvarlig i forhold til hjelpebehovet og at tjenestetilbudet ikke fremstår som åpenbart urimelig for brukeren.

Døgnskcontinuerlige pleie- og omsorgstjenester i hjemmet og i omsorgsboliger skal tildeles i enkeltvedtak. I vedtaket skal hjelpebehovet og innholdet i tjenestetilbudet beskrives. Brukerne skal kunne sammenlikne det tilbudet som er tildelt med de tjenestene de faktisk mottar og på den måten kontrollere at kommunen gir de tjenestene som behovet tilsier.

Tildeling av sykehjemsplass er et enkeltvedtak. Enkeltvedtaket skal begrunnes og hjelpebehovet konkretiseres. Kommunen har imidlertid ingen plikt til å definere det konkrete tjenestetilbudet i sykehjem. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og dekke grunnleggende behov.

I forskrift om kvalitet pleie- og omsorgssektoren er kommunene pålagt å ha prosedyrer som sikrer at grunnleggende behov blir ivaretatt. Forskriften gjelder både i og utenfor institusjon.

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom de ønsker det. Dette er et viktig verktøy for at tjenester sees i en helhetlig sammenheng. Forskriften gir klare føringer med hensyn til å samhandle og samarbeide med andre etater. Det er et mål at individuell plan også blir et viktig verktøy for samhandling mellom NAV-kontorene og omsorgstjenesten.

Tannhelsetjenesten

Det følger av tannhelsetjenesteloven at fylkeskommunen har ansvar for at det gis et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester

til prioriterte grupper. Psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i helseinstitusjon eller som mottar hjemmesykepleie hører alle inn under de prioriterte gruppene.

Kvalitetsforskriften for omsorgstjenesten pålegger kommunen å utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som skal søke å sikre at brukere av omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har ansvar for å bidra til at det kommunale helse- og sosialpersonellet får nødvendig opplæring i munnstell.

En kartlegging av munnhelsen til institusjonsbeboere viser store variasjoner både mellom individer, institusjoner og fylker (Sosial- og helsedi-

rektoratet 2006b). I 2001-2003 ble det gjennomført en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud til utsatte grupper for å oppnå akseptabel tann- og munnhelse (FUTT-prosjektet). Målgruppen for forsøksordningen var blant annet mottakere av praktisk bistand, personer med pleiebehov som ivaretaes av pårørende og personer i rusmiddelomsorgen eller psykisk helsevern. Rundt 70 prosent av alle undersøkte i forsøksordningen hadde behov for forebyggende eller reparativ behandling og 10 prosent hadde et akutt behandlingsbehov.

Spesialisthelsetjenesten

Eldre med sammensatte helseproblemer utgjør en økende andel av helsevesenets pasienter. I Norge er nesten åtte prosent av befolkningen over 75 år. Eldre over 75 år står for 11 prosent av totale antall innleggelses ved norske sykehus og utgjør 22,5 prosent av liggedøgnene ved sykehusene (Kalseth mfl. 2004). Dette stiller store krav til omsorgstjenesten når det gjelder konsultasjoner, sykehusinnleggelses, rehabilitering og pleie- og omsorgstilbudet. Syke eldre har gjennomgående den lengste liggetiden i sykehusene fordi de ofte har et sammensatt sykdomsbilde med behov for utvidet utredning og behandling. Disse pasientene trenger ofte langvarig oppfølging fra flere aktører i helsetjenesten, og vil ha stor nytte av at de ulike aktørene i helsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud.

Det er en rekke forhold som påvirker omfang, tjenesteinnhold og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene. Utvikling i medisinsk teknologi og kompetanse har ført til at flere pasienter får diagnoser og behandling i sykehus, og flere får behandling i kommunene etter sykehusoppholdet. Sykehusenes aktivitetsvekst har vært betydelig. Sterkest har veksten vært innenfor dagbehandling og poliklinisk virksomhet.

Samtidig som aktiviteten i spesialisthelsetjenesten har økt, har antall senger i norske sykehus blitt lavere, og liggetiden per opphold gått ned. Dette stiller større krav til faglig oppfølging i kommunene. Enklere utredninger, kontroll og behandling overføres til allmennpraksis og kommunene. Tall

fra Statistisk Sentralbyrå viser at behandlingsintensiteten i hvert sykehusopphold har økt, mens pleiedelen av hvert sykehusopphold er redusert. Behandlingsforløpet er blitt mer oppdelt, og sykehusene har i større grad rendyrket de medisinskfaglige oppgavene knyttet til diagnostisering, utredning, behandling og oppfølging og rehabilitering.

5.4 utfordringer

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og sosialtjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. Økningen i antallet yngre brukere og lite sosial og kulturell aktivitet illustrerer at omsorgstjenesten er mer enn bare pleie og eldreomsorg. Dagens og morgendagens utfordringer krever økt vektlegging av tilpassede tjenester med en tverrfaglig og bred tilnærming, hvor samspillet med den enkelte bruker er i sentrum.

Undersøkelser viser at det er svakheter i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen av brukere av omsorgstjenesten. Dette gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av de hjemebaserte tjenestene, herunder beboere i omsorgsboliger. Det har de senere år vært en positiv utvikling i den generelle legedekningen i kommunehelsetjenesten som kan bety at forutsetningene for å gi nødvendig og forsvarlig legehjelp er bedret. Kommunene har en utfordring i å utvikle gode standarder for samhandling mellom fastlegene og omsorgstjenesten. Det vil også være viktig å definere faglige standarder for hva fastlegene skal bidra med overfor brukere av omsorgstjenestene.

God omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og bruker. Omsorgstjenestene står i dag overfor utfordringer knyttet til en høy andel personell uten helse- og sosialutdanning, en lav andel personell med høyskoleutdanning, en stor avgang fra sektoren til andre sektorer, attføring eller uførepensjon, en omfattende bruk av deltidsstillinger, få menn og få ledere. Utfordringene krever løsninger knyttet til både en økning av kapasiteten og en heving av kompetansen.

6 Framtidige behov

De demografiske endringene vil de neste tiårene trekke i retning av en større etterspørsel etter omsorgstjenester. Demografien er imidlertid ikke den eneste drivkraften bak framtidens behov og etterspørsel etter tjenester. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidens brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud. Ulike samfunnsforhold påvirker også i stor grad helsetilstand og funksjonsevne. Dette er forhold det enkelte individ bare i begrenset grad kan påvirke, men som må løses i samfunnsfellesskapet. Det viser seg også at endring i oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene har bidratt til at omsorgstjenestene i dag har en svært sammensatt brukergruppe å forholde seg til.

6.1 Morgendagens brukere

6.1.1 Yngre brukere

I løpet av de siste ti årene er antall brukere under 67 år i omsorgstjenesten nærmest fordoblet. Utviklingen kan knyttes til tre forhold: endrede behov, endret etterspørsel og endrede tilbud (Romøren 2006). Viktigste årsak er at kommunene er gitt nye oppgaver gjennom statlige helse- og sosialpolitiske reformer, jf. kapittel 4. Videre har økt kjennskap i befolkningen og i andre deler av hjelpeapparatet til hva omsorgstjenesten kan og skal yte hatt betydning. I tillegg kan terskelen for å be om hjelp ha blitt lavere. Utviklingen følger også av en generell vekst i de aktuelle aldersgruppene og dermed også i antall personer med behov for omsorgstjenester.

I hvilken grad økningen i antall yngre tjenestemottakere vil fortsette i årene framover er vanskelig å avgjøre. Det er grunn til å forvente at veksten vil fortsette inntil Opptrappingsplanen for psykisk helse er gjennomført (Romøren 2006). I tillegg pekes det på at etterspørselen fortsatt vil øke fordi omsorgstjenesten har fått en ny status både i befolkningen og det øvrige hjelpeapparatets bevissthet. Ut over dette vil nye oppgaver reformer

selvfølgelig også øke behovet for omsorgstjenester. På lang sikt er det likevel grunn til å anta at veksten vil flate ut, eller stabilisere seg, uten at det er grunnlag for å angi når.

Omsorgstjenesten bør ha en sterkere innretning i forhold til helhetlige tjenestekjeder som kan bidra til større inkludering og deltakelse i samfunnet, ikke minst i forhold til skole, utdanning arbeid og sosiale aktiviteter. Dette betyr krav til universell utforming av boliger, kommunikasjon og omgivelser, utvikling av brukerstyrte ordninger og eierformer og større grad av egenansvar, mestring og selvbestemmelse også i spørsmål som berører helsevesenet.

Nesten halvparten av de yngre brukerne mottar omsorgstjenester i kombinasjon med andre tjenester (Romøren 2001). Utviklingen vil kreve økt kompetansenivå og større faglig bredde med blant annet vekt på rehabilitering, opptrening og aktiv omsorg. Statens helsetilsyn mener utfordringene må møtes med videreutvikling av andre arbeidsformer, kompetansesammensetning og tiltak (Statens helsetilsyn 7/2006). Mange av brukerne vil ha behov for individuell plan og bedre tilrettelegging for brukermedvirkning og brukerstyring.

6.1.2 Eldre brukere

En hovedkonklusjon i en dansk framtidbasert studie er at framtidens eldre vil bli friskere og mer ressurssterke enn dagens (Ældre sagen 2001). De vil ha bedre helse, bedre økonomi og høyere utdanningsnivå. I større grad enn dagens eldre vil de også forvente å kunne bestemme mer over egen tilværelse. Undersøkelsen tegner samtidig et bilde av økt polarisering i forhold til sosioøkonomisk status, der en mindre gruppe eldre enten helsemessig, sosialt, økonomisk eller teknologisk blir hengende etter majoriteten. Denne gruppen har en overvekt av kvinner og enslige, og har ellers høy alder, dårlig helse, lav husstandsinntekt og kort skolegang.

En norsk studie har sammenlignet verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre (Slagsvold og Solem 2005). Morgendagens eldre vil bli mer kravstore og mindre

beskjedne enn dagens eldre er. De vil i noe større grad ønske seg en tilværelse der de kan bruke sine evner, vise hva de kan, og der de kan gjøre nye ting og bestemme selv. Men først og fremst vil de være mindre konforme og mindre tradisjonelle – de vil i mindre grad innordne seg tradisjonelle normer. Mange forhold vil bidra. Morgendagens eldre har hatt en annen oppvekst og de vil ha mer utdanning, særlig kvinnene. Morgendagens eldre kan også bli mer omstillingsdyktige og omstillingsvillige enn dagens eldre som et resultat av at de har levd i et omskiftelig samfunn som har gitt flere muligheter til valg og stilt større krav til fleksibilitet.

Høyere evne til mestring og mer individualistiske verdier kan bety at morgendagens eldre vil være mer aktive når det gjelder egen innsats for sine levekår og sin velferd. Morgendagens eldre vil ikke nødvendigvis kreve mer hjelp og service, men bestrebe seg for å ta ansvar for egen helse og egne omsorgsbehov. Når hjelpebehovet først melder seg, vil de trolig ønske en omsorg som gir rom for å realisere mer individualistiske verdier, med større forventninger om å være med å påvirke tjenesteutformingen.

De nye eldre vil være mer fortrolig med IKT. Teknologien vil trolig stadig være i endring og det blir viktig at også eldre får mulighet til kontinuerlig opplæring. Noen vil allikevel ikke mestre det. Det blir derfor viktig å være oppmerksom på digitale skiller som gir ulikheter i fordeling av velferdsgoder og som kan hindre noen i få tilgang til sine rettigheter.

Boks 6.1 Nytt syn på brukerne

Utfordringene knyttet til den demografiske utviklingen og stadig flere brukere av omsorgstjenester gjør det nødvendig å skifte fokus i synet på brukerne: fra brukere bare som passive mottakere av omsorgstjenester og storforbrukere av offentlige ressurser, til brukere som aktive bidragsyttere og ressurser både for familiene og samfunnet, som ønsker å bo i egne hjem og klare seg selv så lenge som mulig. Med dette utgangspunktet blir det viktig å spørre: «Hva skal til for at vi i størst mulig grad kan aldres som sunne, aktive, deltagende, selvhjulpne, autonome og trygge individer?»

Kilde: Innspill til meldingsarbeidet fra Norsk Ergoterapeutforbund

6.2 Levealder og helse

Forekomsten av sykdom og skader øker med stigende alder, og en betydelig andel eldre får flere sykdommer samtidig og skader med varierende grad av funksjonsnedsettelse. Det forventes derfor at et økt antall eldre vil skape større etterspørsel etter omsorgstjenester. Økningen vil avhenge av i hvilken grad økt levealder innebærer flere leveår uten sykdom og funksjonsnedsettelse eller om folk lever lengre enn før med sykdom og nedsett helse.

Det er utviklet hypoteser som både går i retning av en økning og en reduksjon av antall spreke leveår i alderdommen (Thorslund og Parker 2005; Romøren 2001; Botten m.fl. 2000; Fries 1980):

- Sammentrengt sykkelighet (komprimeringshypotesen) forutsetter at levealderen ikke lenger vil øke, og at folk holder seg friskere lenger. Dette fører til redusert hjelpebehov.
- Utvidet sykkelighet forutsetter at levealderen fortsatt vil kunne øke betraktelig, men til gjengjeld vil folk leve flere år med funksjonstap. Nedgang i dødelige sykdommer erstattes med langvarige kroniske lidelser. Dette vil samlet medføre økt behov for behandling og pleie.
- Utsettelse av sykkelighet forutsetter at folk holder seg friske lenger. Levealderen øker, men tiden med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme. Den blir bare forskjøvet i tid. Dette gir et uendret og noenlunde stabilt hjelpebehov.

Verken norsk eller internasjonal forskning gir et entydig bilde av sammenhengen mellom levealder, funksjonstap og behov for omsorg, og forsøk på å teste disse hypotesene har til nå ikke gitt entydige resultater. Data fra levekårsundersøkelsen 1985 for 1998 tyder på at det kan ha skjedd en forbedring av eldres funksjonsevne. Framskrivningene bygger imidlertid på få variabler for å beskrive funksjonsevne. Resultatene støttes imidlertid av undersøkelser gjort i andre land og er lagt til grunn i OECDs arbeidsrapport *How Should Norway respond to aging?* (Botten m.fl. 2000). Den svenske SWEOLD-studien tyder på at aldersgruppen 77 til 98 år har dårligere helse i 2002 enn i 1992. Selv om levealderen økte innebar det ikke flere friske leveår. Det er likevel for tidlig å si at denne studien er brudd i en langsiktig positiv trend (Thorslund 2003).

Med utgangspunkt i en hel eldrebefolkning i et geografisk avgrenset område (Larvik), og ved å

sammenlikne de som døde i en alder av 90 år på 1980-tallet med de som døde i samme alder på 1990-tallet, ble det funnet at den siste generasjonen med 90-åringer levde 1,2 år lenger. Likevel var tiden med skrøpeligheit før død den samme for begge grupper. Levetid med alvorlig funksjonstap var i gjennomsnitt 2,8 år – 3,2 år for kvinner og 1,8 år for menn (Romøren 2001).

Noen finner grunnlag for å hevde at bedret helse blant eldre forkorter levetiden med funksjonstap. Andre finner at forlenget levealder også forlenger perioden med funksjonstap, eller at den skrøpelige perioden er like lang, men utsettes i tid. I planleggingssammenheng er en nøktern vurdering å ta utgangspunkt i hypotesen om utsettelse av sykkelighet, det vil si å legge til grunn en forholdsvis stabil og uendret periode med alvorlige funksjonstap på slutten av livet, i hvert fall i et mellomlangt tidsperspektiv. Ved forlenget levealder innebærer dette flere friske leveår.

Inntekts- og velferdsutvikling

Velferdsutviklingen det siste århundret har hatt betydning for helsen. Studier viser at levekår har stor betydning for utsiktene til å ha god helse gjennom livet. Oppvekstvilkårene, spesielt etter 1945, har hele tiden blitt bedre, noe som peker i retning av en bedret helse for framtidens eldre. Velferdsutvikling henger sammen med økonomisk vekst. Norge har hatt en økonomisk vekst gjennom mange år, og det er rimelig å forvente en fortsatt inntektsvekst. Empiriske studier, både fra Norge og andre land viser at det er en positiv sammenheng mellom inntekt og helse. Økonomisk vekst øker individenes økonomiske frihet og dermed innflytelsen på helsetilstanden.

Framtidens eldre vil ha høyere materiell standard enn tidligere generasjoner eldre. Det har vært en bevisst politikk siden 1945 at flest mulig skal kunne eie sin egen bolig. Med bedre økonomi blant eldre bør det legges til rette for at eldre i større grad kan ta ansvar for sin egen boligsituasjon.

Utdanningsnivå

Høyere utdanning i befolkningen vil trolig få stor betydning for helsevaner i framtiden. Det vil slå særlig ut for kvinner fordi det blir flere blant dem som har høyere utdanning. Flere studier indikerer at framtidens eldre både vil ha høyere utdanning og bedre helse enn dagens eldre. Høyere

utdanning kan føre til at folk blir flinkere til å ta vare på helsa si eller mestre en situasjon med sykdom og funksjonstap. Dette kan skyldes at de har mer kunnskap om helse, eller er bedre i stand til å ta inn over seg denne kunnskapen. God utdanning gir også høyere inntekt som kan brukes på helse. Videre har folk med høy utdanning ofte mindre risikofylte jobber.

Utviklingen på arbeidsmarkedet

Slitasje i arbeidslivet har betydning for Eldres helse og funksjonsevne. Andelen uføretrygdede av befolkningen i arbeidsdyktig alder har også vokst, og utgjør nå en tiendedel. Tilrettelegging i arbeidslivet som reduserer slitasje vil derfor være en viktig utfordring framover. Det er lite forskning på hvordan det å stå lenge i arbeid påvirker helse og funksjonsevne, men flere effekter indikerer en positiv sammenheng. Arbeidslivet er en aldersintegrende institusjon, samtidig som det har en stor sosial betydning. I tillegg har yrkesdeltaking stor betydning på status og selvrealisering. Aktivisering gjennom arbeid kan få stor betydning, både når det gjelder å øke yrkesdeltakelsen, og for å forbedre helsen til mennesker med utviklings- og funksjonshemminger eller med psykiske lidelser. Regjeringen vil høsten 2006 legge frem en egen melding om seniorpolitikk i arbeidslivet, der disse spørsmål vil bli behandlet i sin fulle bredde.

Medisinsk-teknologisk utvikling

Den medisinske utviklingen, spesielt fra 1970-tallet, har vært omfattende, og berører alle områder av medisinsk diagnostikk og behandling. De neste tjue årene vil utviklingen sannsynligvis gå enda raskere enn den har gjort til nå blant annet som følge av framskrittene innenfor gen- og data-teknologien. De teknologiske framskrittene kommer også eldre og kronisk syke til gode. Likevel er det grunn til å hevde at ny kunnskap og effektiv teknologi ikke alltid er innført med størst tyngde på områder som har vært viktige for store kronikergrupper som rusmiddelmissbrukere, pasienter med psykiske lidelser, revmatikere m.fl. I tillegg er forståelsen av eldre pasienters sykdommer og deres behandling fremdeles begrenset.

Utviklingen innenfor medisin kan redusere behovet for omsorgstjenester. Spesielt gjelder dette dersom det fører til at folk får en bedre helsetilstand gjennom hele livet, og hvis det skjer et gjennombrudd i forskningen på aldersdemens.

Rusmiddelmisbruk

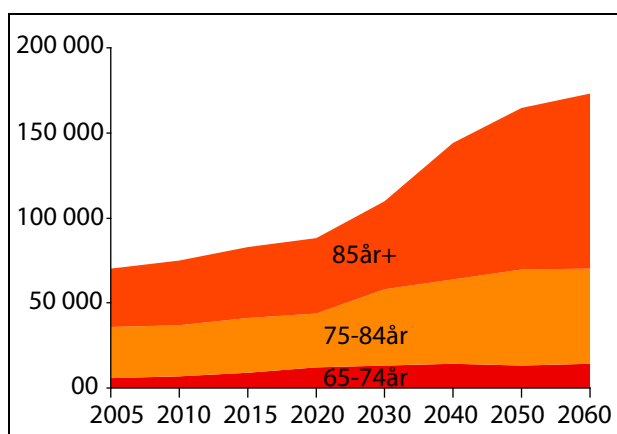
Antall tungt belastede rusmiddelmisbrukere har vist en betydelig økning de siste ti år og det antas at kurven er svakt stigende. På lengre sikt er det grunn til å anta at forbruket minst vil ligge på dagens nivå ut fra utviklingen i andre sammenlignbare land. Et betydelig antall vil ha behov for omfattende tjenester fra relativt ung alder. Selv om levealderen for rusmiddelmisbrukere er lavere enn for gjennomsnittet i befolkningen, begynner en del av den første generasjonen stoffmisbrukere å bli gamle, noe som kan medføre økt omsorgsbehov.

Det er vanskelig å gi et godt anslag på framtidig alkoholforbruk. Dagens 70-80 åringer hadde et betydelig lavere forbruk da de var i aldersgruppen 15-25 år enn dagens unge. Det høyere gjennomsnittlige utdanningsnivået blant dagens unge og middelaldrende trekker i samme retning, da studier viser en klar sammenheng mellom utdanning og alkoholforbruk. Økt alkoholforbruk kan derfor bli en stor utfordring for de framtidige omsorgstjenestene.

6.3 Demens

Det er i dag om lag 66 000 personer med demens i Norge, og vi regner med at om lag 250 000 personer – både syke og pårørende – er berørt av sykdommen. Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens. Fordi antall eldre over 75 år og spesielt de eldste over 80 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer med demens i Norge kunne dobles til om lag 130 000 innen en periode på 30-40 år.

Det store antallet personer som berøres av



Figur 6.1 Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens 2005

demenssykdommene stiller helsepersonell og tjenesteapparatet overfor store utfordringer, både med å planlegge og å tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud.

Det har de siste ti årene vært en rekke satsinger innenfor demensområdet, og da spesielt innenfor forskning og utvikling. Dette har gitt større innsikt i demenssykdommene og bidratt til å forbedre demensomsorgen. Norden ligger langt fremme i demensforskningen. Det blir utført mye godt demensarbeid i tjenesteapparatet og blant frivillige, og at et stort antall pårørende bidrar til å sikre den enkelte en god omsorg.

Gåten omkring Alzheimers sykdom og andre demenstilstander er imidlertid på ingen måte løst, og det er nødvendig med en fortsatt satsing på forskning og utviklingsarbeid.

Funn fra flere undersøkelser viser at personer som utvikler symptomer på demens ofte ikke er tilstrekkelig utredet og mangler diagnose. I den norske modellen for diagnostisering og utredning er det forutsatt et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I en nasjonal kartlegging fra 2004-2005 vurderte 46 prosent av kommunene spesialisthelsetjenestens tilbud på området som mangelfull kapasitetsmessig, med for eksempel for lang ventetid, mens 7 prosent av kommunene opplevde tilbudet som ikke-eksisterende.

Det er behov for et bedre tilbud til spesielt unge personer med demens og hos personer med Downs syndrom, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Utredning av yngre personer med demens er en vanskelig oppgave. Det er videre et behov for å utvikle metoder for å diagnostisere demens hos personer med Downs syndrom og for å prøve ut hvordan omsorg, hjelp og støtte kan tilrettelegges best mulig.

Pårørendes rolle har etter hvert blitt viet større oppmerksomhet både når det gjelder medvirkning og tilrettelegging av tjenester, men det er lite detaljert kunnskap om omfang og virkning av de tilbud som gis til pårørende. Det er de pårørende som oftest observerer de første atferdsendringene, får mistanke om sykdom, blir konfrontert med den sykes angst og usikkerhet og må søke medisinsk hjelp og bistand for personen som har demens. Pårørende og brukere har et spesielt stort behov for informasjon og kunnskap om demens, og god tilgjengelighet på råd og veiledning i tidlig fase kan virke forbyggende og angstdempende i forhold til sykdomsutvikling og livssituasjon.

Endrede omsorgsmønstre blant personer med innvandrerbakgrunn gjør at vi ikke kan regne

Boks 6.2 Ulike satsinger innenfor demensområdet

- Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens ble opprettet i 1997 og skal gjennom forsknings- og utviklingsarbeid drive opplæring og utvikling av læremateriell, og videreutvikle og evaluere tjenestetilbudet for personer med demens og deres pårørende.
- Utvikling av et læringsprogram og studiemateriell som har som mål å hindre bruk av rettighetsbegrensninger og tvang gjennom økt kunnskap og refleksjon.
- Utvikling av gode modeller for organisering av tjenestene og økt kvalitet i tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens.
- Utvikling av et utredningsverktøy for diagnostisering av demens. Det pågår et arbeid med å implementere verktøyet i tjenestene og med å tilpasse utredningsverktøyet til de elektroniske pasientjournalssystemene.
- Det er gjennomført tre nasjonale kartlegginger i 1996-1997, 2000-2001 og 2004-2005.
- Forsknings- og utviklingsarbeid har ellers gitt økt kunnskap om pårørende og deres situasjon, yngre personer med demens, mennesker med utviklingshemming og demens og kartlegging av personer med demens i sykehjem som utvikler adferdsmessige problemer.
- Et 3-årig nordisk prosjekt (2003 – 2006) med satsingsområdene: pårørende, tilrettelagte boliger, yngre personer med demens, personer med minoritetsetnisk bakgrunn som utvikler demens, lov og regelverk og utredning av demens ble avsluttet sommeren 2006.
- En rekke av prosjektene knyttet til Undervisningssykehjemmene omhandler demens, med tema som minnegrupper, sansestimulering, aktivisering, begrensninger i bruk av tvang, spesielle tiltak for personer med demens som har samisk bakgrunn og samarbeid med frivillige.

med at pleien og omsorgen vil bli ivaretatt av den nærmeste familien. Det er lite kunnskap tilgjengelig om personer med minoritetsetnisk bakgrunn som utvikler demens.

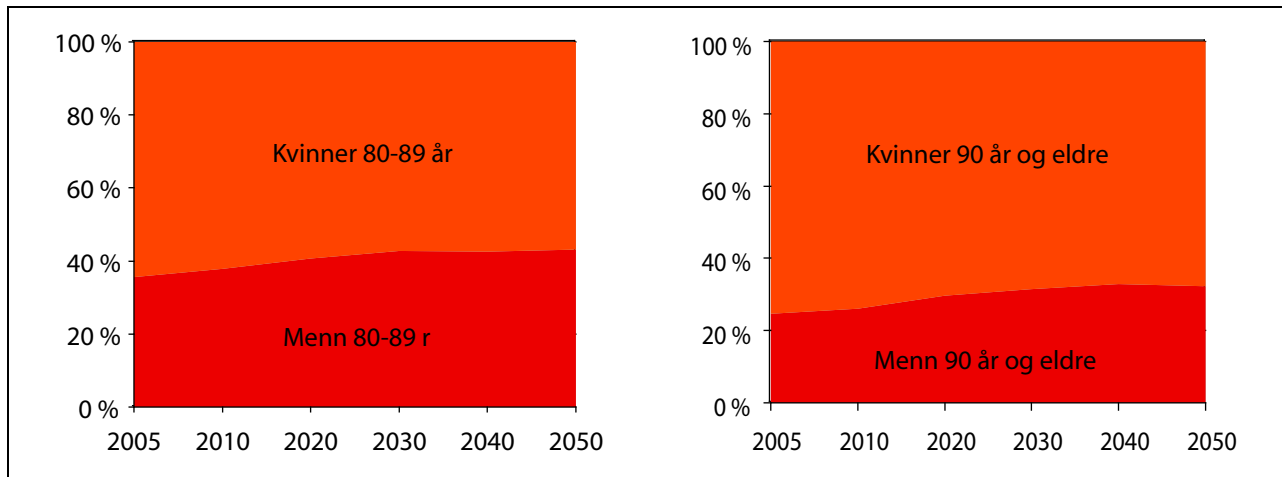
Minst halvparten av alle personer med en demenssykdom bor i eget hjem. For at personer med demens skal kunne bo i eget hjem må tjenestene tilpasses familieforhold og de individuelle behov. De fleste demenssykdommer utvikles over tid, og det er et behov for å differensiere og tilrettelegge tjenestetilbudene alt etter hvilken fase av sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg i. Bare mellom en tredel og en firedel av de hjemmeboende har et tilrettelagt botilbud, og selv om det har vært en positiv utvikling er det langt fram til en dekningsgrad som vil sikre et tilrettelagt tilbud til de som har behov for det. Tilrettelagte dagtilbud for hjemmeboende er viktig for å utsette en institusjonsinnleggelse, og det er samtidig en nødvendig avlastning for pårørende. Den nasjonale kartleggingsundersøkelsen 2004-2005 viser at bare 4 prosent av de hjemmeboende har et tilrettelagt dagtilbud, og at tilbudet har gått noe tilbake fra 2001.

Personer med demens som har adferdsmessige problemer, har behov for spesielt tilrettelagt tilbud i små og forsterkede enheter. På dette området er det nødvendig med kompetanseutvik-

ling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å finne fram til gode løsningsmodeller. Undersøkelser viser at 45 prosent av pasientene på skjermede enheter og 36 prosent av pasientene på vanlige somatiske avdelinger blir utsatt for bruk av tvang minst én gang i uken. Selv om det i mange tilfeller er nødvendig å gjennomføre tiltak uten pasientens samtykke og tvangstiltakene kan være begrensede i både omfang og varighet, er tvangsbruken ofte uregulert. (Engedal m.fl. 2002).

6.4 Kjønnsperspektivet

Det fødes flere menn enn kvinner, men rundt femtiårsalderen snur forholdet seg til en økende andel kvinner i forhold til menn. I de eldste aldersgruppene er det derfor en sterk overvekt av kvinner. Framskrivninger viser imidlertid at dette vil jevne seg noe ut i de neste 50 år, fordi det forventes en sterkere vekst i levealderen til menn enn for kvinner fram mot 2050. Andelen menn i aldersgruppen 80-89 år vil øke fra 34,5 prosent i 2000 til 42,8 prosent i 2030 og 43 prosent i 2050. For aldersgruppen 90 år og eldre vil andelen menn øke fra 24,5 prosent i 2000 til 31,5 prosent i 2030 og 32,2 prosent i 2050.



Figur 6.2 Framskrivninger av befolkningens kjønns sammensetning for gruppen 80-89 år og gruppen 90 år og eldre 2000-2050

Kilde: SSB (2006 MMMM)

Eldre kvinner har på slutten av livet en lengre periode med alvorlige helseproblemer og funksjonstap enn menn. Eldreomsorgen må derfor ta hensyn til at det er mange flere kvinner enn menn i brukergruppen.

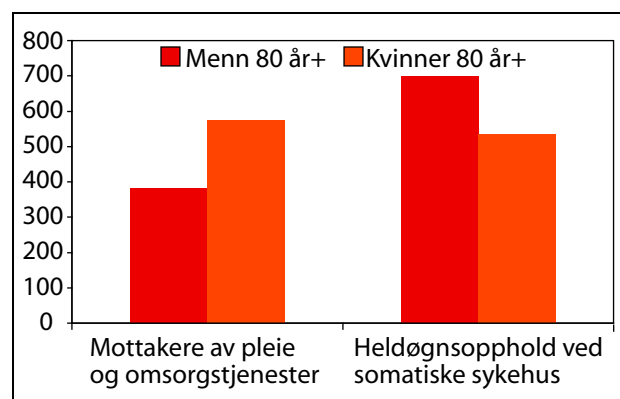
Et kjønnsperspektiv på medisinsk behandling, forebyggingsstrategier og helsetjenester kan synliggjøre uønsket ulikhet mellom kvinner og menn. Målet er blant annet å øke kunnskap og forståelse av årsakssammenhenger og behandlingsbehov for en rekke sykdommer og plager som særlig rammer kvinner.

Kvinner har tradisjonelt hatt høyere sykehusforbruk enn menn, og hadde også i 2004 totalt sett 12,5 prosent høyere oppholdsrate enn menn. Menn har likevel høyere oppholdsrate enn kvinner i alle andre aldersgrupper enn for aldersgruppen mellom 16-49 år. For denne aldersgruppen har kvinnene en høyere oppholdsrate også når vi ser bort fra opphold knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid.

Dersom vi for aldersgruppen over 80 år studerer bruken av heldøgnsopphold og dagbehandling i somatisk sykehus, ser vi at menn mottar klart flere behandlinger enn kvinner. Samtidig er det omvendt når vi på tilsvarende måte ser på bruken av de kommunale omsorgstjenestene, der kvinner over 80 år i større grad mottar tjenester enn menn. Dette er illustrert i figur 6.3. Det kan altså se ut som om eldre kvinner i stor grad får sitt tilbud i den kommunale omsorgstjenesten, mens eldre menn i større grad blir innlagt på sykehus. Både alderdommens helseproblemer og helsetilbud bør derfor vurderes og ses i et kvinneperspektiv.

Det er rimelig å se dette i sammenheng med menns og kvinners øvrige levekår. Når det gjelder økonomi er f. eks. de aller fleste minstepensjonistene i Norge kvinner. Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2004 viser at mens 48 prosent av kvinnelige alderspensjonister er minstepensjonister, gjelder det samme for kun 10 prosent av mennene. Sosial utjevning og tiltak for å lette hverdagen for eldre kvinner vil derfor være svært viktig. Høyere prioritering av eldre kvinners sykdommer og helsetilbud vil være en del av en slik utjevningsspolitikk.

Regjeringen ønsker at kjønnsperspektivet skal integreres på en god måte i sykehusenes virksomhet, og det forutsettes likeverdig behandling av menn og kvinner for samme type plager. Sykehu-



Figur 6.3 Mottakere av omsorgstjenester og heldøgnsopphold ved somatiske sykehus for personer 80 år eller eldre, fordelt på kjønn (per 1000 innbygger) i 2004

Kilde: SSB (2005 Statistikkbanken)

Boks 6.3 Et globalt fenomen

I FN-rapporten «World Population Ageing 1950-2050» blir det konkludert med at aldringen av verdens befolkning:

- er uten historisk sidestykke
Det 21. århundre vil være vitne til en raske aldringsprosess enn noen gang tidligere i historisk tid. Fra 2000 til 2050 vil andelen eldre over 60 år i befolkningen mer enn fordobles fra 10 prosent til 21 prosent, mens den tilsvarende økningen fra 1950 til 2000 var fra 8 prosent til 10 prosent.
- er et globalt fenomen
Alle nasjoner vil bli berørt, men de er på ulike stadier i prosessen. Nasjoner som begynte aldringsprosessen sent vil ha mindre tid til å tilpasse seg. Dette gjelder i hovedsak utviklingslandene, som er i startfasen både når det gjelder fertilitet og forlenget levealder. Disse landene forventes å få den sterkeste veksten i antallet eldre over 60 år i tida framover.
- vil vare ved
Tallet på eldre over 60 år vil på verdensbasis i 2050 for første gang i historien overstige tallet på barn i alderen 0-14 år. Denne utviklingen ser bare ut til å fortsette, og vi vil ikke vende tilbake til den unge befolkningen som våre forfedre kjente.
- har dyptgripende implikasjoner på alle deler av samfunnet
I takt med at den yrkesaktive andelen av befolkningen synker, vil de yngre i økende grad bli nødt til å ta et ansvar for den eldre delen av befolkningen.

sene bør benytte kjønnsespesifikk kunnskap og behandling der den finnes, og etterspørre eller fremskaffe den der den ikke finnes. Dette er signaler som er formidlet til de regionale helseforetak og til Norges forskningsråd. Regjeringen ønsker å igangsette et landsomfattende program for forskning på kvinners helse gjennom Norges forskningsråd. Målet er å øke kunnskapen om årsaker og tilnæringer til plager og sykdommer som særlig rammer kvinner, og øke forskning og analyser av kjønnsforskjeller i forebygging og behandling av sykdom som rammer begge kjønn.

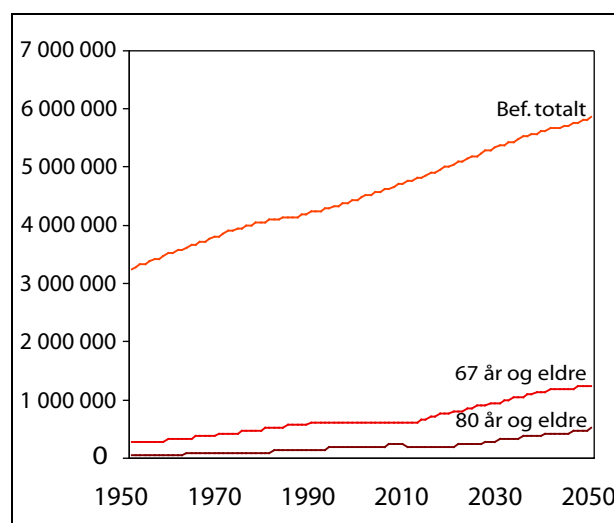
6.5 De demografiske utfordringene

Verden står i dag overfor en global demografisk utfordring uten sidestykke i historisk tid, med en aldrende befolkning som vil fortsette å øke, og med dyptgripende konsekvenser av både økonomisk, sosial, politisk og kulturell art. Dette er konklusjonen i FNs rapport «World Population Ageing 1950-2050».

Norge har allerede vært gjennom en del av disse demografiske endringsprosessene og står overfor mindre dramatiske utfordringer enn de fleste andre land. I Norge forventes det likevel betydelige utfordringer både for velferdsstaten og familien når det gjelder å yte omsorg. Det blir færre yrkesaktive per eldre og det blir et sterkere omsorgspress på barna av de mest pleietrengende eldre. Dette har både betydning for verdiskapingen, for den framtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud, og for dimensjonering og utforming av framtidens omsorgstjenester.

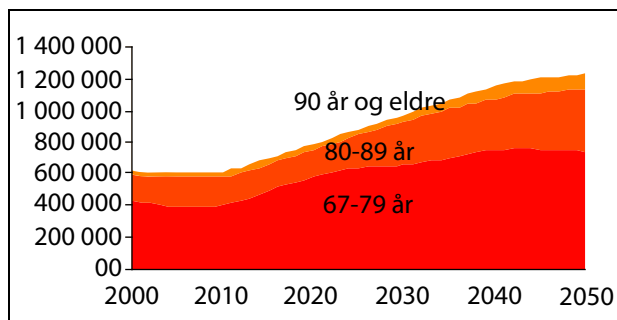
Befolkningsutviklingen påvirkes i hovedsak av fertilitetsmønstre, levealder, flytting mellom land og innenlands. Disse variablene kan i noen grad påvirkes av helsepolitikk, politikk for å forbedre levekår og velferd, familiepolitikk og regionalpolitikk. Flyttemønstrene innenlands skaper utfordringer for omsorgstjenestene både i fraflyttingskommuner og tilflyttingskommuner. Geografisk mobilitet kan derfor gi store forskjeller i samlet omsorgsbehov og omsorgspotensialet i ulike kommuner og regioner.

Folketallet i Norge ble i forrige århundre mer



Figur 6.4 Befolkningsstørrelse 1950-2050 befolkningen totalt, gruppen 67 år og eldre, gruppen 80 år og eldre

Kilde: SSB (2006 MMMM)



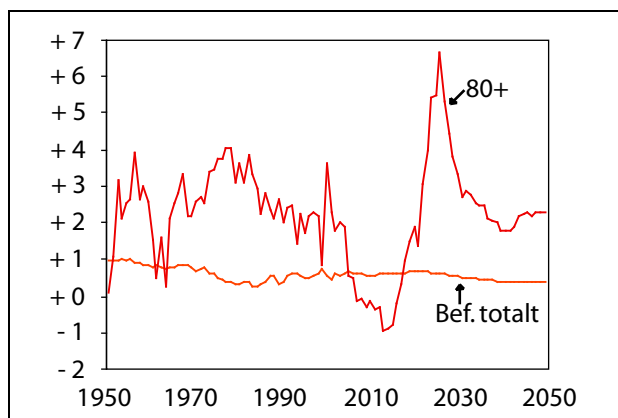
Figur 6.5 Antall eldre 2000-2050

Kilde: SSB (2006 MMMM)

enn fordoblet, fra 2,2 millioner i 1900, 3,3 millioner i 1950, til 4,5 millioner i 2000. Ifølge SSBs befolkningsframskrivninger vil folketallet fortsette å stige jevnt til 5,4 millioner i 2030 og 5,8 millioner i 2050. Antall personer 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og over 500 000 i 2050. SSB publiserte nye befolkningsframskrivninger i 2005. Disse består av 13 ulike alternativer basert på variasjoner innenfor fruktbarhet, levealder, netto innvandring og mobilitet ut fra lav (L), middels (M) og høy (H) vekst.

Til forskjell fra mange andre land i Europa, hvor aldringen er kombinert med nedgang i folketallet, vil det fortsatt være befolkningsvekst i Norge. Antall eldre har hatt en prosentvis nesten like kraftig vekst siden 1950 som den veksten landet står overfor de neste 50 år. En ikke ubetydelig del av den totale befolkningsveksten er knyttet til veksten i den eldre delen av befolkningen.

Forlenget levealder og store fødselskull fra 1945 til 1960 fører til at antall eldre vil bli betydelig høyere i årene som kommer. Antall personer over



Figur 6.6 Prosentvis endring år for år 1950-2050 befolkningen totalt og gruppen 80 år og eldre

Kilde: SSB (2006 MMMM)

Boks 6.4 Fremskrivninger: Mellomalternativet

Vi har i denne analysen valgt å legge mellomalternativet til grunn (MMMM) for de statistiske analysene, med henholdsvis middels fruktbarhet, middels levealder, middels netto innvandring og middels mobilitet. Mellomalternativet legger til grunn at:

- samlet fruktbarhetstall i 2030 og 2050 vil være på 1,8, som er samme nivå som de siste 5-10 år
- levealderen til menn vil øke fra 76 år i 2000 til 81,9 år i 2030, og 84,7 år i 2050, mens levealderen til kvinner vil øke fra 82,5 år i 2000, 86,1 år i 2030 til 88,9 år i 2050
- nettoinnvandringstallet vil være mellom 16 700 per år mellom 2005 og 2010, og deretter 16 000 per år fra 2010 frem til 2050
- innenlands flyttinger i liten grad påvirker befolkningsutviklingen som helhet

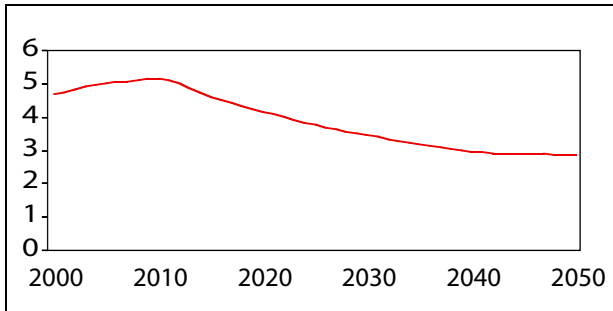
67 år vil mer enn fordobles fra 2000 til 2050. Det største omsorgsbehovet finnes imidlertid for gruppen over 80 år. Veksten i antall eldre i gruppen 80-89 år vil særlig finne sted fra rundt 2020. For gruppen 90 år og eldre skjer det allerede en kraftig vekst de nærmeste årene.

Figur 6.6 illustrerer den prosentvise endringen år for år og viser spesielt den store endringen i veksten i antallet eldre over 80 år på 2020-tallet. Helt fra 1950 har det vært relativt høy vekst helt fram til i dag. De neste 15 år vil bli preget av mindre vekst og reduksjon, som i omsorgssammenheng i noen grad blir oppveid ved en sterk økning i aldersgruppen 90 år og over. Deretter vil tallet på eldre over 80 år gjennomgå en svært sterk vekst i perioden 2020-2035 med opptil 6 prosent vekst fra et år til et annet.

Aldersbæreevnen

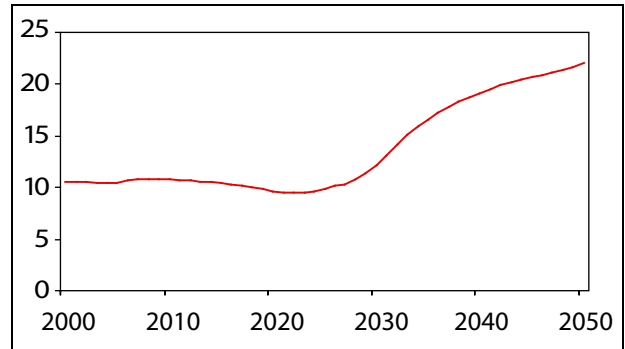
Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) og den eldre delen av befolkningen (67 år og eldre), og den er av vesentlig interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og helse- og sosialtjenester.

Figur 6.7 viser at det var 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.



Figur 6.7 Koeffisienten for aldersbæreevne (The Potential Support Ratio) 2000-2050: Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer

Kilde: SSB (2006 MMMM)



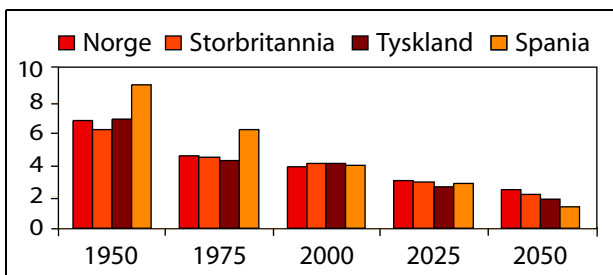
Figur 6.9 Familieomsorgskoeffisienten (The Parent Support Ratio) 2000-2050: Antall personer i aldersgruppen 85 år og eldre per hundre personer i forhold til aldersgruppen 50-66 år

Kilde: SSB (2006 MMMM)

Figur 6.8 viser aldersbæreevnen for fire vest-europeiske land i perioden 2000-2050, ut fra FN's alderskoeffisient. Disse fire landene representerer fire ulike velferdsmodeller: Norge, Storbritannia, Tyskland og Spania. Til tross for at utviklingen går i samme retning er det betydelige forskjeller landene imellom. Reduksjonen er lavest i Norge og Storbritannia. Tyskland vil få en sterkere reduksjon i antall personer i yrkesaktiv alder sett i forhold til alderspensjonister i årene fram til 2050, men reduksjonen vil ikke på langt nær bli så sterk som i Spania.

Omsorgsytere i familienettverket

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Familieomsorgskoeffisienten, forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer



Figur 6.8 FN's alderskoeffisient (The Potential Support Ratio): Forholdet mellom tallet på personer i yrkesaktiv alder (20-64 år) og eldre (65 år og eldre) i et utvalg land i Europa 1950-2050

Kilde: SSB (2006 MMMM) og «World Population Ageing 1950-2050», FN 2000.

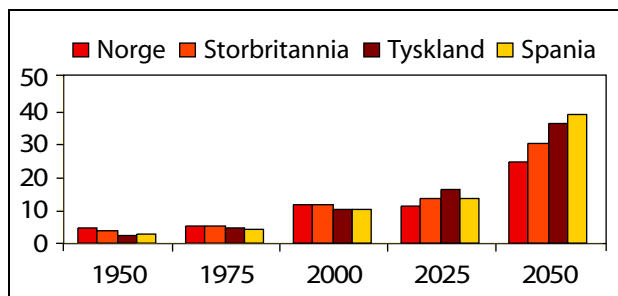
over 85 år, er et uttrykk for antallet potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre. Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien.

Figur 6.9 viser forholdet mellom eldre i alderen 85 år og mer, og deres barn i alderen 50-66 år. I 2000 er det 10,6 eldre per hundre personer i alderen 50-66 år, mens dette tallet har steget til 12,2 i 2030 og 22,1 i 2050.

Alle vest-europeiske land er i en utvikling der det blir stadig flere eldre per person i alderen 50-64 år, og figur 6.10 viser at denne utviklingen fra 2025 eskalerer i alle disse landene. De største endringene over tid skjer i Spania og Tyskland, mens utviklingen er nokså lik for Norge og Storbritannia. Årsaken til at de største endringene skjer i Spania og Tyskland er at fødselstallene i de seinere år er betydelig redusert. Tidligere i forrige århundre var fertiliteten størst i de katolske landene i Europa. Norge har i dag høye fertilitets-tall sammenlignet med land som faller inn under den kontinentale velferdsmodellen.

Familieomsorgskoeffisienten slår sterkt ut i Norge, men kan gi et noe forenklet bilde av utviklingen framover fordi det er flere utviklingstrekk enn alderssammensetningen som har betydning for potensiell omsorgsyting i familien, og fordi kulturelle endringer også påvirker omsorgsytingen. Det vises til kapittel 5.2 for en nærmere drøfting.

Barnløse mottar mindre familieomsorg og har størst behov for offentlige omsorgstjenester. I de kommende 25 år blir det imidlertid en nedgang i



Figur 6.10 FN's familieomsorgskoeffisient (The Parent Support Ratio) i et utvalg europeiske land 1950-2050: Antall personer i aldersgruppen 85 år og eldre per hundre personer i aldersgruppen 50-64 år

Kilde: SSB (2006 MMMM) og «World Population Ageing 1950-2050», FN 2000.

andel barnløse eldre over 80 år. Det vil derfor være flere som sannsynligvis kan støtte seg til egne barn dersom de blir hjelpetrengende. Fra 2025 og noen år framover kommer det en eldre generasjon som skiller seg ut ved at det aldri før har vært så mange kvinner og menn som har barn. Etter dette snur imidlertid utviklingen, og en økende andel eldre blir barnløse. En rekke studier har vist at kvinner i mye større grad enn menn får omsorg fra andre i familienettverket i alderdommen. Det store antallet barnløse menn over 80 år kan imidlertid om noen tiår komme til å bli en utfordring for omsorgstjenestene fordi de ikke i samme grad har bygget relasjoner og kan støtte seg til andre slektninger.

Om 20-30 år kommer den første eldregenerasjonen i Norge der en betydelig andel har gått gjennom skilsmisse (Gautun 2003). Den sterke veksten i antall skilsmisser kan føre til en større variasjon i omsorgen eldre får fra ektefelle og barn i 2030 og 2050. Undersøkelser viser at unge voksne som har vokst opp i skilte familier er like villige til å stille opp for sine mødre som de som har vokst opp i familier med begge foreldre (Hagestad 1991, Slagsvold og Solem 2005). Dette gjelder imidlertid ikke fedrene. Det er derfor grunn til å være bekymret for at skilte fedre i mindre grad kan forvente at barn vil stille opp for dem når de blir gamle.

6.6 Behovet for tjenester 2030-2050

Framskrivningene av personellbehovet fram til 2030-2050 bygger på de viktigste utviklingstrekkene som er beskrevet i de foregående kapitler. Framskrivningene er basert på Statistisk sentral-

byrås (SSB) MAKKO-modell og er avhengige av de forutsetningene som ligger til grunn i modellen. Det innebærer blant annet begrensninger i forhold til å se omsorgssektoren i en mer helhetlig økonomisk sammenheng. En viser derfor til St.meld. nr. 8 (2004-2005), Perspektivmeldingen og Nasjonalbudsjettet for 2007.

Det er grunn til å understreke den betydelige usikkerhet som er knyttet til slike tallmessige framskrivninger, og at beregningene av utbygging- og personellbehovet kan påvirkes gjennom noen av de strategiene som regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten i omsorgsbehovet i framtiden.

6.6.1 Personellbehov 2030-2050

Den største utfordringen for omsorgssektoren i de nærmeste tiårene vil være å skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft.

Boks 6.5 Framskrivning av sysselsettingen i omsorgssektoren

MAKKO er en makromodell som anslår utviklingen i sysselsettingen i kommunal sektor ut fra antagelser om utvikling i dekningsgrader, standard og befolkning. Folkemengden i modellen følger Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger, mens standarder og dekningsgrader vil variere etter forutsetninger om blant annet helsetilstand og sykkelighet.

I modellen blir sysselsettingen i omsorgssektoren fordelt på hjemmetjenester og institusjonstilbud. Standarden er definert som antall timeverk per beboer (institusjon) eller timeverk per mottaker (hjemmetjenester). Dekningsgradene er definert som andel av befolkningen innenfor ulike kjønns- og aldersgrupper som bor i institusjon eller mottar hjemmebaserte tjenester. Kjønnssdimensjonen er innarbeidet fordi det er stor forskjell i dekningsgrader for eldre kvinner og menn innenfor omsorgssektoren.

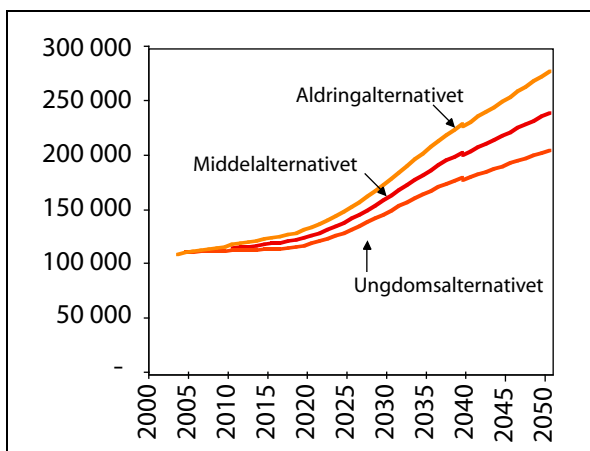
I modellen brukes sysselsettingstall fra nasjonalregnskapet, og disse kan avvike noe sysselsettingstall i primærstatistikkene, som f.eks. KOSTRA. Modellen er oppdatert med basisår 2003 og befolkningsframskrivningene fra 2005.

Demografiens betydning for sysselsettingsbehovet

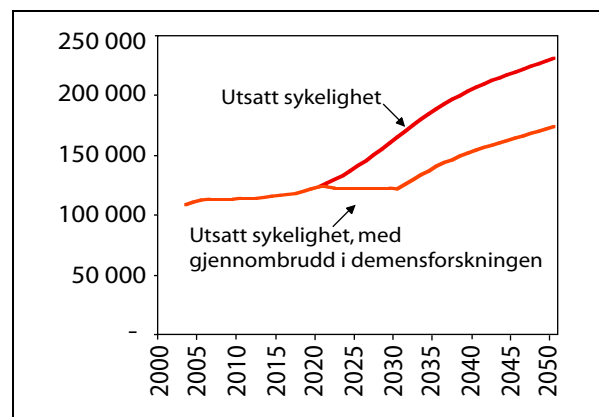
Figur 6.11 viser sysselsettingsbehovet fram til 2050, forutsatt en befolkningsutvikling som er beskrevet i kapittel 6.5. I dette alternativet holdes dekningsgrader og standarder konstant på 2003-nivå, slik at endringer i sysselsettingsbehovet kun blir drevet av demografiske endringer. Dette innebærer at det ikke skjer endringer i befolkningens helse eller funksjonsevne sett i forhold til alder, og

at familieomsorgen øker i takt med den offentlige omsorgen, slik at forholdet mellom familieomsorg og offentlig finansiert omsorg er konstant.

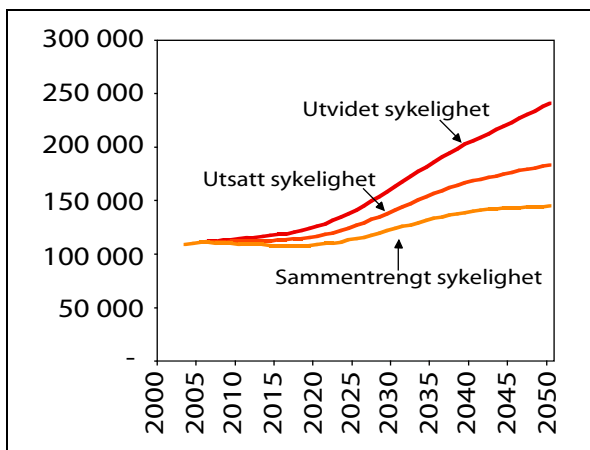
Figuren skisserer tre alternative framskrivninger: Ungdomsalternativet forutsetter høy fruktbarhet og lav vekst i levealder i befolkningen, aldringsalternativet forutsetter lav fruktbarhet og høy vekst i levealder, og middelalternativet ligger

Boks 6.6 Sysselsettingsbehov 2000–2050

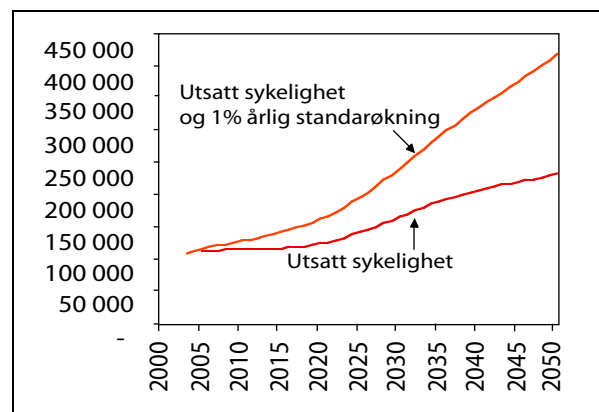
Figur 6.11 Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved ulike forutsetninger i befolkningsframskrivningen, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.



Figur 6.13 Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved ett gjennombrudd i demensforskningen, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.



Figur 6.12 Sysselsettingsbehovet (2000–2050) under ulike antagelser og helse og funksjonsevne, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå



Figur 6.14 Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved standardøkning, 1 prosent vekst i standard per år, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.

Kilde: Figur 6.11 til 6.14: Økonomiske Analyser nr 4/2006. SSB

om lag midt mellom ungdoms- og aldringsalternativene. Alle tre alternativer forutsetter middels nettoinnvandring.

Ungdomsalternativet gir en økning i arbeidskraftbehovet innenfor sektoren på nesten 100 000 årsverk fram mot 2050, mens aldringsalternativet gir en økning på over 170 000 årsverk fra 2003 til 2050. De videre framskrivningene baseres på middelalternativet, som gir en økning på 54 000 årsverk fram mot 2030 og nesten 133 000 årsverk fram mot 2050.

Helsetilstand og funksjonsevne

Endringer i helse og funksjonsevne har betydning for hvordan det framtidige omsorgsbehovet utvikler seg, og det er knyttet stor usikkerhet til hvordan sykkelighet og helsetilstand vil utvikle seg når levealderen øker.

Framskrivningene i figur 6.12 innebærer en utvidet sykkelighet, der en økt levealder fører til at antall år med sykdom og funksjonstap øker. I dette tilfellet vil en 75 åring i 2050 ha like stort behov for omsorgstjenester som en 75 åring hadde i 2003, selv om forventet levetid har økt med flere år.

Utsatt sykkelighet er en alternativ utvikling av helsetilstanden og funksjonsevnen, og den sier at folk holder seg friske lengre når levealderen øker, og at tiden med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme som før. En 75 åring vil i så fall forventes å ha bedre helse og funksjonsevne i 2050 enn en 75 åring hadde i 2003, ettersom forventet levetid er høyere. Økt levetid slår da ut i flere friske år.

Figur 6.12 viser at vi, under forutsetning av utsatt sykkelighet, får en økning på vel 75 000 årsverk i sektoren i perioden 2003-2050, noe som representerer en økning i arbeidskraftbehovet på 70 prosent. Dette er 57 000 årsverk lavere enn alternativet med utvidet sykkelighet.

Et tredje alternativ kan kalles sammentrengt sykkelighet. Den antar at folk holder seg friske lenger også i den siste perioden av livet, selv ved forlenget levealder. I tillegg til at økt forventet levealder gir flere friske år, blir helsen forbedret slik at antall år med omsorgsbehov også blir redusert. Figur 6.12 viser at ved sammentrengt sykkelighet er ressursbehovet fram mot 2020 konstant, selv om antall eldre øker noe. Dette skyldes at folks helse og funksjonsevne gradvis forbedres. Etter 2020 øker behovet slik at det blir 36 000 årsverk over dagens nivå i 2050.

I de videre framskrivningene legges alternati-

vet med utsatt sykkelighet til grunn, noe som innebærer at forventet antall år med alvorlig sykdom og sterkt nedsatt funksjonsevne vil bli omtrent den samme i framtiden som i dag, selv ved økt levealder.

Familieomsorgen

Framskrivningene ovenfor bygger på en implisitt forutsetning om at forholdet mellom privat ulønnet omsorg og den offentlig finansierte omsorgen er konstant. Hvis behovet for omsorgstjenester doubles, blir det lagt til grunn at den ulønnede omsorgen også fordobles. Dette kan av mange grunner vise seg å være en urealistisk antagelse.

Basert på de studier som er gjort av familieomsorgen og demografiske endringer i forholdet mellom tallet på eldre og middelaldrende, vil et mer realistisk alternativ være at den ulønnede omsorgen, utført av familien eller andre holder seg konstant på samme nivå som i dag. Framskrivningen baserer seg på at slik omsorg i dag tilsvarer om lag 80 000 utførte årsverk. Hele veksten i behovet for omsorgstjenester må ut fra dette ivaretas av den offentlige omsorgstjenesten.

Som figur 6.13 viser, vil dette gi seg utslag i en økning på om lag 50 000 årsverk, slik at det samlede ressursbehovet vokser til 165 000 årsverk allerede i 2030 og over 230 000 årsverk i 2050. De videre framskrivningene tar utgangspunkt i at familieomsorgen holdes konstant.

Om lag $\frac{3}{4}$ av beboerne på sykehjem har demens som hoved- eller bidiagnose. Mange av disse har multiple diagnoser, og demens er den viktigste årsaken til pleiebehov hos om lag 42 prosent av beboerne i sykehjem og 34 prosent av beboerne på aldershjem. Av mottakerne som får hjemmetjenester har om lag 10 prosent demens som viktigste årsak til hjelpebehov. Et gjennombrudd i demensforskningen ville derfor kunne hatt stor betydning for omsorgsbehovet og sysselsettingen i sektoren i framtiden.

For å illustrere betydningen av et slikt gjennombrudd i demensforskningen har vi i figur 6.13 forutsatt at det kommer en behandling av demens fra 2020. I framskrivningen er tiden fra behandlingen er gjort tilgjengelig til virkningen har kommet for fullt satt til ti år.

Et slikt gjennombrudd i demensforskningen ville ført til at personellbehovet kunne blitt redusert til om lag 175 000 årsverk, noe som betyr en reduksjon av antall årsverk på 25 prosent i 2050 sammenlignet med alternativet uten gjennombrudd i forskningen. Forutsetningen er at res-

sursbehovet innenfor hjemmetjenestene vil øke i hele perioden, mens det vil være et stort fall i antall institusjonsbeboere – der en del av de som ellers ville hatt behov for institusjonstjenester i 2050 vil klare seg med et mindre tjenestetilbud i egen bolig. Det kan argumenteres for en enda større nedgang i sysselsettingsbehovet enn det figuren viser. Personer med demens er ressurskrevende brukere, og det kan derfor tenkes at det gjennomsnittlige antall timeverk per bruker vil gå ned både i institusjonene og i hjemmetjenesten.

Det må understrekes at det i dag ikke er holdepunkter for å fastslå verken tidspunkt eller mulighetene for et eventuelt gjennombrudd i behandlingen av ulike demenslidelser. All planlegging for omsorgssektoren må ta utgangspunkt i at demens er en vesentlig og sterkt voksende årsak til behovet for slike tjenester, og vil bli én av omsorgstjenestens største utfordringer i årene som kommer. Framskrivningen er ment som en illustrasjon på at framtida kan by på muligheter, og at det i planleggingen må holdes åpent for hendelser som på denne måten vil kunne endre alle prognoser.

Virkningene av en standardøkning

Flere utviklingstrekk peker i retning av en økning av standarden på tjenestetilbudet i framtida. Morgendagens eldre vil ha andre preferanser enn dagens eldre, og det kan komme krav om kvalitetsforbedringer fra flere hold. Nye teknologiske muligheter og nye rettigheter kan også øke standarden på tjenestene.

Figur 6.14 viser et alternativ med høyere standard uttrykt i flere timer per bruker. Det er lagt til grunn at standarden øker med 1 prosent per år for alle som får hjelp. Dette fører til en sterk økning i ressursbehovet til nesten 420 000 årsverk i 2050, noe som representerer en økning på over 280 prosent i forhold til 2003. Økningen forsterkes av at de som får familieomsorg også vil kreve en økning av standarden, og denne økningen vil komme i form av omsorgstjenester fra det offentlige.

Framskrivningen illustrerer at krav og forventninger om økning i standarden tidlig i perioden vil kunne få større konsekvenser for personellbehovet enn de demografiske utfordringene omsorgstjenesten står overfor. Istedenfor en økning av standarden på tjenestetilbudet, bør de mulighetene den demografisk sett stabile perioden de neste 15 år først og fremst benyttes til å ruste opp tjenestetilbudet for å møte de framtidige utfordringene.

6.6.2 Behov for sykehjemsplasser og omsorgsboliger 2030-2050

En stor utfordring i årene framover er å bygge ut kapasiteten for det samlede bo- og institusjonstilbudet, slik at vi ikke havner på etterskudd når den store økningen i behovet for omsorgstjenester kommer rundt 2020.

I 2005 var det i overkant av 40 000 institusjonsplasser for eldre, og nesten 50 000 boliger til omsorgsformål, hvorav halvparten var omsorgsboliger. Til sammen utgjør dette om lag 90 000 boenheter tilrettelagt for pleie og omsorg. Med utgangspunkt i de forutsetninger som er lagt til grunn i SSBs framskrivninger av personellbehovet, er det gjort tilsvarende framskrivninger av behovet for boenheter til omsorgsformål.

Høyere bostandard, universell utforming av boliger og omgivelser og bedre økonomi hos alderspensjonistene vil gi brukerne større mulighet til å finansiere tilrettelegging av egen bolig, eller betale høyere husleie, innskudd og vederlag ved opphold i sykehjem. Det legges til grunn at det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester/ døgntjeneste. Behovet er begrunnet i følgende forhold:

- SSB sine fremskrivninger viser at Norge fra rundt 2020 må forvente en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år (årlig vekst mellom 3,5-7 prosent). En del kommuner vil imidlertid møte veksten tidligere (eksempel folkerike kommuner i Akershus) mens andre vil få en reell nedgang i antall eldre. Utvidelse av kapasiteten i den enkelte kommune må starte i god tid før veksten inntreffer.
- Kommunene har i dag et udekket behov for egnede boliger til yngre tjenestemottakere med omfattende tjenestebehov, herunder både mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelser. Sosial- og helsedirektoratet har dokumentert behov for 2 700 boliger til personer med psykiske lidelser og omfattende tjenester ut over opptrappingsplan for psykisk helse.
- Ut over det ordinære vedlikehold er det et løpende behov for utskifting av gamle bygninger som ikke oppfyller hensynet til effektive driftsformer, krav til tilgjengelighet, arbeidsmiljø og brannsikkerhet.

Som et anslag antydes det behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2030. Anslaget omfatter både eldre og yngre per-

soner med behov for heldøgns omsorgstjenester. En del av de 60 000 enhetene kan finansieres av brukerne. Et jevnt utbyggingsnivå de nærmeste 20 årene innebærer 3 000 plasser og boenheter per år. Imidlertid kan en tenke seg at investerings- takten fram mot 2030 vil være økende, og at takten de nærmeste årene er noe lavere. Husbanken skal stimulere til livsløpsstandard og universell utforming av boliger og omgivelser. Dette forebygger og utsetter behovet for tilbud i sykehjem og omsorgsboliger.

6.7 Framtidige utgifter til pleie og omsorg

De sosiale velferds- og trygghetsordningene kan ikke bare ses på som en utgiftspost. Ordningene har bidratt til velferd, likhet og sosial og økonomisk stabilitet. Norge har høy yrkesdeltaking, særlig blant kvinner, men også blant eldre sammenliknet med andre land. Både fødselshyppighet og levealder er relativt høy. Dette har trolig sammenheng med godt utbygde allmenne sosiale trygde- og velferdsordninger. Både fødselspermisjonsordninger og barnehagedekning er av betydning. Det samme er utbyggingen av omsorgssektoren. Velferdsordningene er viktige fra et fordelingsperspektiv, men også ut fra et verdiskapningsperspektiv. Utgiftene til omsorgssektoren bør derfor i utgangspunktet ses i en slik sammenheng. Dette vil imidlertid ikke gå fram i modellberegningene nedenfor, der utgiftene til pleie og omsorg framskives. Når det gjelder virkningene av ulike strategier for å påvirke disse utgiftene er dette nærmere omtalt i kapittel 13 Økonomiske og administrative konsekvenser.

Utviklingen i utgiftene til pleie og omsorg de siste 25 år
I løpet av perioden 1980 til 1999 ble bruttonasjonalproduktet (BNP) i løpende kroner nesten 4-doblet, mens de totale offentlige utgiftene til helse, omsorg, trygd og sosiale ytelser ble 5-doblet. Av disse var det utgiftene til pleie og omsorg som økte mest – utgiftene ble mer enn 12-doblet i denne 20-årsperioden.

Veksten i sektoren har imidlertid ikke vært like stor som tallene tilsier. I tillegg til en reell økning i utgiftsnivå, ligger hovedforklaringen på den store veksten i forvaltningsreformer, der ansvaret for kommunehelsetjeneste, sykehjem og tjenestetilbud til mennesker med utviklingshemming ble overført til kommunene i denne perioden.

Faktorer som vil påvirke framtidige utgifter

Diskusjonen i de innledende kapitlene illustrerer en del av de utviklingstrekk som vil påvirke utgiftene til omsorgssektoren framover. I forhold til en ren framskrivning av utgiftene til pleie og omsorg basert på dagens helsetilstand og funksjonsnivå, vil bl.a. følgende momenter trekke i retning av lavere utgifter:

- en positiv velferds- og økonomisk utvikling vil kunne bedre helsen
- høyere utdanningsnivå vil kunne føre til bedre helse og større evne til egen mestring
- en større andel av framtidens eldre blir menn, som har et lavere forbruk av helse- og omsorgstjenester enn kvinner

Faktorer som trekker i retning av økte utgifter er:

- potensialet for familieomsorg holdes forholdsvis konstant, noe som innebærer at veksten i omsorgsbehovet må dekkes av det offentlige
- standardforbedringer
- høyere reallønn i sektoren som følge av rekrutteringsstrategier og lav produktivitetsvekst

En del faktorer kan slå ut i begge retninger:

- den medisinske utviklingen kan gi folk en bedre helsetilstand, men vil også føre til at flere med svak helse kan leve lenger
- en bedring i eldres ressurser samt et mer individualistisk verdisyn kan føre til at flere ønsker å klare seg selv, men også at de kan bli mer krevende brukere
- omsorgstjenesten er avhengig av hvordan kapasiteten i sykehus og spesialisthelsetjenesten utvikler seg

Tidligere framskrivninger

Beregninger fra Pensjonskommissjonen (NOU 2004:1 Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida), viste at utgiftene til alderspensjoner var på 4,5 prosent av BNP i 2000, men ville stige til ca 12 prosent i 2050 med Pensjonskommissjonens forslag til en modernisert folketrygd. OECD beregninger viser også at mens økningen i aldersrelaterte utgifter til pensjoner vil legge beslag på 8,0 prosent mer av BNP fra 2000 til 2050, vil økningen i aldersrelaterte utgifter til helse og omsorg legge beslag på 3,2 prosent mer av BNP i den samme perioden. De finansielle utfordringene er derfor langt større på pensjonsfeltet enn på omsorgsfeltet.

I langtidsprogrammet (2002- 2005) ble det foretatt framskrivninger av utgiftene til offentlig finansi-

Boks 6.7 MSG-modellen

MSG-6 er en generell likevektsmodell for norsk økonomi som benyttes til å belyse utviklingen i samlet produksjon, fordeling, sysselsetting og realkapital på ulike sektorer, privat og offentlig konsum, priser på varer og real-lønnsutvikling på lang sikt.

ert eldreomsorg, dvs. utgifter til omsorgstjenester til henholdsvis personer over 67 og 80 år. Utgiftene for personer over 67 år er framskrevet under ulike forutsetninger om endringer i eldres funksjonsevne. Alle beregningene er gjort under antagelsen om lik forventet levetid. Som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) vil utgiftene for aldersgruppen over 67 år øke fra 2,9 prosent i 1998 til 4 prosent i 2030, hvis det ikke skjer en endring i eldres funksjonsevne. Dette innebærer en relativ økning på 40 prosent. For gruppen over 80 år, vil den relative økningen være på knapt 50 prosent. Legger en til grunn en fortsatt forbedring av eldres funksjonsnivå i samme takt som de siste 10-15 årene antyder, vil omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres fram mot 2030 til tross for økningen i antall eldre. Det understrekes imidlertid at framskrivningene bygger på svært få variabler for å beskrive funksjonsevne.

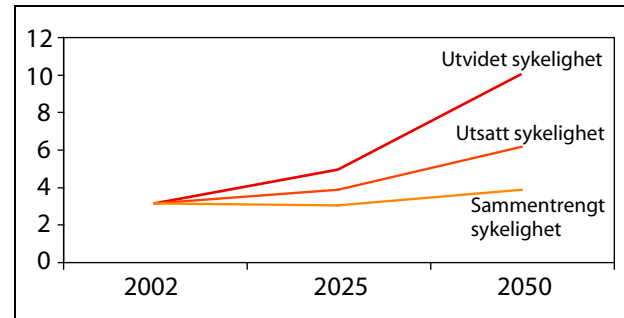
Nye framskrivninger av utgiftene til pleie og omsorg

Statistisk sentralbyrå har foretatt framskrivninger av utgiftene til sektoren fram til 2050 ved hjelp av MSG-modellen.

I de framskrivningene som hittil har vært laget av norsk økonomi og offentlige finanser til 2050-60, for eksempel i Perspektivmeldingen, er det antatt at dagens aldersspesifikke helsetilstand ikke endres. Hensikten med de nye beregningene er å vise betydningen av alternative forløp for helsetilstanden for offentlige finanser.

Konkret ser vi på forløpet fram til 2050 under følgende alternative forutsetninger om helsetilstand:

- utsatt sykkelighet: Forventet antall år med alvorlig sykdom og funksjonstap holdes på 2002-nivå, men utsettes ved lengre levealder
- utvidet sykkelighet: Helsetilstand holdes konstant som i 2002, og utvides med økt levealder



Figur 6.15 Lønnskostnader i pleie- og omsorgssektoren som andel av BNP fastlands-Norge under ulike forutsetninger om helsetilstand og der familieomsorgen er holdt konstant på 2002 nivå.

Kilde: SSB Rapport 21/2006

- sammentrengt sykkelighet: Forventet antall år med alvorlig sykdom og funksjonstap blir færre enn i 2002

I alle tre alternativene holdes frivillig og familiebasert omsorg konstant, og det forutsettes ingen endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisttjenesten og kommunene. Figur 6.16 nedenfor gir utviklingen i lønnskostnadene for omsorgstjenesten som andel av BNP for de tre helsealternativene.

Forutsetningene om befolkningens helsetilstand vil ha stor betydning for utviklingen i utgiftene til pleie og omsorg i årene framover. Framskrivningen viser at omsorgstjenestens utgifter vil øke fra 3,4 prosent av BNP i 2005 til 4,7 prosent i 2030 og 6,4 prosent i 2050, under forutsetning av at perioden med nedsatt funksjonsevne på slutten av livet er uendret, men utsettes ved forlenget levealder («Utsatt sykkelighet»).

I alternativet med «Utvidet sykkelighet» vil utgiftene utgjøre hele 10,5 prosent av BNP i 2050. Hvis derimot helseutviklingen fører til at befolkningen i gjennomsnitt får en kortere periode med stort omsorgsbehov før død («Sammentrengt sykkelighet»), vil det bli en forholdsvis moderat økning i de relative utgiftene, og det vil til og med bli en nedgang i disse fram mot 2020.

6.8 utfordringer

Demografiske framskrivninger viser at framtidens brukere av de kommunale omsorgstjenestene vil bli flere. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de seneste tiår er personer under 67 år.

Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidas brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud. Framtidas eldre vil både ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til, og forventer, å kunne bestemme over egen tilværelse.

Den største delen av mottakerne av omsorgstjenester er kvinner. Alderdommens helseproblemer bør derfor vurderes og ses i et kvinneperspektiv. Sosial utjevning og tiltak for å bedre hverdagen for eldre kvinner vil være svært viktig. Dette er en spesielt stor utfordring for medisinen og spesialisthelsetjenesten.

Sterk vekst i de offentlige omsorgstjenestene har ikke ført til en reduksjon av familieomsorgen. Lite tyder på at en velutbygd velferdsstat og trenden med økt individualisering vil føre til at omsorgsrelasjoner i familien forvitrer. For unge mennesker er foreldre og søsken de viktigste omsorgspersonene. For eldre er det ektefelle og barn. Tradisjonelt har dette vært kvinner, men i de senere år har menn blitt mer aktive. Det største potensialet for framtidas familieomsorg ligger i likestilling og økt deltakelse fra menn. Demografiske endringer fører også til at stadig flere fami-

lier består av få barn og mange eldre. Dette vil kreve at eldre mottar mer omsorg fra det enkelte barn eller et større press på omsorgstjenester.

Sammenlignet med andre land er Norge i en gunstig situasjon, ettersom effektene av de demografiske endringene er mindre dramatiske. Tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år. Den sterkeste tilveksten skjer først fra rundt 2020. Det gir oss knapt 15 år til å bygge ut en omsorgstjeneste som er robust nok til å tåle kraftig behovsvekst. I forhold til veksten i tallet på eldre, blir det færre i yrkesaktiv alder og færre middelaldrende til å yte omsorg for et økende antall eldre. Dette gir utfordringer både i forhold til verdiskapning, rekruttering og familieomsorg.

Det store antallet personer som berøres av demenssykdommene stiller personell og tjenesteapparat overfor store utfordringer med å planlegge og tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud. Funn fra flere undersøkelser viser at personer som utvikler symptomer på demens ofte ikke er tilstrekkelig utredet og mangler diagnose. Bare mellom en tredel og en firedel av de hjemmeboende har et tilrettelagt botilbud, og bare 4 prosent av de hjemmeboende mottar et tilrettelagt dagtilbud. Pårørende bidrar til å sikre den enkelte en god omsorg, og både pårørende og brukere har et stort behov for informasjon, kunnskap, veiledning og rådgivning om demens.

7 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Hovedutfordringene for framtidens omsorgstjeneste vil være både nye brukergrupper med et større mangfold av helsemessige og sosiale behov, og behovsvekst som følge av en økende andel eldre i befolkningen. Videre er det behov for styrket medisinsk oppfølging og en mer aktiviserende omsorg. Samtidig vil tilgang på arbeidskraft og frivillige omsorgsytere, som følge av demografiske endringer, ikke øke i takt med behovene.

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

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

Kommunalt ansvar innebærer at kommunene har størstedelen av ansvaret for individet i hele livsløpet, noe som gir incentiver til mer helhetlig tenking og tilrettelegging av tilbud og lokalmiljø ut fra lokal kunnskap og kjennskap til den enkelte.

Framtidens brukere av omsorgstjenesten vil forutsette en sterkere brukerinnflytelse i sitt møte med omsorgstjenesten. Dette forutsetter også en tydeliggjøring av den enkeltes eget ansvar, og forventninger om at innbyggerne tar medansvar for fellesskapets ordninger.

7.1 Samarbeid om kvalitetsutvikling

Utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats,

kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.

Regjeringen og KS har inngått en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren.

Siktemålet med avtalen er at staten og KS i fellesskap skal bidra til å forbedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen og KS er enige om at arbeidet skal forankres i nasjonale rammer, med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammene av det lokale selvstyre.

Partene er enige om de hovedstrategier som er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Avtalen legger vekt på tverrfaglig kompetanseheving, lokalt utviklingsarbeid, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling, med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiviserende omsorgsprofil. Partene er enige om en avtaleperiode på fire år fram til september 2010. Arbeidet skal evalueres årlig av partene i forbindelse med konsultasjonsordningen.

7.1.1 Kvalitetskommuner

Regjeringen har tatt initiativ til et samarbeid mellom staten, KS og arbeidstakerorganisasjonene i kommunesektoren om utvikling av kvalitet i helse- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren i kommunene. Det sentrale samarbeidet skal stimulere til lokalt utviklingsarbeid som involverer lokalpolitikere, lederne og de ansatte. Samarbeidet lokalt må særlig involvere medarbeiderne som møter innbyggerne, og innbyggernes behov skal hele tiden stå sentralt. Godt fornyings- og utviklingsarbeid skjer i form av samarbeid og dialog med de ansatte. I tillegg er det viktig at samarbeidet legges opp på en måte som gjør at lokalpolitikere kan delta på en likeverdig måte. Det har vært og er stor aktivitet knyttet til kvalitetsutvikling både i omsorgssektoren og i oppvekstsektoren.

Boks 7.1 Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006–2010

Avtale mellom regjeringen og KS om utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen bygger på dialog mellom partene i konsultasjonsordningen om de generelle rammebetingelsene for kommunesektoren. Avtalen omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester som ytes uavhengig av diagnose, herunder også til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer.

Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen og KS er enige om at kommunene skal kunne gi innbyggerne tjenester i nødvendig omfang og med forsvarlig og god kvalitet. Arbeidet skal forankres i nasjonale rammer, men med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammen av det lokale selvstyre. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal i hovedsak være basert på rammefinansiering.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer i forhold til blant annet nye brukergrupper og flere eldre, som alle har behov for gode tjenester og et aktivt dagligliv. Samspillet mellom de kommunale tjenestene og familie og frivillig sektor står sentralt for å møte et økende tjenestebehov. Det samme gjelder behovet for arbeidskraft.

Partene er enige om at utfordringene skal møtes ut fra lokale variasjoner og behov, men mener likevel at viktige strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer er:

- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- planlegging, forskning og kvalitetsutvikling
- aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

Avtalen angir mål for kvalitetsutviklingen, og konkrete tiltak for å nå målene vil bli utarbeidet av partene i fellesskap. For tiltak og aktiviteter på regionalt og lokalt nivå samarbeider KS og fylkesmannen som regional myndighet på helse- og omsorgsområdet, der det er naturlig.

Tjenestene

Partene vil i fellesskap bidra til:

- bedre kommunalt tjenestetilbud gjennom lokalt utviklingsarbeid og brukermedvirkning
- systemer i kommunene som gir brukerne god informasjon om tjenestene
- sterkere fokus på forebyggende arbeid, rehabilitering, samarbeid med familie og frivillige og et meningsfullt dagligliv for brukerne
- å styrke kommunal deltakelse i praksisnær forskning og utviklingsarbeid i tjenesten
- å styrke helse- og omsorgstjenestens omdømme

KS vil:

- stimulere til god yrkesutøvelse, blant annet gjennom opplæringstilbud med fokus på etikk
- legge til rette for tjenesteutvikling, blant annet gjennom å formidle verktøy og organisasjonsformer som gir gode tjenestetilbud

Regjeringen vil:

- bidra til bedre kommunalt tjenestetilbud gjennom støtte fra spesialisthelsetjenesten
- legge til rette for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten og styrke likeverdigheten mellom forvaltningsnivåene.

Personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse

Partene vil i fellesskap:

- utvikle strategier for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft med større tverrfaglig bredde, blant annet ved å øke andelen med høgskoleutdanning og økt fokus på helsefagarbeiderutdanningen
- legge til rette for å redusere bruken av deltid i sektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte
- bruke konsultasjonsordningen til å drøfte måloppnåelsen om 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009
- legge til rette for god ledelse, godt arbeidsmiljø og stimulere til ledelsesutvikling lokalt
- bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fag-etikk

Boks 7.1 (forts.)

KS vil:

- bidra til tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i helse og omsorgstjenesten, herunder støtte opp under regjeringens mål om å øke andelen med høgskoleutdanning og økt fokus på helsefagarbeiderutdanningen
- samarbeide med Sosial- og helsedirektoratet om en ledelsessatsing i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil:

- sikre nødvendig utdanningskapasitet ved høgskolene for å øke andelen med høgskoleutdanning i tjenesten
- styrke kompetansen om aldersrelaterede og psykiske lidelser i medisinstudiet og i helsefagutdanningene

Styring, planlegging og kvalitetssikring

Partene vil i fellesskap bidra til:

- å styrke kommunenes ordinære planarbeid
- god og relevant styringsinformasjon, herunder systemer for å måle kvalitet i tjenesten
- økt bruk av IKT og å styrke den elektroniske samhandlingen i tjenesten
- å øke kommunenes styringsmuligheter og -vilje når det gjelder allmennmedisinsk offentlig legearbeid, slik at legetjenesten til brukerne av omsorgstjenesten styrkes

KS vil:

- bidra til at kommunene etablerer gode kvalitetssystemer og god styringsinformasjon til de folkevalgte

- videreføre og videreutvikle Effektiviseringsnettverkene som en sentral arena for kvalitets- og effektivitetsutvikling
- legge til rette for effektivisering og kvalitetsheving gjennom elektronisk samhandling og økt bruk av IKT

Regjeringen vil:

- gi kommunene økt forutsigbarhet gjennom 4-årige handlingsprogram på Helse- og omsorgsdepartementets områder, blant annet gjennom en kompetanse- og rekrutteringsplan, handlingsplan for demensomsorg og handlingsplan for eldre i sykehus
- utforme lov og regelverk som gir rom for effektive løsninger tilpasset lokale behov, samtidig som innbyggernes rettssikkerhet ivaretas
- i hovedsak benytte rammefinansiering av tjenestene
- ikke pålegge unødig detaljert regelverk og unødige bindende nasjonale normer
- legge til rette for forenkling og mer harmonisert regelverk for kommunale helse- og sosialtjenester, blant annet ved oppfølging av relevante utvalgsinnstillinger

Partene er enige om å arbeide innenfor de målene og med de midlene som her er skissert, i foreløpig fire år, frem til september 2010. Arbeidet skal evalueres årlig av partene i forbindelse med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Dersom samarbeidet og resultatene ikke blir vurdert som tilfredsstillende av én av partene, kan vedkommende part avbryte samarbeidet etter en rimelig forhåndsvarsling.

ren. Det er viktig å bygge på det gode arbeidet som allerede er gjort og gjøres. Kvalitetskommunesamarbeidet skal forsterke og utfylle eksisterende arbeid. Arbeidet i den enkelte kommune vil ta utgangspunkt i organisasjonens egne utfordringer, og kommunen skal selv avgjøre innsatsområder og arbeidsform, innenfor de rammer som programmet trekker opp.

7.2 Planlegging for god kvalitet

Regjeringen og KS vil i medhold av den nye avta-

len om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fellesskap bidra til å styrke kommunenes ordinære planarbeid. KS vil på sin side bidra til at kommunene etablerer gode kvalitetssystemer og god styringsinformasjon til de folkevalgte. For ytterligere å styrke kommunens kompetanse til å planlegge omsorgstjenestene, videreføres samarbeidet mellom regjeringen og KS om nettverksbygging og etter- og videreutdanning i kommunal planlegging. Samarbeidet foregår gjennom Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging og KS-programmet Samplan.

Boks 7.2 Modellkommuneforsøket

Modellkommuneforsøket ble initiert av daværende Norsk kommuneforbund (NKF) (nå Fagforbundet) som et alternativ til konkurranseutsetting av kommunale tjenester. Sentrale mål i prosjektet var økt ressurseffektivitet og bedre kvalitet på tjenesteytingen. Tanken var at egne ansattes erfaringer med tjenestene var et godt utgangspunkt for å skape nye ideer om hvordan tjenestene kan forbedres. Partssammensatt styringsgruppe, bruk av utviklingsveiledere og arbeidsgrupper knyttet opp til konkrete ideer fra ansatte var sentrale elementer i organiseringen. Trepertssamarbeidet medførte at politikere, administrasjon og fagforening måtte samarbeide om felles løsninger og stå sammen om disse. NIBR har i en rapport evaluert forsøket (Skålnes m.fl. 2002). Evalueringen viste at modellkommuneforsøkene bidro til å oppfylle målsettingen om kvalitativt bedre tjenesteyting i kommunene. Kompetanseheving, trivsel, bruk av utviklingsveiledere og den spesielle arbeidsformen knyttet til forsøket medvirket til å oppfylle målsettingen. Når det gjelder effektivitet finner NIBR at Modellkommunemetodikken er et virkemiddel som først og fremst vil fremme tiltak der virksomheten innenfor samme ressursbruk øker tjenesteproduksjonen.

Statens helsetilsyn viser i Tilsynsmeldingen for 2004 og i rapport 7/2005 Pleie- og omsorgstjenesten på strekk, at mange av de kommunene som helsetilsynet har foretatt tilsyn i, ofte mangler styringssystemer som sikrer god praksis og systematisk lærings- og forbedringsarbeid. Mange kommuner mangler eller har mangelfulle internkontrollrutiner. Det svekker kommunens mulighet til å sammenstille avviksrapportering med gjeldende praksis og gjennom dette lære av egne feil. Kommunene har allerede i dag plikt å til å utvikle egne kvalitetskrav til tjenestene og sikre gode internkontrollrutiner gjennom bestemmelsene i både kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften.

Regjeringen vil understreke betydningen av å utvikle kvalitetskrav og etablere kvalitetssystemer. Det er etter regjeringens oppfatning viktig at lokalpolitikere deltar i diskusjoner knyttet til kvalitetskrav på en likeverdig måte i forhold til

Boks 7.3 KS' debatthefte – Framtidens omsorgstjenester

Ressurssenter for omstillings i kommunene (RO) har på oppdrag fra KS utarbeidet debattheftet Framtidens omsorgstjenester. Bakgrunnen for prosjektet er at det blir flere som trenger gode pleie- og omsorgstjenester i årene framover, samtidig som det blir færre til å yte de tjenestene det er behov for. Denne situasjonen gir i seg selv et behov for å tenke nytt, ikke minst i forhold til hvilken tjeneste framtidens brukere vil stille krav om og hva som bør være et offentlig ansvar framover. Større likeverdighet og bedre samhandling mellom nivåene i helse- og omsorgskjeden, vil ikke minst kunne bidra til bedre ressursbruk og kvalitet for den enkelte bruker. Omdømmebygging er også et viktig innsatsområde for kommunal sektor framover, for å tiltrekke og beholde arbeidskraft i omsorgstjenestene.

Debattheftet bygger på og samler sentral forskning på dette feltet, så vel som kommunenes egne erfaringer. Heftet viser bl.a. til hva som kjennetegner de kommunene som lykkes, og formulerer konkrete spørsmål som grunnlag for debatt om tjenestekvaliteten.

KS vil med sitt debatthefte skape grobunn for tiltak for å møte framtidens ufordringer og ønsker at kommunene skal bruke de gode eksemplene som brekkstang for ny utvikling og bruke spørsmålene som reises til å søke erfaringer og kunnskap. KS har også en ambisjon om at heftet kan gi bidrag til en større og bredere debatt knyttet til regjeringens politikk presentert i denne meldingen.

Målgruppen for heftet er først og fremst folkevalgte og ledere i kommunene som har ansvar for å utvikle gode omsorgstjenester.

kommunale ledere og de ansatte i førstelinjen. Regjeringens nye satsing Kvalitetskommuner bygger nettopp derfor på en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte for å sikre innbyggerne en kvalitets- og effektivitetsutvikling i tjenestetilbudet.

Et annet grep for å tydeliggjøre ansvaret for tjenestene og sikre at kvalitetskravene blir gjenstand for en politisk diskusjon og behandling, er å løfte fastsettelsen av lokale kvalitetskrav opp på et politisk nivå. Etter regjeringens vurdering vil politisk behandling av kravene til kvalitet kunne styrke det

Boks 7.4 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøene, utviklet en «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)».

Målet med strategien er tjenester som:

- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Strategien skal konkretiseres i handlingsplaner på fem innsatsområder:

- styrke brukeren
- styrke utøveren
- forbedre ledelse og organisasjon
- styrke forbedringskunnskap i utdanningene
- måle kvalitet i tjenestene

Strategien fokuserer hovedsakelig på forbedring av innholdet i tjenestene, forbedring av systemene samt på å styrke brukerne. Strategien har vært ute på høring og fått bred tilslutning fra fagmiljøene.

Boks 7.5 Effektiviseringsnettverkene

Effektiviseringsnettverkene startet som et pilotprosjekt i 2001. Siden den gang har over 300 kommuner og bydeler deltatt i prosjektet, hvor flertallet har arbeidet med omsorgsspørsmål som ett av fokusområdene. Effektiviseringsnettverkene er et nettverk som er basert på gjensidig utveksling av erfaringer og avdekke «best practice» gjennom benchmarking og erfaringsutveksling. Fokus rettet mot bruk av KOSTRA-tall og utvikling av kvalitetsindikatorer som styringsinformasjon og grunnlag for benchmarking har hatt positive effekter på den kommunale planleggingen i en rekke av kommunene.

Prosjektet har gitt flertallet av kommunene bedre styringsinformasjon, samtidig som kvalitetsbetraktninger er blitt løftet opp til politikerne og toppledelsen (Askim, Båtsvik og Skattum 2006).

systematiske kvalitetsutviklingsarbeidet, og øke det lokale engasjementet i forhold til innholdet i omsorgstjenestene. Mange kommuner fastsetter i dag lokale serviceerklæringer gjennom en politisk behandling i kommunestyret. Regjeringen vil oppfordre kommunene til å behandle kravene til kvalitet i kvalitetsforskriften på samme måte.

7.2.1 Revidert helse- og sosiallovgivning i kommunene

I 2003 ble det nedsatt et lovutvalg (Bernt-utvalget) for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Siktet målet var å sikre ensartet regulering av likeartede tjenester og helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov. En bedre harmonisering av lovverket skulle også bidra til å hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer, og forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner. Det ble presisert i mandatet at lovforslaget skulle baseres på at kommunen skulle ha stor frihet til å velge organisering av tjenestene, og at det skulle tas hensyn til behovet for og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Innstillingen fra lovutvalget ble avgitt 11. oktober 2004, jf. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Her er det foreslått en ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Lovforslaget regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakers rettigheter, beslutningsprosess, klageadgang m.m. Ifølge utvalget er hovedformålet med en felles lov å etablere et regelverk, som er oversiktlig og lett å bruke og forstå, både for tjenestemottakere og tjenesteytere. Utvalget har også uttalt at det er en viktig målsetting med en felles lov å hindre ulikheter i regelverket eller i praktiseringen av dette som skaper vansker for samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene.

Innstillingen fra Bernt-utvalget ble sendt på høring med høringsfrist 1. april 2005. Departementet mottok ca. 180 høringsuttalelser. De fleste av disse støtter utvalgets forslag til en felles lov. Departementet er i gang med arbeidet med oppfølging av innstillingen fra Bernt-utvalget. Oppfølgingsarbeidet har vist at enkelte problemstillinger må utredes nærmere. Dette gjelder blant annet forholdet til annen helselovgivning, særlig pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Dette innebærer at det må sendes ut et nytt høringsnotat fra departementet før det kan utarbeides en ordelstingsproposisjon.

Regjeringen tar sikte på å legge fram et høringsnotat våren 2007.

7.2.2 Utvidet pasientombudsordning

Pasientombudsordningen ble forankret i pasientrettighetsloven i 1999, og skal arbeide for å ivareta pasientenes behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten og bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke, men arbeidsområdet er i dag begrenset spesialisthelsetjenestene. Pasientombudene selv peker på at den største svakheten ved dagens ordninger er at den ikke omfatter de kommunale tjenestene. Mange av henvendelsene pasientombudene får omhandler saker knyttet til kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten. Det er like sterke hensyn som taler for en ombudsordning for kommunale tjenester, som det er for spesialisthelsetjenester. Erfaringer med kommunale ombud bekrefter dette. Sakene er ofte sammensatte og krever at begge forvaltningsnivå og samhandlingen mellom dem gjennomgås. En utvidet pasientombudsordning vil kunne sikre at brukerne får dekket sine tjenestebehov og at brukernes interesser og rettssikkerhet ivaretas på en god måte.

Regjeringen vil derfor foreslå lovendringer slik at også brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal omfattes av en lignende ordning som dagens pasientombudsordning.

7.2.3 Skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse

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

Offentlig virksomhet har tradisjonelt håndtert ansvaret for myndighetsutøvelsen og tjenesteutøvelsen parallelt i samme organisatoriske enhet. Myndighetsutøvelse er i denne sammenhengen å forstå som utmåling av den enkelte part sin rett til tjenester i form av et enkeltvedtak. Tjenesteutøvelse er å yte den aktuelle tjenesten i det volum og med den kvalitet som vedtaket regulerer.

Den som søker eller mottar tjenester, er oftest i en utsatt og sårbar situasjon. Lov om pasientret-

tigheter, forskrift om kvalitet og veileder i saksbehandling og dokumentasjon for omsorgstjenesten er bare noen eksempler på regler som skal styrke rettssikkerheten til den som søker eller mottar tjenester. Kommunene er stilt fritt til å organisere myndighetsutøvelsen og tjenesteutøvelsen slik kommunen selv vil.

Det siste tiåret har om lag 12 prosent av kommunene valgt å innføre et organisatorisk skille mellom myndighetsutøvelse (forvaltning) og tjenesteutøvelse (drift), såkalt bestiller- utførermodell (RO 2006). Bestiller- utførermodell er hyppigst forekommende i de store kommunene. Kun en av kommunene med mer enn 50 000 innbyggere har ikke bestiller – utførermodell, mens kun en av kommunene med under 10 000 innbyggere har innført modellen. Halvparten av Norges befolkning bor i kommuner som er organisert med en eller annen form for bestiller-utførermodell.

I Sverige og Danmark er innføring av modellen primært begrunnet i ønske om å etablere et marked av private leverandører av tjenester. Nær 90 prosent av de norske kommunene oppgir at rettssikkerhetshensynet til brukeren er avgjørende mens privatiseringsargumentet har begrenset oppslutning. Kun et begrenset antall norske kommuner har konkurranseutsatt deler av omsorgstjenesten.

Etablering av et skille mellom forvaltning og drift kan bidra til å tydeliggjøre både kommunenes ansvar som forvaltere og som tjenesteytere. Samlingen av saksbehandlingsressursene kan bidra til å effektivisere forvaltningen og styrke rettssikkerheten for de som søker om tjenester og de som får tjenester i kommunene. Tjenesteyterne på sin side kan konsentrere seg om å gi tjenestemottakerne kvalitativt gode tjenester i tråd med enkeltvedtaket.

På den andre siden viser det seg i praksis at økt styringsfokus fører til økt bruk av kommunale standarder ved tildeling og utmåling av tjenester. En undersøkelse viser at 8 av 10 kommuner med bestiller- utførerorganisering mener satt standard påvirker utmåling av tjenestevolumet i enkeltsaker (RO 2006). Slike standarder kan redusere betydningen av faglig skjønn og muligheten for en individuell behandling av den enkelte. Regjeringen er opptatt av at bruk av standarder i kommunal tjenestetildeling ikke må føre til et økt behov for å kjøpe tilleggstjenester. Regjeringen vil derfor følge utviklingen nøye for å sikre at tjenestemottakerne får den individuelle behandlingen de etter loven har krav på.

Regjeringen vil styrke kommunenes mulighet til å lære av hverandre og styrke egen forvaltningskompetanse i omsorgstjenestene. Økt forvaltningskompetanse medfører bedre kvalitet i vedtaks- og tildelingsprosessen og dermed i standarden på tjenesten. Dette bidrar også til at brukernes rettigheter sikres. Sosial- og helsedirektoratet skal derfor utvikle en erfaringsbank som støtter kommunenes arbeid med å etablere gode systemer for forvaltning og drift av omsorgstjenesten.

7.2.4 IPLOS

IPLOS er innført som et obligatorisk rapporteringssystem for alle kommuner fra mars 2006. Bakgrunnen for å innføre IPLOS er at vi i dag har mangelfull kunnskap om omsorgstjenesten. Omsorgstjenestene har i dag driftsutgifter på i overkant av 50 milliarder kroner og utgjør mer enn 1/3 av kommunenes utgifter. Kommunene blir stilt overfor nye krav til å yte bistand og omsorg til personer i alle aldre og med ulike bistandsbehov. Både kommunene og statlige myndigheter trenger derfor bedre kunnskap om tjenestene og de som bruker dem, både for å kunne yte bedre tjenester, men også for å kunne planlegge den videre utvikling. Bedre kjennskap til hjelpebehovet gir mulighet til å planlegge og tilrettelegge tjenestene på en måte som i større grad er tilpasset det faktiske behovet blant brukerne. Systemet vil gi ny og unik styringsinformasjon om omsorgstjenesten, blant annet om kommunenes oppgaver, ressursituasjon og produksjon av tjenester til befolkningen. Dette er helt nødvendig informasjon for at både lokale og sentrale myndigheter skal kunne legge til rette for en best mulig omsorgstjeneste i framtiden. Informasjonen er spesielt viktig for å kunne vurdere situasjonen for yngre brukere av omsorgstjenesten som med dagens rapporteringssystem gir svært begrenset informasjon.

IPLOS er en systematisering av lovpålagt informasjon som kommunene tidligere har dokumentert på ulike måter, og som er nødvendig for vurdering av ressurser og behov hos den som søker eller mottar tjenester. Det nye med IPLOS er at noen av opplysningene kommunen registrerer skal sendes inn til det sentrale registeret etter en standardisert metode. Alle data pseudonymiseres før de sendes inn til Statistisk sentralbyrå.

Det er et mål at IPLOS skal medvirke til god saksbehandling og riktige tjenester i forhold til den enkeltes behov. God kartlegging av behovet

for bistand er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet og er et krav i forvaltningsloven. Kommunens adgang til å innhente personopplysninger følger også av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. IPLOS innebærer også større fokus på den enkeltes individuelle behov, bl.a. gjennom bedre og grundigere saksbehandling og dokumentasjon. Kommunene melder at innføring av IPLOS stimulerer til økt fokus på individuelle rettigheter, ressurser og behov hos den enkelte.

I likhet med annen informasjon som er nødvendig for å behandle en søknad eller yte tjenester, skal IPLOS - opplysningene innhentes i et samspill med søker/tjenestemottaker gjennom samtale og observasjon. Møtet skal fremme gjensidig tillit og respekt og ivareta søker/tjenestemottakers integritet og menneskeverd. Innføring av IPLOS skal ikke innebære noen endring i tjenesteyternes møte med den enkelte søker eller tjenestemottaker

Innføring av IPLOS har skjedd i dialog med representanter for brukerorganisasjoner. Det er fortsatt dialog med bruker- og interesseorganisasjonene om løpende evaluering og videreutvikling av IPLOS i tråd med samfunnsutviklingen.

7.3 Sterkere brukerinnflytelse

Regjeringen legger til grunn at økt brukermedvirkning og individuell tilpassing av tjenester gir best mulighet til å møte morgendagens samfunn. Dette er verdier som har større oppslutning blant yngre brukere av tjenestene sammenlignet med eldre, og viser derfor retning for hva framtidens eldre vil legge vekt på. Sterkere brukerinnflytelse bør derfor på ulike måter gjennomsyre omsorgstjenesten.

En rekke tiltak i de senere år har lagt til rette for økt brukermedvirkning, slik at de som mottar omsorgstjenester skal ha sterkere innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet og måten det blir gjennomført på. Både bestemmelser i sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven gir kommunen plikt til å rådføre seg med brukeren/pasienten.

Regjeringen vil framheve at økt brukermedvirkning kan sikres både gjennom god saksbehandling, enkeltvedtak og klagemuligheter, og gjennom brukerrepresentasjon, tilsyn og ombudsordninger.

Brukertilpassing innebærer først og fremst større valgfrihet og bedre individuell tilpassing av

innholdet i tjenestetilbudet. Å bli møtt med forståelse og respekt for egen bakgrunn og få et tjenestetilbud tilrettelagt i samsvar med egne behov, verdier og kultur, ses på som grunnleggende i en slik sammenheng.

Regjeringen mener det er viktig at framtidens tjenestetilbud gir brukeren og den som gir hjelp frihet til å utforme tjenesteinnholdet i samarbeid. Detaljerte instruksjoner og rigide tidsskjema kan virke umyndiggjørende både for den som mottar og den som er ansatt for å gi hjelp.

Brukerstyrte ordninger og foretak representerer nye eier- og driftsformer som i økende grad er i ferd med å bli etablert i omsorgssektoren i Norge og i andre land. Dette kan være brukereide bofelleskap der tjenestetilbudet helt eller delvis drives av brukerne selv eller deres organisasjoner. Det kan også være andelslag, boligbyggelag og boligsamvirke som utvikler ulike tjenestetilbud til sine medlemmer. Videre kan det være kollektiv der både brukere og ansatte går sammen om driften, eller institusjoner og tjenestetilbud der brukerne og deres representanter går sammen med lokale foreninger eller interesseorganisasjoner.

Undersøkelser viser at brukereide og brukerstyrte ordninger fører til større fleksibilitet, og gir den enkelte bruker egenansvar og mulighet til å utforme tjenestetilbudet i tråd med individuelle behov og ønsker. Regjeringen ønsker å åpne for større mangfold i måten tjenestene innenfor omsorgssektoren organiseres på. Regjeringen ønsker også å utvide mulighetene til å få hjemmetjenester og assistanse i form av brukerstyrte tjenester.

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av tjenesten «praktisk bistand og opplæring» i sosialtjenesteloven. Ordningen ble lovfestet i 2000, og innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun rekrutterer og har arbeidslederansvaret for. Dersom personen må ha hjelp til å ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen, kan dette ivaretas av foreldre eller hjelpeverge. Flere undersøkelser har dokumentert at et stort flertall av brukerne er tilfreds med BPA, og at det er et velegnet virkemiddel for å realisere større egenansvar og valgfrihet. Ordningen bidrar til større selvbestemmelse og høyere livskvalitet. Finansieringen av ordningen er et kommunalt ansvar på linje med øvrige tjenester etter lov om sosiale tje-

nester, men det kan etter søknad fra kommunene gis et statlig stimuleringsstøt.

Stortinget har senest i B.innst.S. nr. 11 (2005–2006) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2006, bedt om at regjeringen kommer med et lovforslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Departementet vil legge fram et høringsnotat med forslag til utvidet rett til å få praktisk bistand helt eller delvis organisert som

Boks 7.6 Ny organisering av tjenesten

Boligbyggelag med hjemmetjenester

Kongsvinger og Omegn Boligbyggelag tilbyr i samarbeid med attføringsbedriften Eskoleia hjemmehjelpstjenester til sine medlemmer. Det samme gjør Trondheim og Omegn Boligbyggelag, som har stiftet selskapet TOBB Omsorg. Selskapet skal yte omsorgs- og hjelpetjenester til medlemmene i alle tilknyttede borettslag, og samarbeider med TOBB Service som yter vaktmestertjenester. Disse organisasjonene er medlemseid og medlemsstyrt, og viser at det går an å forene tradisjonsrikt boligsamvirke med nye brukerstyrte eier- og driftsformer i omsorgssektoren.

ULOBA

Et eksempel på et brukerstyrt foretak er ULOBA, Andelslag for borgerstyrt personlig assistanse (BPA), som organiserer praktisk og personlig assistanse til personer med nedsatt funksjonsevne der personen selv er arbeidsleder for sine personlige assistenter. ULOBA er en virksomhet skapt av personer med nedsatt funksjonsevne, eid av personer med nedsatt funksjonsevne og drevet av personer med nedsatt funksjonsevne. ULOBA administrerer om lag 35 prosent av alle ordninger med brukerstyrt personlig assistanse i Norge, med om lag 530 andelseiere i over 90 kommuner og bydeler, og mer enn 3 000 assistenter. Alle andelseiere har brukerstyrt personlig assistanse og er dermed arbeidsledere for sine egne personlige assistenter. Andelslaget bygger sin virksomhet på prinsippene til den internasjonale Independent Living-bevegelsen, og er et ikke-kommersielt sameie som drives på nonprofit-basis.

BPA. Departementet ønsker gjennom dette å stimulere kommunene til å organisere tjenestetilbudet på nye måter og bidra til økt valgfrihet og brukerinnflytelse og større kommunal likhet i praktiseringen av ordningen.

7.4 Organisering og ledelse

Regjeringen mener kommunene fortsatt bør satse på organisasjons- og ledelsesutvikling, kompetanseheving og ny teknologi. Effektive og målrettede tjenester er avgjørende for å opprettholde et godt tjenestetilbud. Det er en allmenn oppfatning at det fortsatt er rom for å utnytte ressursene i de kommunale tjenestene bedre. Effektiviseringsgevinster kan gi bedre kvalitet og nødvendig kapasitetsvekst eller lavere kostnader. Dette er imidlertid et langsiktig utviklingsarbeid som krever både investeringer og omstillingsevne.

Mulighetene til omstilling og endring av tjenestene begrenses av de investeringer som er foretatt både i ledelse, kompetanse og bygningsmasse og utstyr. Det er derfor viktig at både organisasjonsendringer og nye investeringer er framtidrettede og legger vekt på krav og behov som vil komme et stykke fram i tid.

Den nye kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten inngått mellom regjeringen og KS, innebærer at kommunesektoren fortsatt skal jobbe med kvalitets- og effektivitetsutvikling av tjenestene. De ansatte er omsorgstjenestens viktigste ressurs og mange av tiltakene i avtalen vil derfor være knyttet til kompetanseheving og utvikling av medarbeiderne.

7.4.1 Ledelse

Den kommunale omsorgstjenesten fremstår som et av de viktigste områder for utviklingsarbeid på organisasjon og ledelse. Omsorgstjenesten driver døgnkontinuerlig virksomhet hele året gjennom. Det er store komplekse organisasjoner med stadig større krav til lederskap, tverrfaglig samarbeid og samspill med sykehus og spesialisttjenester.

Undersøkelser viser at nært lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker er en avgjørende faktor både for arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse. Samtidig viser undersøkelser at omsorgstjenesten har svært få ledere sammenlignet med annen virksomhet. Gjennomsnittlig er det mer enn 30 årverk per leder i omsorgstjenesten. I enkelte kommuner kan det være over 50 ansatte per leder på

grunn av mange deltidsstillinger. Til sammenligning er ledertettheten for eksempel fire ganger høyere i skoleverket (RO 2004).

Sosial- og helsedirektoratet og KS avslutter i 2006 den 4-årige ledersatsingen «Flink med folk» i kommunenes helse- og sosialtjeneste. Kommunene som har deltatt har selv definert oppgavene og innsatsområdene de har ønsket å benytte i satsingen. Aktivitetene og tiltakene er lokalt forankret og drevet. Satsingen bygger på følgende verdigrunnlag: dialog med brukerne, myndiggjorte medarbeidere, tilretteleggende ledelse og helhetlig og tverrfaglig tenking, se også kapittel 8.2.3.

Regjeringen vil fortsette satsingen på styrket ledelse og myndiggjorte medarbeidere basert på erfaringene med Flink med folk. I tillegg er KS og regjeringen gjennom den nye kvalitetsavtalen blitt enige om fortsatt å fokusere på disse utfordringene.

Fokus på arbeidsmiljø

God tjenestekvalitet forutsetter kompetent og stabil personell. For å kunne rekruttere og holde på kompetent personell må omsorgstjenesten tilby gode arbeidsvilkår. Arbeidstilsynet gjennomførte i 2002-2004 en kampanje i den hjemmebaserte delen av omsorgstjenesten i kommunene, Rett Hjem. Kampanjen viste at det er et klart forbedringspotensial i kommunene når det gjelder arbeidsmiljø og helse-, miljø-, og sikkerhet (HMS-arbeid). Med bakgrunn i dette har Fellesorganisasjonen for barnvernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO), Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, KS, Oslo kommune og Direktoratet for arbeidstilsynet, utviklet en arbeidsmiljøveileder. Veilederen skal bidra til et godt arbeidsmiljø for ansatte i hjemmetjenesten i kommunene, noe som samtidig vil gi større forutsigbarhet og bedre tjenester for brukerne. Arbeidsmiljøveilederen er et redskap for hjemmetjenesten i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Veilederen inneholder ideer, materiale og fremgangsmåter for å systematisere og forenkle arbeidsmiljøinnsatsen i hjemmetjenesten. Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet med midler fra Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Alle kommuner vil få tilsendt veilederen.

7.4.2 Nye turnusordninger

Regjeringen mener det er viktig å utnytte mulighetene for mer fleksible arbeidstidsordninger som ligger i arbeidsmiljøloven. Arbeidstidsordninger som er med på å gjøre det lettere å opprette

Boks 7.7 Arbeidstidsordninger

Ønsketurnus

Os Sykehjem i Østerdalen har i flere år praktisert arbeidstidsmodellen Ønsketurnus. I stedet for at avdelingsledere setter opp en tradisjonell turnus for de ansatte seks uker av gangen, utarbeider ansatte på egen hånd en plan for når de ønsker å jobbe de neste seks ukene. I møter med de andre ansatte forhandler de seg fram til et turnusoppsett.

3+3 turnus i Bærum kommune

I 2004 pågikk det et forsøk med 3+3 turnus ved to tjenestesteder i Bærum kommune. 3+3 ordningen går ut på at hver ansatt jobber tre dager, har tre dager fri, jobber tre dager osv. gjennom hele året. Bærum kommune satte opp ulike effektmål for forsøket, blant annet redusert sykefravær, redusert bruk av ekstravakter og vikarer, bedre rekruttering og økt jobbtilfredshet.

Sluttevalueringen utført av Fafo viser at effektmålene i stor grad ble innfridd. Både sykefraværet og bruk av ekstravakter og vikarer ble redusert ved begge tjenestestedene. Annonsering med henvisning til 3+3 turnus ga positiv respons, samtidig som arbeidstilfredsheten ble bedre. Utover resultatene knyttet til kommunenes egne effektmål, fremhever

undersøkelsen at de ansatte virker mer positive enn tidligere til egen helsetilstand og mulighetene for å ivareta private omsorgsforpliktelser og fritidsinteresser.

Kilde: (Nicolaisen og Olberg 2005)

Bevegelig turnus – Steinkjer kommune

Bevegelig turnus har som mål å tilpasse turnusen til brukerne. Et sentralt element i planlegging av turnusen er basert på at man skal kartlegge brukernes behov i løpet av turnusperioden. I bunnen av turnusordningen ligger en grunnturnus. Denne grunnturnusen går over seks uker og er grunnlaget for lønn. Evalueringen viser at man har kommet langt både ved å ta hensyn til brukernes skiftende behov og personalets behov for å planlegge arbeid og fritid. Personalet opplever at de har større grad av innflytelse på egen arbeidssituasjon, at samarbeidet er godt og at man har et godt arbeidsmiljø. Brukerne gir klart uttrykk for at de har stor selvbestemmelse på grunnleggende områder, men deres entydige ønske om selv å velge personale imøtekommes ikke. Flere brukere gir også uttrykk for at de har behov for hjelp på andre tidspunkter enn det de faktisk får. Dette blir det arbeidet videre med.

Kilde: Skålnes 2002

større stillinger og som skaper større fleksibilitet for ansatte til selv å bestemme hvor mye og når de vil jobbe, vil gjøre det mer attraktivt å fortsette å arbeide i omsorgstjenesten.

Samtidig vil regjeringen peke på at slike arbeidstidsordninger må gjennomføres innen forsvarelig former som tar hensyn til arbeidstakernes helse, sikkerhet og velferd, og i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Det er flere kryssende hensyn når målet om redusert bruk av deltidsstillinger i omsorgstjenesten skal vurderes. De viktigste hensynene er:

- brukernes behov for kontinuitet i tjenesten og et lavt antall omsorgsytere å forholde seg til for den enkelte
- behov for tilfredsstillende helgebemanning
- ansattes rett til å skjermes imot ubekvem arbeidstid
- deltidsansattes ønske om hele stillinger

Deltidsansettelse kan innebære en fleksibilitet som er ønsket både fra arbeidsgivere og en del arbeidstakere. Samtidig er det mange deltidsansatte som ønsker å utvide sin stilling. Selv om mange undersysselsatte får oppfylt sitt ønske om lengre arbeidstid over noe tid, er dette etter regjeringens syn ikke godt nok. For å styrke rettighetene også til dem som ikke får utvidet sin arbeidstid, ble det fra 1. januar 2006 i ny arbeidsmiljølov lovfestet fortrinnsrett for deltidsansatte til å utvide sin stilling framfor at det foretas nyansettelse. Fortrinnsretten er betinget av at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen og at utøvelse av fortrinnsretten ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten. Fortrinnsrett for deltidsansatte vil kunne bidra positivt til at flere av de som i dag er i uønsket deltid får økt sin stillingsandel. Dette kan etter regjeringen syn også være et viktig likestillingspolitisk virkemiddel. Arbeidsmiljøloven fast-

Boks 7.8 Turnusplanlegging

Det finnes i dag en rekke elektroniske hjelpemidler for å organisere og forenkle turnusplanleggingen i omsorgstjenesten. Innkjøp og drift av elektroniske hjelpemidler kan være ressurskrevende for kommunene. Enkelte kommuner har løst dette gjennom felles innkjøp og drifting av slike hjelpemidler. Kongsbergregionen har gjennom prosjektet PLOM gått sammen om å identifisere og innføre et styringssystem for omsorgstjenesten hvor turnus, tidsregistrering, timelister og økonomi er koblet sammen. Det er utarbeidet prosjektdirektiv med milepælplan og en kartlegging av IKT-løsninger i de 7 nettverkskommunene. Slike løsninger kan gi betydelig forbedringer av driften og ikke minst med hensyn til forhandlinger og innkjøp samt samkjøring av drift, vedlikehold og IKT tjenester generelt.

slår også at dersom arbeidstakeren på fast basis arbeider mer enn det arbeidsavtalens ordlyd tilsier, har den ansatte krav på å få endret avtalen, i tråd med det reelle forholdet. Videre er arbeidsgiver pålagt å informere arbeidstakerne om ledige stillinger i virksomheten.

Et annet bidrag for å redusere antall deltidsansatte kan være å gjennomføre mer fleksible arbeidstidsordninger i omsorgstjenesten. I dag arbeider de fleste i denne sektoren i tradisjonell turnus. Arbeidsmiljøloven åpner for at andre arbeidstidsordninger enn de tradisjonelle kan avtales lokalt eller sentralt. Arbeidsmiljøloven inneholder ikke minst en vid adgang til å fravike arbeidstidsbestemmelsene ved tariffavtale inngått med fagforening med innstillingsrett (mer enn 10 000 medlemmer). Videre kan Arbeidstilsynet gi dispensasjon fra flere av arbeidstidsbestemmelsene. Regjeringen la våren 2006 fram en proposisjon for Stortinget der det ble foreslått en utvidet dispensasjonsadgang for helse- og omsorgssektoren. Utvidelsen gjelder de tilfeller arbeidet også inneholder passive perioder, det vil si at arbeidstaker har anledning til å sove eller hvile i arbeidsperioden.

Det pågår flere forsøk med nye og mer fleksible arbeidstidsordninger. Evalueringer viser at det er stor oppslutning både blant brukere, ansatte og ledere om de nye ordningene. Brukerne får færre personer å forholde seg til og

større kontinuitet (Nicolaisen og Olberg 2005; Skålnes m.fl. 2002; Skålnes 2002). Ansatte gir uttrykk for at ordningene gir dem større medbestemmelse på jobben, skaper et bedre arbeidsmiljø, samt gir dem større frihet til å kombinere med familieforpliktelser og fritidsaktiviteter. Ledere rapporterer at innføringen av disse ordningene har ført til redusert sykefravær og mindre vikarbruk, og at de i større grad tiltrekker ny arbeidskraft og fungerer rekrutterende.

7.5 Forskning og utvikling

Regjeringen ønsker å prioritere forskning om omsorg og Eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demens. Dette vil styrke grunnlaget for å planlegge, utvikle, effektivisere og forbedre tjenestens kvalitet, og er nødvendig for å møte de langsiktige utfordringene knyttet til nye brukergrupper og flere eldre. Norsk pensjonistforbund vil gjennom Einar Strands forskningsfond, bidra med å finansiere styrkingen av forskningen. Regjeringen og KS er også gjennom den nye avtalen for helse- og omsorgstjenesten, enige om å bidra til å styrke kommunal deltakelse i praksisnær forskning og utviklingsarbeid i tjenesten.

Et sterkere kunnskapsgrunnlag vil også bidra til bedre kommunal planlegging. Mer forskning kan bidra til å løfte omsorgstjenestenes status i helsetjenesten og skape faglig interesse for pasientgrupper med lav prioritet, noe som er særdeles viktig i rekrutteringssammenheng. Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) har ved gjennomgang av sykepleieutdanningen ved høyskolene påpekt at undervisningen i større grad

Boks 7.9 FoU-sentrene i Sverige

I Sverige har de hatt svært gode erfaringer med FoU-sentre. Siden 2003 er det opprettet 18 sentre, som igjen har knyttet til seg 210 kommuner og fire fylker. FoU-sentrene i Sverige har tre prioriterte områder; utviklingsarbeid med lokal og regional forankring, forsknings- og utviklingsprosjekter, veiledning og metodeutvikling i omsorgssektoren. I følge den svenske Sosialstyrelsen er effektene allerede merkbare. Både ansatte og ledere som arbeider med eldre anvender i økt utstrekning vitenskapelig og forskningsbasert kunnskap i sitt daglige arbeid og i utviklingen av eldreomsorgen.

Boks 7.10 Helse- og omsorgstjenesteforskning

Norges forskningsråd – HELSEOMSORG

Programmet HELSEOMSORG, som ble etablert i 2006, følger opp den tidligere satsingen Helse-tjenester og helseøkonomi. Programperioden er fem år fra 2006-2010, og er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet. Programmets overordnede mål er å utvikle relevant ny kunnskap om helse- og omsorgstjenesten. Programmet omfatter hele spekteret og alle nivåer av tjenester innenfor behandling, forebygging, pleie og omsorg og samordnes med en særskilt satsing på aldersforskning.

Etter utlysningen høsten 2005 ble temaer om helsefremmende og forebyggende arbeid, kompetanseutvikling, motivasjon og yrkesinnsats blant personell, og ulike aspekter ved offentlige og private løsninger i omsorgssektoren prioritert.

Allmenntilleggsforskning

Primærhelsetjenestens oppgaver har forandret seg mye de siste tiårene, noe som medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap. I den forbindelse er oppbygging av fire forsk-

ningsenheter som knyttes opp til universiteter som har medisinsk grunnutdanning under planlegging. Enhetene forutsettes å ha nært samarbeid med universitetene og forutsetter en praksisnær og pasientrettet allmenntilleggsforskning. Utfordringer som medisinsk utredning av eldre, demens og forvirringstilstander, depresjon, fallskader, medisinerings/ polyfarmasi er sentrale emner for slik forskning.

NOVA

Norsk Institutt for forskning om oppvekst, aldring og velferd (NOVA) har et særlig ansvar for å utvikle gerontologi innen forskning og har et bredt engasjement innen omsorgsforskning. NOVA deltar i aldersforskningsprogrammet i Norges forskningsråd og har sammen med Statistisk sentralbyrå ansvaret for undersøkelsen LGK (Livsløp, generasjon og kjønn), som en fortsettelse av undersøkelsen om levekår, aldring og generasjon (NORLAG). NOVA er på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet i gang med å utarbeide en kunnskapsstatus om omsorgstilbudet til eldre innvandrere.

bør være forskningsbasert. Økt forskningsinnsats vil bidra til dette.

Kunnskapsbehovet

Kunnskap om organisering og utforming av omsorgstjenestene er i dag hovedsakelig erfaringsbasert og i liten grad forskningsbasert. Viktige tema for forsknings- og utviklingsarbeid er; de nye eldres levekår og helse, de eldste eldres særlige behov og behandling av aldersdemens og multisykelighet, sykehjemmenes funksjoner, legetjenesten og legemiddelbruken for brukere av omsorgstjenestene, hjemmesykepleiens og hjemmetjenestenes kontinuitet og endrede oppgaver, kompetansebehov i møte med nye brukergrupper, kvinneperspektiv på helse og omsorg, metodeutvikling for forskning om psykososiale behov, nye boformer og smarthusløsninger, omsorgsteknologi og ny kommunikasjonsteknologi, status og utvikling av frivillig omsorg, utvikling av tiltak for pårørende og virkningen av forebyggende tiltak. I tillegg er det behov for mer

kunnskap om styring, organisering og ledelse.

For å møte behovet for økt omsorgsforskning, er det allerede etablert et eget program for helse- og omsorgstjenester 2006-2010 i regi av Norges forskningsråd. Programmet skal prioritere forskning som fokuserer på kommunale helse- og omsorgstjenester, samt samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Programmet skal videreføre satsingen innen helseøkonomi, og fokuset på det kommunale tjenesteområdet skal økes også der.

Regionale FoU-sentre

For å styrke praksisnær forskning og utvikling vil regjeringen stimulere til etablering av regionale forsknings- og utviklingssentre (FoU-sentre) knyttet til høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene skal etablere samarbeid med undervisningssykehjemmene i regionen og inngå i et nasjonalt nettverk med andre forskningsinstitusjoner og ressurs- og kompetansesentre. Det er et siktemål at kommuner i større

grad enn i dag blir oppdragsgivere for forskning og utviklingsprosjekter.

FoU-sentrene skal være et supplement til de etablerte forskningsinstitusjonene på området. Formål vil være å bidra til mer forskningsformidling og kompetanseheving i omsorgssektoren. Forskningsaktiviteten skal samtidig bidra til å styrke fagutvikling og metodeutvikling i helse- og sosialutdanningene og sikre nærhet til tjenesteutøverne i kommunene.

Lokalisering av senterne vil blant annet ta hensyn til behovet i helseregionenes allerede etablerte fagmiljø og infrastruktur, og at høgskolene samarbeider med undervisningssykehjemmene i hver helseregion. Det er viktig å ivareta geografisk spredning, kvalitet og gode samarbeidsrutiner, med lokale aktører og i det nasjonale nettverket.

Finansiering

Regjeringen vil legge til rette for en gradvis opptrapping av forskningsmidler til omsorgsforskning og forskning på eldres levekår og helse, med spesiell vekt på aldersdemens. Regjeringen vil prioritere dette både gjennom den løpende innsatsen på forskning og økt satsing på omsorgstjenesten. I en oppbyggingsperiode vil det bli gitt særskilt finansiering til etablering av FoU-sentrene. Midlene vil bli kanalisert gjennom de ordinære forskningsprogrammene i Norges forskningsråd. Det vises til det enkelte års statsbudsjett for konkret informasjon om bevilgninger. I tillegg vil Norsk pensjonistforbund etter nærmere avtale, stille midler fra Einar Strands forskningsfond til disposisjon for Norges forskningsråd.

8 Kapasitet og kompetanse

En av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell. Dette sikres først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak, en styrking av den faglige kompetansen, og gjennom tiltak som reduserer sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Å rekruttere nye årskull elever og studenter til mangeårig utdanning er et langsiktig arbeid som best løses gjennom gradvis utbygging. Forberedelsene på dette området må starte allerede nå om vi skal møte framtidens utfordringer forberedt.

Behovet for tilpassede botilbud til omsorgsformål og sykehjemsplasser vil også øke på lang sikt. Det legges derfor opp til en strategi med større ansvar for tilrettelegging av egen bolig og mer langsiktighet i vedlikehold og investeringer. For å gi økonomisk forutsigbarhet og stimulere til nødvendig utbygging av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger varsles det også et nytt investeringstilskudd.

8.1 Kapasitet og kompetanse tilpasset behov – 10 000 årsverk

Regjeringen har tatt nytt grep i forhold til kommuneøkonomien og styrket de frie inntektene betydelig i løpet av 2006 og 2007. Dette legger blant annet til rette for at den kommunale omsorgstjenesten ut fra nivået i 2004 kan styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Dette er nødvendig både for å ta igjen det forsømte og starte en gradvis utbygging av bemanningen for å gjøre omsorgstilbudet robust nok til å møte de utfordringer sektoren står overfor i årene som kommer.

Basert på dagens utdanningskapasitet mener departementet det ligger til rette for at de 10 000 nye årsverkene i hovedsak kan dekkes av fagutdannet personell, og at det høye tallet på ansatte uten fagutdanning skal reduseres fram mot 2009 (SSB 2006). KS vil gjennom den nye kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten støtte opp om strategier og tiltak for å øke andelen personell med relevant fagutdanning. Under forutsetning av at kommunene etterspør personell med helse- og

sosialutdanning, anslår departementet at de 10 000 nye årsverkene kan fordele seg om lag slik med hensyn til fagbakgrunn:

- 1/3 med helse- og sosialfag på videregående nivå (helsefagarbeidere/ hjelpepleiere omsorgsarbeidere/ aktivtører m.v.)
- 1/3 sykepleiere
- 1/3 med annen høyskole- og universitetsutdanning (vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, ernæringsfysiologer, psykologer, leger m.v.)

Både kapasitet og kompetanse

Det siste tiåret er tallet på yngre brukere av hjemmetjenester nesten fordoblet og utgjør 1/3 av tjenestemottakerne. Sammen med veksten i tallet på eldre med sammensatte lidelser og alvorlig funksjonssvikt stiller dette tjenestene overfor store faglige og bemanningsmessige utfordringer. Statens Helsetilsyn peker på at både omfanget og mangfoldet i behov er blitt større de siste årene, og at bemannings- og kompetansesituasjonen ser ut til å gjøre tjenestetilbudet sårbart (Statens helse-tilsyn 2005). Utfordringene er knyttet til medisinske, helsemessige og sosiale problemer og krever kompetanseheving og innsats med større faglig bredde. Omsorgstjenesten står derfor overfor både kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer som må løses i sammenheng. Bemanningskapasitet og kompetanse må derfor ikke settes opp mot hverandre ettersom dette er to sider av samme sak. Begge vil være sentrale i regjeringens strategier og planer.

Ut fra lokale behov

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

- Mer omsorg i omsorgsboligene. Handlingsplanen for eldreomsorgen ble utvidet flere ganger

- på investeringssiden uten en tilsvarende utvidelse på personellsiden. Når alle prosjektene er ferdig utbygd, vil resultatet være om lag 5 000 nye sykehjemsplasser og mer enn 20 000 nye omsorgsboliger. Statens helsetilsyns undersøkelse fra 2003 konkluderte med at tjenestetilbudet til de som bor i eget hjem er dårligere enn i omsorgsboliger, og at tjenestetilbudet i omsorgsboliger er mindre tilstrekkelig enn i sykehjem (Statens helsetilsynet 10/2003). På den bakgrunn vil det gi god effekt å styrke tjenestetilbudet til hjemmeboende og bidra til bedre utnyttelse av den kapasiteten de nybygde omsorgsboligene representerer, ved å yte mer omsorg i omsorgsboligene.
- Styrke legedekningen og den medisinske kompetanse. Opptrapping av legetjenestetilbudet i sykehjem og bedre medisinsk oppfølging av hjemmesykepleie og hjemmetjenester krever bedre legedekning for omsorgstjenestens pasienter. På grunn av utfordringene kommunene har fått som en følge av opptrappingsplanen for psykisk helse, er det grunn til å peke på behovet for kommunepsykologer og annet helse- og sosialpersonell med videreutdanning på feltet.
 - Gi omsorgstjenesten en ny og mer aktiv profil og bygge ut dagtilbud aktivitetstilbud og eldre-sentra. Det er i forhold til kultur, aktivitet, dag-

liglivets funksjoner og sosiale forhold omsorgstjenesten i dag har størst utfordringer.

- Øke antall helse- og sosialpersonell med fagutdanning, rekruttere flere faggrupper og sørge for at omsorgstjenesten får større faglig bredde. Dette er nødvendig for å møte nye brukergrupper med andre behov og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer spesielt i forhold til psykososiale forhold. Dette er dessuten nødvendig for å sikre gode arbeids- og fagmiljøer og bidrar til å motvirke høyt sykefravær.
- Styrke hele tiltakskjeden for personer med demens i tråd med regjeringens nye demensplan.

8.2 Kompetanseløftet 2015

Med bakgrunn i utfordringer vi står overfor er det utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet 2015, som skal ha et særlig fokus på omsorgstjenestene i den kommunale omsorgstjenesten. Planen skal gjelde fram til 2015 og inneholder strategier og tiltak som også skal møte de langsiktige demografiske utfordringene fram mot 2050. Rekruttering av personell omhandler både kapasitet og kvalitet i tjenestene. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial-

Boks 8.1 Erfaringer fra rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 «Rekruttering for bedre kvalitet»

Rekrutteringsplanen ser ut til å nå målsettingen om å øke tilgangen på antall årsverk helse- og sosialutdannet personell i kommunenes omsorgstjeneste med 4-5 prosent per år, med en gjennomsnittlig økning på 4,9 prosent per år fram til 2005. Fordelt på utdanningsnivå har antall årsverk personell med videregående opplæring økt med gjennomsnittlig 4,2 prosent per år, og antall årsverk høgskoleutdannet personell har økt med 6,3 prosent per år.

Det har samtidig vært en reduksjon av antall årsverk uten helse- og sosialfaglig utdanning på i gjennomsnitt 1 prosent per år. Dette har medført at målsettingen om å redusere andelen uten helse- og sosialfaglig utdanning i kommunenes omsorgstjeneste ser ut til å nås, med en reduksjon på gjennomsnittlig 1,4 prosentpoeng per år.

For at rekrutteringstiltakene skal få ønsket effekt, må det også settes inn tiltak for å redusere avgangen av personell. Kompetanseutvik-

ling er et viktig virkemiddel for å beholde personell, men godt arbeidsmiljø og forebygging av sykefravær og avgang til attføring/uførepensjon er også nødvendig. Det har derfor vært satset spesielt på tiltak knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsforhold i rekrutteringsplanens siste år. Resultatene av dette vil foreligge i 2007.

Sosial- og helsedirektoratet har intervjuet et utvalg på 34 kommuner, og konklusjonen er at kommunene som har hatt fokus og engasjement på opplæring av personalet og en plan for opplæringen, har hatt størst nytte av stimuleringsmidlene i rekrutteringsplanen. Tiltakene rettet mot fagopplæring av ufaglærte, desentral sykepleierutdanning og videreutdanning/fagskoleutdanning innenfor prioriterte fagområder synes å ha truffet bra i de fleste kommuner. Tilskuddsmidlene har stimulert til økt aktivitet i kommunene, også i en periode med dårlig kommuneøkonomi.

og helsetjenesten (2005-2015), ...og bedre skal det bli!, er styrkingen av utøveren ett av fem innsatsområder.

Formålet med Kompetanseløftet 2015 er knyttet til stortingsmeldingens strategi om kapasitetsvekst og kompetanseheving.

Den første handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998-2001 Rett person på rett plass omfattet hele helse- og omsorgstjenesten, mens dagens rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 Rekruttering for bedre kvalitet, har en sterk vektlegging av den kommunale omsorgstjenesten. Kompetanseløftet 2015 vil i sin helhet omfatte den kommunale omsorgstjenesten.

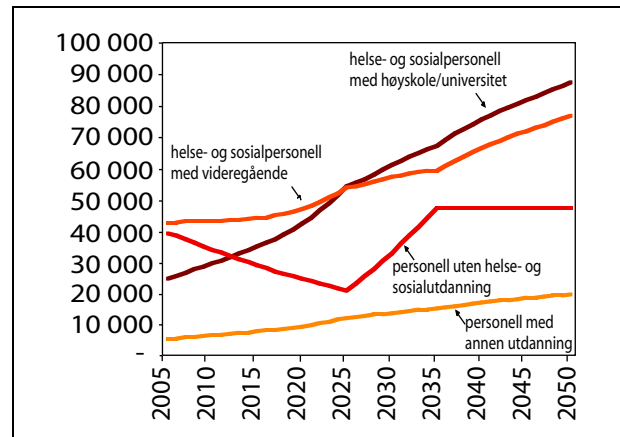
Med bakgrunn i erfaringene fra den nåværende planen, vil Kompetanseløftet i større grad omfatte tiltak knyttet til videre- og etterutdanningstilbud for personell uten helse- og sosialutdanning. Den store avgangen fra sektoren, gjennom både sykefravær og uføretrygding, bidrar til å redusere den positive effekten som kvalifiseringstiltakene har på tilgangen av faglært arbeidskraft. Videre- og etterutdanning er et godt tiltak for å øke rekrutteringen og holde på arbeidskraften.

8.2.1 Langsiktig strategi

For å møte framtidens omsorgsutfordringer vil strategien være å utnytte den demografisk sett stabile perioden de nærmeste 15 år til å heve utdanningsnivået i omsorgssektoren, slik at kommunene står kompetansemessig rustet før den raske behovsveksten setter inn for alvor.

Gjennom aktiv rekruttering, tilstrekkelig utdanningskapasitet og opplæring av ansatte uten fagutdanning, kan andelen ansatte uten utdanning gradvis reduseres. Dette kan først og fremst gjennom betydelig vekst i andelen ansatte med høyskole- og universitetsutdanning i helse- og sosialfag og annen høyere utdanning videre ved at antall helse- og sosialpersonell med videregående opplæring øker i takt med behovsveksten. For å løse den sterke veksten i perioden 2025-2035 kan det bli nødvendig å rekruttere personell uten fagutdanning i tillegg til personer med fagutdanning.

Figur 8.1 illustrerer en mulig utvikling med jevn og gradvis vekst i tallet på personell med utdanning og tilsvarende et redusert antall årsverk uten utdanning fram til 2025. En slik utvikling vil bidra til å dempe store svingninger og skippertak for å løse utfordringene som kommer fra rundt 2020. Under disse forutsetningene vil andelen faglært helse- og sosialpersonell øke til om lag 80 prosent i 2050. Behovet for helsefagar-



Figur 8.1 Sysselsettingsbehovet i den kommunale omsorgstjenesten fordelt på personellgrupper

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet basert på SSB MAKKO

beidere og andre med videregående opplæring (hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, aktivtører mv) vil ut fra dette nesten bli fordoblet i 2050 mens personell med høyskole- og universitetsutdanning (sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, psykologer, leger mv) fordobles fram mot 2030. Det må tas betydelig forbehold om usikkerheten ved disse beregningene.

8.2.2 Utvikling mot 2015

Målet om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten innen utgangen av 2009 reiser spørsmål om hvilken kompetanse- og utdanningsbakgrunn som er ønskelig og mulig å rekruttere. Det tar minimum 3-4 år å utdanne helse- og sosialpersonell. Som en forberedelse til de langsiktige demografiske utfordringene er det viktig å belyse hvordan tilbudet av ulike personellgrupper vil utvikle seg utover 2009. Riktig dimensjonering av utdanningstilbudet er et viktig virkemiddel for å sikre tilgang på ønsket personell.

Boks 8.2 Flere med høyere utdanning

«Når veksten i tallet på eldre kombineres med stagnasjon eller nedgang i tallet på yrkesaktive, må de som skal ivareta pasientene ha kompetanse som samsvarer med behovene. Det innebærer at andelen ufaglærte må ned og andelen høyskoleutdannede må økes.»

Kilde: Norsk Sykepleierforbud i sitt innspill til meldingsarbeidet.

Yrkesutøvere med helsefagopplæring fra videregående skole er den klart største personellgruppen i omsorgssektoren.

I de første årene vil målet for Kompetanseløftet være å:

- øke bemanningen i omsorgssektoren ut fra nivået i 2004 med 10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen utgangen av 2009,
- heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høgskoleutdanning i omsorgstjenesten økes
- sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4.500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak
- skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

8.2.3 Tiltakene i Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 skal ha et rullerende 4-årig handlingsprogram som oppdateres årlig innenfor en planperiode på ni år fra 2007 fram til 2015. Den årlige gjennomgangen av tiltakene i handlingsprogrammet skjer i tilknytning til statsbudsjettet, mens vesentlig endring i tiltakene også varsles i kommuneproposisjonen.

Kompetanseløftet vil på samme måte som dagens rekrutteringsplan forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet med fylkesmannen som en sentral aktør i forhold til både kommunene og utdanningssektoren.

Aksjon helsefagarbeider

Med reformen i grunnopplæringen er det etablert et nytt helsearbeiderfag fra høsten 2006 som skal erstatte dagens hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanning. Dette er et lærefag med to års undervisning og to års læretid i bedrift, og det forutsettes at det blir opprettet tilstrekkelig antall læreplasser fra 2008. Behovet for nye læreplasser er beregnet til om lag 1 500 høsten 2008 og 1 500 høsten 2009. Sosial- og helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og arbeidsgiverorganisasjonene KS, NAVO og HSH har derfor startet *Aksjon helsefagarbeider*. Formålet er å etablere læreplasser i kommuner og helseforetak, samt bidra til god rekruttering til helsefagarbeiderutdanningen. Med bakgrunn i det store behovet for arbeidskraft i omsorgstjenesten i årene framover, har Helse- og omsorgsministeren og Kunnskaps-

ministeren oppfordret kommunene om å opprette flere læreplasser.

Kvalifisering av personell

Kompetansereformen i utdanningssystemet har gitt voksne som er født før 1978 rett til individuelt tilpasset videregående opplæring på grunnlag av en vurdering av deres realkompetanse. Ansatte i omsorgstjenesten uten helse- og sosialfaglig utdanning skal tilbys realkompetansevurdering og opplæring, slik at de kan godkjennes som helsefagarbeidere.

Mange voksne har benyttet sin rett til videregående opplæring, men ikke innenfor helse- og sosialfag, og ønsker allikevel å arbeide i omsorgssektoren. For disse vil det legges til rette med individuelt tilpassede praksis- og opplæringsløp på 1-2 år, fram til fagprøve som helsefagarbeider. Slike opplæringsprogram utvikles i samarbeid mellom fylkeskommunene og kommunene. Tilskudd gis av fylkesmannen etter en vurdering av rekrutteringsbehovet i kommunene i fylket. Forutsetningen for tilskudd må være at kommunene har behov for denne arbeidskraften og kan tilby tilsetting i 1/1 stillinger etter endt opplæring.

Det vil også bli tilbudt voksenopplæring i det nye helsearbeiderfaget, slik at voksne med den nødvendige praktiske kompetanse, kan gå opp til fagprøve som «praksiskandidater». For disse bør det legges til rette for opplæringsprogrammer basert på deres realkompetanse. Siktemålet er å få flest mulig opp til fagprøve i løpet av 1-2 år.

I kommuner med høy andel innvandrerbefolk-

Boks 8.3 Flere yrkesgrupper

«Underskotet på hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar vil vekse fram mot 2025. Om ikkje andre yrkesgrupper tek desse jobbane eller tilgangen aukar, vil ein ha eit underskot på bort imot 36 000 årsverk i 2025.

Samstundes blir det truleg fleire vernepleiarar, barnevernspedagogar og sosionomar enn det er bruk for innanfor det tradisjonelle arbeidsfeltet til desse gruppene. Dersom ei eller fleire av desse yrkesgruppene kan nyttast innanfor dei kommunale omsorgstenestene, treng ikkje underskotet på pleiepersonell å bli så stort.»

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet i rapport nr. 2 Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003-2006

ning er det mange av disse som arbeider som ufaglærte i omsorgstjenesten. Flere kan ha en helsefaglig utdanning fra sitt hjemland, mens mange har opparbeidet betydelig praksiserfaring. Det er stort behov for at disse og andre som har helsefaglig utdanning fra hjemlandet, kan gis tilbud om opplæring/tilleggsutdanning med sikte på norsk autorisasjon som helsepersonell, i hovedsak som helsefagarbeidere. Helsemyndighetene har de siste årene støttet slik opplæring i noen kommuner. Det er et stort behov for å utvide slik støtte, slik at flere kommuner kan få tilskudd til kvalifiseringstiltak.

For perioden 2007-2010 tas det sikte på å kvalifisere 12 000 voksne til helsefagarbeidernivå.

Rekrutteringskampanje

Rekrutteringskampanjen skal både rekruttere flere inn i omsorgstjenesten og oppnå en større tverrfaglighet i sektoren. Målsettingen er at søkertilfanget til helse- og sosialfagene skal øke og at andelen som søker helsefagarbeider på videregående trinn 2 skal bli høyere enn til dagens hjelpepleier-/omsorgsarbeiderutdanning. Samtidig er det avgjørende at den ensidige kjønnsfordeling i dagens rekrutteringsmønster brytes og at vi får en høyere andel menn i utdanningene. Videre er det et mål at flere elever enn i dag fullfører videregående opplæring.

Målsettingen sees også i sammenheng med den nye kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten, der regjeringen og KS vil bidra til å styrke omsorgstjenestens omdømme.

Øke andelen med høgskoleutdanning

Tilstrekkelig tilgang av helse- og sosialpersonell og en økning i andelen personell med høgskoleutdanning i årene fremover, vil kreve at utdanningskapasiteten på høgskolenivå fortsatt holdes høy. Dette gjelder spesielt utdanning av sykepleiere og vernepleiere.

I en utvalgsundersøkelse gjennomført av Sosial- og helsedirektoratet rapporterer de fleste kommuner om et stort antall søkere til ledige stillinger som sykepleiere og vernepleiere. Med bedre kommuneøkonomi vil kommunene ha mulighet til å etablere flere stillinger.

Regjeringen og KS har gjennom avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten, forpliktet seg til å utvikle strategier for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft i sektoren gjennom blant annet å øke andelen med høgskoleutdanning. Gitt dagens nivå på utdanningskapasitet

ved høgskolene vil det være mulig å øke andelen personell med høyere utdanning med 10 prosentpoeng fra 24 prosent i 2005 til 34 prosent i 2015.

Desentraliserte høgskolestudier

Selv om tilgangen på personell med høgskoleutdanning er god, er det ofte stor gjennomtrekk (turnover) i stillinger for sykepleiere i distriktskommunene. I kommunene er det gode erfaringer med å legge til rette for desentraliserte studietilbud særlig tilpasset erfarne hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som er etablert i kommunen. Dette bidrar til en mer stabil sykepleiedekning. Det bør også åpnes for tilskudd til desentraliserte studier i andre utdanninger der kommuner har problemer med stabil dekning, eksempelvis innenfor ergoterapi.

I perioden 2007-2010 tas det sikte på å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte studier.

Kunnskapsdepartementet har satt ned et utvalg som skal se på utviklingen i høyere utdanning (Stjernø-utvalget). Utvalget skal også vur-

Boks 8.4 NOKUT-gjennomgangen av sykepleierutdanningen

Kun 3 av 33 studietilbud tilfredsstilte kravene som NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga) stilte i revideringen av akkrediteringen av sykepleierutdanningen i 2005.

God kvalitet ved sykepleierutdanningene er svært viktig for at helse- og omsorgstjenestene skal bli gode. Det er den enkelte utdanningsinstitusjon som har ansvaret for å sikre god kvalitet i utdanningstilbudet. Regjeringen ønsker å legge til rette for styrket kvalitet ved sykepleierutdanningene. Derfor bevilget regjeringen i revidert nasjonalbudsjett i 2006 i underkant av 12 mill. kroner til tiltak for å imøtekomme NOKUT-kravene.

Kunnskapsdepartementet forventer at de fleste institusjonene vil tilfredsstille kravet til formell kompetanse innen høsten 2007. Videre vil bestemmelsene om praksis i rammeplanen for sykepleierutdanningen bli revidert for å bringe disse mer i samsvar med en helsetjeneste i stadig raskere endring. Kunnskapsdepartementet vil i det videre arbeidet vurdere behov for ytterligere tiltak, blant annet for å styrke forskningsbasert utdanning og kvaliteten på utdanningstilbudet.

dere utdanningstiltak for å sikre tilgang på kvalifisert arbeidskraft i distriktene.

Videre utdanning for personell med videregående opplæring – Fagskole

Etter omleggingen av den videregående utdanningen i 1994 (Reform 94) har videreutdanningstilbudet til helse- og sosialpersonell (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) vært mangelfullt. Etter at fagskoleloven trådte i kraft i 2003 har Helse- og omsorgsdepartementet finansiert fagskoleutdanningen i helse- og sosialfag ved en del videregående skoler og høyskoler. Tilbudet om videreutdanning av personell gjennom den nye fagskoleordningen er fortsatt viktig, både for å redusere avgangen fra sektoren og for å bidra til økt rekruttering til helse- og sosialfag i videregående skole.

Det prioriteres å etablere videreutdannings tilbud innenfor eldreomsorg og psykisk helsearbeid, der behovet er aller størst. I perioden 2007-2010 tas det sikte på å gi fagskoleutdanning til 6 000 personer. I tillegg vil Kunnskapsdepartementet arbeide for å styrke fagskoleutdanningens plattform og rolle, blant annet ved endringer i fagskoleloven.

Videre- og etterutdanning for høyskoleutdannet personell

Erfaring fra foregående og dagens rekrutteringsplaner og entydige tilbakemeldinger fra sektoren, viser at videreutdanning virker stabiliserende på personellsituasjonen: Muligheten til å ta videreutdanning er en viktig grunn til den gode rekrutteringen av sykepleiere, vernepleiere og andre høyskoleutdannede grupper.

Regjeringen vil tilby et videreutdannings tilbud i blant annet aldring og geriatri, demenslidelser, veiledning og rehabilitering. I perioden 2007-2010 tas det sikte på å gi videreutdanning til 3 000 personer. I tillegg kommer de som tar videreutdanning i psykisk helsearbeid med tilskudd fra Opptrappingsplan for psykisk helse.

Øke andelen som arbeider heltid

Det er en omfattende bruk av deltidsstillinger i omsorgstjenesten. Mange deltidsansatte på en arbeidsplass kan virke negativt inn på arbeidsmiljøet, på kvaliteten og kontinuiteten i tjenesten. En stor prosentandel av de som arbeider deltid ønsker hel stilling eller en større stillingsbrøk. En økning av stillingsbrøkene bidrar også til å øke

antall årsverk i omsorgstjenesten. Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruk av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte. Viser også til omtale under kapittel 7.4.2.

Flink med folk i første rekke

Gode ledere er av sentral betydning for å sikre rekruttering, godt arbeidsmiljø, god ressursutnyttelse og kvalitativt gode tjenester. Ledere i omsorgstjenesten har ansvar for tre ganger så mange ansatte som ledere i utdanningssektoren (RO 2004). I motsetning til utdanningssektoren driver omsorgstjenesten virksomhet døgnkontinuerlig hele året gjennom. Omsorgstjenesten består av store og komplekse organisasjoner med stadig større krav til lederskap, tverrfaglighet og samspill med andre sektorer.

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for god ledelse og å stimulere til ledelsesutvikling lokalt. Bygd på de gode erfaringene med den fireårige ledessatsingen Flink med folk, som avsluttes i 2006, vil det bli utformet en ny ledessatsing Flink med folk i første rekke.

Forbedring av arbeidsmiljø

Sektoren har store utfordringer med hensyn til å forbedre arbeidsmiljøet. Dette kommer særlig til uttrykk ved høyt sykefravær og en stigende andel som går ut av sektoren til attføring eller uførepensjon.

Regjeringen er svært opptatt av tiltak som kan bidra til å redusere sykefravær, høy uførepensjonering og høy avgang, herunder i omsorgstjenesten. Den kommende stortingsmeldingen om arbeid, velferd og inkludering fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil komme med forslag som kan bidra til dette.

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for godt arbeidsmiljø.

Undervisningssykehjem

Regjeringen vil støtte og videreutvikle arbeidet i undervisningssykehjemmene og ønsker at disse sykehjemmene skal spille en aktiv rolle i praksisnær forskning.

Boks 8.5 Undervisningssykehjem

Undervisningssykehjem ble introdusert i Norge i 1997 som et samarbeid mellom staten, utvalgte kommuner, høyskoler og universitet. Hovedmålene er å etablere et miljø på utvalgte sykehjem som stimulerer til fagutvikling og forskning knyttet til pleie og behandling i sykehjem og utvikle gode læringsmiljøer for studenter/elever som tar videregående opplæring eller helsefaglig grunn- og videreutdanning. Dette kan heve det geriatriske omsorgsarbeidet til et høyere faglig nivå og bidra til å heve omsorgsarbeidets faglige prestisje og styrke rekrutteringen av kompetente medarbeidere.

Undervisningssykehjemmene skal tjene som modeller for andre sykehjem i regionen og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Undervisningssykehjemmene kan vise til gode resultater med blant annet en klar bedring i rekrutteringen av kompetent personale, herunder sykehjemsleger. Det er i dag seks sykehjem som får tilskudd som undervisningssykehjem over statsbudsjettet. Planen er full drift av ett hovedundervisningssykehjem i hver helseregion med et visst antall satellittsykehjem i nettverk med regionens hovedundervisningssykehjem. Sosial- og helsedirektoratet har et overordnet nasjonalt ansvar for prosjektene, og ansvar for at kunnskapen og erfaringene fra prosjektene spres til omsorgstjenesten forøvrig.

Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling

Regjeringen ønsker å styrke omsorgen ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus. Regjeringen ønsker å prioritere prosjekter som sikrer en utvikling av kvaliteten gjennom fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi. Tiltakene som prioriteres ses i sammenheng med aktiviteten i undervisningssykehjemmene. Tiltakene må også ses i sammenheng med ny nasjonal kreftstrategi, hvor kompetanse og kapasitet til å følge opp pasienter i omsorgstjenesten står sentralt.

Boks 8.6 Fagetiske prinsipper

«Yrkesutøverne fremmer likeverd og respekt, møter menneskers behov og bidrar til at de får brukt sine ressurser. Arbeidet skal ivareta enkeltindividet og forståelsen av menneskenes gjensidige avhengighet av hverandre for å skape livskvalitet for alle. Solidaritet med utsatte grupper, kamp mot fattigdom og for sosial rettferdighet er en viktig del av yrkesgruppens identitet.»

Fra Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.»

Fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

«Pleie- og omsorg skal være et tilbud til den enkelte, og pasienten har medbestemmelserett i planlegging og gjennomføring.»

Fra Yrkesetiske retningslinjer for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

8.2.4 Samarbeid om etikk

Satsingen på etisk kompetanseheving inngår som en del av regjeringens strategi for å styrke kompetansen i omsorgstjenesten. Kommunene bør sørge for at alle ansatte i omsorgstjenesten gjennomgår opplæring i grunnleggende etiske prinsipper for sin yrkesutøvelse, og at denne opplæringen blir vedlikeholdt og oppdatert gjennom undervisning og veiledning. Det er viktig med gode fagmiljø der det er åpenhet for å varsle om uønskede forhold, og som har fokus på erfaringer og vanskelige situasjoner i det daglige arbeidet.

Ansatte i den kommunale omsorgstjenesten står daglig overfor vanskelige etiske dilemma og problemstillinger som krever etisk bevissthet og god dømmekraft. Å vise respekt, åpenhet, tillit og omsorg krever etisk klokskap og et bevisst forhold til egne motiver og verdier. Fagetiske spørsmål står sentralt i utdanningene i helse- og sosialfag, men etiske holdninger og handlinger må

Boks 8.7 Omsorg ved livets slutt

I samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i gang med et prosjekt om døende på sykehjem. Hensikten er å bygge opp sykehjemskompetanse for bedre å sikre at beboere får god behandling, omsorg og pleie i livets sluttfase. Prosjektet kan sees i forlengelsen av det arbeidet undervisningssykehjemmene er i gang med, og tar sikte på å belyse hva som fremmer og hemmer god praksis på dette området.

utvikles gjennom løpende utprøving og refleksjon i praktisk arbeid. Dette vil bli fulgt opp med tiltak i kompetanseløftet.

Departementet vil gjennomgå forskriften om kvalitet i omsorgstjenesten for å sikre at tjenestetilbudet som gis er basert på god etisk fagutøvelse og at grunnleggende etiske hensyn blir ivarettatt.

Regjeringen vil bidra til å sette fagetiske spørsmål på dagsorden og legge til rette for å gi ansatte i den kommunale omsorgstjenesten bedre rom for etisk refleksjon i det daglige arbeidet. For å styrke den etiske kompetansen i omsorgstjenesten, vil regjeringen i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fagetikk, og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng.

8.3 Investeringer i omsorgstjenesten

Regjeringen har som utgangspunkt at det lønner seg å investere i god tilrettelegging av bygninger og botilbud, og at dette er et viktig satsingsområde i perioden før den sterke veksten i eldre innbyggere inntreffer fra rundt 2020. Regjeringen mener befolkningen på sikt bør ta større ansvar for tilrettelegging av egen bolig, og at det er behov for mer langsiktighet i vedlikehold og investeringer i omsorgstjenesten. Kommunene bør tilpasse sin bygningsmasse både i forhold til demensutfordringen og i forhold til å skille mellom korttidsopphold og langvarige botilbud i sykehjem og omsorgsboliger.

Ved tilpasning av den ordinære boligmassen ut fra prinsippene om tilgjengelighet og universell

utforming, vil konsekvensene av funksjonstap og nedsatt funksjonsevne reduseres. Dette vil redusere behovet og etterspørselen etter framtidige omsorgstjenester. Behovet for særskilte tiltak i regi av det offentlige vil også reduseres ved at innbyggerne i større grad benytter sin boligformue til å etterspørre tilrettelagte boliger.

8.3.1 Tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger

Regjeringen varsler et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemming.

Tilskuddet vil legge til rette for langsiktig planlegging og investering i den kommunale omsorgstjenesten. Tilskuddet vil styrke kommunes tilbud om blant annet korttidsplasser i sykehjem og botilbud for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne med behov for omfattende omsorgstjenester både i sykehjem og omsorgsboliger, herunder også personer med psykisk sykdom, utviklingshemming og rusproblemer. Tilskuddet skal også gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen (eksempelvis heis).

Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse har i perioden 1998-2006 bidratt til bygging og utbedring av om lag 40 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Eldreplanens investeringsprogram godkjente

Boks 8.8 Kliniske etikk-komiteer

Kliniske etikk-komiteer er opprettet i mange land i den vestlige verden. I noen land fins etikk-komiteer også i sykehjem. I Norge kom de første komiteene på sykehus på midten av 1990-tallet. I dag har nå nesten alle helseforetakene etablert kliniske etikk-komiteer for å øke de ansattes kompetanse i klinisk etikk og drive veiledning i etiske spørsmål. Komiteene er tverrfaglige og uavhengige, og bidrar til å kvalitetssikre vanskelige etiske beslutninger, for eksempel etter henvendelse fra klinikere knyttet til konkrete saker, gjennom seminarer og gjennom utvikling av relevante retningslinjer. Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har hatt ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling for komiteene i sykehuse etter et forsøksprosjekt på 1990-tallet.

byggeprosjekter i perioden 1998-2003, mens de siste prosjektene ferdigstilles så sent som i 2007. Tilsvarende godkjente Opptappingsplan for psykisk helse byggeprosjekter i perioden 1999-2003. Dette betyr at kommunene i dagens situasjon må finansiere hele investeringskostnaden innenfor frie inntekter og gjennom brukerbetaling og husleie. Unntaket er boliger til personer med nedsatt funksjonsevne, flyktninger, bostedsløse, rusmiddelmissbrukere og andre vanskeligstilte, som finansieres med boligtilskudd fra Husbanken. Boligtilskuddet er økonomisk behovsprøvd. I tillegg sikrer statlig bostøtte til personer med lav inntekt at kommunen kan ta en vanlig husleie. Boligtilskuddet er ikke innrettet mot eldreomsorgen og ordningen kan ikke brukes til finansiering av sykehjem, blant annet fordi det forutsettes økonomisk behovsprøving av beboerne. Dette innebærer at Husbanken gir tilskudd til bygging og utbedring av visse typer boliger til helse- og sosialformål, men ikke lenger har ordninger som stimulerer til bygging av sykehjem og boliger med eldre som målgruppe.

Det nye investeringstilskuddet legger til rette for avslutning av de særskilte tilskuddene knyttet til de omtalte handlingsplanene, og er i tråd med de signaler som ble gitt fra Regjeringen Stoltenberg I allerede i 2001.

Den demografiske utviklingen viser stor geografisk variasjon i utfordringene allerede på kort sikt. Mens de fleste kommunene opplever utflating eller nedgang i antall eldre er det også en del kommuner som møter betydelig vekst de nærmeste 10 årene. Med utgangspunkt i at kommunene de siste 10 årene har gjennomført omfattende investeringer i både sykehjem og omsorgsboliger, og at deler av utbyggingen fortsatt ikke er sluttført, er det nødvendig å utrede det faktiske behovet for ytterligere investeringer før det fremmes forslag til bevilgninger i statsbudsjettet. Regjeringen vil i konsultasjonssammenheng diskutere utviklingen i behovet og måloppnåelse på området med KS. Det vises til omtalen av behov i kapittel 6.5.2.

Husbanken vil bli gitt ansvaret for å forvalte den nye tilskuddsordningen og fylkesmannen vil ha en rolle når det gjelder å vurdere behovet i den enkelte kommune. Det nye tilskuddet skal være fleksibelt i forhold til den enkelte kommunes behov. Det er kommunen som skal søke Husbanken om tilskudd, men tilskuddene skal også kunne viderefremmes til humanitære organisasjoner og andre som tilbyr egne boligløsninger med omsorgstjenester på non-profit-basis. Ved

Boks 8.9 Eldres boligpreferanser

En undersøkelse fra Norsk Institutt for By- og Regionforskning (NIBR) signaliserer et skifte i synet på hvordan framtidige eldre vil bo om de skulle bli skrøpelige og hjelpetrengende:

- bare 6 prosent ønsker å flytte til sykehjem
- 4 av 10 seniorer ønsker seg et kommunalt omsorgsboligtilbud
- halvparten foretrekker private tilrettelagte boliger
- stor interesse for fellesskapsløsninger både i private og offentlige tilbud

Kilde: Brevik og Schmidt 2005

lokalisering av omsorgsboliger og sykehjem er det viktig å ta hensyn til de ulike brukergruppens ønsker og behov.

Investering i nybygging og utbedring av sykehjem og omsorgsboliger har økonomiske konsekvenser både for kommunene og staten. I tillegg til det statlige tilskuddet vil kostnadene dekkes gjennom husleie og vederlagsbetaling, samt kommunens frie inntekter. Den statlige bostøtten til personer med lav inntekt sikrer i tillegg at kommunen kan ta en vanlig husleie i omsorgsboligene. Forvaltningen av en ny tilskuddsordning vil innebære nye oppgaver for Husbanken. De økonomiske konsekvensene avhenger av rammen for tilskuddet det enkelte år og utformingen av ordningen. Regjeringen vil komme tilbake til spørsmålet om investeringstilskudd i forbindelse med statsbudsjettet for 2008.

8.3.2 Framtidas boformer

Utviklingen av framtidas boformer styres av ulike drivkrefter og preferanser og vil legge de fysiske rammene for utøvelse av omsorg.

Tilrettelegging av private boliger

Blant dagens seniorbefolkning er det i følge undersøkelser en klar tendens til økt mobilitet og ønske om å flytte fra eneboliger og rekkehus til ulike former for blokkbebyggelse og bofellesskap med tilgang på service (Brevik og Schmidt 2005). Flytteårsakene som oppgis er for mye arbeid med hus og hage eller at boligen er på flere plan og dårlig tilpasset nedsatt funksjonsevne. Ønskene går i retning av boliger som er sentralt beliggende

Boks 8.10 Smarthusteknologi

Smarthusteknologi er en samlebetegnelse for informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) anvendt i boliger, der de ulike komponentene kommuniserer med hverandre via et lokalt nettverk. Teknologien kan brukes til å overvåke, varsle og utføre handlinger etter valgte kriterier. Smarthusteknologi gir også mulighet for automatisert kommunikasjon med omverdenen, via fasttelefon, mobiltelefon eller Internett.

med terskelfri overgang fra bil til inngangsdør, og nærhet til kulturaktiviteter, opplevelser, parkanlegg, møteplasser og sosiale nettverk.

I mange byer og større kommunesentre bygges det boliganlegg med servicefunksjoner for denne målgruppen. Regjeringen ser det som en viktig planleggingsutfordring for kommunene å sørge for at denne boligbyggingen blir en integrert del av en framtidsrettet by- og sentrumsutvikling. Samtidig er det av stor betydning å sikre at seniorboligene utformes slik at de oppfyller tilgjengelighetskrav og ved behov kan benyttes som fullverdige omsorgsboliger, og redusere behovet for videre flytting til omsorgsboliger og institusjoner.

Bostøtte, tilskuddsordninger og betalingsordninger bør innrettes slik at de stimulerer til at flere private boliger blir tilrettelagt for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. Det skal lønne seg å tilrettelegge egen bolig eller bygge nye boliger med god tilgjengelighet og «smarthusteknologi». Nye eierformer og alternative boformer og bofellesskap blir en del av en framtidig utvikling med større mangfold.

Sykehjem og omsorgsbolig

Med Handlingsplan for eldreomsorgen ble sykehjemmene i Norge fornyet og modernisert. Halvparten av alle sykehjems plasser i landet er nå enten nybygd eller fullrenovert, og det er bygd mange tusen nye omsorgsboliger tilrettelagt etter moderne krav til tilgjengelighet, arbeidsmiljø og brannforskrifter. Regjeringen ønsker å sikre at dette krafttaket blir videreført og fulgt opp i forhold til vedlikehold og kapasitetsmessig utbygging i forkant av den veksten i omsorgsbehov vi står overfor.

Bostandarden i nye sykehjem og omsorgsboliger nærmer seg hverandre. Det er fornuftig at

omsorgsboligene bygges med tilgang til mer fellesskap og at det er lett tilgang på personale. Like viktig er det at sykehjemmene legger til rette for mer privatliv ved klarere skiller mellom beboerens eget boligareal og øvrige lokaler. Dette vil blant annet gjøre det enklere å ta i mot og involvere familie og pårørende.

Arkitektur påvirker omsorgstjenesten

De fysiske rammene rundt sykehjemmet legger sterke føringer på organisering av driften og det sosiale samværet i mange år framover. Likevel er det ofte lite bevissthet rundt dette, og det bygges fremdeles mange sykehjem i Norge som er relativt tradisjonelle institusjonsbygninger med lange korridorer og lite hjemlig preg.

De fysiske rammene og organiseringen av tilbudet påvirker både de ansattes holdninger og fagutøvelse, og beboernes verdighet og hverdagsliv. Undersøkelser viser at det ikke trenger å være dyrere å drive sykehjem som er bygd og organisert som små enheter (Høyland 2003). Dette gir også større nærhet, økt trygghet, individuell tilpasning og større tilfredshet både for beboere og pårørende.

En årsak til at arkitektur ikke brukes mer bevisst av prosjektledere og byggherrer i

Boks 8.11 Arkitektur og design for livskvalitet og helse

Norsk Form er i gang med et tverrfaglig prosjektarbeid om forholdet mellom fysiske omgivelser og helse, med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektet knyttes til boliger og institusjoner i helse- og sosialsektoren og fokuserer blant annet på følgende satsingsområder:

- tverrfaglige kommunenettverk som arena for erfaringsutveksling og kompetansebygging om fysiske endringstiltak som skal fremme trivsel og helse blant beboere og pasienter
- pilotprosjekter som kan eksemplifisere ulike fysiske tiltak i eksisterende bygninger og nybygg, og mulige sambruksmodeller for eksempel mellom omsorgssektoren og kultursektoren for å unngå segregering og isolering av aktuelle målgrupper
- seminar om betydningen av omgivelser for trivsel og helse innen psykisk helsevern

omsorgsutvikling, kan skyldes at det finnes relativt lite dokumentasjon. En oversikt over forskningstemaer ved sentrale institusjoner viser at arkitekturforskning på dette feltet er nesten fraværende eller veldig beskjeden. Det er derfor behov for å sette fokus på arkitekturens betydning for utøvelse av god omsorg, bedre brukermedvirkning, verdighet og økt livskvalitet.

Smarthusteknologi

Stadig flere kommuner har tatt i bruk smarthusteknologi som en integrert del av omsorgstjenestene. Frem til i dag er det i de nye omsorgsboligene og i noen grad i sykehjem den nye teknologien er tatt i bruk, selv om smarthusteknologi kan installeres i alle typer boliger. Erfaringene viser at smarthusteknologi kan være et verdifullt supplement til menneskelig assistanse, dersom den anvendes på en etisk forsvarlig måte. Denne teknologien kan bidra til at folk kan bo lengre hjemme, og til at ansatte kan være mobile, samtidig som de blir varslet dersom noe unormalt hender hjemme hos en bruker.

For å forebygge og varsle ulykker og gi beboerne økt trygghet og selvstendighet, er det fornuftig å legge til rette for større utbredelse av smarthusteknologi, både i private hjem, omsorgsboliger og sykehjem. Dette vil også kunne gi bedre kvalitet på tjenestene, bedre arbeidsforhold for personalet, og økonomiske gevinster for kommunene.

8.3.3 Tilgjengelighet og universell utforming

Regjeringen legger vekt på at alle skal ha like muligheter til personlig utvikling og livsutfoldelse. Samfunnsskapte hindringer gir dårligere vilkår for utdanning, arbeid og aktivt sosialt liv for personer med nedsatt funksjonsevne i alle aldre. Regjeringens mål er god tilgjengelighet til bygninger, utemiljø, produkter og tjenester. Hovedutfordringen er å skape bevissthet og kunnskap omkring funksjonshemmende forhold, skape vilje til å bygge ned funksjonshemmende barrierer, formidle kunnskap om universelle utforming, stimulere til utviklingsarbeid for å skape nye universelle løsninger og bidra til å øke tilbudet av varer og tjenester som er produsert etter dette prinsippet.

De fleste boligene er allerede bygget. Det er en uttalt målsetting fra myndighetenes side at også tilgjengeligheten i den eksisterende boligmassen skal økes, jf St meld nr 23 (2003 – 2004) Om boligpolitikken. Folke- og boligtellingsen 2001

viser at kun 7 prosent av landets boligmasse er tilgjengelig og egnet som bolig for en rullestolbruker. Det vil være behov for å differensiere virkemidler rettet mot henholdsvis eneboliger og flerbolighus. En sentral tilgjengelighetsutfordring i mange av landets lavblokker er mangelen på heis.

For at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne klare seg selv lengst mulig, er det viktig at samfunnet legges til rette.

Det er et mål at kravet om universell utforming etter hvert skal gjelde for all planlegging og utbygging av boliger, nærområder, utearealer, veier- og transportsystemer, offentlige og private bygg. Sentralt i tenkningen om universell utforming er at hensynet til alle brukergrupper skal innarbeides i løsninger så langt det er teknisk og praktisk mulig. Tilleggs løsninger eller kompenserende løsninger skal bare brukes når det er absolutt nødvendig. Dette sikres først og fremst ved innarbeiding i gjeldende lover og regelverk, men også gjennom informasjonsvirksomhet og økonomiske ordninger som stimulerer til løsninger som oppfyller tilgjengelighetskravene. Det nye investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger skal blant annet gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen (eksempelvis heis).

Det vil i denne sammenheng også være naturlig å knytte an til og forsterke virkemidlene i regjeringens nye Handlingsplan for universell utforming. Handlingsplanen for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne har en planperiode som går over fem år, der målet er å skape god tilgjengelighet til bygninger, utemiljø, produkter og tjenester. I forhold til å forebygge omsorgsbehov bør det legges spesiell vekt på universell utforming av boliger og nærområder og tilrettelegging av møteplasser som innbyr til sosiale aktiviteter og som gir integrerte løsninger på tvers av generasjoner og eventuelle funksjonshemminger.

Informasjon og andre stimulerings tiltak for å få den enkelte til selv å investere i tilrettelegging av egen bolig eller skaffer seg slik bolig, vil ha høy prioritet. Husbankens låne- og tilskuddsordninger vil fortsatt være et godt instrument både ved utbedring av eksisterende boliger og bygging av nye tilrettelagte boliger. Kravet til universell utforming vil derfor bli fulgt opp gjennom Husbankens ordninger.

Bygningslovutvalget har foreslått at det stilles krav om at nye bygninger, anlegg og uteområder skal kunne brukes av alle i tråd med tiltakets funksjon (NOU 2005:12 Mer effektiv bygningslovgivning). Kommunal- og regionaldepartementet ser

dette forslaget i sammenheng med Syse-utvalgets forslag om at alle nye og eksisterende bygg, anlegg og uteområder som er rettet mot allmennheten må være universelt utformet (NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet). For nybygg har utval-

get foreslått en frist til 2007 og for eksisterende bygg en frist til 2019. Departementet er i ferd med å vurdere forslaget. Kostnadene ved å innføre kravene helt eller delvis er under utredning.

9 Bedre samhandling og medisinsk oppfølging

Både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder allmennlegetjenesten, har fått økte utfordringer og oppgaver de siste årene. Utfordringene er særlig knyttet til pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten, og langvarig oppfølging. For å møte disse pasientgruppens behov er det behov for en langsiktig strategi som sikrer bedre medisinsk oppfølging.

Framtidas omsorgstjeneste vil fortsatt ha bred kontaktflate mot og tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten på den ene siden og familieomsorgen og lokalsamfunnet på den andre siden. Regjeringen vil legge til rette for at sykehus og spesialisthelsetjenester i større grad enn i dag skal sørge for faglig oppfølging av den kommunale omsorgstjenesten og dens brukere. Nedenfor omtales viktige grep som understøtter strategien. I tillegg vises det til satsingen på forskning omtalt i kapittel 7.5.

9.1 God balanse mellom sykehjem og hjemmetjenester

En sentral utfordring for kommunene er å etablere en god balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Sykehjem brukes både som et langvarig og permanent tilbud med bokvaliteter og til kortere opphold for medisinsk behandling og rehabilitering, blant annet etter utskrivning fra sykehus, til avlastning og som et tilbud ved livets slutt.

Det er til dels stor variasjon mellom hvordan kommunene organiserer tilbudet av sykehjem og hjemmetjenester. Likevel er det riktig å si at mange kommuner i hovedsak benytter sykehjemmene til langtidsopphold for sterkt hjelpetrenende eldre, og bare bruker en liten del av kapasiteten til korttidsopphold. Flere undersøkelser viser at under 10 prosent av plassene i sykehjem benyttes til korttidsopphold og at oppholdstiden i gjennomsnitt er så mye som 3 år. Samtidig viser undersøkelser at tilbudet om hjemmetjenester til personer som ønsker å bo hjemme ofte vurderes som for knapt.

Det er først og fremst brukernes behov og ønsker som må legges til grunn for valg av boformer og organisering av tjenestetilbudet. Utbyggingen av omsorgsboliger og hjemmetjenester må ses i lys av at $\frac{1}{4}$ av omsorgstjenestens brukere nå er under 67 år, og at denne brukergruppen er fordoblet de siste 10 år. Videre ser det ut til at flere også blant de nye eldregenerasjoners brukere ønsker alternativer til institusjon ved langvarig opphold (Brevik og Schmidt 2005). Forutsetningen er imidlertid at de alternative botilbudene er tilstrekkelig bemannet med mulighet for å yte heldøgns hjemmetjeneste og -sykepleietilbud.

Det er i denne sammenheng grunn til å peke på at nesten $\frac{3}{4}$ av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse, og at mange av dagens sykehjemsplasser er dårlig tilrettelagt for mennesker med demens. Fagfolk etterlyser alternative boformer og bofellesskap med mindre driftsenheter som alternativ til store, tradisjonelle sykehjemsavdelinger for denne store brukergruppen (Engedal 2003).

Statens helsetilsyn har tidligere reist spørsmål ved om kommunene har tilstrekkelig bufferkapasitet til å sikre tilbud om korttidsplasser i sykehjem og fleksibilitet i tiltakskjeden til å møte situasjoner med et akutt hjelpebehov eller når det kommer nye pasienter med omfattende hjelpebehov. Statens helsetilsyn viser også til at tilstrekkelig kapasitet på korttidsplasser er nødvendig for å kunne gi pårørende med store omsorgsoppgaver tilbud om regelmessig avlastning (Statens helse-tilsyn 10/2003).

Når både sykehjem og omsorgsboliger i hovedsak disponeres til varig botilbud, er det liten mulighet for dynamikk i det kommunale tjenestetilbudet. Dette underbygges av forskning som viser at tilstrekkelig tilbud om korttidsopphold er viktig når det gjelder god samhandling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001).

I tillegg til faglige vurderinger og brukerens ønsker er det viktig at omsorgstjenesten finner driftsformer som utnytter ressursene best mulig. Dette er spesielt viktig på lang sikt når behovene vil øke sterkt. Dimensjonering av tilbud i syke-

hjem, og hjemmetjenester ytt i omsorgsboliger og egne hjem, er her sentralt. Enkelte undersøkelser og forsøk indikerer at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere. Dette kan bety at kommuner som satser sterkt på omsorgsboliger som et supplement til sykehjem, driver sine tjenester med lavere driftskostnader enn de som satser ensidig på sykehjem (Borge 2005, Romøren 2003).

Behovet for korttidsplasser

Regjeringen understreker betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser. Dette er viktig for å sikre god flyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, for å opprettholde innsatsen fra pårørende gjennom bedre avlastning, og for å sikre at hjemmetjenesten fungerer godt.

Korttidsplasser kan benyttes ved blant annet medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt. Det er en klar forutsetning at det medisinske tilbudet i sykehjemmene, herunder legetjenesten i sykehjem, må være både god og tilstrekkelig.

Mange eldre bor hjemme eller i omsorgsboliger under forutsetning av tilsyn og hjelp fra pårørende. Både brukeren og pårørende skal ha trygghet for at kommunen kan stille med aktivitetstilbud på dagtid, avlastning eller trygghetsplasser når det er behov for det. Dersom dette ikke sikres, vil etterspørselen etter andre og dyrere former for døgnkontinuerlige tjenester kunne øke.

Dersom kommunens tilbud av korttidsopphold er for knapt, bør kommunen vurdere om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten, og gjennom dette redusere behovet for langtidsopphold i sykehjem. Dette vil kunne frigjøre kapasitet som kan benyttes til ulike korttidstilbud. En slik endring forutsetter imidlertid at det ytes både hjemmetjenester og dagtilbud slik at bruker og pårørende opplever tjenestetilbudet som tilstrekkelig.

I de tilfeller der det samlede antall sykehjemsplasser ikke er tilstrekkelig, vil det varslede investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger legge til rette for at kommunen kan bygge opp et tilstrekkelig korttidstilbud til sine brukere.

Boks 9.1 Skille mellom tidsavgrensede behandlingstilbud og varige botilbud

«Sykehjemmene må bli aktive behandlingssteder. Derfor må det skilles mellom tidsavgrensede behandlingstilbud og varige botilbud. Personer med demens har ofte andre bygningsmessige behov og andre pleiemessige utfordringer enn somatisk syke.»

Innspill til meldingsarbeidet fra Norsk Sykepleierforbund

Behovet for langvarige botilbud med tilgjengelige tjenester hele døgnet

Kommunene har de siste 10 årene satset på en betydelig utbygging av omsorgsboliger og hjemmetjenester, mens antall sykehjemsplasser i samme periode har økt svakt. Vi har i dag knapt 40 000 sykehjemsplasser og 30 000 omsorgsboliger. Ifølge Statistisk sentralbyrå er det i 2005 registrert om lag 15 000 omsorgsboliger der det er tilgjengelig bemanning hele døgnet. Når tilbudet til de mest hjelpetrengende skal vurderes, er det derfor i mange kommuner rimelig å inkludere både sykehjem og omsorgsboliger hvor det gis døgn tjeneste. Selv om omsorgsboligene har supplert, og i enkelte tilfeller erstattet, aldershjemmets og sykehjemmets rolle som boform, opplever allikevel noen at det ikke tilbys nok tjenester i omsorgsboligene.

Kommunene og staten har de 10 siste årene finansiert nærmere 30 000 omsorgsboliger. Flertallet av omsorgsboligene er bygd med tilgjengelige service- og fellearealer og skal bygningmessig være egnet for å yte heldøgns omsorgstjenester til personer med omfattende behov. Husbanken har gitt investeringstilskudd under forutsetning av at kommunen faktisk disponerer boligene til omsorgsformål i 20 år framover. Dette innebærer at det er kommunene, ofte omsorgstjenesten, som avgjør hvilke personer som kan flytte inn i omsorgsboliger som blir ledige. Det kan i en del tilfelle være valg av driftsformer og det generelle bemanningsnivået som er den viktigste utfordringen, ikke nye byggeprosjekter.

Regjeringen mener det er viktig at tilbudet av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns tjenester til brukere med et varig behov også tilpasses personer med demens. Personer med aldersdemens utgjør en betydelig del av hjemmetjenes-

tens brukere og et klart flertall av beboerne i sykehjem. Både Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens og flere utredninger har vist at stabilitet og kontinuitet er helt avgjørende for personer med demens, og at gjentatte flyttinger og endringer i omgivelser gir store påkjenninger. Videre er det viktig at de fysiske omgivelsene er oversiktlige. Dette er viktige hensyn å ivareta når kommunene utformer tilbudet til sine brukere med demens.

Regjeringen legger til grunn at det er kommunene som må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker. Det er ikke hensiktsmessig at staten skal regulere tjenestetilbudet i den enkelte kommune ut fra nasjonale normer. Det er den enkeltes individuelle behov som må bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang. Dette sikres best gjennom enkeltvedtak gjort på grunnlag av en fullstendig saksutredning og utarbeidelse av individuell plan. Kommunens tjenestetilbud må dimensjoneres og utformes ut fra brukernes behov, og ikke ut fra standardiserte normer og dekningsgrader fastsatt sentralt. Tilsynsmyndighetene har som oppgave å sikre at det tjenestetilbudet som gis er forsvarlig.

Regjeringen viser til at det varslede investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger legger til rette for at kommunene kan bygge opp et tilstrekkelig tilbud om langtidsplasser.

I forbindelse med oppfølgingen av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene, vil regjeringen gå gjennom regelverket med sikte på at beboere i omsorgsboligene og sykehjem i størst mulig grad blir omfattet av felles bestemmelser som sikrer samme rettigheter og tilsynsordninger. Regjeringen viser i denne sammenheng til Ot.prp. nr. 97 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (statleg tilsyn med kommunesektoren). Proposisjonen inneholder forslag til nytt kapittel 10A om statlig tilsyn med kommunene og fylkeskommunene i lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

9.2 Medisinsk oppfølging i kommunene

Regjeringen ønsker å styrke det allmenntilbudet til omsorgstjenestens brukere, både pasienter i sykehjem og mottakere av hjemmetjenester. I første omgang rettes oppmerksom-

heten mot å bedre kapasiteten og kvaliteten på legetilbudet i sykehjemmene. Deretter vil regjeringen gjennomgå fastlegenes ivaretagelse av mottakere av hjemmetjenester. Målet er å sikre likeverdig medisinsk oppfølging uavhengig av hvordan kommunene har organisert sitt omsorgstilbud.

Kommunenes oppgave er å sørge for nødvendig legedekning og at alle har tilbud om fastlege. Kommunen skal legge til rette for gode samhandlingsrutiner mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Hjemmesykepleien må blant annet ha nødvendig kompetanse til å observere og varsle allmennlegen ved behov. Videre bør allmennlegene ha nødvendig kompetanse til å møte de særskilte utfordringene innen geriatri og lindrende behandling ved livets slutt. Kommunenes organisering av allmennlegetjenesten skal være forsvarlig, hensiktsmessig og kostnadseffektiv.

9.2.1 Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem

Sosial- og helsedirektoratet vurderte i 2005 legetjenesten i sykehjem. Basert på tilgjengelige undersøkelser fant direktoratet ikke grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt er uforsvarlig, men at svært mange kommuner har for lav legedekning til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Enkelte rapporter fra Helsetilsynene i fylkene har påpekt uforsvarlige forhold. Hovedinntrykket er at stillingsandelene ved mange sykehjem fortsatt er små og at det er manglende kontinuitet og kapasitet i tjenesten. I følge Statistisk sentralbyrå er antallet legeårsverk økt med knapt 6 prosent i løpet av 2005.

I statsbudsjettet for 2006 ble det varslet innføring av lokale normer for legetjenester i den enkelte kommune. Som en oppfølging av dette vil departementet i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning. Rundskrivet skal presisere de krav som allerede følger av gjeldende kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift om at behovet for legetjenester skal vurderes og angis konkret i hver enkelt kommune. I tillegg har Statistisk sentralbyrå innført legeårsverk per institusjonsplass som kvalitetsindikator i KOSTRA for å kunne sammenlikne kommuner.

For å legge til rette for en nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem vurderer departementet at det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 prosent fram til 2010. Målset-

tingen vil drøftes i konsultasjonene med KS og vurderes på nytt etter at alle kommuner har vurdert sitt behov og fastlagt sin lokale norm. Økningen av antall legeårsverk finansieres innenfor veksten i kommunens inntekter som en del av regjeringens mål om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten. Videre skal Sosial- og helsedirektoratet utarbeide en faglig veileder for legetjenesten i sykehjem. Veilederen skal forankres i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Statens helsetilsyn vil i 2007 ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem.

Regjeringen vil gjennom særskilte introduksjonstilskudd legge til rette for at kommunene knytter sine sykehjem til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) for å styrke kvaliteten på det medisinske tilbudet som ytes i sykehjem.

For å videreføre intensjonene fra Kommuneprogrammet i S@mspill 2007, og ut fra erfaringer gjennom de kommunale fyrtårnsprosjektene, er det i 2007 ønskelig å bidra til at flere kommuner tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger på sine sykehjem. For å kunne planlegge og tilrettelegge for elektronisk samhandling må kommunene arbeide fram løsninger i forhold til å:

- ta i bruk og eventuelt forbedre egen bruk av elektroniske pasientjournaler, sørge for gode rutiner og god kultur knyttet til dokumentasjon av helsehjelpa.
- inngå samarbeidsavtaler med sentrale samarbeidspartnere, i første omgang helseforetak og fastleger
- tilrettelegge teknisk infrastruktur, sikkerhet og systemer og legge til rette for oppkobling til Norsk Helsenett

I dette arbeidet vil erfaringene fra fyrtårnsprosjektene gi et svært nyttig grunnlag og utgangspunkt. Regjeringen vil benytte frigjorte midler fra fyrtårnsprosjektene til å spre erfaringer slik at flere kommuner får tilstrekkelige forutsetninger for å koble seg opp til Norsk Helsenett.

Innhold i og organisering av grunnutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning, forskning og fagutvikling, har betydning for rekruttering av leger til det enkelte fagområde. Departementet har bedt de medisinske fakultetene styrke aldersmedisin generelt og sykehjemsmedisin spesielt i grunnutdanningen. For turnustjenesten vil departementet gjøre endringer i turnusforskriften slik at forskrift og målbeskrivelse for turnustjenesten i kommunene stiller krav til tjeneste i sykehjem. Departementet har gitt direktoratet i oppdrag å

gjennomgå spesialistutdanningen i allmennmedisin med sikte på å stille minimumskrav til alders- og sykehjemsmedisin. Tjenesten i sykehjem må etableres med en god ordning for veiledning og gjøres meritterende. Sykehjemsleger/leger i omsorgstjenester bør som en obligatorisk del av sin tjeneste ha veiledning/undervisning av øvrig personale.

9.3 Helhetlig demensplan 2015

Regjeringen er i gang med å utarbeide en helhetlig plan for å styrke arbeidet med demens fram til 2015. Det tas sikte på å presentere en helhetlig plan i løpet av 2007. I arbeidet med planen vil det bygges videre på eksisterende satsinger, kunnskap og erfaringer, og inkludere aktører som har et ansvar, eller en særskilt fagkunnskap innenfor demensområdet. Sosial- og helsedirektoratet har en sentral rolle i utviklingsarbeidet, og planen skal ta utgangspunkt i den aktiviteten som allerede skjer ved blant annet Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens, ved undervisningssykehjemmene, og gjennom relevante programmer i Norges forskningsråd. I tillegg bygger satsingen videre på et verdifullt samarbeid med frivillige humanitære organisasjoner, slik som Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Planen skal utvikle strategier og tiltak i et langsiktig perspektiv, men samtidig ha konkrete tiltak som oppdateres årlig. Planen skal ses i sammenheng med regjeringens prioritering av styrket kommuneøkonomi og målet om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten innen 2009. Tilstrekkelig kapasitet i omsorgstjenesten er nødvendig for å kunne yte god demensomsorg.

Planen skal vektlegge tiltak som kan gis før det er behov for et heldøgnsstilbud og sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde. Planarbeidet skal rettes mot forskning, utviklingstiltak, kompetanseheving, rekruttering, boformer og samarbeid med pårørende og frivillige. Det skal tydeliggjøres hva slags tilbud spesialisthelsetjenesten skal sørge for til denne pasientgruppen, og hvordan dette arbeidet best kan organiseres. Samtidig skal det gis faglige tilrådinger om tverrfaglig kompetansebehov, og om organisering og utforming av tjenestetilbudet i kommunene. Det forutsettes at demensomsorgen inngår som en del av det helhetlige omsorgstjenestetilbudet i kommunen og ikke utvikles til en særomsorg.

Sosial- og helsedirektoratet har opprettet fem grupper som skal følge gjennomføringen av hand-

lingsplanen fram til 2015. Gruppene er bredt sammensatt med representanter fra bruker- og interesseorganisasjoner, kommuner, utdannings-, fag- og forskningsmiljøer. Gruppene har følgende arbeidsområder: personell, rettigheter, pårørendearbeid, sammenheng i tiltakskjeden, og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune.

9.3.1 Tiltak for en styrket demensomsorg

Det tas sikte på å presentere en helhetlig plan for en styrket demensomsorg i løpet av 2007. Fra og med 2007 foreslår regjeringen å sette i verk følgende tiltak for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.

Dagtilbud til personer med demens

Dagtilbud anses som et svært viktig tilbud for at personer med demens fortsatt skal kunne bo hjemme, og gi pårørende avlastning. For beboere med demens i omsorgsbolig eller sykehjem, vil det også være av svært stor betydning å ha et dagtilbud som gir tilrettelagte aktiviteter og sosialt samvær. Regjeringen forutsetter at utbyggingen av dagtilbud de nærmeste årene kan realiseres som en del av satsingen på 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2007 sette i gang et utviklingsprogram hvor målet er å finne fram til gode modeller og fleksible løsninger for dagtilbud. Et utvalg kommuner som har dagtilbud for personer med demens, vil bli invitert til å delta. Det tas sikte på modellprosjekter i 15 kommuner. Både brukernes og pårørendes behov vil bli vektlagt når gode modeller skal utprøves, beskrives og evalueres.

Utredning og diagnostisering av demens

Demensdiagnosen bør settes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, og personene følges opp etter hvert som sykdommen utvikler seg. Vi vet fra en rekke undersøkelser at mange personer med demensliknede symptomer ikke er tilstrekkelig utredet med hensyn til demens.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet et diagnoseverktøy som forutsetter at fastlegen og omsorgstjenesten samarbeider om utredningen. Verktøyet legger til rette for å observere personen i eget hjem og skåner pasienten og pårørende for strevsomme opplevelser og lange

reiser. Det vil i 2007 bli arbeidet videre med opplæring og implementering av diagnoseverktøyet blant landets fastleger og kommuner.

En nasjonal kartlegging avdekket at over halvparten av kommunene opplevde tilbudet fra spesialisthelsetjenesten som mangelfullt eller ikke-eksisterende. Erfaringer viser at kompetanseoverføring er svært effektivt når spesialisthelsetjenesten arbeider aktivt sammen med kommunehelsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2007 sette i gang et utviklingsprogram for utprøving av ulike samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for utredning og diagnostisering av demens.

Informasjon til brukere og pårørende

Etter hvert som antall personer med demens øker er det viktig å gi et innblikk i sykdomstegn og sykdomsforløp. Informasjonen om demens varierer ut fra informantens kunnskap om demens, og behovet for informasjon og kunnskap er fortsatt stort, særlig blant pårørende. God tilgang på råd og veiledning i en tidlig fase av demenssykdommen, kan virke forebyggende og angstdempende i forhold til sykdomsutvikling og livssituasjon.

Det kan være behov for en bedre samordning med den frivillige innsatsen på demensområdet. Direktoratet skal i 2007 arrangere en konferanse om frivillig innsats på dette området. Direktoratet vil også bidra til en tilfredsstillende opplæring av informanter, veiledere og rådgivere, samt bidra til

Boks 9.2 Samarbeidsprosjekt i Vestfold

Det pågår et prosjekt med utprøving av en metode for samarbeid mellom psykiatrien i Vestfold og samtlige kommuner i fylket for personer med demens som har utviklet vanskelig atferd. Det er etablert en forsterket skjermet enhet med fire plasser, hvor kommunene kjøper plasser, etter behov. Spesialisthelsetjenesten har det faglige ansvaret for tjenestetilbudet. Målet er å utvikle, etablere og prøve ut en samarbeidsmodell mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Ved evaluering av prosjektet skal man belyse pasientenes utbytte av tiltaket, samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, det interkommunale samarbeidet og kostnadene ved driftsformen. Prosjektet ledes av Horten kommune og avsluttes i 2007.

at informasjonsmateriellet som utarbeides er av god kvalitet. Viktige aktører vil være bruker-, frivillige- og humanitære organisasjoner og Statens seniorråd.

Nasjonalforeningen for folkehelsen driver Demenslinjen, som er en informasjonstelefon og en nettportal for spørsmål fra pasienter, pårørende eller andre. Regjeringen vil i 2007 styrke Nasjonalforeningen for folkehelsen med 1 mill. kroner til å utvide tilbudet av veiledningsmateriell og øke aktiviteten i de lokale foreningene.

Med bakgrunn i gode erfaringer fra Danmark og Sverige vil det bli forberedt en informasjons- og opplysningskampanje med arbeidstittelen Det angår også deg, som et samarbeid mellom fagmiljøer, kompetansemiljøer, bruker-, frivillige- og humanitære organisasjoner.

Pårørendeskoler og samtalegrupper

En demenssykdom omfatter allerede fra starten langt flere enn den som blir syk. Det er de pårørende som oftest observerer de første atferdsendringene, får mistanke om sykdom, blir konfrontert med den sykes angst og usikkerhet, og må søke medisinsk hjelp og bistand for personen som har demens. Pårørende er oftest ektefeller og voksne barn. Majoriteten av familieomsorgsgivere er kvinner. De pårørende er en sammensatt gruppe og har forskjellig behov. Alder, kjønn, tilhørighet, arbeidssituasjon og kulturbakgrunn er faktorer av betydning for pårørendes behov for hjelp og støtte. Pårørendes rolle er etter hvert blitt viet større oppmerksomhet, både ved medvirkning i tilrettelegging av tjenester, informasjon og veiledning

Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer legge til rette for å spre tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle kommuner.

Opplæring og erfaringsutveksling blant personell

Det skal utarbeides en opplæringspakke til internt bruk i virksomheter som tilbyr tjenester til personer med demens. Enkle kunnskaps- og erfaringsutvekslingsverktøy skal bidra til å tilføre personellet en grunnleggende forståelse av demensomsorg og veiledning av pårørende. Opplæringspakken skal være et supplement til videreutdannings-tilbudene innen den nye kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet, omtalt i kapittel 8.2.

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2007 etablere et emnebibliotek om demens under nettpor-

Boks 9.3 Pårørendeskoler og samtalegrupper

I regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen 120 demensforeninger drives det om lag 50 samtalegrupper for pårørende, og det ble i 2005 holdt 200 åpne møter om demens. I samtalegrupper deler de erfaringer, gir hverandre støtte og diskuterer ulike mestingsstrategier for å ta vare på pasienten og seg selv som pårørende. Pårørende kan være hverandres beste rådgivere.

Det er etablert kursvirksomhet for pårørende, noen steder kalt pårørendeskoler, blant annet i Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim, Bærum, Asker, Haugesund, Sarpsborg og Horten. Noen steder er Nasjonalforeningen for folkehelsen involvert i driften, andre steder er det andre organisasjoner eller kommunal virksomhet som er ansvarlig. Pårørendeskoler holder kurskvelder over 3-7 ganger i semesteret og tar opp tema som:

- demenssykdommene, forekomst, årsaker og symptomer
- kommunikasjon med personer med demens
- taps- og sorgreaksjoner
- møte med hjelpeapparatet
- arv, testament, vergeordninger
- atferdsendringer og rettsikkerhet
- sosiale relasjoner og aktiviteter

alen Helsebiblioteket, som er en nettportal med oppdatert fagkunnskap for norsk helsepersonell.

Det skal i tillegg etableres en interaktiv erfaringsbank for personell som jobber med personer med demens og deres pårørende, hvor forskning og utviklingstiltak vil bli formidlet. Erfaringsbanken vil synliggjøre gode eksempler og gode erfaringer, slik at personellet kan hente inspirasjon og lære av hverandre på tvers av kommuner og virksomheter.

Utvikling av ulike botilbud

Boformer og størrelsen på driftsenhetene må i større grad enn i dag tilpasses og tilrettelegges for mennesker med demens. Tradisjonelle sykehjemsavdelinger med små enerom og lange korridorer er ofte dårlig egnet for langtidsopphold for personer med demens.

Det vil skje forskning og utviklingsarbeid innenfor demensområdet knyttet til regjeringens styrkede forskningsinnsats, jfr. kap. 7.5, og innenfor undervisningssykehjemmene, omtalt som ett av tiltakene i Kompetanseløftet i kap. 8.2.

Regjeringen tar sikte på at tiltakene i planen skal gjennomgås i de årlige statsbudsjettene, og at vesentlige endringer i tiltakene også varsles i de årlige kommuneproposisjonene.

9.3.2 Styrket rettsvern

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har kartlagt bruk av tvang og andre rettighetsbegrensninger i den kommunale tjenesteytingen til personer med demens. I tillegg har tilsynsmyndighetene gjennomført landsomfattende tilsyn med helsetjenester til personer med aldersdemens. Kartleggingen og tilsynet gir et bilde av hvordan hverdagen er for disse pasientene og for helsepersonellet som yter helsetjenestene. Undersøkelsene viser at det i tjenesteytingen til personer med demens gjennomføres inngripende tiltak uten tilfredsstillende dokumentasjon, saksbehandlingsprosedyrer og kontroll, og at enkelte tiltak skjer uten hjemmel i lov. Det blir videre påpekt at rettstilstanden er mangelfull og uklar i forhold til denne gruppen.

I Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utansamtykkekompetanse) blir det foreslått nye regler i pasientrettighetsloven om helsehjelp til personer som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Personer med demens vil være den største gruppen lovforslaget vil få anvendelse overfor. Lovforslaget har som formål å begrense og kontrollere bruk av tvang og vil være en selvfølgelig og grunnleggende forutsetning for en helhetlig plan for en styrket demensomsorg. Forslaget skal behandles av Stortinget høsten 2006.

Lovregulering er bare ett av flere virkemidler for å sikre behovene og rettsvernet til pasientene. Andre sentrale virkemidler innenfor helsetjenesteområdet er kompetanseoppbygging og formålstjenelig organisering og bemanning. Bestemmelser som åpner for bruk av tvang, må aldri brukes for å løse ressurs- og personellbehov i helsetjenesten.

9.4 Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Regjeringen ønsker at pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Erfaring viser at sykehjemsbeboere ikke nødvendigvis bør legges inn i sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fasen. Tilsvarende vil kunne gjelde i forhold til beboere i omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester og andre mottakere av hjemmesykepleietjenester. Dette fordrer systematisk og løpende samarbeid, som omfatter gjensidig kompetanseoverføring, ambulant team, veiledning og etablering av felles prosedyrer. På det medisinske området vil samhandling og samarbeid mellom fastlegene og legene i sykehuset omfatte flere forhold: kvaliteten på henvisninger, bedre prosedyrer for epikriser, gjensidig kompetanseoverføringstiltak som praksiskonsulentordningen, emnekurs, hospiteringsordninger, mulighet for felles konsultasjoner med områdegeriater og etablering av arena for strategidiskusjoner. Det er viktig å sørge for at den videre utviklingen av slik samhandling skjer samordnet og at det gis nødvendig tid til å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og tilrettelegging både i første- og andrelinjetjenesten.

På denne bakgrunnen ser departementet det som riktig å sette i verk tiltak for å styrke legedekningen i sykehjem og styrke kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin spesielt.

God samhandling er spesielt viktig i forbindelse med utskrivning fra sykehus der det kreves tilrettelagte tjenester i kommunen. Målet er en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til effektive behandlingsforløp fra sykehus til hjem eller sykehjem. Det er viktig å forbedre systematikken i samarbeid og kompetanseoverføring fra sykehus til primærhelsetjenesten.

Det er gjennomført en rekke tiltak og forsøksordninger for å forbedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og regjeringen er svært positiv til slikt utviklingsarbeid. For å oppnå effektive og kvalitativt gode behandlingsforløp, er organisering, rett til individuell plan og gjensidig veiledning og kompetanseoverføring sentrale elementer. Det bør legges spesiell vekt på ulike former for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ved utskrivning av pasienter fra sykehus. Regjeringen mener dette området må videreutvikles og styrkes, ved

at man bygger videre på de gode erfaringer og modeller som allerede finnes.

Som et ledd i arbeidet med bedre samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, vil departementet følge opp med sikte på at det falige nivået i behandlingen i sykehjemmene høynes.

Departementet har i sine styringskrav til de regionale helseforetakene lagt vekt på at helseforetakene etablerer ambulante team innen geriatri,

onkologi (kreft), rehabilitering og ulike kroniske sykdommer og funksjonshemminger. Regjeringen viser videre til utbyggingen av distriktpsychiatriske sentre, som forutsettes å gi tilsvarende tilbud på sitt område.

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, vurderer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Utredningen viser at utfordringene er særlig store i forhold til pasienter som har langvarig behov for tjenester fra flere nivåer i hel-

Boks 9.4 Gode samhandlingsprosjekter

Omstillingsprogram ved Ullevål

Medisinsk divisjon ved Ullevål universitetssykehus gjennomfører i 2004-2007 et omstillingsprogram med vekt på effektive og kvalitativt gode behandlingsforløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten, og internt mellom de ulike divisjoner og avdelinger i sykehuset. Fokus er satt på sykehjemsbeboere som trenger medisinsk diagnostisering og behandling på grunn av akutt oppståtte sykdommer (infeksjoner, hjertesvikt, lungesvikt eller akutt funksjonssvikt) og sykehjemsbeboere som blir akutt syke i livets slutfase. Prosjektet har ført til endret innleggelsespraksis, økt legesamarbeid, hospiteringsordninger, seminarer for tverrfaglig personell i sykehjem, og det er etablert standardprosedyrer for samarbeidet mellom sykehuset og sykehjem.

Interregprosjekt i Midt-Troms

Utviklingssenteret og Distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms, sammen med samarbeidspartnere i Troms og andre regioner i Europas nordlige periferi har igangsatt et prosjekt som skal sette fokus på virkemidler og tiltak som kan stimulere til helhetlige og gode helsetjenester til innbyggere i spredt befolkede områder. Prosjektet "Sustainable Rural Health Care Networks" er et samarbeid mellom aktører fra helse-, utdannings- og kompetansesiden i Nord-Norge, Nord-Sverige, Nord-Finland og Highlands og Island i Skottland.

Prosjektet skal bidra til helhetlige helsetjenester av høy kvalitet lokalt, og derigjennom bidra til samfunnenes levedyktighet. Forbedre kvalitet på tjenestene gjennom fokus på helhetlige pasientforløp og premissene for dette.

De ulike delprosjektene er knyttet til lokale utviklingsprosjekter for tjenestetilbud for kro-

nisk syke, eldre rehabiliteringspasienter, akutt-pasienter, unge uføre og eldre under hjembasert omsorg.

Ambulant team i Trøndelag

St. Olavs Hospital har opprettet et ambulant team som en del av Seksjon for geriatri, som primært har hatt som mål å redusere reinnleggelser i sykehuset, men også å redusere antall liggedøgn. Teamet ble opprettet i 2002 og består av lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Teamets tjenester er rettet mot Trondheim og Holtålen kommuner. Pasientene får en primærkontakt i teamet. Primærkontakten gjør seg kjent med pasient og pårørende mens de er ved sengeposten. Primærkontakten deltar på nettverksmøter og er med på eventuelle hjemmebesøk mens pasienten er innlagt. Pasienten følges opp inntil en måned etter utskrivelse. Teamet underviser helsepersonell i kommunene i geriatri.

SAMBA

Grenlandskommuner og Sykehuset Telemark står sammen om et tverrfaglig tjenestetilbud med mulighet for heldøgns opphold til barn med omfattende behov for omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Målet med prosjektet er å tilby barn og familier et faglig bedre tilbud der tjenester fra sykehus og kommuner tilbys under samme tak. Prosjektet skal lokaliseres på området til Sykehuset Telemark, men drives av Skien og Porsgrunn kommuner og de andre kommunene i samarbeidet. Prosjektet er i en oppstartsfasen, og har fått økonomisk støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet.

setjenesten. Som utvalget beskriver handler samhandling først og fremst om hvordan enkeltpersonell samhandler om enkeltpasienter i det daglige. Utvalgets innstilling omfattet tre typer mulige tiltak for å forbedre samhandlingen: Økonomiske insentiver til bedre samhandling mellom nivåene, lovjusteringer for å understøtte samhandling og forsøk med nye organisasjonsmodeller. Departementet forbereder oppfølgingen av utredningen og konkrete tiltak vil bli presentert i statsbudsjettet for 2007.

En prosjektgruppe bestående av medlemmer fra Helse- og omsorgsdepartementet, KS og ulike fag-, bruker- og kompetansemiljøer i helsesektoren avga i juni en rapport med anbefalinger om organisatoriske tiltak for bedre samhandling innenfor helseområdet. Prosjektgruppens utgangspunkt er at det ikke finnes noe enkeltstående grep som alene kan svare på helsetjenestens utfordringer om bedre samhandling. I rapporten anbefales det å:

- intensivere oppfølgingen av tiltak som er i bruk i dag, men der prosjektgruppen mener at tiltakenes potensial ikke er utnyttet
- sikre bedre informasjonsflyt og kommunikasjon med større vekt på å samordne IKT-oppbygg, som inkluderer kommunale omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester
- sikre gode rammer for samhandling ved å bruke et mer gjennomgripende avtalesystem, felles fora og utvikling av avtaler på lokalt plan som kan bedre samhandlingen

Det tas sikte på at staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS inngår en samarbeidsavtale som forankres i konsultasjonsordningen. I arbeidet med avtalen vil det bli foretatt analyser, identifisert strategier og tiltak i samsvar med samhandlingsutfordringene. Det legges til grunn at den nasjonale avtalen kan være utgangspunkt for regionale og lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner.

Som et ledd i arbeidet for bedre rammebetingelser for samhandling, vil departementet i dialog med berørte aktører vurdere hvordan forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer. Videre skal det vurderes om, og eventuelt på hvilken måte det bør skje en endring i regelverket inn mot tjenestetilbudet for psykisk helse.

9.4.1 Elektronisk handling og samhandling

Regjeringen ser styrking av informasjonsteknologi i omsorgstjenestene som en sentral del av arbeidet med å heve kvaliteten og forbedre effektiviteten i tjenesten.

Fornuftig og målrettet bruk av informasjonsteknologi kan være et kraftfullt virkemiddel for å oppnå bedre samhandling, enten det er på tvers av forvaltningsnivåer eller internt i omsorgstjenestene. IT-løsninger vil alene gi liten effekt dersom de ikke inngår i, og kan understøtte, en god samhandlingskultur og samhandlingsstruktur. Innføring av informasjonsteknologi krever gjennomgang av eksisterende informasjonsflyt og arbeidsprosesser, og dette vil kunne synliggjøre at en slik kultur og struktur ikke er på plass. Teknologiiinnføring kan derved i seg selv fungere som en pådriver for bedre samhandling.

Framtidas omsorgstjenester vil i stadig sterkere grad gis der brukerne bor, og i samarbeid med brukerne. Dette stiller økte krav til mobilitet i informasjonssystemene. Ny omsorgsteknologi, som nettbaserte tjenester, telemedisin og smarthusløsninger, vil inngå som en integrert del av tjenestene og kan bidra til å styrke både utøveren, brukeren og pårørende. Teknologien kan også bidra til å utsette institusjonalisering av brukerne, gjøre dem mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt medisinsk tilbud.

Regjeringen ønsker økt fokus på teknologiske tiltak som, kombinert med egnede samarbeidsformer, kan være med på å forbedre kvaliteten og produktiviteten i sektoren.

Viktige utfordringer er synliggjort gjennom den nasjonale strategien for elektronisk samarbeid, S@mspill 2007, og består særskilt av å:

- forbedre og tilpasse dagens IT-systemer gjennom å utarbeide helsefaglige krav, slik at systemene ivaretar omsorgspersonellets behov, samt utvikle og ta i bruk standarder som muliggjør informasjonsutveksling mellom systemene
- implementere systemene både i kommunene og hos samarbeidspartnere
- forankre innsats og ansvar på høyt ledernivå, ettersom nye samarbeidsformer og innføring av nye systemer er avhengig av vilje til endring, tilpassing av organisasjon og rutiner, og av kompetanseutvikling
- sikre god kommunikasjon ved utskrivning av pasienter til omsorgstjenestene i kommunene
- sikre at standardiserte løsninger tas i bruk samtidig hos aktuelle samhandlingspartnere,

Boks 9.5 Kroken sykehjem

Kroken sykehjem og to omsorgsboliger i Tromsø var de første aldersinstitusjoner i Norge som ble koblet til Norsk Helsenett. Det er installert et dataprogram for sikker samhandling med pasientsensitiv informasjon, som har gjort kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere enklere og som har bidratt til å skriftliggjøre forordninger fra lege, bestillinger og bekreftelser som tidligere foregikk på telefon. Omorganiseringen og omleggingen til nye rutiner betraktes som vellykket, og foregikk parallelt med innføringen av datateknologi.

slik at man har noen å samhandle med elektronisk

- sikre kommunal deltakelse i det nasjonale IKT-samarbeidet på lik linje med spesialisthelsetjenesten

For å møte utfordringene vil regjeringen sikre et nasjonalt koordineringsgrep. Koordinering innebærer samarbeid og samordning mellom alle aktører, inklusive brukere, leverandører, kompetansesentre og myndigheter. Regjeringen ønsker å sette fokus på utvikling og bruk av standarder, enhetlige og gode sikkerhetsløsninger, tilpassede fagsystemer, samt å tilrettelegge organisasjon og rutiner for elektronisk samarbeid.

KS har i den nye kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten, som er nærmere omtalt i kapittel 7.1, forpliktet seg til å legge til rette for økt bruk av IKT i kommunene. Det vises for øvrig til spredningen av erfaringene med elektronisk samhandling fra fyrtårnskommunene.

Suksesskriteriene vil være en gradvis økning i bruken av samhandlingsløsninger over Norsk Helsenett, økt innsats på forsknings- og utviklingsarbeid, slik at ny samhandlingspraksis er basert på best mulig kunnskap, samt mer forpliktende og likeverdig samhandling mellom kommunale omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil i løpet av 2006 fremme en stortingsmelding om IKT-politikken, som blant annet vil omhandle elektronisk samhandling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Ny teknologi

Ny omsorgsteknologi, kommunikasjonsteknologi, smarthusløsninger, telemedisin, nye tekniske hjelpemidler og medisinsk utvikling, bør gi muligheter til å forbedre produktiviteten i en svært arbeidsintensiv sektor. Teknologi vil imidlertid aldri kunne erstatte menneskelig kontakt. Det bør derfor legges opp til en teknologiutvikling som gjør at de ansatte kan bruke mer av sin tid på de primære omsorgsoppgavene og mindre til transport, administrasjon, tilsyn og tunge løft. Teknologien kan også bidra til å hindre institusjonalisering, gi brukerne større uavhengighet av hjelpeapparatet og et bedre lokalt medisinsk tilbud.

Telemedisinske løsninger og telebasert tilsyn vil for eksempel kunne hjelpe mange eldre til økt selvstendighet og livskvalitet i sitt eget hjem, samtidig som tid og ressurser kan spares. Teknologi som kan avlaste fysisk tunge oppgaver, vil kunne redusere slitasjen på personalet, og gjennom dette føre til mindre belastninger og sykefravær. En reduksjon i tiden brukt på transport, administrasjon og tunge løft, vil kunne gi et større fokus på innholdet i tjenestene, og derfor kunne føre til at det blir behov for en større andel fagutdannede på bekostning av personell uten fagutdanning i omsorgssektoren. På bakgrunn av dette ønsker regjeringen økt fokus på teknologiske tiltak som kan være med på å forbedre produktiviteten i sektoren i årene framover.

9.5 Styrket spesialisthelsetjeneste for eldre

Det er god dokumentasjon for at et geriatrisk spesialisttilbud fører til bedre funksjon og redusert behov for varige omsorgstjenester. Derfor er det viktig at geriatriske tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet. Sykehuset må kunne behandle de eldre pasientenes akutte lidelser parallelt med at behandlingen av de kroniske lidelsene optimaliseres. Dette bør skje samtidig med at det startes kartlegging av funksjonelle og sosiale forhold, rehabilitering og planlegging av utskrivningen.

Størstedelen av de geriatriske tjenestene bør tilbys før innleggelse i sykehus. Dette krever en utadventt spesialisthelsetjeneste som bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder sammen med de kommunale tjenestene. På den

Boks 9.6 «Sømløst» og kvalitativt godt pasientforløp

Gjennom felles prosjekter samarbeider Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonal IKT (felles strategigruppe for de regionale helseforetakene) og Norsk senter for elektronisk pasientjournal om å bedre kunnskapsgrunnlaget og utarbeide modeller for et sømløst og kvalitativt godt pasientforløp, basert på et effektivt samspill mellom alle aktører som inngår i kjeden. Et fyrtårnprosjekt i Sandefjord er sentralt i dette arbeidet, og vil blant annet gjennomføre en dybdestudie av pasientforløp og kartlegge premisser og barrierer for organisasjonsutvikling og implementering av endret samhandling og ny teknologi. Det er innledet et samarbeid med Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik som gjennomfører et liknende forskningsprosjekt.

måten kan eldre pasienter få et godt tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenesten, enten de legges inn i sykehus, mottas i poliklinikk eller behandles i sykehjem under veiledning fra geriatrisk spesialistkompetanse.

For å møte disse utfordringene har regjeringen besluttet å utarbeide en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre. Hand-

Boks 9.7 Områdegeriatriske team

I 1993 ble det opprettet et områdegeriatrisk team ved sykehuset i Namsos, som regelmessig reiser ut og besøker sykehjem og hjemmetjenester i 17 kommuner i sykehusets nedslagsfelt. Etter 11 års erfaringer, og gjennomførte evalueringer, konkluderes det med at samarbeid mellom, sykehus, sykehjem og de kommunale hjemmetjenestene i form av et sykehusbasert tverrfaglig områdegeriatrisk team er en nyttig arbeidsform. Teamet er en viktig brobygger mellom omsorgsnivåene for eldre pasienter med sammensatte lidelser og store omsorgsbehov, og en god metode for helsearbeiderne i sykehuset for å oppfylle sin veiledningsplikt.

lingsplanen vil bli presentert i 2007. De innsatsområder som skal styrkes er følgende:

- Pasientopplæring
For å styrke eldre pasienters mestring av egen sykdom og funksjonsnedsettelse, iverksettes et program for pasientopplæring rettet mot pasientene og deres pårørende. Tilbud om pasientopplæring trappes opp, og omfanget og innholdet kartlegges i helseforetakene.
- Forebyggende og helsefremmende tiltak.
Utvikle strategier og gjennomføre systematiske tiltak i forbindelse med sykehusopphold for eldre, for å identifisere risikotilstander og forebygge komplikasjoner og tilbakefall. Aktuelle områder er: Fall og bruddskader, ernæringssvikt, akutt forvirring, feilbruk av legemidler og multifarmasi.
- Tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten, herunder samhandlingstiltak overfor kommunene. Spesialisthelsetjenestens tilbud til eldre vil være særlig viktig på følgende områder: Akuttinnlagte med sammensatte lidelser, pasienter med behov for spesialisert utredning og behandling innen alderspsykiatri og mental svikt, demens og lindrende behandling – også til pasienter som ikke har kreft.
- Rekruttering av nøkkelpersonell.
Det er behov for å gjennomføre tiltak for å styrke utdanning og rekruttering av spesialutdannet nøkkelpersonell ved alle helseforetak / institusjoner med lokalsykehusfunksjon. Dette kan være aktuelt for følgende grupper: Leger med spesialisering i geriatri og andre relevante spesialiteter, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter med videreutdanning innenfor geriatri.
- Økt tverrfaglig kompetanse og forskning.
Det er behov for å øke den tverrfaglige kompetansen om Eldres helse, samhandling, fagutvikling og forskning. Det er behov for å stimulere til økt forskning ved universiteter, høyskoler, helseforetak og undervisningssykehjem. Forskning styrker rekrutteringen til de tjenestetilbudene planen omfatter.
- Syke eldre trenger lengre bedrings- og behandlingstid for sine tilstander, og de finansielle insentiver bør understøtte en tilstrekkelig langsiktig oppfølging. Det er derfor behov for å gjennomgå finansieringsordningene for å sikre at disse understøtter god klinisk praksis.

Departementet vil komme nærmere tilbake til finansiering av planen i statsbudsjettet for 2008.

9.6 Tannhelse

Stortinget har gitt sin tilslutning til utvidede ordninger for offentlig finansierte tannhelsetjenester gjennom folketrygden, som også kommer de eldre til gode. Siste endring skjedde 1. januar 2006, da egenandelstak 2 ble senket fra 3 500 kroner til 2 500 kroner.

Det er i 2006 bevilget 37,5 mill. kroner til et utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud til personer under kommunal rusomsorg. Tilbudet ble iverksatt i løpet av første halvår 2006. Midlene er gitt som økt rammetilskudd til fylkeskommunene. Det er igangsatt tannhelsetilbud til rusavhengige under behandling i spesialisthelsetjenesten, under kommunal omsorg, innsatte i fengsel og gjennom lavterskel helsetilbud. De øvrige målgruppene i FUTT-prosjektet vil bli vurdert i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.

NOU 2005:11 ble lagt frem i juni 2005. Den har vært på bred høring, og departementet er i ferd med å vurdere de foreslåtte tiltak og høringsinstansenes kommentarer. En utfordring som utredningen særlig drøfter, er at det finnes personer med klare behov for tannhelsetjenester, men som av forskjellige årsaker ikke får slik hjelp. Utvalget understreker viktigheten av at grupper med særskilt behov tilbys oppsøkende tjenester, blant annet av forebyggende hensyn. Ett av forslagene er at den offentlige tannhelsetjenesten skal tilby tjenester som påvirker mulighetene til å ta vare på egen tannhelse til personer med funksjonstap.

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

9.7 Rehabilitering

Regjeringen ønsker å sikre rehabiliteringstjenester til alle som trenger det uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnedsettelse. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten 2006 legge fram en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Planen vil også omfatte omsorgstjenestene. Formålet er å sikre den enkeltes rett til nødvendig habilitering og rehabilitering, og å utvikle disse tjenestene.

Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester i tilstrekkelig omfang og til rett tid, kan være en forutsetning for å redusere den enkeltes hjelpebehov,

og dermed gi økt livskvalitet for den det gjelder, og redusert ressursforbruk i omsorgstjenesten.

For å gi unge personer et godt rehabiliterings-tilbud, er det spesielt viktig at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten fungerer godt. Individuell plan vil være et godt verktøy for samordning, både internt i kommunen og mellom forvaltningsnivåene. Regjeringen vil fortsatt arbeide aktivt for at unge brukere ikke skal bo i institusjoner beregnet for eldre mot sin vilje.

For de fleste eldre vil rehabilitering best foregå i kommunene, men det vil være behov for samarbeid med geriatrisk kompetanse i spesialisthelsetjenesten blant annet i form av ambulante team. For å få til best mulig resultat for den enkelte er det viktig at rehabiliteringsprosessen kommer raskt i gang etter behandling av sykdom eller skade. Rehabiliterings- og opptreningsopphold i institusjon kan ha begrenset gevinst i form av sosial deltakelse og aktivitet, dersom det ikke og følges opp i kommunen som en del av et helhetlig tjenestetilbud. Det er nødvendig at kommunene planlegger tilstrekkelig med korttids-plasser i sykehjem og dagtilbud, som er tilrettelagt for habilitering og rehabilitering, og at de styrer tjenestene slik at det blir god flyt på systemnivå.

9.8 Forebyggende arbeid

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

Den forebyggende strategien handler både om å styrke individets forutsetninger og å bygge ned samfunnsskapt barrierer. Forebyggende tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov, og fordele kostnader over en relativt stabil periode de nærmeste 15-20 år, vil først og fremst være

- sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid
- investeringer i universell utforming av boliger og omgivelser, for å redusere eller eliminere konsekvensene av nedsatt funksjonsevne
- sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap
- volds- og ulykkesforebyggende arbeid

I praksis er det vanskelig å skille mellom forebyg-

ging og behandling, som individrettede tiltak. Forebygging i helsetjenesten vil ofte være en integrert del av en sammensatt tjeneste som har et behandlende, pleiende, rehabiliterende og forebyggende siktemål. Det vil derfor være fruktbart å skille mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebyggingens hensikt er å redusere forekomst av sykdom, og funksjonstap, sekundærforebygging reduserer konsekvensene av sykdom, blant annet ved tilrettelegging av omgivelsene, mens tertiærforebyggingens mål er å forhindre ytterligere svekkelse gitt sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

Det er mye som tyder på at forebyggende tiltak har vært nedprioritert i forhold til kurative oppgaver, og at det derfor kan være store gevinster å hente på mer forebygging.

9.8.1 Overgrep mot eldre

Overgrep mot eldre er en av de mest skjulte formene for overgrep. Overgrep brukes ofte som en samlebetegnelse for vold, trusler og trakassering og andre handlinger som kan virke krenkende. Overgrepsformen kan være fysisk, psykisk, seksuell eller økonomisk. Problemet henger ofte sammen med familiekonflikter og utføres som oftest av en person den eldre kjenner. Erfaringer viser at 4-6 prosent av personer over 65 år rammes av en eller annen form for overgrep. Bare en liten del av overgrepene registreres av politi og hjelpeapparat. Overgrep mot eldre viser seg å være et vanlig, men skjult problem både i det private liv og i institusjoner.

I mange tilfeller har eldre som er utsatt for overgrep vanskelig for å nå fram til hjelpetilbud

Boks 9.8 Vern for eldre

Oslo kommune har opprettet Vern for eldre-tjenester som dekker alle bydelene i Oslo. Hvert av de tre kontorene har tre konsulenter og en fagkoordinator. I teamet inngår sosionomer, sykepleiere og vernepleiere med spesialisert kompetanse og bred erfaring. Bærum kommune har knyttet «Vern for eldre»-tjenesten til tre seniorsentre som kan nås på telefon eller på e-post. Trondheim kommune har opprettet gratis grønt nummer. Vern for eldre bidrar med ulike former for hjelp: Komme den hjelpetrengende i møte, medvirke til innsikt, gi hjelp der det er behov for endringer, og bidra til kriseintervenering.

som krisesentre, helsesentre, sosialkontor eller politi. Eldre trenger i mange tilfeller oppfølging, og tjenesteapparatet har ofte ikke kompetanse til dette. Regjeringen har som mål at kompetansen om vold mot eldre styrkes i kommunene.

En viktig instans for kompetanseutvikling om vold og traumer er Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Senteret driver forsknings- og utviklingsarbeid, undervisning, kompetansebygging og veiledning og formidling av kunnskap. I tillegg er det under etablering fem regionale sentre, som skal gi undervisning og veiledning til tjenestene om vold og traumer, samt drive nettverk i regionen.

Regjeringen vil opprette en landsdekkende kontakttelefon for eldre som er utsatt for vold. Telefonen skal gi råd og veiledning til den som henvender seg. I tillegg til hjelp til den enkelte og tjenesteapparatet, vil et slikt tiltak synliggjøre problemområdet. Sammen med økt bevisstgjøring og kompetanseheving i tjenesteapparatet vil dette bidra til å bedre situasjonen for eldre som er utsatt for overgrep. Departementet vil også vurdere om det bør innføres opplysningsplikt for helse- og sosialpersonell ved overgrep mot eldre.

9.8.2 Skader og ulykker

Hjemmet er den dominerende ulykkesarenaen for nesten alle eldre. Forekomsten av alvorlige skader er høyest i den eldste delen av befolkningen. Hvert år utsettes 8-9 prosent av befolkningen over 65 år for skader, de fleste skadene skyldes fallulykker. Eldre kvinner skader seg oftere enn eldre menn. Dette skyldes dels at gjennomsnittsalderen er høyere for kvinner enn for menn, og dels at kvinner er mer beinskjøre enn menn. For eldre er det å gå i trapp med feil underlag ofte oppgitt som medvirkende til fall. Blant de mest alvorlige ulykkene for eldre er lårhalsbrudd. Generelt sett får skader blant eldre ofte alvorlige konsekvenser i form av langvarig sykeleie og nedsatt livskvalitet.

Brannulykker har mange årsaker, men det viser seg at branndødsfall er hyppigst blant de over 60 år. En spørreundersøkelse som Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gjennomført, viser at i underkant av halvparten av kommunene har omsorgsboliger med for dårlig brannsikkerhet. Brannsikkerhet i boliger for personer med omsorgsbehov er bygningseiers ansvar. I tillegg er det et felles oppfølgingsansvar for minst tre kommunale etater, omsorgsetaten, bygningsetaten og brannvesenet. God brann-

Boks 9.9 Plan for forebygging av skader og ulykker

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en strategiplan for forebygging av skader og ulykker for perioden 2005 - 2007. Planen er et resultat av et samarbeid mellom en rekke etater og departementer.

Fire områder er løftet fram:

- sektorovergrepene samarbeid som inkluderer møtstruktur, ramme for utvikling av prosjekter og informasjonskanaler
- etablering av et nytt nasjonalt skaderegister
- gi bedre vilkår for lokalt skadeforebyggende arbeid
- forskning og evaluering av tiltak som har hatt god effekt

sikkerhet krever samarbeid på tvers av etatene. Det er utarbeidet et undervisningsopplegg om brannvern for ansatte i kommunens hjemmetjeneste.

Ulykkes- og skadeforebygging er en samfunnsutfordring som må løses i felleskap. Myndigheter, offentlige og friville institusjoner, forsikringsbransjen og allmennheten, har alle et ansvar for å bidra i det forebyggende arbeidet.

9.8.3 Folkehelse- sosiale ulikhet

Med begrepet «sosial ulikhet i helse» menes det systematiske forskjeller i helsetilstand som følger utdanning, yrke og inntekt. Det er dokumentert at slike helseforskjeller er betydelige i Norge. De sosiale ulikhetene i helse utgjør ikke bare en stor folkehelseutfordring, det er også et rettferdighetsproblem at de som har de dårligste levekårene også er belastet med dårligst helse.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en handlingsplan for å redusere ulikhet i helse (Gradientutfordringen) (Sosial- og helsedirektoratet 2005a). Arbeidet har så langt lagt vekt på å bygge opp kompetansen i helseforvaltningen.

Regjeringen har vedtatt at det skal utarbeides en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse. De sosiale helseforskjellene berører hele befolkningen, og strategien vil derfor ha tiltak rettet mot

utsatte grupper og tiltak mot brede befolkningsgrupper. Videre vil strategien omfatte flere samfunnssektorer, fordi virkemidlene i hovedsak ligger utenfor helsetjenesten. En rettferdig helsetjeneste er likevel en viktig forutsetning for å redusere sosiale ulikheter i helse. Fokus vil derfor også omfatte tilgjengelighet og kvalitet på helsetjenesten. Den nasjonale strategien mot sosial ulikhet i helse vil bidra til: Økt kunnskap om faktorer som skaper og opprettholder sosial ulikhet i helse, at perspektivet ivaretas innenfor andre deler av regjeringens arbeid, og utprøving og evaluering av tiltak for å redusere de sosiale helseforskjellene.

9.9 Levekår og rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming

Det har fra flere hold blitt etterlyst en ny kartlegging eller gjennomgang av levekår og rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. Statens helsetilsyn ga i 2005 en bred vurdering og drøfting av funn fra forskning og fra tilsynserfaringer. NOVAs og Helsetilsynets kartlegging i 2003 viste at utviklingshemmede var den gruppen tjenestemottakere som oftest fikk tilstrekkelige tjenester, sammenlignet med andre, og justert for funksjonsnivå. Helsetilsynet peker i sin oppsummering på at sårbarheten i pleie- og omsorgstjenestene, er særlig knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen.

Statens helsetilsyn sier i rapport 2/2006, at de ser alvorlig på at kommunene ikke sikrer at tjenestetilbudet til utviklingshemmede endres i samsvar med endring i grunnleggende bistandsbehov. Helsetilsynet er også bekymret for at mange av de undersøkte kommunene mangler nødvendig styring og ledelse av tjenestene, og at mange av disse kommunene ikke oppfyller lovens krav til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. Kommunene som var omfattet av det landsomfattende tilsynet i 2005, var blant annet valgt ut fra fylkesmennenes vurderinger om risiko for svikt. Helsetilsynet følger i 2006 opp med nytt tilsyn med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming.

Det blir løpende innhentet ny kunnskap gjennom tilsyn, statistikk, evaluering og forsknings- og utviklingsarbeid. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med en oppsummering av denne kunnskapen. Departementet vil i samarbeid med direk-

toratet vurdere eventuelle behov for mer kunnskap på feltet.

Regjeringen legger vekt på å trygge levekårene og rettssikkerheten for personer med utviklingshemning. Omsorgstjenesten spiller en viktig rolle i dette. Kvaliteten i omsorgstjenesten til utviklingshemmede, vil bli fulgt opp gjennom de virkemidlene regjeringen beskriver i denne meldingen. I tillegg vil Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet sørge for særlig oppfølging av tjenestene til personer med utviklingshemning gjennom:

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

10 Aktiv omsorg

Regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. En slik satsing vil kreve større tverrfaglig bredde i omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. I tillegg til Kompetanseløftet 2015, med satsing på et bredere spekter av utdanningsgrupper, beskrives de sentrale tiltaksområdene nedenfor.

10.1 Kommunens ansvar

Kommunen har plikt til å yte sosiale tjenester. Det innebærer blant annet å oppfylle det individuelle hjelpebehovet den enkelte har, og som utløser rett til tjenester etter lov om sosiale tjenester § 4-3. Det vil si at kommunen har plikt til å yte et adekvat tjenestetilbud til de som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp til å greie dagliglivets gjøremål. Begrepet dagliglivets gjøremål må i denne sammenheng forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Dette gjelder også muligheten til å ta del i dagaktiviteter innen et visst omfang. Det fremgår også av formålsparagrafen, hvor det står at loven skal bidra til at den enkelte får mulighet til en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med

Boks 10.1

«Det er ingen sykdom å være gammel. Vi må ikke ha et ensidig fokus på det syke, men også se etter det friske.»

Innspill til prosjektgruppens internettside underveis i arbeidet med stortingsmeldingen

andre. Etter forskrift om kvalitet i omsorgstjenesten er det ytterligere presisert at tjenester etter loven skal dekke grunnleggende behov. Grunnleggende behov skal etter forskriften dekkes gjennom tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Kommunen har derfor plikt til å tilby sosiale tiltak dersom § 4-3 gir rett til dette etter en individuell behovsgjennomgang. Regjeringen vil sikre at denne lovforståelsen forankres i kommunal saksbehandling ved omtale i eget rundskriv.

Kommunen avgjør hvilket hjelpetilbud den enkelte får, i samarbeid med klienten.

Kommunene er pålagt å tilby tjenester etter lov om sosiale tjenester § 4-2, herunder støttekontakt. Støttekontakt skal hjelpe til med å fylle et behov for aktivitet og kontakt med andre, og skal kunne tilbys både yngre og eldre med nedsatt funksjonsevne eller psykiske problemer, og personer med utviklingshemming. Dersom tilbud om støttekontakt ikke anses som hensiktsmessig, skal kommunen tilby et mer tilpasset tilbud, selv om sosialtjenesteloven § 4-2 ikke lister opp andre spesifikke aktivitetstiltak.

Det har vært reist spørsmål om aktivitetstilbud og andre sosiale tiltak, som for eksempel drift av eldresentre, bør være en lovregulert oppgave for kommunene. Hvordan tjenestene skal reguleres i framtida vil bli vurdert i arbeidet med oppfølging av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.

Hvilke forebyggende aktiviserings- og velferdstiltak kommunene tilbyr, som eldresentre m.v., varierer ut fra lokale behov og forutsetninger. Enkelte kommuner driver selv slike tiltak, mens andre tilbyr tiltak i samarbeid med andre, gjerne lokale frivillige organisasjoner. Tilbudene varierer derfor mye både i omfang og utforming. Departementet vurderer det derfor som lite hensiktsmessig å konkretisere nærmere hvilken form tiltakene skal ha, men vil presisere i ovennevnte rundskriv kommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven § 3-1, om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre og funksjonshemmende og andre som har behov for det.

Boks 10.2 Miljøverter i omsorgsbolig

Trondheim kommune har ansatt miljøverter for beboere i omsorgsboliger og trygdeboliger med følgende hovedoppgaver:

- skranke- og servicefunksjoner med vekt på informasjon, koordinering og bistand
- miljøtiltak og tilrettelegging av beboermøter, felles måltider og aktiviteter
- oppsøkende miljøarbeid ut fra individuelle behov

Kommunens erfaringer er at miljøvertene har fått omsorgsboliger med fellesareal til å fungere. Beboerne tar i større grad selvstendige initiativ til å møtes og de deltar i arrangement i regi av den kulturelle spaserstokken. Miljøvertene bidrar til at omsorgsboligene blir moderne aldershjem. Erfaringene med miljøverter skal evalueres. Helse- og omsorgsdepartementet støtter prosjektet økonomisk.

10.2 Mat og måltider

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

For de fleste mennesker er måltidene en viktig sosial begivenhet. Mat er mer enn tilførsel av næring. Det er smak, lukt og opplevelse. Det er kultur, tradisjon og identitet, og det er ofte selskap og fellesskap med andre. Å delta i tilberedelse av mat gir også mulighet til å ta del i kjente og dagligdagse aktiviteter. Ofte kan det være vanskelig å oppfylle alle måltidets funksjoner i en travel sykehjemshverdag eller for en tjenestemottaker som bor alene og mottar hjelp hjemme.

Valgmuligheter er en viktig premiss for framtidens omsorgstjenester. For måltider må det innebære at brukeren skal kunne velge mat og drikke fra en meny, eller være med på å bestemme hva slags mat som skal lages. Det pågår en debatt om storkjøkken, institusjonskjøkken eller mattilberedelse i eget kjøkken på avdelingen eller i omsorgsboligen. Departementet vil ta initiativ til forskning og brukerundersøkelser med sikte på å få evaluert erfaringene med ulike produksjonsmåter og ulike løsninger for tilberedning og servering. Det skal også foretas en kartlegging av kosthold og ernæringsstatus hos brukerne av omsorgstjenestene.

Et godt kosthold er av avgjørende betydning for fysisk og psykisk helse og trivsel, også i forebygging, habilitering og rehabilitering. Sykdom og ensomhet kan gi nedsatt matlyst, og tygge- og svelgeproblemer kan gjøre det vanskelig å få i seg mat med normal konsistens. Mange av omsorgstjenestens brukere har problemer som underernæring, feilernæring eller fedme, både i og utenfor institusjon. Undersøkelser tyder på at de gruppene som er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer er de eldste eldre, de med dårlig fysisk funksjon, eldre som nylig er blitt alene, kvinner mer enn menn, og ensomme mennesker.

Ofte er det nødvendig med ekstra innsats fra kommunen for å tilrettelegge for en bedre ernærings situasjon for brukere av omsorgstjenesten. I dag foreligger det flere verktøy for ernæringsarbeid både i helseinstitusjoner og i hjemmebaserte tjenester. Sosial- og helsedirektoratet utgir retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner med anbefalinger for kosthold i institusjon, for eldre og barn med nedsatt funksjonsevne i åpen omsorg og for hjemmeboende. Retningslinjene omhandler også produksjon av mat i institusjonskjøkken, menyplanlegging, ulike serveringsformer, hvordan kartlegge inntak av mat og drikke, og hvordan vurdere og følge opp ernæringsstatus. Retningslinjene skal revideres, og også gi anbefaling for ansvars plassering og samarbeidsrutiner.

I Sosial- og helsedirektoratets rapport Når matinntaket blir for lite fra 2006, foreslås ulike strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring. I Sosial- og helsedirektoratets utredning om klinisk ernæring i helsetjenesten, som ferdigstilles høsten 2006, beskrives status og utfordringer innenfor området. Disse vil bli fulgt opp i Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011.

Handlingsplan for bedre kosthold 2007-2011 skal inneholde konkrete tiltak som kan bidra til å forebygge sykdom og fremme helse gjennom å endre kostvanene mot gjeldende anbefalinger. Det er også et mål at tiltakene i planen skal bidra til å utjevne sosialt betingede helseforskjeller. Handlingsplanen vil være et verktøy for beslutningstakere, profesjonsutøvere, fagpersoner og andre i offentlig, privat og frivillig sektor som spiller en rolle i forhold til befolkningens kosthold. Kunnskap og kompetanse, omsorgstjenesten, eldre, barnehage og skole, er viktige innsatsområder og arenaer i planen.

Sosial og helsedirektoratet skal utarbeide faglige retningslinjer for ernæringsbehandling og

Boks 10.3 Ernæringskompetanse i kommunen

Matkortet er en metode for å forebygge underernæring blant eldre mennesker tilknyttet hjemmetjenestene og ble utviklet gjennom et prosjekt i Oslo kommune. Opplæringen i underernæring og matkortmetoden førte til en økt bevisstgjøring og fokusering på ernæringsarbeid blant ansatte i hjemmetjenestene i hele kommunen, samtidig som langt flere brukere fikk hjelp til innkjøp, matlaging, matombringing og spising i et halvt år etter at matkortet ble innført. Oslo kommune har to stillinger for klinisk ernæring og forebygging av feil- og underernæring hos eldre. Viktige oppgaver er kurs for nøkkelpersonell, utvikling av verktøy og informasjonsarbeid. Eksempler på tiltak er møteplasser for erfaringsutveksling, idébank om arbeid med mat og måltider i sykehjem, informasjon om ernæring for eldre på egen nettside og skriftlig ernæringsmaterieell for ansatte i omsorgstjenesten. Det har vært gjennomført et prosjekt om ernæring og eldre med aldersdemens og prosjektet "Når matkulturer møtes", på bakgrunn av erfaringer fra ansatte med innvandrerbakgrunn. Kosthold er eget innsatsområde i Folkehelseplanen for Oslo 2005- 2008.

Les mer på: www.hev.oslo.kommune.no

Boks 10.4 Kreativ omsorg

www.kreativomsorg.no

Fagforbundet arbeider aktivt med å fremme kvalitet innen helse- og sosialtjenesten, og har nylig lansert nettstedet [kreativomsorg.no](http://www.kreativomsorg.no), hvor man kan finne fagstoff og forslag til kreative løsninger i helse- og sosialtjenesten. Nettstedet skal bidra til å fremme kvalitet og livsglede i helse- og sosialtjenesten. Blant annet har man opprettet en idébank for utveksling av ideer og erfaringer. Nettstedet oppdateres jevnlig med nye publiseringer og omtale av gode eksempler, prosjekter og kreative løsninger.

www.eldreleven.no

Eldreleven er et nasjonalt nettsted med kreative tekster av og for eldre. Bakgrunnen for opprettelsen er et pionerprosjekt i Hordaland med fokus på eldrepedagogikk. Målet er at eldre skal beskrive sine erfaringer og minner, og at dette kan brukes kreativt. Erfaringene og tekstene fra prosjektet var så gode at man ønsket å dele de med et større publikum gjennom internett. Eldreleven er støttet av ABM-utvikling, og er Kulturnett Norge sin satsing på eldre. Hordaland fylkesbibliotek driver nettstedet.

veileder for arbeid i omsorgstjenesten. Dette vil være viktige veløy for bedre kvalitet i arbeidet med mat, ernæring og måltider. Det skal foretas kartlegging av kosthold og ernæringsstatus hos brukere av omsorgstjenesten.

Kvalitetsforskriften skal sikre grunnleggende behov som blant annet tilstrekkelig næring, variert helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet i forhold til mat og tilpasset hjelp ved måltider, og nok tid og ro til å spise. Regjeringen er opptatt av at de folkevalgte, så langt som mulig, engasjerer seg i fastsettelsen av kvalitetskrav til tjenestene. Debatt om valgmuligheter og krav til kvalitet når det gjelder mat og måltider er sentralt for det helhetlige tjenestetilbudet til brukerne.

10.3 Kultur og omsorg

Kunst og kultur er viktige kilder til opplevelser og gir oss språk og uttrykksformer til å formidle inn-

trykk, tanker og opplevelser vi ellers vanskelig finner ord for. Kulturelle uttrykk har derfor sin egen verdi knyttet til selve livet. Men kultur kan også gi god helse, og ha både forebyggende og behandlende effekt. Musikk, dans og drama brukt i terapeutisk sammenheng har vist svært god og dokumenterbar effekt. Musikk er uskadelig og bivirkningsfritt og medfører høy pasienttilfredshet. Også av den grunn bør kulturtiltak ha sin naturlige plass i omsorgstjenesten, og kultur og helse kunne spille sammen i et tett tverrfaglig samarbeid, som stimulerer både kropp og sjel, og aktiviserer både følelseliv og intellektuelle ferdigheter.

Statens seniorråd foreslår som del av en ny seniorpolitikk, å ansette kulturarbeidere på alle sykehjem. Rådet peker på at kultur- og helsesatsingen de siste årene viser at aktiv bruk av kultur fremmer identitet, livskvalitet og helse.

Regjeringen ser at det eksisterer et mangfold av kulturtilbud i landet, men ønsker et løft inn mot tilrettelagte aktiviteter for personer med

behov for omsorgstjenester. Valg og tilrettelegging av arena for aktivitetene er viktig: Lokaler, tidspunkt og organisering av transport for de som trenger det, kan være avgjørende for hvor mange som kan benytte et tilbud. Det er like viktig at aktiviteter tilbys i nærmiljøet, som at aktiviteter på etablerte kulturinstitusjoner gjøres tilgjengelig (jfr. Kulturmeldingen). Ved å integrere kulturtilbud i helse- og velferdstjenester økes tilgangen til gode opplevelser for de med behov for ekstra tilrettelegging.

Den kulturelle spaserstokken

Den kulturelle spaserstokken skal stimulere til tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Tiltaket bør tilby arrangementer og aktiviteter innenfor alle kunst- og kulturgenrer, som musikk, teater, film, litteratur og billedkunst. Arrangementene bør være åpne for alle, og benytte etablerte arenaer i nærmiljøet som forsamlingshus, bydelskaféer, kulturhus, kirkerom, sykehjem og omsorgsentre. Den kulturelle spaserstokken bør samarbeide med små og store kulturinstitusjoner, med kunstnere, utøvere og artister og lokalt kulturliv både profesjonelle og amatører. Det kan arrangeres formiddagsforestillinger på kino og teater, for å lette tilgjengeligheten for de som har problemer

med å benytte tilbudene på kveldstid, og kulturinstitusjonene kan bidra med lokale arrangementer. Tiltaket bør ha som mål å få til mer aktivitet på tvers av generasjoner og etnisk bakgrunn.

Ved å bruke eksisterende infrastruktur og samarbeide med lokale ressurser er det mulig å finne gode løsninger uavhengig av kommunens størrelse. Ny teknologi vil gi nye muligheter for formidling av kultur til grupper som ikke er så lette å nå, eller på måter som kan imøtekomme deres behov. Musikk- og kulturskoler, korps, kor og teatergrupper er eksempler på samarbeidspartnere. Skoler og barnehager i nærmiljøet kan også involveres. Kulturavdelingene i kommunene har oversikt over lag, organisasjoner og aktiviteter i nærmiljøet, og et samarbeid om økt kultursatsing for de med behov for tilrettelegging, trenger ikke kreve store ressurser.

Kommunenes satsing på kulturtiltak vil avhenge av kommunens størrelse, ressurser/økonomi, eksisterende tilbud, infrastruktur osv. Det er fornuftig at satsingen har en klar tilknytning til kulturfaglig kompetanse, og legger til rette for et godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og kulturenhetene i kommunen. For mindre kommuner med små ressurser kan det være en fordel med interkommunalt samarbeid.

Når Den kulturelle spaserstokken skal etableres, vil det være naturlig å vurdere løsninger og

Boks 10.5 Kulturtilbud

Musikk i siste livsfase

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo har sammen med lege og musikkterapeut Audun Myskja gjennomført prosjektet Musikk i siste livsfase ved sykehjemmene i Kirkens Bymisjon. Målet har vært å utvikle metoder for terapeutisk bruk av sang og musikk i eldreomsorgen. Målgruppen er hovedsakelig eldre med behov for hel-døgnsomsorg og pleie.

En undersøkelse av beboernes velvære med musikk, viser at musikk ved sykehjemmene demper uro og angst og har effekt på depresjoner.

«Den Blå Timen»

Kongsberg, Flesberg og Tinn er de første kommuner i Norge har satset på samarbeid om tilpassede kulturmoduler med profesjonelle kunstnere i institusjoner. Institusjonene bestiller de

moduler de ønsker, og bidrar til å utvikle, nye moduler. Prosjektet er kalt «Den Blå Timen», og målet er økt livskvalitet for beboere i institusjoner, og å rekruttere og beholde kunstnere av høy kvalitet i regionene. Dette er et 2-årig prosjekt som startet opp vinteren 2005.

«Den kulturelle vandringsstaven»

Etter mønster av den kulturelle skolesekken, har eldrerådet i Sandefjord startet opp et treårig prosjekt – den kulturelle vandringsstaven. Prosjektet er et samarbeid mellom stat, kommune, Frivillighetssentralen, det lokale næringsliv og eldreinstitusjonene i Sandefjord. Gjennom prosjektet ønsker eldrerådet å fokusere på aktivisering som forebyggende tiltak, og gjøre kulturtilbud tilgjengelig for målgruppen over 50 år der folk er.

erfaringer fra Den kulturelle skolesekken, for eksempel når det gjelder lokal forankring og kobling mot kommunalt nivå.

Tiltak er forankret i Kultur- og kirkedepartementet og omtales under Omsorgsplan 2015 i kapittel 3.

10.4 Aktivitet

Mye tyder på at mange brukere av omsorgstjenester lever passive liv, ikke minst fysisk. Kun seks prosent av de mellom 65-97 år oppfyller de faglige anbefalingene om 30 minutters moderat daglig fysisk aktivitet. Forskning viser at aktivisering gjennom ulike former for bevegelse og mosjon reduserer og utsetter tap av funksjonsevne. I tillegg til gevinstene for den enkelte i form av bedre helse og livskvalitet, vil dette også gi reduserte kostnader for omsorgstjenesten.

Grunnleggende kunnskaper om fysisk aktivitet og helse, deltakelse, mening og motivasjon er nødvendig for å gi et tidsriktig kvalitetstilbud til dagens og ikke minst framtidens sykehjemsbeboere og hjemmetjenestemottakere. Regjeringen mener derfor at økt aktivisering både sosialt og fysisk gjennom et mer tverrfaglig tilbud bør inngå som en del av den framtidige omsorgstjenesten. Hovedutfordringen er å integrere aktivitet og ulike former for bevegelse og mosjon i dagliglivet, utnytte naturlige muligheter for deltakelse og ikke minst stimulere til brukermedvirkning og brukerstyrte aktivitetstilbud.

Gjennom styrkingen av kommuneøkonomien, 10 000 nye årsverk og Kompetanseløftet legger regjeringen til rette for at kommunene kan rekruttere flere faggrupper som kan stimulere til økt aktivitet i omsorgstjenesten. Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosialarbeidere og aktivitører vil kunne spille en sentral rolle.

Det offentlige tjenesteapparat må ta et særlig ansvar for bevissthet og informasjon om betydningen av fysisk aktivitet tilpasset den enkeltes forutsetninger for å fremme livskvalitet og helse, opprettholde funksjonsevne og forebygge sykdommer og plager som for eksempel leddplager, beinskjørhet, fallskader, liggesår, søvnvansker, smerter og aggresjon og urotilstander hos demente. Hovedvekten bør legges på lavterskelaktiviteter som krever lite utstyr og som er lett tilgjengelige. Det offentlige må legge forholdene til rette med ordninger som bl.a. stimulerer til selvorganisering og brukerstyrte løsninger i et samarbeid med for eksempel eldresentre, frivillig-

hetsentraler, pensjonistforeninger og andre frivillige lag og organisasjoner.

Helse og funksjonsdyktighet er avgjørende for livskvalitet i eldre år. Det er klare sammenhenger mellom fysisk aktivitet, god helse og funksjonsevne. Regelmessig fysisk aktivitet er viktig uansett alder og funksjonsnivå. Fysisk aktivitet gir dokumenterte helsefordeler, fysisk, psykisk og sosialt, beskytter mot en rekke helseplager og reduserer dødelighet. Aktiv bruk av kroppen er nødvendig for å opprettholde muskelstyrke og fysiske ferdigheter som balanse og koordinasjon. Fysiske ferdigheter er viktig for å beskytte mot for eksempel fallskader og for livsutfoldelse og selvhjelpenhet i alderdommen. I tillegg til at fysisk aktivitet forebygger en rekke sykdommer er aktivitet en kilde til glede, livsutfoldelse og positive mestringsopplevelser. Fysisk aktivitet påvirker humøret, gir energi, reduserer stress og fremmer sosialt samvær.

Fysisk aktivitet er et sentralt virkemiddel i behandling og habilitering/rehabilitering som gir dokumentert bedring av kognitive funksjoner, reduksjon av en rekke depressive symptomer, samt bedring av generell velvære. Undersøkelser viser at fysisk aktivitet er viktigere jo eldre man blir. Råd og veiledning fra leger og annet helsepersonell kan være av stor betydning for å påvirke helseatferd i retning av en mer aktiv livsstil. For hjemmeboende eldre eller beboere på institusjon, bør tilbud om fysisk aktivitet gjerne bestå av et tilpasset treningsprogram, til bruk for egentrening eller med instruktør, for å styrke muskler og grunnleggende motoriske ferdigheter.

Arbeid for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen er en prioritert satsing i folkehelsearbeidet, jf. St. meld. nr. 16 (2002-2003). Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 er en oppfølging av dette og omfatter statlige virkemidler og tiltak på åtte departementers ansvarsområder. Tiltakene i handlingsplanen initierer et bredt samarbeid i fylker og kommuner med sikte på utvikling og tilrettelegging av lokalbaserte lavterskelaktiviteter. Videre legges det vekt på at våre omgivelser planlegges og utformes på en måte som gir muligheter for et aktivt liv for alle. Eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne er spesielt avhengige av bolignære grøntområder og god tilgjengelighet til naturområder. Tilskuddsmidler til lokale tiltak kanaliseres gjennom regionale partnerskap for folkehelse ved fylkeskommunen.

Boks 10.6 «Grønn omsorg»

Grønn omsorg handler om meningsfylt hverdag, aktivitet og arbeid tilpasset ulike behov med gården som utgangspunkt. Gården tilrettelegges for opplæring og tilbud innen helse- og sosialsektoren og kan tilby meningsfulle aktiviteter, mestringsopplevelser og læring gjennom praktiske og sansefulle opplevelser.

10.5 Transport for eldre og personer med funksjonsnedsettelse

TT-ordning

Fylkeskommunene organiserer transporttjeneste (TT-ordningen) for personer som vanskelig kan bruke ordinære kollektive transportmidler. Ordningen fungerer stort sett som en taxibasert individuell dør-til-dør-transport. Formålet med TT-ordningen er å gjøre funksjonshemmede mer mobile og således transportmessig mer likestilte med den øvrige befolkning. Brukergruppen er i all hovedsak eldre mennesker, da 86 % av TT-brukerne er eldre enn 60 år og mer enn halvparten er over 80 år. Om lag ¾ av brukerne er kvinner. TT-transport prioriteres ut fra lokale forhold, innen

rammen av de fylkeskommunale budsjetter. Derfor varierer tilbudet mellom fylkene.

Bilstønadordningen

Den som har varig funksjonshemming og ikke kan bruke vanlige transportmidler kan, på visse vilkår få stønad til bil gjennom folketrygden. Stønad gis i form av et tilskudd eller som et rente- og avdragsfritt lån til kjøp av bil, avhengig av hva slags bil en har behov for. Det gis ikke stønad til den som har blitt funksjonshemmet etter fylte 70 år.

Arbeids- og utdanningsreiser

Dette er et forsøksprosjekt igangsatt fra 2001, med tilrettelagt transport for arbeidstakere og studenter med funksjonsnedsettelse. Det prøves ut to modeller for organisering av transporten: i halvparten av landet er ordningen knyttet til den fylkeskommunale TT-ordningen, mens i de andre fylkene er den knyttet til arbeids- og velferdsetaten og kjørekontorer. Ordningen skal dekke de personer med funksjonsnedsettelse som faller utenfor andre ordinære tilbud som TT til arbeid, bilstønad og grunnstønad. Ut over de særskilte ordningene som finnes er det mange kommuner som selv organiserer ulike transportordninger for å hente og bringe brukere av omsorgstjenesten til for eksempel dagaktiviteter.

11 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

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

Framtidas omsorgstjenester kommer til å bli utformet i møtet mellom den formelle og uformelle omsorgen, mellom hjemmet og institusjonen, mellom familien og omsorgstjenesten. Dette samspillet kan imidlertid ta nye former, og oppgavefordelingen kan bli endret.

Den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. Samfunnets omsorgstilbud ville derfor trolig bryte sammen om den frivillige omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Tallet på potensielle omsorgsytere vokser ikke i takt med tallet på eldre med behov for omsorg fram mot 2030. Derfor vil familieomsorgen i framtida utgjøre en mindre andel av den samlede omsorgen.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for familiens mulighet til å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og eldre. I tråd med arbeidslinja i velferdspolitikken, forutsetter dette ordninger som forsterker en utvikling der både kvinner og menn kan kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og eldre. Dette kan først og fremst skje ved bedre rammevilkår for de som står i frivillig omsorgsarbeid. Regjeringen vil peke på noen elementer som bør inngå i et slikt «partnerskap», som tilbud til de som står i krevende frivillig omsorgsarbeid.

11.1 Plan- og koordineringsansvar

Bortsett fra foreldreansvaret for barn, er omsorgsansvaret mellom familiemedlemmer i hovedsak basert på frivillighet og sosiale og etiske normer. Barns omsorgsansvar for eldre er ikke lovregulert i Norge. I den grad omsorgsansvaret mellom ektefeller er regulert, er det som en del av underholdsplikten etter ekteskapslovens

§ 38. Denne bestemmelsen sikter først og fremst til økonomiske forhold, og sanksjonen for den som ikke overholder plikten, kan være pålegg om å betale bestemte beløp. Denne plikten går imidlertid ikke så langt som til å pålegge en ektefelle å yte omsorg, dersom den andre ektefellen på grunn av alder eller funksjonsevne ikke selv klarer sitt daglige stell. Dette er spørsmål som i praksis reguleres av sosiale normer og personlig ansvar og moral.

For den kommunale omsorgstjenesten har imidlertid dette spørsmålet store konsekvenser ved tildeling av tjenester. Familiemedlemmer kan ikke pålegges ansvar for å utføre omsorgsoppgaver. Kommunen kan heller ikke lovlig legge vekt på hvorvidt en hjelpesøkende har andre familiemedlemmer som eventuelt kan hjelpe, ved tildeling eller utmåling av tjenestetilbudet. Det kan altså ikke gis avslag eller et redusert tilbud om hjelp, med begrunnelse i at den som søker hjelp er gift eller har barn som bør gi bistand. Kommunen kan imidlertid støtte dem som påtar seg slikt arbeid frivillig, og bidra til å sikre at både bruker og omsorgsyter til enhver tid har et reelt valg. Når den som har rett til omsorgstjenester søker om et begrenset tjenestetilbud, fordi det blir ytt familieomsorg, er det i alle parter interesse at forholdene blir lagt best mulig til rette for omsorgsyteren. Dette kan handle om «tiltak for å lette omsorgsbyrden», som de som har særlig tungende omsorgsarbeid kan kreve at kommunen skal iverksette, jf. § 4-4 i sosialtjenesteloven. I tillegg til avlastningstiltak kan det være aktuelt å avtale opplæring, veiledning og annen oppfølging fra fagpersonell, utgiftsdekning, permisjonsordninger og lønn eller økonomisk kompensasjon.

Individuell plan

Helse- og sosiallovgivningens bestemmelser om individuell plan er et godt verktøy for å sikre samhandlingen mellom tjenestemottaker, familie/pårørende og offentlig helse- og sosialtjeneste. Utgangspunktet må være at det skjer på tjenestemottakerens ønske og premisser. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjeneste-

mottakeren og pårørende ønsker det. I en individuell plan bør frivillige og familiemedlemmers oppgaver og innsats bli synliggjort og avgrenset, slik at belastningen er mulig å leve med for de som påtar seg oppgavene.

I planen bør det også framgå hva slags opplæring og veiledning som blir gitt, hva slags avlastning som gis, og eventuelt hva som kan gis av kompensasjon for utgifter og tapte inntekter.

Nettverksarbeid

Nettverksutvikling, organisering og koordinering blir viktig både som oppgave og arbeidsmetode i framtidens omsorgstjenester. Det blir en spesiell utfordring for yrkesgrupper med bakgrunn i bl.a. sosialt arbeid og pedagogikk å arbeide med brukernes familie og nettverk, og skape grunnlag for god samhandling ved å:

- kartlegge og koble nettverksressurser, avklare ønsker og forventninger fra brukere og familie/nettverk
- bistå ved planlegging og oppgavefordeling og bidra til å løse opp i konflikter
- forebygge og hindre vold og overgrep
- organisere pårørendegrupper, og drive veiledning og undervisning
- ta initiativ, involvere og aktivisere frivillige
- være pårørendekontakt og mellomledd mellom det offentlige og frivillige tjenesteapparatet
- introdusere familie og nettverk ved innleggelse i sykehjem eller helseinstitusjon

Opplæring og veiledning

En viktig forutsetning for et godt samspill med tjenestemottaker, familie og nettverk er tilbud om opplæring og veiledning. Dette er en oppgave for både den kommunale omsorgstjenesten og for spesialisthelsetjenesten. Slik opplæring og veiledning kan med fordel skje i nært samarbeid med brukergrupper og frivillige organisasjoner.

Målet for slik opplæring og veiledning er først og fremst å redusere avhengighet, fremme mestring, og en mest mulig selvstendig tilværelse, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne. Det handler om kompetanseoverføring fra fagpersonell i omsorgstjenesten til brukerne og deres nærmeste, erfaringsutveksling mellom brukere og pårørende som er i samme livssituasjon, og tilbakeføring av erfaringsbasert kunnskap til omsorgstjenestens fagfolk. I mange tilfeller vil brukeren selv, og familien, fungere som veiledere for nytt personell og ofte stå for kontinuiteten i behandlings- og

treningsopplegget. Slik opplæring og veiledning har derfor verdi for begge parter.

En del av opplæringen må skje individuelt. I mange tilfeller vil det imidlertid være mye å hente ved å sette sammen grupper, som kan ha glede av hverandres kunnskap og erfaringer. Kurs i samarbeid med organisasjoner for ulike brukergrupper, «pårørendeskoler» og selvhjelpsgrupper er eksempler på dette.

De siste årene er det etablert omkring 30 lærings- og mestringssentre. For pårørende og pasienter med en kronisk sykdom, er det viktig å få opplæring i å kunne leve med sykdommen, og hvordan de eventuelt kan forebygge eller hindre forverring i helsetilstanden. Slik opplæring er en forutsetning for at behandlingen skal bli vellykket. Opplæringen er ressursorientert og legger vekt på det å lære å mestre sykdom. Det er også målet med rehabilitering: Å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse både sosialt og samfunnsmessig.

Håndbok

Som et ledd i det videre arbeidet vil Sosial- og helsedirektoratet utarbeide en håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Håndboken kan fungere som veileder både for tjenestemottaker og familie/pårørende. Den vil først og fremst gjøre rede for rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen, og gi praktiske anvisninger på hvordan man kan forholde seg til omsorgstjenestens forvaltning, for eksempel ved søknader, vedtak og klagebehandling. Videre vil den orientere om de viktigste tjenestetilbudene i den kommunale omsorgstjenesten. Regjeringen vil samtidig

Boks 11.1 Lærings- og mestringssentre

Et lærings- og mestringssenter er en møteplass for personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, familie, venner og fagpersonell som arbeider med dette. Utarbeiding av tilbud skjer i samarbeid mellom erfarne brukere og fagpersoner. Fagkunnskap og brukererfaring sidestilles i opplæringen, som er basert på et mest mulig likeverdig samarbeid. Sentrene tilbyr kurs for ulike pasientgrupper. Det er også etablert et Nasjonalt kompetansesenter i læring og mestring ved kronisk sykdom ved Aker Universitetssykehus HF.

be kommunene sørge for tilfredsstillende opplysningsmateriell om hvordan tjenestetilbudet er organisert lokalt, og hvor innbyggerne kan henvende seg med spørsmål. Både håndbok og opplysningsmateriell bør være tilgjengelig og bli jevnlig oppdatert på internett.

11.2 Åpne sykehjem, avlastning og dagtilbud

Et bedre samspill med familie og pårørende vil innebære bedre tilpassing og tilrettelegging av dagens tjenestetilbud.

Åpne sykehjem

Sykehjem bør tilrettelegges for familie og nære pårørende slik at en omfattende omsorgsinnsats ikke plutselig tar slutt, men kan videreføres innenfor sykehjemmets rammer. Regjeringen ønsker å bidra til at sykehjemmene blir enda mer åpne for et tettere samspill med familie/venner/pårørende. Åpne sykehjem kan sikre kontinuiteten i kontakten mellom familiemedlemmer, og bidra til aktivitet og trivsel.

Å invitere familien med til fortsatt ansvar og deltakelse, kan skje ved at sykehjemmene:

- legger til rette for ektefeller som vil bo sammen, selv om bare den ene blir sykehjemspasient
- legger til rette for at pårørende kan spise og overnatte sammen med beboer
- organiserer familie/pårørende i foreninger eller støttegrupper som kan følge opp både sykehjemsfellesskapet og den enkelte beboer
- legger forholdene til rette for at pårørende kan delta i praktiske aktiviteter knyttet til dagliglivet på kjøkken og aktivitetsrom

Dette er ofte et spørsmål om arkitektur og organisering, men også om holdninger til å slippe folk inn på arbeidsplassen. For beboere og pårørende vil det være av stor betydning å skille klarere mellom privat areal og fellesareal i sykehjemmene.

Regjeringen vil se nærmere på dette i forbindelse med ny lovgivning for den kommunale omsorgstjenesten. (Jf. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene).

Dagtilbud

For mange familier som har familiemedlemmer med stort behov for bistand, er det ofte mest

Boks 11.2 Trygghetsavdelinger

Trygghetsavdelingene er et lavterskel døgntilbud rettet mot eldre mennesker som opplever en vanskelig hjemmesituasjon. Dønski sykehjem i Bærum kommune opprettet den første trygghetsavdelingen i 1993. I dag er det slike trygghetsavdelinger i mange av landets kommuner, blant annet i Oslo, Trondheim, Stavanger, Øvre Eiker, Nedre Eiker, Porsgrunn og Larvik.

I Oslo er det fire trygghetsavdelinger med til sammen 63 plasser. I tillegg er det 20 ekstrasenger som benyttes ved stor pågang, som sommer og påske. Hjemmeboende eldre som plutselig opplever en vanskelig hjemmesituasjon kan selv legge seg inn ved trygghetsavdelingen for nødvendig tilsyn og omsorg i en periode inntil 14 dager. Dette kan f.eks. være på grunn av kortvarig sykdom, ensomhet, skade eller at pårørende ikke kan være til stede. Tilbudet bidrar til at den eldre gjenvinner trygghet og evne til å mestre hjemmesituasjonen. Innleggelse må avklares dagen før eller samme dag som det er aktuelt, og det trengs ingen medisinsk dokumentasjon eller henvisning fra andre.

avgjørende at det er etablert ulike former for tilbud på dagtid, enten dette skjer i regi av arbeidsmarkedsetaten, voksenopplæringen, eldresenteret, omsorgstjenesten eller andre. Dagtilbud gir avveksling, meningsfull aktivitet, sosial omgang og ikke minst normal døgnrytme for brukeren. Dagtilbud gjør det mulig for pårørende å være i arbeid eller ha fri på dagen, og stille opp på kveld og natt. De siste årene har det gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen vært satset sterkt på utbygging av heldøgns omsorgstilbud i omsorgsboliger og sykehjem. Når det gjelder kommunens ansvar for aktivisering og sosiale tiltak, vises det til omtale under aktiv omsorg kapittel 10.

Avlastning

Som et ledd i strategien for partnerskap med familie og frivillige, vil regjeringen stimulere til utbygging av avlastningsordninger og dagtilbud. Det vil også være i tråd med arbeidslinja i velferdspolitikken å legge til rette for at pårørende ikke må slutte i arbeid for å yte omsorgstjenester.

Dagens avlastningsordninger bør videreutvik-

Boks 11.3

«Hadde kommunen hatt dagtilbud, hadde ikke mannen min trengt å bo på sykehjem»

Innspill til Stortingsmeldingen fra ektefelle til 50 årig Alzheimer pasient.

les i et tett samarbeid med brukere og pårørende. Avlastning kan skje i form av korttidsopphold i institusjon, eller som hjelp i hjemmet. I hovedsak er det arbeidsdelingen mellom de kommunale tjenestene og familien, som er avgjørende. Der familien utfører omfattende omsorgsarbeid, er det i alle parter interesse å innrette det kommunale tjenestetilbudet slik at det også har et avlastende siktemål. Kommunen bør også vurdere å gi bistand til ekstraavgifter som pårørende har i forbindelse med omsorgsarbeidet, sørge for tilfredsstillende utstyr og hjelpemidler, og la være å ta egenbetaling for tiltak som har et avlastningsformål.

11.3 Permisjons- og kompensasjonsordninger

Familie- og velferdspolitikken må legge ytterligere til rette for muligheten til å kombinere høy yrkesaktivitet med høy fruktbarhet og god familieomsorgsevne. Likestillings- og velferdspolitiske tiltak som forsterker denne sammenhengen, er av avgjørende betydning for framtidens demografiske og økonomiske bæreevne, og utfordringene knyttet til verdiskapning og rekruttering. I en slik sammenheng blir det svært viktig å sikre at arbeidstakeres tilknytning til arbeidslivet holdes fast, selv om de samtidig tar omsorgsansvar i egen familie.

Dagens permisjonsregler for omsorgsarbeid er hjemlet i arbeidsmiljøloven. Arbeidstakere som pleier nære pårørende i livets slutfase, gis her rett til permisjon i 20 dager. I den nye arbeidsmiljøloven er retten til permisjon utvidet for arbeidstakere med omsorg for barn ved langvarig sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

Regjeringen vil nå se nærmere på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver for andre familiemedlemmer, å fortsette å stå i arbeid. For både å opprettholde høy yrkesaktivitet og god omsorgsevne i familien, kreves det i

framtiden større fleksibilitet med større muligheter til å kombinere arbeid og omsorg for barn og voksne familiemedlemmer.

Det er satt ned en tverrdepartemental arbeidsgruppe, som ser på strategier og tiltak for å kunne kombinere høy yrkesdeltaking med omsorg for omsorgstrengende familiemedlemmer. Gruppen skal se nærmere på spørsmålet om muligheten for å få permisjon fra arbeidet for kortere eller lengre tid, fleksible arbeidstidsordninger og økonomiske kompensasjonsordninger knyttet til slike permisjoner. Dette spørsmålet vil bli sett i sammenheng med dagens hjelpestønad og pleiepengeordning, og vurdert i forhold til eventuell samordning med sosialtjenestelovens bestemmelser om omsorgslønn, slik det er lagt opp til i St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstenestene. En politikk på dette området må være forankret i et likestillingsperspektiv der det legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet, og der omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner. Arbeidsgruppa skal avslutte sitt arbeid i 2006.

Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne

Fra 1. juli 2005 har foreldre med omsorg for kronisk syke eller barn med nedsatt funksjonsevne, fått utvidet rett til omsorgspenger for å ta seg av barna når de er syke. Utvidelsen vil gjøre det lettere for foreldre å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn med nedsatt funksjonsevne. Dette er ett av flere tiltak i regjeringens nye Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne. Strategiplanen inneholder en rekke tiltak på ulike samfunnsområder for å forbedre tjenestene til denne gruppen barn og familiene deres. Planen legger stor vekt på å få til en bedre koordinering av tiltakene og gi bedre informasjon, råd og veiledning til familiene.

Ordningen med brukerstyrt personlig assistent blir nå også tilgjengelig for de som må ha assistanse for å ivareta arbeidslederrollen. Både foreldre, hjelpeverge og nære pårørende vil da kunne ivareta brukerstyringen. Dette vil gi familier med barn med nedsatt funksjonsevne mulighet til å motta denne ordningen, som innebærer større fleksibilitet og bistand på egne premisser. En redegjørelse for regjeringens arbeid med brukerstyrets personlige assistent er gitt i kommuneproposisjonen for 2006, og vil bli ytterligere presisert i statsbudsjettet for 2007.

11.4 Frivillige organisasjoner og sivilsamfunn

En sterk offentlig omsorgssektor går hånd i hånd med en omfattende og aktiv frivillig sektor. De nordiske land er foreningstette land, med sterke tradisjoner for at religiøse, humanitære og kooperative organisasjoner samarbeider med velferdstjenestene på en rekke områder. Det ser ut til at den offentlige velferdsstaten og frivillighetssektoren forsterker hverandre.

Frivillighet skjer i regi av frivillige organisasjoner og sammenslutninger, samvirketiltak, velforeninger, frivillighetssentraler og offentlige institusjoner. Frivillighet skjer også i mer uformelle sammenhenger, som i spontane dugnader og sosiale nettverk. Deltakelse i det sivile samfunn er derfor like mye en væremåte som en handlingsmåte, og utgjør noe av fundamentet for et demokratisk samfunn. Et levende sivilsamfunn skaper tilhørighet, solidaritet og fellesskap.

Nybrottsarbeid som egenart

Frivillige organisasjoner har flere viktige roller innen omsorgssektoren. For det første er de betydelige aktører som leverandører av tjenestetilbud på oppdrag og etter avtale med kommunene. Dette gjelder alt fra tradisjonelle tjenestetilbud i institusjon så vel som oppsøkende virksomhet på gateplan. For det andre har organisasjonene vært pionerer som har vist vei for det som seinere er blitt naturlige oppgaver for velferdssamfunnet. Dette er fortsatt den viktigste rollen de frivillige organisasjonene kan ha som tjenesteprodusenter: Å ta fatt i områder der velferdssamfunnet svikter, være et kritisk korrektiv til offentlig virksomhet, gå nye veier, drive nybrottsarbeid og utvikle nye behandlingsmetoder.

Regjeringen ser det som svært viktig å gi organisasjonene rammer og frihet til å drive forsøksvirksomhet og utviklingsarbeid, og til å utfordre mer tradisjonelt drevne helse- og sosialtjenester til nytenkning, og til å være korrektiv der det trengs. Dette krever at de frivillige organisasjonene holder fast på og tydeliggjør sin egenart, som i dag utfordres av både markedsorientering og byråkratisering. Frivillige organisasjoner og virksomheter som opptrer som kommersielle bedrifter, kan fort tape sin sjel dersom medlemsnytte og samfunnsnytte må vike for økonomiske interesser.

Boks 11.4 Omsorg og toleranse

Norges Røde Kors inviterer til frivillig innsats som: besøksvenn, flyktningssguide, visitor i fengsel eller nettverksarbeider for mennesker som trenger noen å snakke med, dele gleder og sorger med, eller få hjelp til å bygge opp et nytt sosialt nettverk.

Kirkens Bymisjon, Fransiskushjelpen og Frelsesarmeen har gått sammen om Kultur For Frivillighet (KUFF), som organiserer besøkstjeneste til eldre, der frivillige utfører oppgaver som omfatter alt fra samtaler til kulturelle aktiviteter.

Brukerstyring

Sterke brukerorganisasjoner er også en del av denne utviklingen og setter stadig sterkere preg på utformingen av de frivillige organisasjonenes engasjement og innretning. Regjeringen ønsker å legge til rette for at både brukerne, omsorgspersonell og frivillige organisasjoner deltar i utviklingen av nye eier- og driftsformer i omsorgssektoren, basert på større grad av selvorganisering og brukerstyring. Dette kan være aktuelt i forhold til utvikling av nye boformer og bofellesskap, eller til drift av organisasjoner som produserer og leverer tjenester på non-profit-basis.

Innen omsorg trengs fortsatt aktører som kan involvere enkeltpersoner og sivilsamfunnet, og motivere til å ta ansvar. Både brukerorganisasjonene og de ideelle organisasjonene har en sentral rolle i møte med morgendagens omsorgsutfordringer. Frivillig sektor er i forandring. Det betyr ikke at den forvitrer, den finner bare nye former.

11.5 Frivillighetssentraler

Målet til frivillighetssentralene er å legge til rette for lokalt engasjement og skape gode vilkår for frivillig innsats lokalt.

Frivillighetssentralene fungerer som møteplasser og koordineringsarenaer for frivillig virke. Sentralene skal være et kontaktsenter for alle som ønsker å delta i frivillig virksomhet uansett alder, kjønn, økonomisk status og etnisk tilhørighet. Hovedoppgaven til frivillighetssentralene er å rekruttere nye frivillige og samarbeide med frivillige foreninger/lag og det offentlige.

Kultur- og kirkedepartementet har forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen for frivillighetssentralene. Finansieringen er delt med 60 prosent fra staten og 40 prosent lokalt. Sentralene er forankret hos den lokale eier som kan være en frivillig organisasjon, stiftelse, menighet eller kommune.

I 2006 er det 277 frivillighetssentraler fordelt på alle landets fylker. Etableringen av sentralene startet i 1991 med 94 sentraler og har hatt en jevn vekst.

Mange sentraler tar del i utviklingen av nærmiljøet sitt og har et stort spenn av aktiviteter for mennesker i alle aldre. Gjennom sentralen kan ideer bli satt ut i livet, og den enkeltes engasjement bli brukt til meningsfulle oppgaver.

Frivillighetssentralene arrangerer møter for at folk skal bli kjent med hverandre og bygge nettverk. Andre aktiviteter kan være: leksehjelp, nattevanning, matutkjøring, følge- og besøkstjenester, turgrupper, sang- og dansegrupper osv. Frivillighetssentralene er engasjert i integrering av innvandrere gjennom språktrening, utveksling av mattradisjoner og deltakelse i ulike aktiviteter. Frivillighetssentralene er kjent for å ha kort vei fra idé til handling og er en god arena for møte mellom generasjoner. Dette avspeiles i aktivitetsspekteret: unge som lærer eldre bruk av data, mobilbruk, SMS-kurs, og som til gjengjeld får hjelp til lekser.

Frivillighetssentralene er åpne på dagtid, og det har vist seg at sentralene mobiliserer grupper som ellers ikke så lett finner annen organisasjonstilhørighet. Arbeidsledige og trygdede blir aktive frivillige og opplever mestring ved å gjøre en innsats for fellesskapet.

Kirke og kulturdepartementet har i samarbeid med Høgskulen i Volda utviklet studiet Leiing og samspill mellom frivillig og offentlig, som går over fire semestre. Studiet består av fire selvstendige undervisningsemner hver på 15 studiepoeng: Innføringsemne i ledelse i frivillig og offentlig samspill, prosjekt- og informasjonsarbeid, prosess- og nettverksarbeid og nærmiljøutvikling.

Kultur- og kirkedepartementet tar sikte på fortsatt opptrapping av antall frivillighetssentraler.

11.6 Sosiale nettverk og aktivitet

Samfunnet bør tydeligere signalisere forventninger om aktivitet og deltakelse fra eldre og yngre, også de som lever med nedsatt funksjonsevne eller er avhengige av bistand for å delta i arbeids-, kultur- eller samfunnsliv. De internasjonale prinsippene om Active Ageing, forutsetter at eldre

ikke trekker seg tilbake, men fortsatt tar del i et samfunn som involverer alle, på tvers av aldersgrupper eller andre skillelinjer.

Den viktigste strategien vil være å hindre den framtidige seniorbefolkningen i å stille seg utenfor, og motivere til fortsatt aktivisering og deltakelse i samfunnet. Seniorbefolkningens deltakelse eller tilbaketrekning vil være av stor betydning både for pensjonsordninger, helse, familieomsorg og omsorgstjenesten i framtiden.

Regjeringen vil videreføre arbeidslinjen med å få flere trygdede ut i arbeid, og få folk til å bli værende i arbeid lenger. Deltakelse i arbeidslivet skaper kontakt mellom generasjoner, noe som er positivt for alle parter. Følelsen av å være unyttig og ha liten innflytelse og påvirkningsmulighet, har en sterk negativ innvirkning på helsen. Fortsatt satsing på arbeidslinja vil være et viktig virkemiddel for god helse i befolkningen i framtiden.

Det offentlige bør legge til rette for sosiale møteplasser, og stimulere til utvikling av sosiale nettverk. Men det er sivilsamfunnet og den enkelte som i fellesskap må ta ansvar for aktivitetene gjennom sine organisasjoner, foreninger, kulturvirksomheter og mer uformelle sosiale sammenhenger. Offentlige ordninger bør derfor utformes slik at de stimulerer til egenansvar, selvorganisering og brukerstyrte løsninger.

11.7 Eldresentre

Eldresentrene er et godt eksempel på et allmennforebyggende tiltak som motvirker ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og som skaper aktivitet og sosialt fellesskap. Eldresentrene når svært mange, og utløser en betydelig frivillig innsats på lokalt plan. Hver ansatt utløser i gjennomsnitt mer enn åtte årsverk i frivillig ubetalt arbeid ved dagens eldresentre, slik at den frivillige innsatsen i dag utgjør om lag 10 000 årsverk (Daatland m.fl. 2000). Betydningen av kontakt på tvers av generasjoner tilsier at eldresentre bør lokaliseres sammen med, eller i tilknytning til andre aktiviteter, som for eksempel kulturhus.

Det ser ut til at videre utbygging av eldresentre er avhengig av tiltak som kan stimulere kommuner, pensjonistforeninger, frivillige organisasjoner eller andre til å etablere og drive slike tilbud. Regjeringen tilrår at kommunene, ut fra lokale behov, nytter noe av veksten i nye årsverk til drift av eldresentre og andre forebyggende tiltak og aktivitetstilbud for å stimulere til ytterligere utbygging av tilbudet på dette området.

12 Finansiering

12.1 Kommunenes inntekter og utgifter

Kommunesektorens inntekter kommer fra skatteinntekter, statlige overføringer (rammetilskudd og øremerkede tilskudd), samt fra gebyrinntekter og brukerbetaling.

Skatteinntekter og statlige rammetilskudd benevnes som frie inntekter og utgjør hoveddelen av kommunesektorens inntekter. Med frie inntekter menes at kommunene ikke er forpliktet til å bruke inntektene på bestemte tjenester og tiltak, men selv kan avgjøre hvordan inntektene skal anvendes. Kommunene er likevel bundet av de krav til tilbud, innhold og kvalitet på tjenester som følger av vedtatte lover.

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

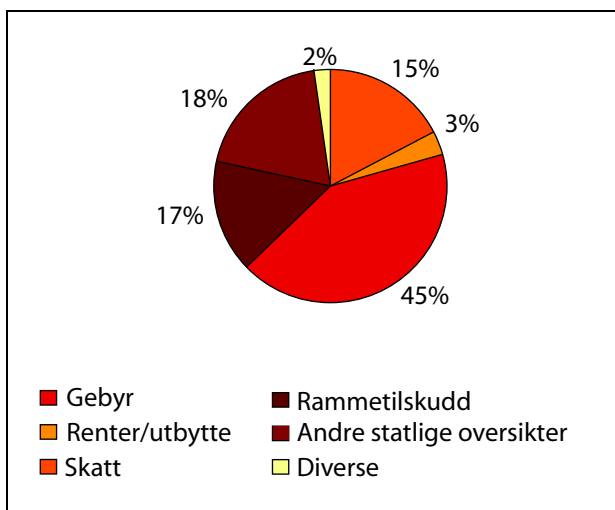
Rammefinansiering

Dagens rammetilskudd for kommunene og fylkeskommunene (inntektssystemet), ble etablert i 1986 ved at om lag 50 større og mindre statlige

driftstilskudd ble slått sammen til ett rammetilskudd. Innføringen innebar en endring i statens styring av kommunesektoren. Man forlot i stor grad tilskudd som var rettet mot spesielle formål og gikk over til generelle tilskudd, som kommunene kunne disponere fritt innenfor gjeldende lov og regelverk. Utgangspunktet for reformen var et ønske om å gi kommunesektoren større handlefrihet og gi kommunene stabile og forutsigbare inntektsrammer. Inntektssystemet skal videre bidra til utjevning av de økonomiske forutsetningene for et likeverdig tjenestetilbud i alle deler av landet. Dette oppnås dels gjennom inntektsutjevningen som i stor grad utjevner forskjeller i skattegrunnlag, og dels gjennom utgiftsutjevningen som kompenserer for ufrivillige kostnads- og etterspørselsforhold. Inntektssystemet er blant de viktigste virkemidler for å sikre at velferdstjenestene når alle, uavhengig av hvor i landet de bor.

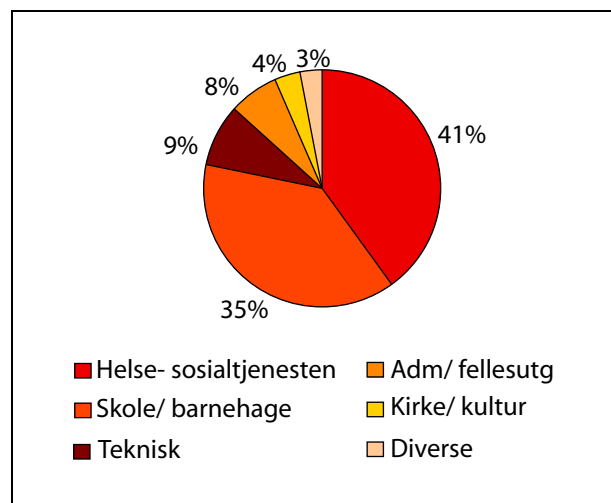
Inntektsrammen for den enkelte kommune er behovsbasert med utgangspunkt i kostnadskriteriene i inntektssystemet. Finansieringen påvirkes ikke av aktivitetsnivå eller hvordan tjenestene utføres.

I 2006 består inntektssystemet av et innbyggertilskudd som fordeles som et likt beløp per



Figur 12.1 Kommunenes inntekter 2005 fordelt på inntektskilde (anslag)

Kilde: Det tekniske beregningsutvalget for kommunal og fylkeskommunal økonomi, april, 2006.



Figur 12.2 Fordeling av kommunale utgifter etter regnskapstall 2004

Kilde: SSB (2005 KOSTRA)

innbygger til alle (fylkes)kommunene, en utgiftsutjevning, en inntektsutjevning og regionalpolitiske tilskudd. I tillegg eksisterer et skjønnstilskudd og et tilskudd til barnevern/hovedstadstilskudd til Oslo fylkeskommune, samt enkelte øremerkede ordninger.

Det er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder innbyggernes behov for kommunale tjenester, og hvor mye det koster å produsere en enhet av en tjeneste. Utgiftsutjevningen skal fange opp slike variasjoner. Prinsippet er at kommunene skal få full kompensasjon for ufrivillige kostnadsulemper, det vil si forhold som kommunen selv ikke kan påvirke (for eksempel alderssammensetningen). Faktorer som fanger opp ufrivillige kostnadsulemper omtales også som objektive kriterier. Et generelt krav til kriteriene i kostnadsnøkkelen, er at kommunene ikke ved egne disposisjoner skal ha innvirkning på dem. Utgiftsutjevningen er en ren omfordelingsordning, som på landsbasis summerer seg til null. Gjennom inntektsutjevningen utjevnes i noen grad variasjoner i skatteinntekter mellom kommunene.

Regjeringen oppnevnte 3. oktober 2003 et utvalg som skulle gjennomgå og evaluere inntektssystemet for kommunal sektor. Utvalget avga sin innstilling til Kommunal- og regionaldepartementet 10. oktober 2005 (NOU 2005:18 Fordeling, forenkling og forbedring). Regjeringen har besluttet å foreta en egen gjennomgang av inntektssystemet, og legger opp til å fremme forslag til endringer i kommuneproposisjonen for 2009.

12.2 Bør folketrygden finansiere omsorgstjenesten?

Stortinget har i anmodningsvedtak nr. 4 (2003-2004) bedt regjeringen utrede fordeler og ulemper ved at utgiftene til eldreomsorgen finansieres av folketrygden, på lik linje med uførepensjon, sykepenge, arbeidsledighetstrygd og alderspensjon – som et system der pengene følger brukeren – der brukeren selv velger leverandør av de godkjente omsorgstjenester.

«Penger følger bruker»

Et system hvor penger følger brukeren finansiert av Folketrygden, vil i praksis innebære at staten overfører kontantytelser direkte til brukeren. Ved tildeling av kontantytelser vil brukeren eller pårørende fritt kunne velge hvilke tjenester de ønsker

å kjøpe. Det være seg kjøp av sykehjemsplass, tjenester i omsorgsbolig eller å betale pårørende for nødvendig hjelp. Overføringene vil måtte knyttes opp mot målinger av fysisk og kognitiv funksjonsevne, på en slik måte at nedsatt funksjonsevne på et bestemt nivå utløser rett til kontantytelser.

Av et klassifikasjonssystem vil det ideelt sett måtte kreves at alle målgruppene for tjenestene (eldre pleietrengende, personer med nedsatt funksjonsevne, psykisk utviklingshemmede og personer med rusproblemer og psykiske lidelser) fanges opp, og enten gis tilbud i institusjon eller i den åpne omsorgen. Dersom ikke et slikt krav innfris, står man i fare for at ulike målgrupper får ulik behandling, avhengig av hvor godt deres behov fanges opp av klassifikasjonssystemet. Det kan være enkelt å sette en standard for hvor mye det koster å ha et rom, få faste måltider, rene håndklær og sengetøy. Det er vanskeligere å sette en fast pris på behovet for ulike typer medisinsk behandling, stell og sosial kontakt. Slike behov er individuelle og varierer over tid. Det kan gi et urettferdig system fordi eldre med samme diagnose kan fungere svært ulikt. Et system hvor penger følger brukeren, vil derfor kreve et omfattende klassifikasjonssystem, og et saksbehandlingssystem, som løpende kan justere tilskuddsbeløpet ut fra endringer i den enkelte tjenestemottakers behov. Etter regjeringens vurdering vil dette føre til økt byråkrati og kan fort bli et diagnostiserings- og sosialrapportsamfunn vi ikke ønsker.

Kommunen kan i en slik modell fortsatt ha hovedansvaret for å organisere tilbudet av omsorgstjenester, men brukeren kan også kjøpe tjenester fra andre aktører. Tilbud og etterspørsel etter tjenester i et system hvor penger følger brukeren, vil være avhengig av et godt fungerende marked hvor brukerne kjøper tjenester. På etterspørselssiden krever det bevisste innkjøpere, som sammenligner priser og tjenester mellom ulike tilbydere, og i tillegg er villig til å bytte tilbyder. På tilbudssiden må man ha reell konkurranse mellom tilbyderne. Dersom disse forutsetningene er til stede, kan det isolert sett ligge til rette for kostnadseffektivitet i et system hvor penger følger brukeren.

For de brukerne som har størst behov for omsorgstjenester vil ikke disse forutsetningene alltid være oppfylt. Mange brukere vil være svekket både mentalt og fysisk, og enkelte vil trenge bistand fra pårørende eller verge/hjelpeverge for å gjøre vurderinger og valg.

Det er også store forskjeller når det gjelder brukernes evne og vilje til å velge. Gjennomsnitts-

alderen i sykehjem er 84 år og halvparten er innlagt med demens som hoveddiagnose. En omsorgstjeneste basert på egne valg, kan lett gå ut over de mest sårbare brukerne, de som er sterkest svekket helsemessig og som ikke har pårørende i nærheten som kan følge opp.

En modell hvor penger følger bruker vil antagelig legge opp til en mer individuelt preget eldreomsorg, hvor vi må anta at tilbudet i større grad baseres på minimumsstandarder for å bremse utgiftsøkning. Det vil trolig bli et press for kjøp av ekstra tjenester utover minimumsstandarden. Gjennom denne mekanismen kan modellen føre til større forskjeller i tjenestetilbud. Økt vekt på ekstra kjøp av tjenester vil være en fordel for de med best økonomi.

Muligheten for svingninger mellom reelle kostnader og satsen som refunderes, og stor avstand til dem som beslutter, kan bidra til at de eldre vil føle utrygghet i spørsmålet om de får tilstrekkelige tjenester. En klar fordel med kommunalt ansvar for finansiering og tildeling av tjenester, er at tilbudet ikke er detaljert fastsatt, men løpende kan tilpasses den enkeltes behov.

Et system hvor penger følger bruker finansiert av folketrygden, vil etter regjeringens vurdering innebære store endringer i forhold til dagens system. Ansvaret for å finansiere og vurdere den enkelte brukers behov for omsorgstjenester, vil i sin helhet overtas av staten, mens det i dag er kommunen som har dette ansvaret.

Fare for ukontrollert utgiftsøkning

Det er vanskelig å gi et klart svar på om et system hvor penger følger bruker vil gi økte kostnader til omsorgstjenester i forhold til dagens system. Men det er visse momenter som kan trekke i den retningen:

Nivået for tildeling av kontantytelser i et system hvor penger følger bruker vil måtte bli vurdert uavhengig av familiesituasjon og tilgang på omsorg fra for eksempel familie og venner. Verdien av frivillig familieomsorg kan beregnes til om lag 100 000 årsverk eller om lag 40 mrd. kroner årlig, om det fullt ut skal erstattes med offentlige omsorgstjenester. Dersom alle skal utstyres med økonomiske midler til kjøp av private eller kommunale tjenester, ut fra en vurdering av diagnose/hjelpebehov, ligger det et økt utgiftspotensial her på opptil 40 mrd. kroner. En rettighetslovgivning som utløser et økonomisk beløp regnet ut fra

diagnose/funksjonsevne og alvorlighetsgrad, kan ikke unngå å ta dette i betraktning.

Det er vanlig å anta at tredjepartsfinansiering gir svakere kostnadskontroll. Dersom kommuner og private tjenesteleverandører skal stå for driften, og sende regningen til staten ved folketrygden, er det grunn til å anta at utgiftene vil øke betydelig i forhold til i dag der virksomheten i stor grad styres ut fra økonomiske rammer. Automatisk tildeling av midler når en bruker oppfyller visse krav, blir lett utgiftsdrivende for det offentlige, ikke minst fordi kommersielle interesser vil ha motiv for å presse opp omsetning og stykkpris.

Tjenester på laveste effektive nivå

Det er vanlig å gå ut fra at lavest mulige forvaltningsmessige omsorgsnivå og ansvar for finansiering, gir den mest effektive og målrettede bruk av midlene. Lokalt ansvar gir også de beste forutsetninger til samspill med det sivile samfunn, familie og frivillige organisasjoner.

Rammefinansiering av kommuner er basert på at folkevalgte politikere fastsetter hvor store ressurser det skal brukes på de ulike sektorene i kommunen. Rammefinansiering av kommunesektoren legger bedre til rette for prioriterings-effektivitet, gitt at de kommunale beslutninger gjenspeiler lokale preferanser. Denne forutsetningen ligger til grunn for at kommunene er tillagt ansvaret for nasjonale velferdstjenester.

Rammefinansiering lar kommunene beholde gevinsten ved kostnadseffektiv drift. Det vil være kommunen selv som skaper og disponerer effektiviseringsgevinsten. Kommunen vil derfor ha insentiv til å drive kostnadseffektivt. Dersom en kommune klarer å redusere kostnadene på en gitt aktivitet uten at det går utover kvaliteten, vil kommunene kunne frigjøre midler som kan brukes til økt aktivitet og/eller økt kvalitet på tjenestetilbudet. En slik effektivisering vil ikke utløse større inntekter, men det vil være mulig å få mer ut av de inntektene man allerede har til disposisjon.

Forebygging

Det er viktig at finansieringssystemet stimulerer til forebyggende virksomhet. Et rammefinansieringssystem hvor kommunen har ansvaret for å produsere tjenesten, gir insentiv til å se hele tiltakskjeden i sammenheng, og ta hensyn til lokale behov i planleggingen av tjenestetilbudet. Kommunalt ansvar for helse- og omsorgssektoren

innebærer at kommunene har størstedelen av ansvaret for hele livsløpet, noe som gir insentiver til mer helhetlig tenkning og tilrettelegging av tilbud, ut fra lokal kunnskap og kjennskap til den enkelte.

Lokaldemokrati

Det lokale selvstyret representerer en av de mest sentrale verdier i det norske samfunn. Etter regjeringens vurdering kan et vitalt lokaldemokrati gi kostnadseffektiv utnyttelse av ressursene, og et tjenestetilbud tilpasset lokale forhold. En forutsetning for at kommunene skal kunne tilpasse tjenestetilbudet til innbyggernes behov og ønsker er at de har lokal handlefrihet og at sentrale myndigheter gir avkall på makt og muligheter til å sentralstyre kommunesektoren. Hensynet til det lokale selvstyret tilsier at kommunesektorens inntekter bør ha sterk lokal forankring.

Dagens modell med behovsbasert rammefinansiering gir kommunene mulighet til å prioritere mellom ulike formål og ulike brukergrupper, både mellom sektorer og innenfor omsorgstjenesten. Disse prioriteringene bygger på god lokal kunnskap om behovene og preferansene til befolkningen.

En viktig innvending mot en løsning hvor staten finansierer et system hvor penger følger bruker, vil derfor være at den lokaldemokratiske styring av tjenesteproduksjonen kan forsvinne. Kommunene vil bli fratatt ansvaret for det som sammen med grunnskolen og barnehagene er deres viktigste tjenesteområder. I så fall blir kommunen, som lokalpolitisk system som foretar allokeringstilbud, mindre viktig.

I et system hvor folketrygden finansierer omsorgstjenesten blir tjenesten en del av den lokale eller regionale stat. En ikke usannsynlig utvikling er at modellen vil skape uklarheter i ansvarsforholdet mellom kommune og stat. En kan da komme i en situasjon der man må velge å gå tilbake til dagens rammefinansieringsmodell, eller statlig overtagelse av omsorgstjenestene.

Rammefinansieringen har visse svakheter, ved at den kan gi kommunene dårlige vilkår for å håndtere store variasjoner i etterspørselen etter omsorgstjenester. Dette er særlig aktuelt der kommunene er små og mye av utgiftene er bundet opp. Dette er i dag delvis løst ved en øremerket toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere. I 2006 ble det utbetalt om lag 1,7 mrd. kroner til kommunene over denne ordningen.

Oppsummering

Regjeringen ønsker at omsorgstjenestene også i framtida skal være forankret i kommunene, med stor nærhet til brukerne, og med mulighet til å utforme tjenestetilbudet ut fra lokale forhold. Finansieringsordningen må stimulere til forebyggende tiltak, gi insentiver til å styrke det tette samspillet med familie og pårørende, og se tjenestetilbudet i nær sammenheng med utviklingen av et levende lokalsamfunn. Etter regjeringens vurdering vil dette best sikres ved at man også i framtida i hovedsak baserer seg på rammefinansiering. Dette er i tråd med regjeringens mål om å gi kommunesektoren rammevilkår som kan styrke kommunen, både som tjenesteproducent og demokratisk arena. Samtidig er det et mål for regjeringens helse- og omsorgspolitik, at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted.

Når det gjelder vurderinger av et eventuelt behov for statlig tilsyn, viser regjeringen til Ot.prp. nr. 97 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (statleg tilsyn med kommunesektoren) kapittel 2, og de overveielene som gjøres i denne proposisjonen.

12.3 Brukerbetaling i omsorgstjenesten

12.3.1 Dagens regelverk

Staten regulerer i dag kommunenes adgang til å ta betalt for omsorgstjenester gjennom to ulike regelverk, ett for hjemmetjenester og ett for tilbud i institusjon. Alle som ikke bor i institusjon dekker egne boutgifter og betaler egenandeler for helse-tjenester (legehjelp, psykologhjelp, legemidler på blå resept og reiser i forbindelse med behandling) inntil frikortgrensen (1 615 kroner). Når taket er nådd, utstedes et frikort som gir full dekning av utgifter ut over dette, resten av året. I tak 2-ordningen er utgiftstaket for 2006 satt til 2 500 kroner. Ordningen omfatter fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling (med visse unntak), opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser). Innbyggere med lav inntekt kan søke statlig bostøtte til å dekke en del av boutgiftene. For kommunale tjenester er hjemmesykepleie og personrettet praktisk bistand fritatt for egenandeler, det samme er støttekontakt og avlastningstiltak. Kommunen

kan kreve betaling for praktisk bistand, som f.eks. rengjøring, innkjøp og matlaging. Kommunen står i utgangspunktet fritt til å fastsette nivået på egenandelene. Egenandelene må imidlertid ikke være høyere enn det tjenesten koster å produsere (selvkost). Vederlaget kan ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig midler til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger, jf. forskriften § 8-3. I forskriften § 8-4 er det gitt særlige skjermingsregler for husstander med en samlet skattbar nettoinntekt før særfradrag under 2G. For denne gruppen skal samlet vederlag for tjenester som nevnt over ikke overstige 150 kroner (beløpet fastsettes av Kongen i egen forskrift).

Forskriften for vederlag ved opphold i institusjon skiller mellom langtids- og korttidsopphold. Beboere med langtidsopphold betaler for et samlet bolig- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som ytes. Pasientene betaler samlet for kost, losji, medisiner m.v. samt helsetjenester, og vederlaget beregnes ut fra brukerens inntekt. Ved opphold i institusjon dekker kommunen utgifter til legetjenester, legemidler, sykepleiemateriell, mat, dagliglivets utgifter, omsorgstjenester, visse hjelpemidler, botilbud og lokaler. Tilsynslegens virksomhet ved institusjonene finansieres i sin helhet av kommunen.

Regelverket innebærer at brukeren kan pålegges å betale 75 prosent av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp (G) fratrukket et fribeløp for opphold i institusjon. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent. Skjermingen av beboere med lav inntekt betyr at en minstepensjonist vil ha et minstebeløp på om lag 1 500 kroner per måned til egen disposisjon. Vederlaget skal ikke overstige de reelle oppholdsutgiftene. For korttidsopphold betaler alle en fast døgnpris fastsatt av departementet.

Folketrygden finansierer i institusjon personlig tilpassede hjelpemidler for forflytning og kommunikasjon. Alle andre hjelpemidler som ikke kan tilpasses personlig er et kommunalt ansvar i institusjonene.

12.3.2 Ulike regler

Ved behandlingen av St.meld. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen ba Stortinget «Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem» (Romertallsvedtak VII Innst. S. Nr. 294 (1996-97)). Sosialdepartementet sendte i 2004 en sak på

høring for å innhente berørte parter vurderinger av hvordan likere betaling kan oppnås. Et flertall av kommuner og statlige etater ønsker endringer i dagens ordninger, samtidig som mange er bekymret for økte administrative oppgaver for kommunen knyttet til å endre dagens ordninger. På den annen side gikk ansattes og brukernes organisasjoner i hovedsak imot å gjøre endringer.

Regjeringen har vurdert ulike alternativer for mer lik brukerbetaling. Samlet sett finner regjeringen at ulempene ved dagens ordninger ikke forsvares å gjennomføre en omfattende reform. Hensynet til at brukerne ikke skal komme svekket ut etter en omlegging, tilsier at dagens ordninger inntil videre bør opprettholdes. Regjeringen vil imidlertid følge utviklingen i kommunene og vurdere behovet for tiltak løpende.

12.3.3 Vurdering av skjermingsbestemmelsene for kommunale egenandeler

Stortinget har flere ganger bedt om en vurdering av hvordan tak 2 kan utvides med kommunale egenandeler: «Regjeringen skal i samarbeid med brukerorganisasjonene og senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 fremme sak om hvilke og hvordan kommunale egenandeler kan innlemmes i tak 2-ordningen.» (Inst. O. nr. 44 2002-2003).

Innlemming av kommunale egenandeler i tak 2 slik Stortinget ønsker utredet, ville innebære at egenandeler til kommunale omsorgstjenester, fysioterapi, behandlingsreiser og enkelte typer tannbehandling som overstiger taket, dekkes av staten. Dette forutsetter at egenandelene for kommunale tjenester fastsettes av staten og at egenandelsnivået og utgiftstaket er likt for alle. En innlemmelse av kommunale egenandeler i dagens tak 2-ordning ville skjerme brukerne mot utgifter ut over det fastsatte utgiftstaket og kan gi brukeren større forutsigbarhet om egne utgifter til egenandeler. Løsningen kunne også gjøre reglene enklere for brukerne. På den annen side vil statlig regulering og kontroll med egenandeler for kommunale tjenester innebære betydelig nye administrative oppgaver for staten knyttet til å fastsette og kontrollere den enkelte kommunes nivå på egenandeler for ulike deltjenester. I tillegg representerer det et betydelig inngrep i dagens kommunale frihet til å fastlegge nivå for egenandeler.

Hvor mange av dagens brukere som vil få lavere utgifter ved en utvidelse av tak 2-ordning og tilsvarende økningen i statlige utgifter, vil

avhenge av frikortgrensen og egenandelsnivået. En omlegging fra inntektsbestemt til lik betaling for alle brukere, gir størst innsparing/nytte for brukere med middels og høyere inntekter, og lavest nytte for brukere med lav inntekt. De økte utgiftene for staten vil i begrenset grad gi bedre skjerming for de som trenger det mest. Regjeringen mener på dette grunnlag at en innlemming av kommunale egenandeler ikke er hensiktsmessig, men at man ut fra fordelingsmessige hensyn bør behandle de kommunale egenandelene separat. Dett vil gi mulighet til i større grad å målrette forslaget overfor de gruppene som har størst behov for skjerming.

Konkret vurderes en løsning der mottakere av hjemmetjenester med lav inntekt gis et tydeligere vern mot egenandeler og betaler mindre enn i dag. Flere kommuner praktiserer i dag regelverket for egenbetaling på en måte som er i strid med regelverket. Dette viser seg særlig ved tildeling av trygghetsalarm og matombringing, og ved fastsettelse av egenandeler for slike tjenester. Etter gjeldende rett skal egenandeler på alle tjenester som ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven § 4-3,

omfattes av skjermingsbestemmelsene som er utformet i forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 8. Dette gjelder altså også egenandeler på trygghetsalarm og matombringing når disse ytes med hjemmel i § 4-3 og dermed erstatter tjenester kommunen skal tilby etter § 4-2. Kommunen kan m.a.o. ikke erstatte et tilsynsbesøk med leie av trygghetsalarm for å omgå reglene om inntekts-skjerming.

Regjeringen vil derfor i et eget rundskriv presisere at egenandeler for bl.a. trygghetsalarm og/eller matombringing inngår som en del av 2G-skjermingen når tjenestene skal oppfylle et hjelpebehov som gir krav på tjenester etter § 4-3. Ytes trygghetsalarm i slike tilfeller som en erstatning for daglige tilsynsbesøk, eller matombringing i stedet for hjelp til matlaging i hjemmet, skal reglene i forskriften om inntektsskjerming komme til anvendelse.

Ytes tjenesten som en frivillig kommunal tjeneste, står kommunen fritt til å beregne egenandel. Kommunen kan imidlertid ikke kreve mer enn selvkost for tjenesten.

13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Regjeringen vil legge til rette for ytterligere personelløkning i omsorgstjenesten gjennom veksten i kommunenes frie inntekter. De varslede presiseringene av dagens regelverk for egenandeler og presisering av kommunens ansvar for sosial aktivitet innebærer ikke nye oppgaver for kommunene. Det er derfor ikke behov for å omtale verken økonomiske eller administrative konsekvenser særskilt.

Konkrete tiltak i Omsorgsplan 2015 som går ut over dagens budsjettammer vil fremmes i de kommende års statsbudsjetter og omtales derfor senere.

De overordnede strategiene som er presentert i stortingsmeldingen vil på lang sikt kunne dempe utgiftsveksten til omsorgssektoren. De viktigste

områdene er følgende: Øke utdanningsnivået i omsorgstjenesten, øke innsatsen på forskning, utvikle og fornye tjenestene, forebyggende arbeid og ivaretagelse av familieomsorgen, og prioritere bedre tilgjengelighet og universell utforming av både private hjem og det offentlige rom.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 22. september 2006 om mestring, muligheter og mening blir sendt Stortinget.

Litteraturliste

Antolin, P. og Suyker, W. (2001), How should Norway respond to ageing? Economics Department Working Papers nr 296. ECO/WKP (2001)22. OECD 2001.

Arbeids- og sosialdepartementet og Miljøverndepartementet (2004), Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne – Plan for universell utforming innen viktige samfunnsområder.

Arbeids- og sosialdepartementet (2005), Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne. Oslo, mai 2005.

Arbetsgruppe (1998), Social ekonomi – en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt? Rapport. Näringsdepartementet, Stockholm.

Askim, J., Båtsvik, T. og Skattum, C. (2006), Resultater og tiltak i Kommunenettverk for fornyelse og effektivisering. Evalueringsrapport utarbeidet for KS. Sandvika: Asplan Analyse.

Asplan Analyse (2002), Evaluering av konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren. Trondheim kommune. Utført av Kommunenes Sentralforbund.

Barstad, A. (2001), Hvor lenge kan jeg leve? I Samfunnsspeilet nr. 3, 2001.

Barstad, S. (2003), The Potential Support Ratio. Eldreomsorgens demografiske utfordring. Fagretningsoppgave. Høgskolen i Lillehammer.

Barstad, S. (2006), Omsorgsscenarioer for nye seniorgenerasjoner. Hovedfagsoppgave i samfunnsplanlegging. Høgskolen i Lillehammer.

B.innst. S. Nr. 11 (2005-2006), Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2006, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 16).

Blom, S., Noack, T. og Østby, L. (1993), Giftermål og barn – bedre sent enn aldri? Sosiale og økonomiske studier 81. Statistisk sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger.

Bogen, H. (2002), Konkurranseutsetting av omsorg: Reduseres kvaliteten? Tidsskrift for Velferdsforskning, Vol. 4, 2001, side 207-221. Universitetsforlaget.

Bogen, H. (2004), Konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester: Brukeren i spillet mellom bestiller og leverandør. Johson, Å., Jensen, I.,

Sletnes og S. I. Vabo (red.): Konkurranseutsetting i kommunene. Abstrakt Forlag.

Borge L. E. og Haraldsvik, M. (2005), Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjenestorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning AS. Utredning for helse- og omsorgsdepartementet.

Botten, G., Hagen, T. P. og Waaler, H. T. (2000), Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om eldres funksjonsevne, HERO Skriftserie 2000:6, Universitetet i Oslo.

Brevik, I. og Schmidt, L. (2005), Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. NIBR-rapport 2005:17.

Brunborg, H. (2004), Befolkningen blir eldre. Økonomiske Analyser 5/2004, side 9-20.

Brunborg, H. og Texmon, I. (2003), Hvor mange blir vi i 2100? Samfunnsspeilet 3/2003, SSB.

Brunborg, H. og Texmon, I. (2003), Regionale befolkningsframskrivninger: Størst vekst rundt Oslofjorden. Samfunnsspeilet 2/2003, SSB.

Brunborg, H. og Texmon, I. (2004), Befolkningsstatistikk 1900-2000 og framskrivninger 2000-2100. Oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet 2004.

Christiansen, B., Abrahamsen, B., Karseth, B. og Jensen, K. (2005), Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren. Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.

Daatland, S. O. (1994), Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester. Rapport nr 1/1994. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.

Daatland, S. O. (1997), Family Solidarity, Popular opinion and the elderly. Ageing International.

Daatland, S. O., Guntvedt, O. H. og Slagsvold, B. (red) (2000), Eldresenteret nå og framover. NOVA Rapport 17/2000.

Daatland, S. O. og K. Herlofsen (2003), Lost solidarity or changed solidarity. A comparative

European view of normative family solidarity. *Aging and Society* 23 s.537-560.

Daatland, S. O. og K. Herlofsen (2004), Familie-, velferdsstat og endring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv. NOVA- rapport 7/2004.

Daatland, S. O. og P. E. Solem (red) (1992), Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken. Universitetsforlaget, Oslo

Daatland, S. O. og P. E. Solem (2000), Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Fagbokforlaget, Bergen.

Det tekniske beregningsutvalget for kommunal og fylkeskommunal økonomi, rapport april 2006.

Droyvold, WB, Nilsen T. I., Kruger O., Holmen T. L., Krokstad S, Midthjell K., Holmen J. (2006), Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT Study in Norway. *Int J Obes (Lond)*. 2006:935-9.

ECON (2001), Egenbetaling for helse- og omsorgstjenester, Rapport 49/2001.

Edvardsen, D. F., Førund FR., og Aas, E. (2000), Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren, Rapport nr. 2/2000, Frischsenteret, Oslo.

Eika, K. og Luraas, H. (2005), Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre, HERO skriftserie 2005:4, Universitetet i Oslo.

Engedal, K. (2003), Demens og demenssykdommer. Artikkel i boka «Aldring og hjernesykdommer» av Knut Engedal og Torgeir Bruun Wyller (red). Akribe forlag 2003.

Engedal, K. og Bruun Wyller, T. (red) (2003), Aldring og hjernesykdommer. Akribe forlag, Oslo.

Engedal, K og Haugen, P. K. (2005), Demens. Fakta og utfordringer Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004.

Epeland, J. og Kleven, L. (2005), Smalhans eller det gode liv? Økonomisk levestandard før og etter alderspensjonering, Økonomiske analyser 2/2005.

Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press.

Eurostat, (2004), Population statistics.

Feiring, E. og I. Nese (2004), Virkninger av rettighetslovgivning: En kunnskapsoversikt. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Festervoll, Å. V. (2001), Kultur og helse. I samspill for det gode liv. Kommuneforlaget 2001.

Fellesorganisasjonen FO: Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Finch, J. (1980), *Family obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press.

Fries, J. F.(1980), Ageing, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 303: 130-135.

Frønes, I. og Kjølørød, L. (red) (2003), *Det Norske Samfunn*, Gyldendal akademisk.

Gautun, H. (1993), Gammel, barnløs og alene? En sammenligning av omsorg til eldre med og uten barn. INAS- rapport 93:5. Oslo.

Gautun, H. (1999), Eldreomsorg. Endringer i familieomsorgen til eldre ? Fafo-rapport 298. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.

Gautun, H. (2002), Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Fafo- rapport 399. Mellom sykehus og pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene. Fafo, Oslo.

Gautun, H. (2003), Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre. Doktoravhandling, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Gautun, H. og Grønningssæter, A. (2002), Kompetanseheving- en vei til bedre samarbeid? Prosjekt nevrologisk rehabilitering.

Gautun, H., Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2001), Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. SNF-rapport 75/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Grossman, M. og Kaestner, R. (1997), Effects of education on health, i: J. R. Behrman og N. Stacey (red.) *The Social Benefits of Education*. University of Michigan Press, Ann Arbor, MI, pp. 69-123.

Grossman, M. (2003), Household Production and Health. *Review of Economics of the Household*, 1: 331-342.

Gundersen, T. m.fl., Rusklienter og tjenester for «rusreformen» en tverrundersøkelse, SINTEF rapport STF 78 A044513, SINTEF Helse, Trondheim.

Hagen, T. P. (2005), Aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. Skriftserie 2005:5 Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo.

Hagestad, G. (1991), Familiers alders- og generasjonsstruktur. Rapport nr. 10. Universitetet i Oslo. Institutt for sosiologi.

Hagestad, G. O. (2003), Aldring. Artikkel i *Det Norske samfunn*. Gyldendal, Oslo

Hardy, B. og Wistoff, G (1998), Securing Quality through contracts. The development of quasi-markets for social care in Britain. *Australian Journal of Public Administration*, vol. 57. 2:25-35.

Hauge, S. (2004), Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Heide, K. M., Holmøy, E., Lerskau, E., og Foldøy Solli, I. (2004), Macroeconomic Properties of the Norwegian Applied General Equilibrium Model MSG6. Rapport 2004/18.

Helset, A., Sandli, H.C. og Lauli, M. (2004), Norske pensjonister og norske kommuner i Spania. NOVA-rapport 3/2004, NOVA, Oslo.

Hellevik, O. (2001a), Ungdommens verdisyn – livsfase- eller generasjonsbetinget? Tidsskrift for ungdomsforskning 1/2001.

Hellevik, O. (2001b), Befolkningens oppfatninger om det gode liv og det gode samfunn. Kap 2 i Barstad, Anders (red): På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med nytt Langtidsprogram 2002-2005. Statistisk Sentralbyrå 2001/21.

Holmøy, E., Langset, B. og Lisbeth Lerskau, L. (2006), Et grånende Norge: Betydningen av økt behov for eldreomsorg for makroøkonomi og offentlige finanser mot 2050. Rapporter 2006/21, Statistisk sentralbyrå 2006.

Huseby, B.M. (2005), Sykehusbruk blant eldre i Scandinavia i 2002. SINTEF rapport STF78 A055015.

Høyland, L. (2001), Ny sykehjemmodell – et bedre tilbud. SINTEF rapport STF 22 A02500, SINTEF Bygg og Miljø, Trondheim.

Hviding, L., Mæland, B., SMM rapport nr. 11, 2003, Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? SINTEF rapport STF 78 A034011.

Høyland, K (2003), Ny sykehjemmodell gir «smådriftsfordeler», Nordisk sosialt arbeid, nr. 1, s. 37-43.

Høylund, H. C. (2005), At give de ældre røst- Tre brugerorienterede tilgange til utviklingen i ældresektoren. I Szebehely, M. (2005), Nordisk valgforskningsrapport inom eldreomsorgsområdet. En kunnskapsoversikt. Tema Nord. København.

Høydahl, E., Skiri, H og Østby, L (2000), Befolkning- kapittel 1 i Sosialt Utsyn. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Hægeland, T. (2002), Inntektsulikhet og avkastning av humankapital i Norge 1970-97, Økonomisk forum, 6, 34-40.

Ingebretsen, R. og Eriksen, J. (2004), National Background Report for Norway 2004 – EURO-FAMCARE. NOVA, Oslo

Innst. O. nr. 44 (2002-2003), Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i folketrygdloven (egenandelstak 2)

Innst. S. Nr. 294 (1996-97) Om handlingsplan for eldreomsorgen (Trygghet - respekt – kvalitet).

Johnsen, Å., Sletnes, I og Vabo, S. I. (red.) (2004), Konkurransetsetting i kommunene, Abstrakt forlag.

Kalseth B., Midttun, L., Paulsen, B. og Nygård, L. (2004), Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. SINTEF rapport STF 78 A045018, SINTEF Helse, Trondheim.

Kitterød, R. H. (1996), Mer uformell omsorg fra hushold til hushold. Samfunnsspeilet nr 1/1996. Statistisk Sentralbyrå, Oslo.

Knapp, M., Hardy B. og Forder, J. (2001), Commissioning for quality. Ten years of social care markets in England. Journal of social policy, vol. 30, no. 2:283-306.

Kumar B.N., Meyer, H.E., Wandel M., Dalen I., Holmboe-Ottesen G. (2006), Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. Int J Obes (Lond) Apr;30(4):684-90 (2006).

Kvamme, O. J. (1999), Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar ved akuttinnleggingar i somatiske sykehus. Doktorgradsavhandling i medisin. Universitetet i Oslo.

Kverndokk, S. (2003), Framtidens etterspørsel etter helsetjenester: Noen svar basert på en simuleringsmodell, Økonomisk forum, nr. 1, s. 35-41.

Langset, B. (2006), Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050. Artikkel i Økonomiske Analyser nr 4/2006. Statistisk Sentralbyrå.

Langsether, Å. og Hellevik, T. (2002), Familienettverkets betydning i velferdsstaten. Paper til den 21. nordiske sosiologkongress i Reykjavik. NOVA, Oslo.

Lingsom, S. (1997), The substitution Issue. Care politics and their consequences for family care. NOVA-rapport 6/1997.

Løvik, A., Hvamstad, O. og Moe, G. (2003), Samvirkemodellen i omsorgssektoren. Rapport fra forprosjektet, des. 2003. Norges Vels rapport nr. 5. 2003.

Malmedal, W. (1999), Sykehjemmets skyggesider. Kommuneforlaget.

Malmquist, E. B. (2005), Endringer, Byggekunst, 2: 12-15

Marmot, M. (2004), *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*, Times Books, New York.

Martinussen, W. (1999), Fellesskapsverdiene står sterkere enn antatt. Samfunnsspeilet nr 4. Statistisk Sentralbyrå.

Moen, B. (2002), Når hjemme er et annet sted – Omsorg for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, NOVA Rapport 8/2002.

Narum, B. B. og Romøren, T. I. (2000), Vi har ingen tradisjon for geriatri. Førstelinjens vurdering av bruk og nytte av geriatriisk team i Nord Trøndelag. Nasjonalt geriatriprogram 1994-1999. Rapport nr. 1/00. Bergen: Nasjonaltformidlings-senter i geriatri.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2002), Folkehelse-rapporten 2002, vedlegg 1 i St.meld. nr. 16 (2002-2003).

Nicolaisen, H og Olberg, D. (2005), Nye arbeidstidsordninger Forsøk med 3+3 turnus og Tillitstid i Bærum kommune, Fafo-notat 2005:15.

Nordhus, I. H., Isaksen, L. W. og Wærness, K (1986), De fleste gamle er kvinner: Eldreomsorg fra et kvinneperspektiv. Bergen: Universitetsforlaget.

Norges forskningsråd (2006), Evaluering av fastlegereformen 2001 - 2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo, januar 2006 (red. Hogne Sandvik), ISBN 82-12-02254-4.

Nososko (2004), Social tryghed i de nordiske lande 2002. Nordisk Socialstatistisk Komite, København.

NOU 1985:34 Levekår for psykisk utviklingshemmede. Sosialdepartementet.

NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg. Sosialdepartementet.

NOU 1997:18 Prioritering på ny - Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, Sosial og helsedepartementet.

NOU 2001:22 Fra bruker til borger – en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer, Sosial og helsedepartementet.

NOU 2004:1 Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida, Finansdepartementet og Sosialdepartementet.

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helse-tjenestene, Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2004:22 Velholdte bygninger gir mer til alle. Om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren. Kommunal- og regionaldepartementet.

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet Et godt tilbud til de som trenger det mest, Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2005:12 Mer effektiv bygningslovgivning II, Kommunal- og regionaldepartementet.

NOU 2005:18 Fordeling, forenkling og forbedring, Finansdepartementet.

Næss, S. (2005), Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Dr. gradsavhandling, Universitetet i Bergen.

Nygård, L (2004), Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem - en kvalitativ tilnærming. Rapport STF78 A045011 SINTEF-Helse og RO.

Nygård, L. og Vist, O. (2006), Framtidens omsorgstjenester. Et debattopplegg om verdivalg, kvalitet og effektivitet i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kommuneforlaget: Oslo.

Osnes, E. K. (2004), Doktoravhandling om hoftebrudd, Ortopedisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus.

Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse).

Ot. prp. nr. 95 (2005-2006) Om endringer i kommuneloven (interkommunalt samarbeid).

Ot.prp. nr. 97 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (statleg tilsyn med kommunesektoren).

Pedersen, R og Førde, R. (2005), Hva gjør de kliniske etikkomiteene? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr 22/2005.

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L. (2004), Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. STF78 A045006 SINTEF-Helse.

Repstad, P. (red.) (1998), Den lokale velferdsblanding. Når offentlige og frivillige skal samarbeide. Universitetsforlaget, Oslo.

RO (2004), Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren, rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

RO (2006), Forvaltningsreformer i pleie- og omsorgstjenesten. En kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell, rapport til Sosial- og helsedirektoratet.

Romøren, T. I. (2001), Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Romøren, T. I. (2001), Metusalems søsken. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder. Doktorgradsavhandling. Insti-

tutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin: Universitetet i Oslo.

Romøren, T. I. (2006), Yngre personer som mottar hjemmetjenester: Hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt? Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Samfunnspeilet 2004/01 SSB.

Seip, A. S. (1994), Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

SINTEF-Helse (2004), Rusklienter og tjenester før «rusreformen», en tverrsnittundersøkelse.

Sivesind, K. H. (2002), Sysselsetting i frivillig sektor, Søkelys på arbeidsmarkedet, 19: 147-155. Institutt for samfunnsforskning, Oslo.

Skrede, K. (1996), Levekår i tre generasjoner. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Skrede, K. (2004), Familiepolitikken grense – ved likestilling «light»? I A. L. Ellingsæther og Leira, A. (red), Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer (s. 160-200). Oslo: Gyldendal.

Skrede K. (2005), Endringer i fruktbarhetsmønster og familiestruktur – færre menn blir fedre. SSB Samfunnsøkonomiske Analyser. Notat. 2005 Statistisk Sentralbyrå.

Skålnes, S. (2002), Evaluering av modellkommuneforsøket i Steinkjer. NIBR-notat 2002:127.

Skålnes, S., Askim, J., Dønnum, H og Fløtre, A. (2002), Evaluering av Modellkommuneforsøket. Hovedrapport, NIBR-Rapport 2002:24.

Slagsvold, B. og Solem, P. E. (red.) (2005), Morgendagens eldre, blir de annerledes? En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre, NOVA, rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Slagsvold, B. og Daatland, S. O. (red) (2006), Eldre år, lokale variasjoner. NOVA rapport 15/2006.

Socialstyrelsen (2004), Konkurrencesetting inom äldreomsorgen, rapport, juni 2004.

Socialstyrelsen (2004), Framtidens anhängomsorg. Rapport, artikkelnr 2004-123-8.

Sosial- og helsedepartementet (1997), Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001. I-0895B.

Sosial- og helsedirektoratet (2002), Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003-2006. IS-1064.

Sosial- og helsedirektoratet (2005a), Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. IS-1229.

Sosial- og helsedirektoratet (2005b), Rapport nr 2. Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006.

Sosial- og helsedirektoratet (2005c), Normering av legetjenester. Rapport IS-1293.

Sosial- og helsedirektoratet (2006a), Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Rapport IS-1368.

Sosial- og helsedirektoratet (2006b), Tenner for livet. Baseline undersøkelse nr. 2 Oral helse hos sykehjems beboere. Rapport IS-1334.

SOU 2003:91, Senior 2005. Äldrepolitik för framtiden. Socialdepartementet, Stockholm.

SSB (1999), Eldre i Norge, Statistiske analyser nr. 32, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2000), Hva koster eldre? Utviklingstrekk i befolkningen med hensyn til forbruket av helse- og omsorgstjenester, medisiner mv., Statistisk sentralbyrå.

SSB (2001), På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med arbeidet med nytt Langtidsprogram 2002-2005, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2003), Arbeidskraftundersøkelsen 2001, NOS C748, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2004), Framskrivning av fokemengden. Nasjonale og regionale tall.

SSB (2004) Statistisk Årbok 2004.

SSB (2005), Seniorer i Norge, Statistiske analyser nr. 72.

SSB (2006), Statistikkbanken

SSB (2006), Revidert beregning av personellbehovet i pleie- og omsorgstjenesten 2004 - 2009 – 2015. SSB-notat 1. september 2006.

SSB (2006), Et grående Norge: Betydningen av økt behov for eldreomsorg og makroøkonomi og offentlige finanser mot 2050. Rapport 21/2006.

SSB, Befolkningsstatistikk. Diverse publikasjoner og statistikk.

Statens helsetilsyn (1999), Scenario 2030 – Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030, utredningsserie 6-99.

Statens helsetilsyn (2003), Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud, rapport 10/2003.

Statens Helsetilsyn (2005), Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Rapport 7/2005.

Statens Helsetilsyn (2006), Rettsikkerhet for utviklingshemmede, rapport 2/2006.

Statens seniorråd (2005), Ny seniorpolitikk – en handlingsplan for aktiv hverdag.

Stephens, J. D. (1997), The Scandinavian Welfare States: Achievements, Crisis and Prospects. I

G. Esping-Andersen (red.), *Welfare States in Transition*. Sage Publications.

St.meld. nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 28 (1999-2000), *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 34 (1999-2000), *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 30 (2000-2001), *Langtidsprogrammet 2002-2005*, Finansdepartementet.

St.meld. nr. 16 (2002-2003), *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken*, Helsedepartementet.

St.meld. nr. 40 (2002-2003), *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*. Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 45 (2002-2003), *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*, Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 23 (2003-2004), *Om boligpolitikken*, Kommunal- og regionaldepartementet.

St.meld. nr. 49 (2003-2004), *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse - Ansvar og frihet*, Kommunal- og regionaldepartementet.

St.meld. nr. 8 (2004-2005), *Perspektivmeldingen 2004 – utfordringer og valgmuligheter for norsk økonomi*, Finansdepartementet.

St. prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.

St. prp. nr. 60 (2004-2005), *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006*. (Kommuneproposisjonen).

Sunnevåg, K. J. (2003), *Kommunal tjenesteyting og friere brukervalg*. I SNF-rapport nr. 29/03.

Svennson, M. og Edelbalk, P. G. (2001), *90-talets anbuds konkurranse i eldreomsorgen - några utveklings tendenser*. Lund: IEH. Arbeidsrapport 2001:1.

Szebehely, M. (1996), *Om omsorg og omsorgsforskning*. Kap. 1 i omsorgens skiftnin-

gar. Begrepet, vardagen, politiken og forskningen. R. Eliasson (red.)

Szebehely, M. (red) (2005), *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. Tema-Nord 2005:508. Nordisk Ministerråd, København.

Sørli K. (2003), *Bosetting, flytting og regional utvikling*, i *Det norske samfunn 4. utgave* Gyldendal Akademisk.

Texmon, I og Stølen, N. M. (2005), *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2025*. Statistisk Sentralbyrå rapport 2005/38.

Thomsen, K. (2003), *De ældre, de midaldrende og de yngre. En undersøkelse af tre kohorter af nuværende og kommende ældre*. Institutt for Statskundskab. Arbejdsrapport 2003/07.

Thorslund, M. (2003), *Äldres hälsa alt sämre*. Artikkel og intervju bygd på studien SWEOLD i dagens nyheter 10. november 2003.

Thorslund, M og Parker, M.G. (2005), *Hur mår egentligen de äldre?* Artikkel i *Läkartidningen* nr 43/2005.

UN, (2001), *World population Ageing 1950-2050*.

Vaage, O. F. (2002), *Til alle døgnets tider. Tidsbruk 1971-2000*. Statistisk Sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger.

Vaage, O. (2003), *Yrkesliv eller pensjonisttilværelse. Levekår og tidsbruk i aldersgruppen 62-66 år*. Rapport 18-2003, Statistisk Sentralbyrå.

Ældre Sagen (2001), *Nye tider – nye ældre*. Ældre Sagens Fremtidsstudie. Ældre Sagen, København.

Økonomiske Analyser (2006), *Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050*. I *Økonomiske Analyser* 4/2006.

Østby L. (2004), *Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli*, *Samfunnsspeilet* 1/2004.

Ytrehus, S. og Fyhn, A. B. (2006), *Bufast, Bjørvika eller Benidorm. Boligplaner og boligønsker for eldre år*. Fafu-rapport 511.

Aarseth, H. P. m.fl. (2004), *Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen. Kvalitet, kompetanse og kapasitet*. Rapport fra arbeidsgruppe til Helsedepartementet juni 2004.

Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Abonnement, løssalg og pris fåes ved henvendelse til:
Akademika AS
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 84 Blindern
0314 OSLO
E-post: offpubl@akademika.no
Telefon: 22 18 81 00
Telefaks: 22 18 81 01
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen finnes på internett:
www.odin.dep.no

Omslagsillustrasjon: Gazette
Trykk: GAN Grafisk AS – 09/2006 - opplag 8000

