

Høringsnotat

Endringer i kommunehelsetjenesteloven – et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg
Verdighetsgarantien

Høringsfrist 29. oktober 2009

Innhold

1. Innledning	3
2. Bakgrunn.....	4
2.1 Generelt om helse- og omsorgstjenestene.....	4
2.2 Administrativ rapport 1 2009 Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten til eldre.....	5
2.3 Sintef rapport A 11522 utarbeidet på oppdrag av KS	6
2.4 NIBR rapport utarbeidet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet.....	7
2.5 Om Iplos	8
3. Gjeldende rett	9
4. Departementets vurderinger og forslag.....	11
4.1 Behov for endringer i kommunehelsetjenesteloven.....	12
4.2 Behov for forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgaranti)	13
5. Økonomiske og administrative konsekvenser	13
6. Lovutkast.....	14
6.1 Forslag til endringer i kommunehelsetjenesteloven	14
7. Merknader til lovutkastet	15
8. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)	15
9. Merknader til forskriftsutkastet.....	16

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om endringer i kommunehelsetjenesteloven (khl) § 2-1 om rett til helsehjelp. Med forslaget ønsker departementet å presisere innholdet i begrepet nødvendig helsehjelp ved å fremheve begrepet verdighet som et grunnleggende element i helsetjenesten. Departementet fremmer også forslag om en ny forskrift hjemlet i khl § 1-3 femte ledd og sosialtjenesteloven (sotjl.) § 4-6 om en verdig eldreomsorg. Forslagene innebærer en presisering forståelsen av rettigheten til tjenestetilbudet for eldre. Med dette vil Eldres rettstilstand styrkes og dermed medføre et forsterket tjenestetilbud til denne brukergruppen. De økonomiske konsekvensene av forslagene i enkeltkommuner vil være avhengig av hvordan dagens tjenestetilbud er utformet. Det er derfor vanskelig å anslå de samlede kostnader for det offentlige av endringene. Departementet vil utrede konsekvensene nærmere. Kommunene vil gjennom de frie inntektene bli kompensert for merkostnader som følger av forslagene i lov og forskrift.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 inngikk Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Venstre avtale om Omsorgsplan 2015. I avtalen fremgår det bl a at partene er enige om at det *"i arbeidet med en felles helse- og sosiallovgivning, skal utformes en verdighetsgaranti som blant annet hensyntar forslagene i Dok 8:104 om en verdighetsgaranti og kvalitetsforskriften, herunder dagtilbud, måltider osv"*.

Arbeidet med en felles helse- og sosiallovgivning – som er en oppfølging av NOU 2004:18: Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – ble midlertidig stanset som følge av arbeidet med samhandlingsreformen. Dette for å kunne gi forslagene til ny sosial- og helselovgivning og forslagene i samhandlingsreformen en helhetlig behandling.

Regjeringen har gjennom Omsorgsplan 2015 tatt grep om kvalitets-, kapasitets- og kompetanseutfordringene i omsorgstjenesten. I tillegg til dette er det nødvendig å vurdere lovvirkemiddelet for å sikre at enkeltgrupper ikke kommer urimelig ut i forhold til den generelle innsatsen i omsorgstjenesten. Det foreslås derfor å presisere kommunehelsetjenesteloven slik at det klart fremgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det. I tillegg foreslås en forskrift hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som nærmere spesifiserer kommunenes plikter innenfor eldreomsorgen. Forskriften bygger på elementene som fremgår av Dok 8:104 (2006-2007). Forskriften presiserer hvordan kommunene skal innrette innholdet i tjenestene for å oppfylle målsettingene om en verdig eldreomsorg. Lov- og forskriftsendringene er nødvendige for å gjennomføre forpliktelsene i avtalen om konkretisering av Omsorgsplan 2015, herunder spørsmålet om en verdighetsgaranti.

Regjeringen inngikk i 2006 en avtale, i foreløpig fire år, med KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten, foranket i konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og kommunesektoren. 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 selvstyret. Arbeidet med revisjon av kommunehelsetjenesteloven og ny forskrift ivaretar de hensyn som ligger til grunn for denne kvalitetsavtalen.

2. Bakgrunn

2.1 Generelt om helse- og omsorgstjenestene

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2008 utgjorde disse tjenestene en tredjedel av de kommunale budsjettene og det ble utført 119 500 årsverk i sektoren. Om lag 202 000 personer mottok hjemmetjenester og institusjonstilbud i 2007. Helse- og omsorgstjenestene er av avgjørende betydning for mange menneskers mulighet til å mestre hverdagen med alvorlig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Handlingsplan for eldreomsorgen, opptrappingsplanen for psykisk helse og Omsorgsplan 2015 har muliggjort en nødvendig utbygging og modernisering av omsorgstjenesten. Det gjelder både tjenester i sykehjem, omsorgsboliger og vanlige hjem.

Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har de siste ti årene økt med over 90 pst. Denne utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har tatt et større ansvar for mennesker med utviklingshemming og mennesker med psykiske problemer og rusmiddelproblemer. I tillegg yter kommunene et omfattende tjenestetilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus, og som ofte har langvarige og sammensatte lidelser. Et godt utbygd kommunalt aktivitets- og omsorgstjenestetilbud kan bidra til å utsette eller forhindre sykehjem- og sykehusinnleggelse, samt bidra til at mange kan delta i utdanning, arbeidsliv og samfunnsaktiviteter. Utviklingen viser at antall mottakere av hjemmetjenester over 80 år har økt fra midten av nittitallet og fram til 2006, i tråd med den generelle veksten i tallet på eldre over 80 år.

Befolkningsframskrivningene viser at tallet på eldre over 80 år vil flate ut de neste femten årene, for deretter å øke kraftig fram mot 2030. Antallet tjenestemottakere i aldersgruppen 67–79 år er vesentlig redusert i perioden 1998–2006, mens antallet mottakere i denne aldersgruppen har økt det siste året og sannsynligvis vil ha en moderat økning de nærmeste årene. Tall fra Iplos-registeret viser at kommunene yter mest ressurser til de som trenger det mest. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. 90 pst. av institusjonsbeboerne har et moderat til omfattende bistandsbehov mot bare 39 pst. av hjemmetjenestemottakerne. Av eldre over 80 år med omfattende bistandsbehov, bor de fleste i sykehjem. Andelen som har omfattende

tjenestebehov er klart større blant yngre brukere av hjemmetjenester enn blant eldre. Yngre tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov får sitt tilbud fra hjemmetjenestene på nesten samme nivå som i sykehjem, målt i timetall.

Brukere med størst behov får også tildelt mest omfattende tjenester. Tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov mottar i gjennomsnitt tolv ganger så mye hjemmesykepleie og praktisk bistand som tjenestemottakere med lite bistandsbehov. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt initiativ til å undersøke om det er slik at de eldste eldre med et omfattende bistandsbehov mottar mindre hjelp i hjemmet enn yngre tjenestemottakere. Det er bl.a. satt ut forskningsoppdrag som en del av et utredningsprosjekt om "Den nye Hjemmetjenesten og dens brukere", herunder "Utvikling og status for hjemmetjenesten og dens brukere de siste 20 årene (1988-2008)" ved NIBR, "Tjenestetilbudet til hjemmetjenestemottakere med nevrologiske lidelser" ved Senter for omsorgsforskning på Gjøvik og "Organisering av hjemmetjenesten for å videreutvikle samhandling med familie, frivillige og lokalsamfunnet" ved Østlandsforskning.

2.2 Administrativ rapport 1 2009 Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten til eldre

Den administrative rapporten vurderer at kommunene ikke alltid klarer å sikre at alle tjenestemottakere gis et tjenestetilbud i tråd med sitt bistandsbehov. Flere eldre får avslag på institusjonsplass grunnet manglende tilgjengelighet, og institusjonsplasser benyttes til andre formål enn hva de er avsatt til. Antall institusjonsplasser har økt fra 2003 til 2007, likevel er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med syv prosent i perioden. Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem, noe som reduserer presset på institusjonsplassene. Undersøkelsen viser at tilgang til dagtilbud er begrenset, og på landsbasis mottar kun én av ti hjemmetjenestemottakere dagtilbud.

Undersøkelsen viser mangler i samarbeidet og kommunikasjonen mellom fastlege, legevaktslege, tilsynslege og sykehuslege, som alle er involvert i helsetilbudet til eldre. Dette fører i enkelte tilfeller til at aktørene har ulik medisinsk informasjon om tjenestemottakerne. På tross av en økning i legeårsverk i institusjon, viser undersøkelsen at tilsynslegedekningen i sykehjem generelt er lav.

Internkontroll- og kvalitetssystemet er et viktig verktøy for å sikre at kommunene yter gode sosial- og helsetjenester. Alle kommunene har etablert et system, men ansatte har varierende kjennskap grunnet manglende opplæring. Undersøkelsen viser en klar underrapportering av avvik. Dette innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Få kommuner har oversikt over hvilken kompetanse de har behov for på sikt og hvordan kompetansen skal rekrutteres. Det er videre en utbredt bruk av deltidsstillinger, og nesten fire av ti sysselsatte har en avtalt arbeidstid på mellom 1 og

19 timer per uke. Undersøkelsen viser likevel at det har skjedd en økning i både bemanning og fagkompetanse mellom 2003 og 2007.

Godt samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er vesentlig for et helhetlig helsetilbud. Dybdeundersøkelsen viser at alle kommunene har samarbeidsavtale med sykehuset, men avtalene er i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer i både sykehusene og kommunene. Manglende informasjonsutveksling fører til at enkelte eldre ikke gis et koordinert og helhetlig helsetilbud.

Riksrevisjonen vurderer at Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene har rettet stor oppmerksomhet mot en kapasitets og kvalitetsutvikling av pleie- og omsorgssektoren. Ettersom hovedtyngden av tiltakene nylig er i gang, mener Riksrevisjonen det er for tidlig å fastslå tiltakenes virkning.

2.3 Sintef rapport A 11522 utarbeidet på oppdrag av KS

En ny undersøkelse fra Sintef Helsetjenesteforskning til KS viser at Norge satser mer på omsorgstjenester til eldre enn noen av de andre landene i Europa. Folk er trygge for at de får hjelp, og har stor tillit til de som yter tjenestene. Likevel er nordmenn mer bekymret for pleietilbudet enn andre skandinaver. Tilgjengeligheten til institusjonsplasser er like god eller bedre enn i andre nordiske land. Undersøkelsen viser at det bare er danskene som overgår oss når det gjelder tilbudet av hjemmetjenester. Undersøkelsen viser at både brukere og pårørende er forholdsvis godt fornøyd med tjenestene de mottar. Særlig er de tilfreds med de ansatte som yter tjenestene. Mens de fleste er godt fornøyd med den praktiske pleien som gis, kommer muligheten for selvbestemmelse og aktivitet dårligst ut.

Beboere på sykehjem og deres pårørende har i følge undersøkelsen et nokså sammenfallende syn på hvordan det er å bo på sykehjem. De aller fleste mener at ansatte behandler beboerne med respekt og høflighet og er påpasselige med å overholde taushetsplikten. Det er også alminnelig tilfredshet på en rekke andre områder av betydning for trivsel og velvære.

Brukere av hjemmetjenester er en svært sammensatt gruppe med stor variasjon i hjelpebehov. I undersøkelsen er det likevel nokså sammenfallende svar på en del områder. De aller fleste brukere er svært fornøyd med de ansatte og mener at de behandler brukerne med høflighet og respekt og overholder taushetsplikten. De fleste mener også at de ansatte har omsorg for brukeren, gir brukeren en god hverdag i eget hjem og utfører tjenestene med tilfredsstillende kvalitet.

Undersøkelsen viser at målet om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2004-2010 er nådd. En betydelig del av de nye årsverkene er fagutdannet personell. Utredningen viser at en stor del av veksten har gått til eldreomsorg. Fra 2005 til 2008 har det vært en økning fra 111 til 122 årsverk per 1000 eldre innbygger (10 prosent økning). Årsverk i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning økte fra 74

til 83 årsverk per 1000 eldre innbygger. Det vil si at det har vært 12 prosent økning i fagpersonell som har gått direkte til eldreomsorg i denne perioden etter Sintefs vurdering.

I løpet av de siste 10-15 årene har pleie- og omsorgstjenestene utviklet seg fra å være en ren eldreomsorg til å omfatte stadig nye grupper av yngre mottakere, dvs. personer under 67 år. Eldre utgjør 66 prosent av hjemmetjenestebrukerne, og mottar 41 prosent av ressursene. Til sammenligning er 90 prosent av beboerne på sykehjem over 66 år. Samlet sett utgjør eldre 71 prosent av brukerne, og står for 63 prosent av ressursinnsatsen.

Norge har en svært godt utbygd offentlig eldreomsorg sammenlignet med andre land. Ingen land i Europa bruker like mye penger per innbygger på tjenester til eldre. Selv om tjenestene i de nordiske landene har mange fellestrekk, er det likevel sentrale forskjeller. I Danmark er det en målsetting at alle eldre skal bo i sin egen bolig, og det er lovforbud mot opprettelse av nye institusjoner for eldre. I Sverige har kommunene ansvar for å gi praktisk hjelp i hjemmet, mens hjemmesykepleie og medisinsk behandling er et fylkeskommunalt ansvar. Norge har det høyeste samlede tilbud av omsorgsboliger og sykehjem i Norden. Tilbudet av praktisk hjelp i hjemmet er høyere i Norge enn i Sverige og Finland, men lavere enn i Danmark og Island.

2.4 NIBR rapport utarbeidet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet

De store endringene i de kommunale omsorgstjenestene har de siste årene i stor grad skjedd i hjemmetjenestene. Mens årsverksinnsatsen fordelte seg med 2/3 på alders- og sykehjem og 1/3 på hjemmehjelp og hjemmesykepleietjenester for 20 år siden, går nå over halvparten av de om lag 120.000 årsverkene til hjemmetjenester og åpen omsorg og under halvparten til institusjonsdrift.

Foreløpige beregninger Helse- og omsorgsdepartementet har fått gjort (Brevik, NIBR 2009), viser at mer enn 85 % av årsverksveksten i sektoren i perioden 2002-2007 har kommet i hjemmetjenestene. Det har samtidig vært en kraftig vekst i tallet på tjenestemottakere under 67 år. I tillegg til brukere med psykiske problemer, har veksten skjedd blant personer med langvarige og sammensatte somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art (Multiple sklerose (MS), hjerneslag, trafikkulykker, Cerebral parese (CP), Parkinson, epilepsi mv.).

De nye årsverkene i omsorgssektoren har derfor de siste årene i hovedsak gått til å bygge ut det kommunale hjemmetjenestetilbudet

- dels til personer med psykiske problemer, i tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse
- men mest til personer med langvarige somatiske sykdommer og nevrologiske lidelser

For disse to gruppene har årsverksveksten i følge de foreløpige beregningene departementet har fått utført, vært om lag 100 % i perioden 2002-2007, og tilsvarer en vekst på anslagsvis 5-6 mrd kroner i 2007. Den siste brukergruppen har i motsetning til

de andre brukergruppene i hjemmetjenesten ikke vært omfattet av politiske reformer eller handlingsplaner.

Det er verdt å merke seg at det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens den tradisjonelle hjemmehjelpstjenesten stagnerer og reduseres. Det er færre og færre brukere som bare mottar praktisk bistand i form av hjemmehjelp.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har bare kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at tallet på de yngste eldre (67-80 år) er redusert de siste 15 årene, og at funksjonsevnen blant yngre eldre er bedret med økende levealder. Det er imidlertid behov for en nærmere vurdering av utviklingen i det samlede tilbudet innen eldreomsorgen.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider derfor med å få fram sikre tall og analyser av utviklingstrekkene i disse tjenestene de siste 20 år.

2.5 Om Iplos

Iplos, individbasert omsorgsstatistikk, vil danne grunnlag for bedre statistikk for overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av tjenestene i pleie- og omsorgssektoren. Dette gir lokale, regionale og sentrale myndigheter et bedre kunnskapsgrunnlag. Gjennom Iplos blir opplysninger om bistandsbehov og tjenester for alle søkere og mottakere av kommunale omsorgstjenester registrert. Iplos erstatter og dels supplerer Kostra- rapporteringen for sektoren.

Iplos- registeret er et pseudonymt register, registeret inneholder ikke identifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Det er hjemlet i helseregisterloven gjennom egen forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Forskriften trådte i kraft 1. mars 2006.

I 2007 har en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, Norsk pensjonistforbund, fagorganisasjoner, Fylkesmannen, KS og enkeltkommuner arbeidet sammen med Helsedirektoratet for å videreutvikle Iplos i tråd med endringer i brukernes behov og i de kommunale tjenestene.

Første obligatoriske innsending av Iplos- data for året 2006 til det sentrale registeret ble gjennomført i februar 2007. Etter justeringer og feilretting, ble det foretatt en ny innsending høsten 2007. Det første året var datakvaliteten vurdert som tilfredsstillende for 164 kommuner, og det ble publisert statistikk for disse kommunene i januar 2008. Data for 2007 ble publisert gjennom Kostra faktaark 14. mars 2008. Data for 2007 vurderes å ha langt bedre kvalitet enn 2006-dataene. Erfaringene viser at det tar tid å innføre statistikkverktøy som Iplos, og at rutiner og innsending av data etter hvert blir bedre. Tilbakemeldingene fra kommunene gir indikasjoner på at Iplos bidrar til å styrke

saksbehandlingskompetansen i kommunene og bedrer rettssikkerheten til de som søker og mottar omsorgstjenester. Departementet følger dette arbeidet tett.

3. Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven av 1982 pålegger kommunene å sørge for at innbyggernes behov for nødvendige helsetjenester dekkes på en forsvarlig måte. Loven favner vidt og har berøringspunkter med mange andre sektorer. En velfungerende kommunal helse-tjeneste er derfor i stor grad avhengig av helhetlig tilnærming og tverrsektorielt samarbeid. Kommuneloven av 1992 bygger opp under dette ved å legge opp til et system med relativt stor frihet med hensyn til organiseringen av tjenestene.

Kommunene kan dermed organisere tjenestene slik at de er best mulig tilpasset lokale forhold, prioriteringer og behov.

Khl § 2-1 slår fast at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller midlertidig oppholder seg. Den enkeltes rett til nødvendig helsehjelp etter denne bestemmelsen, korresponderer i khl § 1-1 første ledd med en tilsvarende plikt for kommunen til å sørge for nødvendig helsehjelp for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. For den enkelte kommune har dette den konsekvens at den ikke bare plikter å yte helsehjelp til sine egne innbyggere, men også til pendlere, feriegjester og midlertidig bosatte skoleelever og studenter.

Når det gjelder det nærmere innholdet i retten til "nødvendig helsehjelp" må dette sees i sammenheng med khl § 1-3 som gir en nærmere avgrensning av kommunens ansvar for å yte helsetjenester. Bestemmelsen lister opp en rekke oppgaver kommunen er forpliktet til å yte. Dette er nærmere angitte forebyggende tiltak, diagnostisering og behandling, medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg og hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. For å kunne utføre disse oppgavene er kommunene pålagt å sørge for tjenester fra allmennlege, fysioterapeut, sykepleier, jordmor, sykehjemstjenester, legevaktordning, medisinsk nødmeldetjeneste og transport av helsepersonell.

Khl § 1-3 er uttømmende i den forstand at tjenester som ikke kan innfortolkes i khl § 1-3 i prinsippet faller utenfor det kommunale ansvaret. Det forutsettes i forarbeidene (Ot.prp. nr. 66 (1981-82)) at dersom nye oppgaver skal legges til kommunene, vil dette kreve endringer i khl § 1-3.

Den medisinske utvikling vil imidlertid medføre at forståelsen av innholdet av khl. § 1-3 vil kunne forandres over tid. Den utvikling som har skjedd innenfor pleie- og omsorgssektoren både når det gjelder brukergrupper og organisering mot mer hjemmebaserte tjenester, stiller strengere krav til at kommunene tilbyr et mer differensiert og individuelt tilpasset tilbud enn hva loven la opp til da den ble vedtatt i 1982.

Innenfor rammene av khl. § 1-3 er det ”nødvendig” helsehjelp som kan kreves etter khl § 2-1. Hva som til enhver tid er nødvendig helsehjelp må avgjøres konkret i det enkelte tilfelle og vil bero på medisinsk skjønn. Når det gjelder omfanget av begrepet ”nødvendig helsehjelp” fremgår det av lovens forarbeider at kommunens plikt til å yte nødvendig helsehjelp vil være avgrenset til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig. Det understrekes at det ikke er meningen med bestemmelsen å pålegge kommunene en urimelig og urealistisk forpliktelse. Dog må man forutsette at det finnes en minstestandard som en kommune ikke kan gå under. Fastleggningen av standarden må overlates til praksis, og sees på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i helsesektoren generelt, og i den enkelte kommune spesielt, slik den til enhver tid fortøner seg.

Kommunehelsetjenestelovens system er videre at ingen har rett på en bestemt helsetjeneste fra kommunen. Det er opp til kommunen å avgjøre hvilket tilbud den enkelte skal få ut fra dennes behov sett i sammenheng med de tilbud og ressurser kommunen har til rådighet. I St.meld. nr. 36 (1989 -90) – Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane – erkjennes det at dette systemet kan skape konflikter mellom pasient og kommune. Et eksempel på slik konflikt kan være at pasienten ønsker å få nødvendig helsehjelp hjemme i form av hjemmesykepleie, mens kommunen tilbyr sykehjems plass. I nevnte stortingsmelding heter det videre (s. 110 – 111):

”Å bruke ordet rettar i slike samanhengar, kan vere misvisande i høve til publikum. Det at ein er gitt rett til nødvendig helsehjelp, men ikkje har rett til særskilte ytingar, gjer det reelle innhaldet i retten avgrensa. Retten fremstår like mykje som ei plikt for kommunen, som ein rett for pasienten. ... Synspunktet til lovgivaren har likevel vore at det er føremålstenelig å bruke ordet rett, sjølv om innhaldet i retten er vagt.”

Det er kommunen som er rettslig forpliktet etter khl § 2-1. Kravet kan ikke rettes mot den enkelte helsearbeider eller institusjon.

Khl § 1-3 femte ledd gir departementet hjemmel til ved forskrift å fastsette nærmere bestemmelser om den virksomhet som hører under kommunens helsetjeneste. Gjennom forskrifter kan departementet fastsette nærmere krav til de tjenestene kommunene har ansvaret for. Det fremgår klart av forarbeidene at spørsmål om å legge nye oppgaver eller tjenester til kommunene vil kreve lovendring.

Kommunene har i tillegg ansvar for å yte sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven (sotjl), bl.a. for 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. Etter sotjl. § 4-2 omfatter dette blant annet praktisk bistand og opplæring til de som har behov for særlig hjelp i hjemmet, støttekontakt, avlastning og institusjonsopphold. Dette er tjenester som har mange likhetstrekk med pleie- og omsorgstjenester som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven. Det kan i enkelte tilfeller være noe tilfeldig hvorvidt tjenesten som ytes er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven.

Dette er også noe av bakgrunnen for arbeidet med å harmonisere lovbestemmelsene knyttet til disse tjenestene.

4. Departementets vurderinger og forslag

Eldre mennesker har ofte mange ulike sykdommer og funksjonsnedsettelse, og er avhengige av en rekke helse- og sosialtjenester, samtidig som de er sårbare når det svikter i tjenestetilbudet. Mennesker som er rammet av demens, er i tillegg ofte avhengige av at nærstående eller familie følger opp i hverdagen. Gode tjenester til eldre handler ikke bare om tilgang til tjenester, innhold og omfang, men også om at tjenestene henger sammen på en forsvarlig og god måte. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har oppmerksomhet rettet mot pleie- og omsorgstjenestene. Mange virksomheter leverer tjenester med god kvalitet, men det er fortsatt mye ugjørt og tilsynet rapporterer om gjentakende svikt i tjenestene. En særlig utfordring er knyttet til samhandling mellom tjenesteytere innenfor tjenester, mellom tjenester og mellom ulike nivåer. Når mange aktører er involvert, er det betydelig fare for svikt. Tilsynserfaringer og undersøkelser har vist at mennesker som mottar hjemmebaserte tjenester, er ekstra sårbare, fordi det ofte er mange tjenesteytere involvert. Ved inn- og utskrivning fra sykehus er samhandling basert på gode, innarbeidede rutiner et viktig grep for å unngå svikt. Helsetilsynet har pekt på at systematisk styring i praksis handler om en klar ansvarsfordeling, gode rutiner og tilstrekkelige kunnskaper, hvor det er viktig å nyttiggjøre seg brukererfaringer, vurdere risikoforhold og løpende arbeide med forbedringer.

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, la Helse- og omsorgsdepartementet fram fem langsiktige strategier og en egen omsorgsplan for å møte framtidens omsorgsutfordringer. I oppfølgingen av denne er det tatt grep om kvalitets-, kapasitets- og kompetanseutfordringene i omsorgstjenesten, bla gjennom styrket kommuneøkonomi, betydelig flere årsverk, en ny investeringsordning til sykehjem og omsorgsboliger, en egen demensplan og en særskilt kompetanseplan.

Gjennom avtalen som er inngått mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. Avtalen viser at det er bred enighet om hovedlinjene i utviklingen av framtidens omsorgstjenester og sikrer en langsiktig oppfølging av hovedmålene i Omsorgsplan 2015. I avtalen er partene blant annet enige om å styrke kompetansen og den aktive omsorgen i tjenesten, sikre en god dimensjonering og utbygging av tjenestetilbudet og styrke kvaliteten i tjenestene.

Avtalepartene er i tillegg enige om at det "i arbeidet med en felles helse- og sosiallovgivning, skal utformes en verdighetsgaranti som blant annet hensyntar forslagene i Dok 8:104 om en verdighetsgaranti og kvalitetsforskriften, herunder dagtilbud, måltider osv."

4.1 Behov for endringer i kommunehelsetjenesteloven

Som gjennomgangen av status i kapittel 2 viser, er det behov for endringer i lov- og forskrifter for å sikre et tjenestetilbud som er bedre tilpasset de mange eldre brukerne av omsorgstjenesten.

Tilsynsmyndigheten har gjennom sin praksis påpekt at den enkelte kommune ikke kan unnlate å gi sine innbyggere nødvendig helsehjelp av hensyn til kommunens ressurssituasjon. Dette er sikker rett som kommer klart til uttrykk i kommunehelsetjenestelovens forarbeider (Ot.prp. nr. 66 (1981-82)), og som senere er slått fast av Høyesterett i den såkalte Fusa-dommen (Rt 1990 side 874). Kommunene har etter kommunehelsetjenesteloven plikt til å yte nødvendig helsehjelp til de som har behov for det, herunder til eldre og pleietrengende. Gjennom kommunehelsetjenesteloven pålegges kommunene å yte pleie- og omsorgstjenester, gjennom deltjenester som sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie og hjemmesykepleie.

Retten til helsetjenester går så langt som den enkeltes behov tilsier. Dette betyr at dersom en person har behov for døgnkontinuerlig pleie- og omsorg, er kommunen forpliktet til å yte et heldøgns tjenestetilbud til vedkommende. Dersom vedkommende bare har behov for noen timer hver dag, men ellers er i stand til å bo hjemme, vil kommunen kunne oppfylle sine forpliktelser ved å tilby hjemmesykepleie og/eller annen type hjemmehjelp. Kommunens forpliktelse blir etter lovens system utløst av pasientens hjelpebehov.

Departementet viser til at rettighetstenkningen og kravet til brukermedvirkning stadig har utviklet seg innen helse- og sosialtjenesten. Utviklingen har gått fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester, til å legge til rette for at brukeren er en aktiv, medvirkende mottaker av helse- og sosialtjenesten. Denne utviklingen gir mindre rom for standardiserte løsninger. Det stilles større krav til kommunene om å organisere sine tjenester tilrettelagt for individuelle løsninger ut fra den enkeltes grunnleggende behov. En av gruppene som har omfattende tjenestebehov er de sykeste eldre. De sykeste eldre kan ha flere behandlingstrengende diagnoser og funksjonstap samtidig, slik som sansetap, redusert bevegelighet og kognitiv svikt. Mange trenger hjelp til det meste i hverdagen, som forflytning, medisinsk og pleiefaglig hjelp, hjelp til å gi hverdagen innhold, hjelp for å oppleve trygghet og hjelp for å kunne delta i fellesskap med andre.

Utvikling har også påvirket innholdet i forståelsen av begrepet "nødvendig helsehjelp". Det er derfor behov for å klargjøre hvordan dette begrepet er å forstå. Departementet foreslår å presisere og tydeliggjøre kommunehelsetjenesteloven slik at det klart fremgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det. Bestemmelsen foreslås plassert som nytt andre ledd i kommunehelsetjenestelovens rettighetsbestemmelse (§ 2—1). Bestemmelsen slår fast retten til et verdig tjenestetilbud. Departementet er av den oppfatning at det er nødvendig å fremheve begrepet verdighet, og tydeliggjøre at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig

helsetjeneste. På denne måten blir kommunehelsetjenesteloven § 2-1 annet ledd en tydeliggjøring av begrepet nødvendig helsehjelp etter bestemmelsens første ledd. Dette, sett i sammenheng med forslagene i en ny forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), blir en presisering av rettigheten til tjenestetilbudet for eldre. Med dette vil eldres rettstilstand styrkes og dermed medføre et forsterket tjenestetilbud til denne brukergruppen.

4.2 Behov for forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgaranti)

Som det er vist til foran har den kommunale pleie- og omsorgstjeneste gjennom de siste tiårene fått nye og yngre brukergrupper. Dette vil sette et tydelig preg på utviklingen av tilbudet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig vet vi at vi at antallet eldre vil stige i årene fremover og vi har bla ut fra de tall vi har fått frem gjennom Iplos og NIBRs undersøkelser sett at tjenestetilbudet ikke nødvendigvis er godt nok tilpasset de mange eldre brukerne av omsorgstjenesten. Tilliten til eldreomsorgen er avhengig av at vi sikrer et tjenestetilbud basert på at den enkelte skal få en verdig alderdom og en livsutfoldelse i samsvar med den enkeltes muligheter og grunnleggende behov. Den videre utvikling av eldreomsorgen kan ikke bare handle om kvantitet. På samme måte som andre brukergrupper er eldre en uensartet gruppe med ulike behov og ønsker. En kvalitativt god eldreomsorg fordrer at tjenesten er bygget opp rundt et verdigrunnlag som så langt som mulig sikrer den enkeltes integritet og verdighet. Dette betyr å kunne beholde retten til et privatliv, retten til selvbestemmelse, rett til individuelt tilpassede tjenester og mulighet for aktiv medvirkning og retten til kvalitativt gode tjenester. Så langt det er mulig må eldreomsorgen utvikles til å sikre den enkelte trygghet og muligheten for et meningsfylt liv.

For å sikre at eldre ikke kommer urimelig ut i forhold til den generelle innsatsen i pleie- og omsorgstjenesten foreslår departementet å gi presise føringer for en verdig eldreomsorg. Departementet legger derfor frem forslag til en ny forskrift i medhold av khl § 1-3 femte ledd og sotjl. § 4-6 om en verdig eldreomsorg. Dette for å imøtekomme de utviklingstrekk som er beskrevet ovenfor, presisere innholdet i begrepet ”verdige tjenestetilbud” og for å sette fokus på eldre brukeres behov. Forskriften omhandler på enkelte områder tema som også er regulert i gjeldende forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften). Kvalitetsforskriften er imidlertid til forskjell fra den forskrift som foreslås i herværende høringsnotat, en internkontrollforskrift.

Forskriften gir et nærmere innhold i begrepet ”verdige tjenestetilbud”, ved å angi en rekke hensyn som tjenestetilbudet må legge til rette for. Forskriften stadfester på denne måten de mål regjeringen har satt seg gjennom Omsorgsplan 2015 og oppfyller forpliktelsen om en verdighetsgaranti som det var enighet om i avtalen mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre om konkretiseringer av Omsorgsplan 2015.

5. Økonomiske og administrative konsekvenser

Lov- og forskriftsforslaget utgjør både en presisering og utdyping av dagens rettstilstand. Endringene presiserer rettigheten til tjenestetilbudet for eldre. Med dette

vil eldres rettstilstand styrkes og dermed medføre et forsterket tjenestetilbud til denne brukergruppen. Lovbestemmelsen må ses i sammenheng med innholdet i forskriften og de føringer for innholdet i tjenestetilbudet som angis der. De økonomiske konsekvensene av forslaget for enkeltkommuner vil avhenge av hvordan dagens tjenestetilbud er utformet i den enkelte kommune. Det er derfor vanskelig på det nåværende tidspunkt å anslå samlede kostnader for det offentlige av endringene. Departementet vil utrede slike konsekvenser nærmere. Kommunene vil gjennom de frie inntektene bli kompensert for merkostnader som følger av forslagene i lov og forskrift. Det legges til grunn at veksten i kommunenes frie inntekter muliggjør dette. I tillegg viderefører regjeringen satsingen på tiltakene i Omsorgsplan 2015.

Regjeringen har etablert et eget investeringstilskudd til bygging av 12 000 heldøgns omsorgsplasser frem til 2015. Videre er det gjennom Demensplanen og avtalen mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre enighet om at alle kommuner tilbyr tilrettelagte dagaktivitetstilbud til demente innen 2015. Ikke alle kommuner vil ha mulighet for å oppfylle målsettingene om dette før i 2015. Det vises imidlertid til at det i St. prp 1 (2008-2009) er lagt til grunn at økningen i de frie inntekter for 2009 skal gi rom for å starte oppbyggingen av dagtilbud. Det vises også til at regjeringen har bevilget midler til utbygging av i alt 3500 heldøgns omsorgsplasser i 2008 og 2009. Sykehjem og omsorgsboliger som bygges med tilskudd fra investeringsordningen skal være tilpasset eldre personer med demens og kognitiv svikt i tråd med Demensplan 2015. Når kommunene har kommet noe lenger i utbyggingen av omsorgstjenesten i tråd med Omsorgsplan 2015 og avtalen mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre om konkretisering av Omsorgsplan 2015, vil regjeringen utvide forskriften til også å omfatte tilpassede botilbud til demente og tilrettelagte dagaktivitetstilbud.

Forskriften medfører ikke endringer i de regler som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven med hensyn til saksbehandling og klage. Når innholdet i begrepet nødvendig helsehjelp tydeliggjøres og presiseres må imidlertid klage- og tilsynsmyndighetene forholde seg til den forståelse av loven departementet har lagt til grunn i dette forslaget. Slik sett utvides grunnlaget for klage- og tilsynsbehandlingen. Forslagene vil imidlertid ikke medføre nevneverdige administrative konsekvenser.

6. Lovutkast

6.1 Forslag til endringer i kommunehelsetjenesteloven

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 2-1 skal lyde:

§ 2-1 (Rett til helsehjelp)

Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.

Enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

Forvaltningslovens regler gjelder ikke for vedtak etter paragrafen her.

For vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie gjelder likevel forvaltningslovens regler.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de likevel ikke som parter i samme sak, og en søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

7. Merknader til lovutkastet

Lovforslaget slår fast retten til et verdig tjenestetilbud. Bestemmelsen må leses i sammenheng med retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd, jf pasientrettighetslovens § 2-1. Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i gjeldende rettigheter, men departementet er av den oppfatning at det er nødvendig å fremheve begrepet verdighet, og tydeliggjøre at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helsetjeneste. På denne måten blir kommunehelsetjenesteloven § 2-1 annet ledd en tydelig presisering av det som følger av bestemmelsens første ledd. Denne utdypingen og klargjøringen, sett i sammenheng med forslagene i en ny forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) presiserer innholdet i rettigheten til tjenestetilbudet for eldre. Med dette vil eldres rettstilstand styrkes og dermed medføre et forsterket tjenestetilbud til denne brukergruppen. Dette fører til at kommunens mulighet til å avslå tjenestetilbud med begrunnelse i ressursituasjon og tilgang på personell innskrenkes.

8. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

I medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester § 4-6 foreslås følgende forskrift:

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Fastsatt ved kgl. res xx xx med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 femte ledd og sosialtjenestelovens § 4-6. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet

§ 1 Formål og virkeområde

Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forskriften får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud.

§ 2 Tjenestens verdigrunnlag

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.

§ 3 Tjenestens innhold

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider
- c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- e) Lindrende behandling og en verdig død.
- f) Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen
- h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

§ 4 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft xx xx xxxx

9. Merknader til forskriftsutkastet

Til § 1 Virkeområde og formål

Forskriften gjelder den kommunale eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Hva som til enhver tid faller inn under begrepet "eldreomsorg" må avgjøres i det konkrete tilfelle. Forskriftens fokus er rettet inn mot den eldre brukergruppen for å sikre at denne gruppen ikke kommer urimelig ut i forhold til den generelle innsatsen i pleie- og omsorgstjenesten, samt å sikre at eldre får en verdig og trygg alderdom gjennom en presisering og tydeliggjøring av kommunens plikter i utformingen av tjenestetilbudet.

Til § 2 Verdigrunnlag

Bestemmelsen gir en beskrivelse av eldreomsorgens verdigrunnlag. Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes hverdag. Det er en sentral målsetting at brukerens behov for tjenester imøtekommes gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger slik at den enkelte får tilfredsstilt sine grunnleggende behov.

Etter hvert som mennesker blir eldre reduseres ofte deres evne og mulighet til å utforme og leve sitt liv på en selvstendig måte slik de tidligere har vært vant til. Det grunnleggende utgangspunkt for all tjenesteyting er imidlertid at alle eldre så langt som mulig skal kunne leve et verdig og meningsfylt liv og i samsvar med egne ønsker og behov. De kommunale pleie- og omsorgstjenester må innrettes slik at forholdene legges til rette for dette.

Til § 3 Tjenestens innhold

Et verdig tjenestetilbud sikres gjennom en helhetlig tilnærming til brukerens behov. Bestemmelsen tar utgangspunkt i de tjenester kommunen er forpliktet til å tilby i medhold av kommunehelsetjenesteloven og innenfor de rammer tjenesten opererer i. Bestemmelsen gir anvisning på tiltak som skal sikre en eldreomsorg bygget på det verdigrunnlag som er angitt i § 2.

Boformer

Eldre pleietrengende er ingen homogen gruppe. Pleiebehovet vil variere fra person til person. Dette gjelder både hva slags type pleie den enkelte har behov for, og omfanget av behovet for hjelp. Noen vil ha behov for heldøgns pleie og omsorg, mens andre bare har behov for hjelp noen timer i uken. Samtidig har denne gruppen ulike ønsker når det gjelder boforhold. Enkelte ønsker den tryggheten en institusjonsplass kan gi, mens andre ønsker å få bo hjemme i eget hus eller i en tilpasset bolig (omsorgsbolig) med den mulighet det gir for selvbestemmelse og privatliv. De fleste eldre klarer seg selv og bor i egen bolig. Etter hvert som hjelpebehovet øker, bør det ut fra individuelle vurderinger tilrettelegges for enten enkeltvis eller kombinasjoner av omsorgstjenester som hjemmehjelp, hjemmesykepleie, omsorgsbolig med heldøgns tjenester, avlastningsopphold, dagtilbud, korttidsopphold og langtidsopphold på sykehjem. Det er viktig at utmålingen av omsorgstjenester også gjøres med tanke på å forebygge ytterligere funksjonssvikt. Et helhetlig omsorgstilbud vil forutsette fleksible løsninger for hvor eldre mennesker skal motta omsorg, og dermed hvilket omfang av tjenester de skal motta.

Kosthold

Mat og ernæring er en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet. Gode mattilbud og kostholdsveiledning er viktig både av forebyggings- og behandlingshensyn.

Et normalt liv

Alle skal ha rett til et mest mulig normalt liv, med en normal døgnrytme og nødvendig hjelp til personlig hygiene. Inn under dette faller også retten og muligheten til å komme seg ut i friluft. Det må legges vekt på brukermedvirkning, og samarbeidet bør inkludere pårørende så langt dette er hensiktsmessig.

Samtaler om eksistensielle spørsmål

Eldre mennesker kan oppleve eksistensielle utfordringer eller kriser. Alle som ønsker det bør få tilbud om samtale om eksistensielle spørsmål. Slike samtaler kan utføres av sykepleier, psykolog, vernepleier, sosionom, lege, prest/diakon, frivillige, pensjonister m.fl. Verdig omsorg handler også om å sikre de eldres ikke-materielle behov.

Lindrende behandling og en verdig død

Tilgang på helsepersonell med kompetanse i palliativ behandling i kommunene er av stor betydning for en verdig avslutning av livet. Det er viktig å satse på tiltak for å sikre mennesker en verdig død, der både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov ivaretas.

Mulighet til å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen

Rehabiliteringstilbudet i kommunene må styrkes. Rehabilitering vektlegges i altfor liten grad, mange eldre mennesker føler de ikke får muligheten til å gjenvinne sine tapte funksjoner etter sykdom eller skade. De taper dermed sin selvstendighet og mulighet til å klare seg mest mulig selv. Rehabiliterende omsorg innebærer å vektlegge sterkere den enkeltes potensial. Rehabilitering må inngå mer integrert i eldreomsorgen.

Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell

Retten til nødvendig helsehjelp og retten til et verdig tjenestetilbud medfører også at kommunen har plikt til å sørge for at brukerne får nødvendig og forsvarlig oppfølging av lege og annet helsepersonell. Pliktens innhold skal være tilpasset brukerens behov. Dette medfører at det må vurderes konkret hva slags kompetanse som er relevant for å imøtekomme brukerens behov. Det er viktig å sikre kompetanse på eldres helse.

Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom så langt dette er mulig

Eneromsdekningen var i 2007 på 96 prosent, hvilket medfører at de alle fleste vil få enerom dersom de ønsker det. Den resterende kapasiteten bør antagelig reserveres for ektefeller eller andre som ønsker å bo sammen.