



NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1995:14

Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner

*Somatiske spesialsykehjem, psykiatriske
sykehjem og psykiatrisk privatpleie*

Utredning fra en styringsgruppe nedsatt
av Sosialdepartementet

Avgitt til
Sosial- og helsedepartementet 5. april 1995.

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKNING

OSLO 1995

Til Sosial- og helsedepartementet

Med dette overleveres utredningen fra prosjektet Gjennomgangen av de fylkeskommunale langtidsinstitusjoner, somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og privatpleien til Sosial- og helsedepartementet.

Utredningsarbeidet har vært organisert som to delprosjekter - ett for de somatiske spesialsykehjemmene og ett for de psykiatriske sykehjemmene og privatpleien - med en felles styringsgruppe.

Oslo, 5. april 1995

KAPITTEL 1

Innledning

1.1 BAKGRUNN

Det er i løpet av de siste tyve år skjedd en omfattende desentralisering av helsetjenester i Norge. Ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene for ulike typer av helsetjenester er blitt gjort klarere og mer forpliktende. Det generelle prinsipp som er fulgt når det gjelder fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommuner og fylkeskommuner, er at kommunene har fått hovedansvaret for pleie, omsorg, botilbud og allmenne helsetjenester, mens fylkeskommunene har fått ansvaret for å yte spesialiserte helsetjenester.

Kommunehelsetjenesteloven fra 1982 er utformet etter dette prinsippet, og slår fast at kommunene skal sørge for allmenne helsetjenester for befolkningen; inkludert allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleietjeneste med helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, samt avlastningstiltak. Fra 1988 er kommunenes ansvar for omsorgstjenester ytterligere understreket, ved at kommunene også fikk ansvaret for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie. Fra 1. januar 1995 er jordmortjenesten og allmennhelsetjenester for innsatte gjort obligatorisk i kommunene.

Prinsippet for fastsetting av ansvar mellom forvaltningsnivåene i ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede har vært det samme. Det tidligere Helsevernet for psykisk utviklingshemmede var definert som en spesialisthelsetjeneste og var forankret i sykehusloven. Ved gjennomgang av HVPU-institusjonene ble det imidlertid klart at de tjenestene som institusjonene ga i liten grad kunne ansees som spesialisthelsetjenester, og at klientene primært hadde behov for allmenne tjenester - boliger med hjemmebasert omsorg, undervisning, rehabilitering, sosial trening osv, tjenester som kommunene har et normalt ansvar for gjennom kommunehelsetjenesteloven, lov om sosial omsorg og grunnskoleloven. Den institusjonsbaserte omsorgen ga ikke tilfredsstillende tilgang til slike tjenester, samtidig som institusjonsoppholdene førte med seg en rekke uheldige konsekvenser for beboerne. For å bedre beboernes livssituasjon og gi dem tilfredsstillende tilgang til helse- og sosialtjenester, ble HVPU nedlagt som fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste, og kommunenes allmenne ansvar gjort gjeldende også for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Fylkeskommunene har fortsatt ansvar for en del institusjoner der beboerne bor over lang tid. Det gjelder de somatiske spesialsykehjemmene hvor fylkeskommunenes ansvar er fastsatt i sykehuslovens § 1, og det gjelder psykiatriske sykehjem, ettervern og langtidspensjonater hvor ansvaret er fastsatt i § 1 i lov om psykisk helsevern og regulert av egne forskrifter hjemlet i loven. Videre er psykiatrisk vern i privat forpleining regulert av sistnevnte lov og dermed juridisk definert som en fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste.

Om disse tjenestene i sitt innhold kan ansees som spesialisthelsetjenester, vil variere fra institusjon til institusjon. Når det gjelder psykisk utviklingshemmede, har kommunene til dels påtatt seg vanskelige og kompliserte omsorgsoppgaver. Det har derfor oppstått en viss motsetning mellom det ansvar som kommunene har fått når det gjelder faglig krevende oppgaver for psykisk utviklingshemmede, og kommunenes manglende ansvar for omsorg som ytes i visse institusjoner og i privatpleien. Selv om virksomheten disse stedene formelt er definert som spesialisthelsetjenester, består den mange steder i stor grad av pleie, omsorg og allmenne tjenester som kommunene ellers har ansvar for.

Tydeligst kommer dette misforholdet mellom en tjenestes reelle faglige innhold og dens formelle lovmessige status som spesialisttjeneste til syne når det gjelder psykiatrisk privatpleie. Selv om privatpleien er hjemlet i lov om psykisk helsevern, er det få som vil hevde at tjenesten reelt er en spesialisthelsetjeneste - det eneste faglige krav til tjenesten som er forskriftsbestemt er at pasienten skal ha tilsyn fra lege eller annet helsepersonell minst fire ganger i året. Dette i motsetning til det omfattende tilbudet om helsetjenester som kommunene yter i hjemmebasert omsorg og kommunale institusjoner til eldre, psykisk utviklingshemmede og andre. Vi har altså den situasjon at grensen mellom hva som er definert som henholdsvis allmenne og spesialiserte tjenester har utviklet seg ulikt for forskjellige grupper og i de forskjellige deler av helsevesenet.

At grensdragningen mellom allmenne og spesialiserte tjenester varierer fra felt til felt, gjør at også ansvarsforholdene blir uklare. Den manglende prinsipielle grenseoppgangen mellom kommunalt og fylkeskommunalt ansvar resulterer i en rekke *gråsoneproblemer*. Det vil si uenighet mellom kommune og fylkeskommune om hvem som har ansvar for en bestemt tjeneste eller klient. Fordi kommunen og fylkeskommunen ikke på egen hånd klarer å bli enige om ansvarsfordelingen i konkrete enkelttilfeller, blir slike saker ofte forelagt Sosial- og helsedepartementet. Det er neppe hensiktsmessig å fortsette å forsøke å løse disse sakene enkeltvis. I stedet bør den allmenne ansvarsfordelingen mellom kommuner og fylkeskommuner konkretiseres og klargjøres og gjennomføres så konsekvent innen de ulike tjenesteområder at gråsonesaker i minst mulig grad oppstår.

Gjeldende prinsipper for ansvarsfordeling har som forutsetning og utgangspunkt at brukergruppenes behov for allmenne tjenester, inkludert pleie, omsorg og botilbud, best dekkes i den kommunale helse- og sosialtjenesten, supplert av fylkeskommunale spesialisthelsetjenester. Det er mange grunner til at denne allmenne ansvarsfordelingen vanligvis ansees å være til det beste for pasienter og brukere. Dersom det ikke foreligger helt spesielle grunner, vil de fleste brukere oppleve det som en stor fordel at tjenestene kan ytes i hjemmet eller eventuelt i annen bolig eller institusjon nær hjemmemiljøet. Lange institusjonsopphold har en rekke uheldige konsekvenser, bl a i form av isolasjon fra venner og familie, minsket selvhjulpenhet osv, og de uheldige konsekvensene blir gjerne mer følbare jo lenger unna hjemmemiljøet institusjonen ligger.

Gjeldende ansvarsfordeling tar nettopp utgangspunkt i dette. Det er i en rekke offentlige dokumenter argumentert for *normalisering* av tilværelsen for brukere av helsetjenester. Dette forutsettes å skje ved *integrering* av brukerne i nærmiljøene, slik at de kan bo hjemme eller så nær hjemmet som mulig og motta nødvendige tjenester i størst mulig grad fra det ordinære tjenesteapparatet i kommunene.

Når det gjelder mennesker med psykiske lidelser, ble disse prinsippene fremhevet allerede i 1981 i et felles rundskriv fra fire departementer - Administrasjonsdepartementet, Kirke- og undervisningsdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sosialdepartementet (rundskriv I-1030). Når dette allikevel har hatt vanskelig for å slå igjennom, skyldes det antakelig at psykisk helsevern tradisjonelt har utgjort en tung institusjonssektor som har gitt «totale tilbud» til sine pasienter - bolig, pleie, omsorg, sosiale tilbud og aktivisering «i en pakke». Fordi fylkeskommunene tradisjonelt har gitt disse tilbudene, har kommunene i mindre grad enn for mange andre grupper følt et direkte ansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser, på tross av de generelle prinsippene som har vært nedfelt i kommunehelsetjenesteloven og tidligere lov om sosial omsorg. Noe av det samme kan hevdes for pasientene ved de somatiske spesialsykehjemmene, hvor kommunene også i noen grad er blitt skjermet fra å ta ansvar fordi institusjonene har fungert som mer eller mindre varige oppholdssteder.

På tross av dette gir kommunene i stor grad tilbud til pasienter med alvorlige fysiske funksjonshemninger og alvorlige psykiatriske lidelser. Hoveddelen av disse pasientene bor idag i kommunene og mottar kommunale helse- og sosialtjenester. Fra kommunenes side hevdes det ofte at de ikke har fått tildelt økonomiske midler i tråd med de nye oppgavene.

I forbindelse med sykehjemsreformen i 1988 ble det vurdert også å overføre ansvaret for de somatiske spesialsykehjemmene og de psykiatriske sykehjemmene til kommunene. Dette ble avvist, og det ble bekreftet at fylkeskommunene skulle ha ansvaret for disse institusjonstypene. Dette har vært sterkt medvirkende til å befeste oppfatningene om at fylkeskommunene burde ha et generelt ansvar for de aktuelle pasientgruppene.

Helsedirektoratet har i flere år gått inn for en omstrukturering av landets psykiatriske sykehjem. I direktoratets utredning om «Nye alternativer i psykiatrien» som ble sendt fylkeskommunene i 1985 ble det anbefalt å omdanne de psykiatriske sykehjemmene til aktive behandlingssentre, som sammen med lokale psykiatriske poliklinikker skal dekke behovet for spesialiserte psykiatriske tjenester på lokalsykehushnivå. Direktoratet gjennomførte i 1990 en spørreundersøkelse til landets fylkeskommuner for å få en mer konkret oversikt over hvor langt omstruktureringen var kommet. Undersøkelsen viste at av landets 134 psykiatriske sykehjem var det i 1990 bare 17 (12.7 %) som hadde gjennomført en omstrukturering i henhold til veilederen. Hele 73 institusjoner (54.5 %) hadde lagt planer for endringer i et mer langsiktig perspektiv, mens 44 institusjoner (32.8 %) ikke hadde slike planer.

I 1988 innførte Sosialdepartementet refusjonstakster for psykiatriske poliklinikker for å stimulere fylkeskommunene til økt satsing på polikliniske tjenester. Dette satte fart i utbyggingen av psykiatriske poliklinikker, og pr 1.1.94 var det 95 voksenpsykiatriske poliklinikker spredt ut over landet. Forholdene skulle dermed ligge godt tilrette for en lokal utvikling i retning av psykiatriske sentre som skissert i veilederen.

Helsedirektoratets situasjonsrapport fra 1988 om forholdene ved de somatiske spesialsykehjemmene i perioden 1985-86, viste stor variasjon mellom fylkene. Ikke alle fylker har spesialsykehjem på sine helseplaner, uten at det er grunn til å tro at det er vesentlige forskjeller mellom fylkene når det gjelder brukernes behov. Ifølge rapporten ble mange av institusjonene ikke vurdert å ha muligheter for å realisere en målsetting om aktiv rehabilitering. Undersøkelsen ble fulgt opp av direktoratet i 1991 med en forespørsel til sykehjemmene hvor de ble bedt om å redegjøre for hvorvidt de drev aktiv habilitering/rehabilitering, hvor mange korttids- og langtidsbrukere de hadde, og om fylkeskommunen hadde planer for omorganisering av spesialsykehjemmene. Svarene viste at flertallet av de fylkeskommunene som har spesialsykehjem hadde planer for omorganisering, men at prosessen foreløpig var kommet kort.

Pasientpopulasjonen i psykiatriske institusjoner og i privatpleien er kartlagt ved undersøkelser av Norsk institutt for sykehusforskning i 1979, 1984 og 1989. Mens det har vært en radikal nedgang av langtidspasienter i psykiatriske sykehus, har populasjonen ved de psykiatriske sykehjemmene holdt seg forholdsvis konstant. Over 80 % av de 3780 pasientene i psykiatriske sykehjem ved siste registrering i 1989 var langtidspasienter der siste opphold hadde vart over ett år. Ved undersøkelsen av de somatiske spesialsykehjemmene i 1988 hadde over 2/3 av pasientene vært ved institusjonen i mer enn 5 år. Ved de psykiatriske institusjonene ble personalet også bedt om å gi en vurdering av hva som ville være faglig riktig nivå av behandling og omsorg for hver enkelt pasient etter seks måneder. Etter personalets vurderinger i 1989 burde om lag halvparten (49 %) av pasientene ha tilbud i egne boliger eller innen kommunale omsorgstjenester et halvt år etter at undersøkelsen ble fore-

tatt. Ved undersøkelsen av forholdene ved de somatiske spesialsykehjemmene, ble mellom 2 % og 20 % av pasientene vurdert å kunne flytte, avhengig av type spesialsykehjem. På bakgrunn av tidligere undersøkelser kan det altså synes som om det er et misforhold mellom tilbudene ved en del institusjoner og pasientenes behov.

En rekke fylkeskommuner har tatt skritt for å omdanne sine langtidsinstitusjoner til mer aktive behandlings- og rehabiliteringssentre, i tråd med sentrale statlige signaler og i samarbeid med kommunene. Mange kommuner har tatt på seg betydelige oppgaver og lagt forholdene til rette for tilbakeføring av innlagte pasienter. Prosessene er imidlertid blitt vanskeliggjort av den uklare grenseoppgangen mellom kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Derfor ønsker staten nå ikke bare å kartlegge problemene, men aktivt utrede forslag til løsninger og tiltak og ta skritt for å iverksette disse.

1.2 GRUPPER SOM OMFATTES AV UTREDNINGEN

Som nevnt har fylkeskommunene fortsatt ansvar for en del langtidsinstitusjoner - somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og ettervernshjem, og psykiatrisk privatpleie. De somatiske spesialsykehjemmene har pasienter med alvorlige fysiske funksjonshemninger, mens de psykiatriske institusjonene har pasienter med psykiske lidelser.

Antall mennesker med fysiske eller psykiske funksjonshemninger i Norge er vanskelig å tallfeste, og er avhengig av hvordan vi avgrensner disse gruppene. Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994-97 definerer funksjonshemning slik: Funksjonshemning er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for å etablere en selvstendig og sosial tilværelse. NOU 1993:17 Levekår i Norge avgrensner funksjonshemmede til personer i alderen 16-66 år som mottar uførepensjon og/eller grunn- eller hjelpestønad, eller som ikke uten hjelp klarer grunnleggende daglige gjøremål som dagligvareinnkjøp eller vask og rengjøring av bolig. Med denne avgrensningen er om lag en av ti i yrkesaktiv alder funksjonshemmet.

De funksjonshemningene som i størst grad er representert blant pasientene i somatiske spesialsykehjem er multippel sklerose (22 %), andre nevrologiske lidelser (15 %) inkludert epilepsi med multihandikap og cerebral parese (18 %). Mindre pasientgrupper er døve med tilleggshandikap, multihandikappede og hjerneskadde etter ulykker og slag.

Det er ca 6000 mennesker som er rammet av *multippel sklerose* i Norge. Sykdommen er kronisk og angriper deler av sentralnervesystemet, slik at funksjonene svekkes raskt eller gradvis. Funksjoner som rammes er bevegelse, syn, tale, tarmbevegelse og vannlating. For noen ender sykdommen med total lammelse.

Ca 40.000 mennesker i Norge lider av *epilepsi*, dvs tilbakevendende epileptiske anfall på grunn av funksjonsforstyrrelser i hjernen. De fleste med epilepsi har aldri vært i institusjon og kan fungere godt med medisiner. Epileptikerne i spesialsykehjemmene er sterkt epilepsilidende og har multihandikap på grunn av fallskader eller de store påkjenningene på kroppen som anfallene gir. Mange blir gradvis mentalt retarderte og kan bli desorienterte og sterkt pleietrengende, mens andre i perioder kan bli hyperaktive eller få autistiske trekk.

Det fødes ca 100 barn hvert år i Norge med *cerebral parese*. CP er en hjerne-skade som oppstår før, under eller etter fødselen med varierende symptomer som bevegelsehemninger, epilepsi, sanse- og språkforstyrrelser. Hjerneskadene kan også medføre stoffskiftesykdommer som for noen leder til omfattende hjelpebehov. Mange av pasientene med CP som er i *institusjon* trenger hjelp til det meste. Noen kan kommunisere via datamaskin.

Det antas å være ca 300.000 *hørselshemmede* i Norge. Et lite antall døve bor i somatiske spesialsykehjem, og disse har andre funksjonshemninger i tillegg. Det kan være cerebral parese, lett mental retardasjon, adferdsproblemer, autistiske trekk, mv.

Forekomsten av diagnostiserbare *psykiske lidelser* varierer i ulike studier mellom 9 og 19 % av befolkningen. Den overveiende delen utgjøres av ulike typer av nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser, mens det er vanlig å regne med at ca 2 % av befolkningen lider av psykotiske tilstander. Litt under halvparten av disse har en schizofrenidiagnose.

Det er vanskelig å bedømme en persons funksjonshemning bare ut fra diagnosen, og personer med samme diagnose kan fungere svært ulikt. Likevel er det klare forskjeller mellom mennesker med psykotiske lidelser og andre. Personer som er psykotiske lider av bristende virkelighetsoppfatning som kan ta form av hørselshallusinasjoner, vrangforestillinger, forfølgelsestanker, mistenksomhet og angst. Over tid leder symptomene ofte til passivitet og vansker med å mestre livet på ulike måter. Mange lar seg behandle slik at de kan leve relativt symptomfritt i sine egne hjem, men dette forutsetter ofte medikamentell behandling og annen oppfølging og støtte. Psykiatriske *langtidspasienter* er de som på tross av behandling ikke gjenviner evnen til å mestre livet uten vedvarende behandling, omsorg og støtte. Tidligere ble disse i stor grad værende i institusjoner hele livet. Idag lever den helt overveiende delen ute i samfunnet med sine lidelser og er innlagt i kortere perioder i psykiatrisk sykehus eller psykiatrisk sykehjem eller senter.

Langtidspasienter kalles også de *fysisk funksjonshemmede* som har vært i somatisk spesialsykehjem eller vanlig kommunalt sykehjem over lengre tid, og som har et varig botilbud ved institusjonen uten at det er hensikten at de skal flytte «hjem». Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå var det i 1992 1800 mennesker under 67 år i kommunale sykehjem og aldersinstitusjoner. De fleste av disse antas å være fysisk funksjonshemmede med «varige botilbud». Ifølge kartleggingen av de somatiske spesialsykehjemmene var det i 1993 405 personer ved disse som kan betegnes som langtidspasienter.

Å tallfeste gruppen *psykiatriske langtidspasienter* vil alltid by på avgrensingsproblemer. Selv om epidemiologiske undersøkelser angir at 1-2 % av befolkningen har alvorlige psykiske lidelser (dvs 40.000 til 80.000 mennesker), vil ikke alle disse være psykiatriske langtidspasienter i den betydning at de mer eller mindre kontinuerlig har behov for helse- og sosialtjenester, og mange vil i perioder være selvhjulpne. I den omfattende svenske utredningen om tjenester til psykiatriske langtidspasienter som ble foretatt fra 1989 til 1992 (SOU 1992:73 Vålfärd och valfrihet), ble en streng avgrensning av langtidspasientene lagt til grunn, og regner med 20.000 psykiatriske langtidspasienter i Sverige. Kriteriet er da antall uføretrygdede og langtidssyke som er trygdet eller sykemeldt med en psykosediagnose. Overført til Norge skulle det bli ca 10.000 personer. Tallet stemmer godt med opplysninger fra Rikstrygdeverket (RTV) i Norge. Ifølge RTV var det 31. desember 1993 i Norge 10.847 personer som var uføretrygdet med en alvorlig psykiatrisk lidelse. Færre pasienter enn dette er innlagt i institusjon. Det var ca 4.200 psykiatriske pasienter som hadde vært innlagt over ett år i psykiatrisk institusjon i Norge. Av disse var ca 1.400 innlagt i psykiatrisk sykehus og ca 2.800 innlagt i psykiatrisk sykehjem. I tillegg var ca 1.500 pasienter i dagbehandling, og 500 pasienter i privat psykiatrisk forpleining.

De funksjonshemmede har generelt dårligere levekår enn normalbefolkningen, men forskjellene innen gruppen er store. I gruppen funksjonshemmede stiller langtidspasientene på institusjon svakest når det gjelder mange mål på livskvalitet. Mange av dem mangler egen bolig. Langtidspasientene er oftere enslige, har kortere

utdanning, mindre arbeidserfaring og har mindre nettverk i form av venner og omgang med familie. Inntektene er vesentlig lavere enn for befolkningen ellers, og de er i stor grad avhengig av offentlige ytelser.

Årelange opphold på institusjoner gir en rekke negative bieffekter. Den diagnostiske kulturen er med på å fremheve pasientens symptomer og sykdomsbilde fremfor vekstmulighetene. Institusjonene har i større eller mindre grad autoritære trekk, og institusjonens «totalomsorg» for pasientene leder ofte til passivisering og hjelpeløshet. Pasientenes valgmuligheter er begrenset, og kontakten med omverdenen og nettverk blir lett skadelidende.

Psykiatriske langtidspasienter som er *utskrevet* fra institusjon beskrives ofte som ensomme og forlatte med mangelfull oppfølging. Fra USA vises det til at mange psykiatriske pasienter er hjemløse og lever på gatene i storbyene, og også fra Oslo rapporteres det om økende antall psykiatriske pasienter blant de bostedsløse. Livskvaliteten til psykiatriske langtidspasienter etter utskrivning er selvsagt avhengig av hva slags tilbud de får. Når sosial nød blant psykiatriske pasienter i USA trekkes fram som en følge av avinstitusjonaliseringen, glemmes det ofte at heller ikke bildet i dette landet er entydig. I enkelte stater der en har satset på målrettet lokalsamfunnspsykiatri er problemet med hjemløse psykiatriske pasienter som ikke fanges opp av hjelpeapparatet langt mindre utbredt.

Fra Norge har vi enkelte undersøkelser av situasjonen for psykiatriske langtidspasienter etter utskrivning fra institusjon. I Hedmark ble 23 langtidspasienter utskrevet fra psykiatrisk sykehjem og disse flyttet til egen bolig i hjemkommunen. I en etterundersøkelse ett år etter utflyttingen ble pasientene intervjuet om sin nye situasjon. De fleste fremhevet friheten til selv å bestemme over sitt eget liv som et viktig gode, dernest det å ha egen bolig med bedret materiell standard, og å ha egen økonomi (trygd). De fleste hadde fått økt kontakt med venner og familie, og en del hadde tatt opp igjen kontakter som hadde vært brutt under flere tiår med institusjonsliv. Bare en person ønsket seg tilbake til institusjon. Forutsetningen for et såpass bra resultat var selvsagt en viss innsats i form av kommunale tjenester, men i gjennomsnitt mottok gruppen bare ca 10 timer hjelp pr uke. Kostnadene ved dette var vesentlig lavere enn institusjonskostnadene, samtidig som livskvaliteten ble vesentlig bedret.

En etterundersøkelse fra 1994 av 34 eldre psykiatriske langtidspasienter som hadde flyttet fra Blakstad sykehus konkluderte likeledes med at pasientene hadde fått vesentlig bedret livssituasjon og bedre kontakt med familie og nettverk etter utskrivningen. Også i dette tilfellet ønsket bare en pasient seg tilbake til sykehuset.

Tilsvarende systematiske undersøkelser av utskrivning fra somatiske spesialsykehjem finnes ikke. Noen institusjoner har imidlertid fått endel erfaring fra utflytting av fysisk funksjonshemmede langtidspasienter.

Det som fremheves som viktig for vellykket utskrivning av langtidspasienter er god oppfølging etter utskrivning, noe som innebærer særlig innsats fra kommunehelsetjenesten og kontinuitet i kontaktforholdet mellom hjelpere og brukere.

I tillegg er det viktig at spesialisthelsetjenesten yter tilstrekkelig støtte til kommunehelsetjenesten i form av konsultasjon, råd og veiledning, og at kommunehelsetjenesten har den trygghet det er å vite at spesialisthelsetjenesten kan konsulteres og evt ta imot pasienten på kort varsel til kortvarig opphold dersom pasientens tilstand forverres.

1.3 MÅLSETTING

Ansvarsfordelingen mellom kommuner og fylkeskommuner når det gjelder pasienter i langtidspasienter har ikke fulgt med utviklingen på mange andre områder

av helse- og sosialvesenet. Den vesentligste grunnen til å rydde opp i dette er hensynet til pasientene. Også langtidspatientene bør få en så normalisert livssituasjon som mulig.

1. Den daglige hjelpen bør gis i brukerens hjem eller så nær hjemmet som mulig. Respekt for individets integritet, selvstendighet og valgfrihet ivaretas mer naturlig i en normalisert livssituasjon i egen bolig.
2. Brukerne må få del i vanlige offentlige velferdsgoder.
3. Hjelpen bør gis i så frivillige former som mulig.
4. Hjelpen bør være hjelp til selvhjelp fremfor passiviserende pleie og tilsyn.
5. Aktiv oppfølging og tilgang til kommunale hjelpetjenester er en forutsetning for vellykket tilbakeføring fra institusjon og bedret livskvalitet.

Foreliggende utredning tar utgangspunkt i de generelle helsepolitiske målsetningene som er nedfelt i offentlige dokumenter og reformer de siste år, som innledningsvis er skissert. Målet for prosjektet er å få vurdert de behandlingstilbud som gis ved de fylkeskommunale spesialsykehjemmene og privatpleien opp imot pasientenes behov for tjenester og livskvalitet, og de prinsipper som ellers gjelder for ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. Med utgangspunkt i vurderingene fremmes det forslag til tiltak som skal bidra til å sikre at ansvarsfordelingen innenfor dette området blir i overensstemmelse med de prinsipper som ellers gjelder for ansvarsfordeling for helse- og sosialtjenester, for at pasienter og brukere skal få tilfredsstillende behandling og omsorg på riktig nivå.

Sosial- og helsedepartementet fastsatte følgende *hovedmål* for utredningen:

«Vurdere behandlingstilbudene ved de fylkeskommunale spesialsykehjemmene og privatpleien i lys av generelle helsepolitiske målsetninger, allmenne prinsipper for ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene, og brukernes behov. Fremme forslag til tiltak som sikrer at ansvarsfordelingen blir i overensstemmelse med de prinsipper som ellers gjelder, for at pasienter og brukere skal få tilfredsstillende behandling og omsorg på riktig nivå.»

Som ledd i dette ble følgende *delmål* fastsatt:

- Å innhente og systematisere data om somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og privatpleien. Vurdere den behandling, rehabilitering og omsorg som pasientene får og deres egne ønsker.
- Å avklare og tydeliggjøre tjenesteansvaret mellom forvaltningsnivåene for pasienter som er innlagt ved somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og i privatpleien.
- Å vurdere behovet for lov- og forskriftsendringer.
- Å vurdere økonomiske ordninger i forhold til de forslag som fremmes.

1.4 ORGANISERING AV PROSJEKTET OG ARBEIDET

Utredningsarbeidet har vært organisert som et prosjekt. Prosjektet har bestått av to delprosjekter - et prosjekt for de somatiske spesialsykehjemmene, og et prosjekt for de psykiatriske sykehjemmene, ettervernshjemmene og privatpleien. Delprosjektene har hatt en felles styringsgruppe, og arbeidet ut fra felles målsetning.

Sosialdepartementet oppnevnte styringsgruppe bestående av

- Rådgiver, senere avdelingsdirektør Britt Venner, Sosial- og helsedepartementet, Helseavdelingen, leder av styringsgruppen
- Rådgiver Alf Hagelin, Sosial- og helsedepartementet, Sosialavd II, senere avløst av rådgiver Tor A. Karlsen fra samme avdeling
- Fagsjef Frode Larsen, Statens helsetilsyn

- Førstekonsulent Bjørn I. Hoem, Statens helsetilsyn
- Spesialkonsulent Anne Marie Hærnes, Kommunenes Sentralforbund, senere avløst av spesialkonsulent Magne Hustad, Kommunenes Sentralforbund.

Siden ble gruppen utvidet med

- Førstekonsulent Helle Sekkesæter, Kommunal- og arbeidsdepartementet
- Førstekonsulent Jan Berg, Sosial- og helsedepartementet, Helseavdelingen
- Førstekonsulent Hans-Jacob Sandsberg, Sosial- og helsedepartementet, Helseavdelingen, avløst av konsulent Niklas Hayes fra samme avdeling

Hilde Moe ble tilsatt som utredningsleder for delprosjektet for de somatiske spesialsykehjemmene. Arild Gjertsen (prosjektleder) og Ingeir Raukleiv (rådgiver) ble tilsatt for delprosjektet for de psykiatriske sykehjemmene og privatpleien.

Prosjektet fikk en tidsramme på to år fra 1. januar 1993. Målsettingen for prosjektet er presentert for sentrale aktører og interessenter. Det har vært møter med Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (representert ved sekretariatet og ved Norsk Forening for Mental Helse og Cerebral-Parese foreningen), og med Rådet for funksjonshemmede.

Landets kommuner og fylkeskommuner ble informert om utredningen ved rundskriv I-47/92 av 14. desember 1992. Prosjektplan ble sendt landets kommuner og fylkeskommuner ved rundskriv I-19/93 av 28. april 1993.

I tråd med det første delmålet for prosjektet, ble det våren 1993 sendt ut spørreskjemaer til samtlige av landets 132 psykiatriske sykehjem og sentre, 16 psykiatriske ettervernshjem, 2 psykiatriske langtidspensjonater og 32 somatiske spesialsykehjem. Spørreundersøkelsene kartla institusjonenes tilbud og pasientpopulasjonene ved de nevnte psykiatriske institusjonene pr 1. mai 1993, og ved de somatiske spesialsykehjemmene pr 15. juni samme år. I august 1993 gikk det ut spørreskjemaer til leger som førte tilsyn med pasienter i privat psykiatrisk forpleining, slik at en tilsvarende kartlegging av disse pasientene ble foretatt pr 1. september 1993. Etter purringer har alle institusjoner og alle tilsynsleger for pasienter i privatpleien svart, slik at svarprosenten for alle de tre spørreskjemaundersøkelsene er 100 %. Våren 1994 ble gjennomgangen av institusjonene utvidet ved at fylkeslegene ble bedt om å utarbeide rapporter med kvalitative vurderinger av alle psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og somatiske spesialsykehjem i hvert fylke.

Styringsgruppens forslag er utformet på bakgrunn av resultatene fra kartleggingene, drøfting av prinsippene for ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner, og vurderinger av hvilke ordninger som best vil sikre langtidspasientene tilgang til nødvendige helse- og sosialtjenester. Det vises til sammendraget i "[Sammendrag](#)" i kapittel 2 og til øvrige kapitler.

Foreliggende utredning avgis til Sosial- og helsedepartementet. Styringsgruppen forutsetter at utredningen med forslag sendes på bred høring til berørte parter. Utredningen inneholder forslag om omfordeling av midler som er basert på beregninger av hva tjenester til institusjonspasienter vil koste når de skal få tilbud i kommunene. Det er betydelig usikkerhet ved disse beregningene. Dersom en følger utredningens forslag om å overføre ansvar og midler til kommunene for visse pasientgrupper, bør det gjennomføres en evaluering etter en tid. Evalueringen bør både undersøke om pasientenes livskvalitet og tilgang til tjenester er blitt tilfredsstillende, og etterprøve utredningens overslag over kommunenes kostnader.

KAPITTEL 2

Sammendrag**2.1 PROBLEMSTILLING**

Ansvarsdelingen for sosial- og helsetjenester er basert på at kommunene har hovedansvaret for pleie, omsorg, botilbud og allmenne helsetjenester, mens fylkeskommunene har ansvaret for å yte spesialiserte helsetjenester. Fordeling av ansvar mellom forvaltningsnivåene oppleves imidlertid ikke som tilstrekkelig klart for enkelte pasientgrupper.

Blant annet har fylkeskommunen ansvar for en del langtidsinstitusjoner. Det gjelder somatiske spesialsykehjem som er fastsatt i lov om sykehus § 1, og psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og langtidspensjonater og private forpleiningssteder fastsatt i § 1 i lov om psykisk helsevern.

Disse institusjonene har bl a av historiske grunner hatt pasientgrupper som primært har hatt pleie- og omsorgsbehov, uten at dette i tilstrekkelig grad har vært sett i forhold til kommunenes ansvar slik dette fremgår av lov om kommunehelsetjenesten og lov om sosiale tjenester. Innholdet i de tjenestene som institusjonene har skullet yte og hva slags pasienter de skulle ta imot har vært lite spesifisert.

Særlig har det vært (og er fortsatt) uenighet om hvilket forvaltningsnivå som er ansvarlig for pasienter som har behov for omfattende pleie, omsorg og tilsyn. Det har også vært uklarhet om spørsmålet om når en pasient er å anse som ferdigbehandlet i fylkeskommunal institusjon, og hvilket ansvar de to parter har for oppfølging etter utskrivning. Dette har ført til diskusjoner og til dels konflikter om ansvaret for enkeltpasienter. En av grunnene til dette er at en i kommunene har opplevet ansvaret for disse pasientene som delvis nye oppgaver som tidligere har vært dekket av fylkeskommunene, uten at kommunene har fått tildelt økte midler til å ivareta oppgavene.

Den viktigste konsekvensen er at uenighet om ansvar kan påføre pasienter og pårørende unødige ekstra påkjenninger i en allerede vanskelig situasjon. Dernest er den mest umiddelbare og synlige konsekvensen feilplassering av pasienter.

2.2 KARTLEGGINGEN

For å kunne vurdere den fylkeskommunale langtidsomsorgen og hva slags tjenester som gis, samt hva slag tjenester pasientene har behov for, ble det i 1993 foretatt en kartlegging av alle institusjonene og alle pasienter som var innlagt i somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og langtidspensjonater, og den psykiatriske privatpleien.

Kartleggingen omfattet 32 somatiske spesialsykehjem og 149 psykiatriske langtidsinstitusjoner, samt 507 pasienter med kontrakter om privat psykiatrisk forpleining.

De somatiske spesialsykehjemmene hadde 237 korttidspasienter, 393 langtids-pasienter og 170 dagpasienter (flere deler en plass). Driften av de somatiske spesialsykehjemmene var i 1993 budsjettet med 390 mill kr. 5 fylker hadde ikke spesialsykehjem.

15 spesialsykehjem hadde bare pasienter innlagt med sikte på å få varig botilbud med omsorg og pleie. Der var 9 rene rehabiliterings- og habiliteringsentre med spesialisttjenester som observasjon, utredning og behandling, som bare hadde korttidspasienter. 4 institusjoner hadde en kombinasjon av de to typer aktiviteter, der

pasientene var i adskilte kort- og langtidsavdelinger. 4 spesialsykehjem var forbeholdt tilbud til spesielle grupper (epilepsi, døve og alvorlig syke barn).

Korttidspasientene hadde i all hovedsak en innleggelsestid på under 6 måneder. Alle de 393 langtidspatientene hadde vært innlagt over 1 år. Nesten halvparten av den totale pasientpopulasjonen hadde vært innlagt over 10 år, og 20 % over 20 år. Hovedtyngden var over 50 år gamle og 40 % av pasientene i spesialsykehjemmene var over 60 år.

Personalet mente at egen bolig var det riktige tilbudet for halvparten av langtidspatientene. Omlag 60 % av hver aldersgruppe mellom 30 - 39 år, 40 - 49 år og 50 - 59 år ble vurdert å burde bo i bolig. 68 % av pasientene svarte også på dette spørsmålet, og de fleste ønsket å bo i egen bolig. Over halvparten av de som ble vurdert å kunne bo i egen bolig ble også vurdert å trenge døgnkontinuerlig tilsyn. 73 pasienter ble av fagpersonalet vurdert til å kunne skrives ut til kommunale alders- og sykehjem. Halvparten av disse var under 50 år, og flere helt ned til 20 år. 9 pasienter mente et slikt tilbud ville være ønskelig. Personalet mente de øvrige fortsatt burde være i spesialsykehjemmet.

Langtidspasientene mottok i all hovedsak pleie- og omsorgstjenester. Det var vanskelig å se ut fra kartleggingen at pasientene mottok spesialiserte tjenester av noe slag, utover besøk av tilsynslegen. De rene rehabiliterings- og habiliteringssentrene hadde et personale med variert spesialisert kompetanse.

De psykiatriske sykehjemmene, ettervernshjemmene og langtidspensjonatene hadde tilsammen 4.311 pasienter, hvorav 3.440 døgnpasienter og 871 dagpasienter. Det totale driftsbudsjettet for disse institusjonene var i 1993 1.450 mill kr.

Mange institusjoner har skiftet navn til psykiatriske sentre eller bo- og behandlingssentre e.l. Formelt skal døgnavdelinger ved slike sentre være godkjent som psykiatriske sykehjem. Når vi tar utgangspunkt i hva institusjonene er godkjent som, hadde alle fylker «psykiatriske sykehjem» - fra 3 i Østfold til 15 i Oslo. Fem fylker hadde ettervernshjem, to hadde psykiatrisk langtidspensjonat, og to fylker hadde institusjoner som var godkjent som «annen psykiatrisk institusjon».

22 institusjoner hadde bare pasienter som var innlagt for varig omsorg og pleie. Når en ser alle de psykiatriske institusjonene som omfattes av kartleggingen under ett, hadde en fjerdedel av pasientene vært innlagt over 10 år. Under halvparten av sykepleierne hadde spesialutdanning i psykiatri. Institusjonene hadde i snitt 10 timer tilsyn av psykiater pr måned. Omfanget av det somatiske legetilsynet var noe høyere.

De psykiatriske sentrene hadde mer rehabiliteringsvirksomhet og høyere antall utskrivinger enn de øvrige langtidsinstitusjonene.

2.778 eller 81 % av pasientene hadde vært innlagt over 1 år. Ifølge personalet burde halvparten av pasientene ha kommunale tilbud, og omlag en tredjedel (1200 pasienter) burde flytte til egen bolig. 17 % av pasientene burde ifølge personalet ha en kommunal alders- eller sykehjemsplass. De øvrige burde få et annet psykiatrisk tilbud, eller bli der de er.

Den psykiatriske privatpleien

I 1993 brukte fylkeskommunene totalt 56 mill kr i forpleiningsgodtgjørelse for i alt 507 pasienter i privat psykiatrisk forpleining, i gjennomsnitt 110.500 kr pr pasient.

Gjennomsnittlig tid i privatpleie er 19 år. 65 % hadde vært pasienter i psykiatriske privatpleien over 10 år, og gjennomsnittsalderen på privatpleiepasientene er 67 år. 22 pasienter ble tatt inn i privatpleien i løpet av det siste året før kartleggingen.

4,5 % eller 22 pasienter i den psykiatriske privatpleien er tvangstilbakeholdt etter § 5 i lov om psykisk helsevern. I kartleggingen ble det spurt om antall tilsynsbesøk i 1992. Det var stor forskjell i antall tilsynsbesøk pasientene fikk. 20 pasienter fikk ingen tilsynsbesøk, 19 % fikk færre enn forskriften sier (4 pr år). På den andre siden fikk pasienter der privatpleien var tilknyttet sykehus mange tilsynsbesøk.

Pasientene er i stor grad selvhjulpne, halvparten angis å ha noe behov for pleie. Få av pasientene er vurdert som egnet til å flytte i egen bolig. 14 % ønsker selv å bo i egen bolig. 80 % av pasientene ønsker å fortsette å bo der de bor. Bare 13 % er vurdert til å trenge kommunal institusjonsplass, og hele 72 % vurderes å burde fortsette i privatpleie.

Nesten hele nyrekrutteringen i Norge til privatpleie skjer under 2 sykehus (Dikemark og Lier). De øvrige fylkene har ikke hatt behov for tilsvarende tjeneste og planlegger å avvikle privatpleien over tid.

Oppsummering

Materialet viser at de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene idag yter både pleie- og omsorgstjenester og spesialisttjenester. Institusjonene varierer svært mye med hensyn til mengden av allmenne versus spesialiserte tjenester.

Helsemyndighetene har ved flere anledninger gitt klare signaler til fylkeskommunene om å legge om driften ved de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene til mer aktiv rehabilitering, habilitering, observasjon og utredning. Enkelte institusjoner har gjennomgått en omstrukturering og yter idag bare spesialisttjenester. Flere institusjoner yter en blanding av spesialiserte og allmenne tjenester. Ved en rekke institusjoner er omstruktureringen gjennomført, samtidig som en del av institusjonens plasser fortsatt er belagt av pasienter som har vært i institusjonen over lang tid, og som bare mottar pleie- og omsorgstjenester. Andre institusjoner yter bare rene pleie- og omsorgstjenester som kommunene ellers har ansvaret for.

Pasienter i de somatiske spesialsykehjemmene er fysisk funksjonshemmede som i større eller mindre grad trenger allmenne helsetjenester og rehabiliteringstiltak. Kartleggingen viser at de ikke får dette. De får heller ikke spesialiserte helsetjenester selv om de bor i fylkeskommunal institusjon som pr definisjon skal yte spesialiserte helsetjenester.

Også langtidspasientene i de psykiatriske sykehjemmene trenger først og fremst allmenne helsetjenester og rehabilitering samt normaliserte botilbud. De får i liten grad tilgang på dette når de bor i de nåværende institusjonene. Privatpleien er formelt en del av den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten, men pasientene mottar så og si ikke spesialiserte helsetjenester. Mange pasienter i privatpleie som står under tilsyn av kommunelege mottar ikke engang de fire forskriftsbestemte tilsynsbesøkene pr år.

Kartleggingen av pasientene i denne undersøkelsen viser at både i de somatiske og i de psykiatriske institusjonene synes pasientene å falle i to forholdsvis adskilte grupper. På den ene siden er langtidspasientene, som har vært i institusjonen over flere år, og som bare eller hovedsaklig får pleie- og omsorgstjenester. På den andre siden er korttidspasientene som får spesialiserte tilbud, og som er etablert i egne hjem utenfor institusjon. Mellomgruppen av pasienter med middels lange opphold, f eks 1/2 - 1 år, er forholdsvis liten.

Etter styringsgruppens oppfatning er det først og fremst nødvendig å iverksette tiltak for å sikre at langtidspasientene får de tjenestene de trenger, som hovedsaklig er pleie, omsorg og allmenne helse- og sosialtjenester. Kommunene bør derfor overta omsorgsansvaret for disse langtidspasientene. For å bidra til at dette skjer foreslås særskilte ordninger for visse grupper av langtidspasientene.

Styringsgruppen finner med bakgrunn i det foreliggende materialet at det å kunne bo i normaliserte omgivelser og ha et selvstendig liv utenfor institusjon, også vil være fordelaktig for langtidspasienter i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner og i privatpleien. Mange av de pasientene som har vært innlagt i langtidsinstitusjonene i lang tid har opplevd de uklare ansvarsforholdene på kroppen. Konsekvensene viser seg å være at tilbudet til pasientene reduseres, tjenester og tilbud de har behov for ikke ytes, og livskvaliteten forringes.

De forslag som styringsgruppen for prosjektet Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner fremmer i denne rapporten har således karakter av en engangsoperasjon for å rydde opp i ansvarsforholdene for gruppen av langtidspasienter som over mange år frem til nå er blitt værende akkumulert i institusjonene. Vi antar at nye pasienter som rekrutteres idag stort sett får mer aktiv behandling og rehabilitering. Etter styringsgruppens oppfatning er det behov for å finne økonomiske og juridiske ordninger for den gruppen som har vært innlagt over lang tid slik at de kan få de tjenester de har krav på og en bedret livssituasjon.

2.3 STYRINGSGRUPPENS FORSLAG

Styringsgruppen fremmer følgende forslag:

Ansvar for pasienter som på utredningens kartleggingstidspunkt var frivillig innlagt i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner og som hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder, overføres fra fylkeskommunene til kommunene. Ansvar for dagpasienter som hadde fått et tilbud over 12 måneder i psykiatriske langtidsinstitusjoner og dagpasienter som hadde deltatt i aktiviteter av sosial karakter i somatiske spesialsykehjem over 12 måneder på utredningens kartleggingstidspunkt blir også kommunalt.

Den psykiatriske privatpleien avvikles som fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste, og ansvaret for pasientene som på kartleggingstidspunktet var i psykiatrisk privat forpleining blir overført til kommunene.

Midler som fylkeskommunene brukte til institusjonsopphold for disse pasientene trekkes ut av rammetilskuddet til fylkeskommunene og overføres til kommunene.

Pasientene må selv kunne få velge hvor de vil bo.

Det er den kommunen der pasienten bosetter seg som blir økonomisk og praktisk ansvarlig for vedkommende, og denne kommunen får overført et øremerket tilskudd for pasienten.

Kartleggingstidspunktet foreslås som registreringsdato for å finne frem til det antall frivillig innlagte pasienter som hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder i fylkeskommunal langtidsinstitusjon, det antall psykiatriske dagpasienter og dagpasienter som hadde deltatt i tilbud av sosial karakter i spesialsykehjemmene sammenhengende over 12 måneder, og antall pasienter i privatpleien.

Ansvarsoverføringen gjennomføres fra et bestemt tidspunkt og fra dette tidspunkt får kommunene overført midler.

Fra dette tidspunktet innføres det kommunal betalingsplikt. Kommunene skal betale for de pasientene som omfattes av ansvarsoverføringen og som på gjennomføringstidspunktet fortsatt er innlagt i fylkeskommunal langtidsinstitusjon. Betalingsplikten gjelder bare disse pasientene, og gjelder helt til pasientene er utskrevet.

Tilbakeføringen av pasienter til kommunale tilbud antas å ta omlag 5 år. Etter 5 år bør det vurderes om de øremerkede midlene skal legges inn i inntektssystemet.

For at dette skal kunne gjennomføres foreslås også visse endringer i lover og forskrifter. Bl a foreslås en midlertidig særlov for å hjemle at kommunene pålegges betalingsplikt.

Fylkeskommunene skal fortsatt ha ansvar for spesialisthelsetjenester og sikres et økonomisk grunnlag for videre utvikling av slike tjenester.

Fylkeskommunene beholder ansvaret for tvangsinnlagte psykiatriske pasienter. Det foreslås en særordning for tvangsinnlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder. Når slike pasienter senere får sin status omgjort fra tvangsinnlagt til frivillig innlagt og blir utskrevet til kommunal omsorg må fylkeskommunen betale et beløp til kommunen. Beløpet skal være det samme som det beløp som kommunene ellers får tilført pr psykiatrisk pasient som mottas.

2.4 PASIENTER SOM OMFATTES AV FORSLAGET OM ANSVARS-OVERFØRING

Det var ifølge kartleggingen 15.6.1993 393 pasienter som hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder i somatiske spesialsykehjem. I alt 30 dagpasienter som ikke var innlagt hadde deltatt i sosiale aktiviteter i disse institusjonene over 12 måneder.

2213 pasienter var ifølge kartleggingen 1.5.1993 frivillig innlagt og hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder i psykiatriske langtidsinstitusjoner. I tillegg hadde 623 dagpasienter fått tilbud over 12 måneder i disse institusjonene.

Det var 507 pasienter i den private psykiatriske forpleining på kartleggingstidspunktet som foreslås overført til kommunalt ansvar.

Totalt foreslås at kommunene får ansvaret for 2.606 døgnpasienter, 653 dagpasienter, og 507 pasienter i privat psykiatrisk forpleining.

2.5 FYLKESKOMMUNENES TOTALE UTGIFTER TIL LANGTIDSINSTITUSJONENE OG PRIVATPLEIEN:

De samlede fylkeskommunale driftsutgiftene til de institusjonene som omfattes av kartleggingen var i 1993:

Tabell 2.1: Tabell 2.1. Samlede fylkeskommunale driftsutgifter 1993

Driftsutgifter somatiske spesialsykehjem	390 mill kr
Driftsutgifter psykiatriske langtidsinstitusjoner	1.450 mill kr
Godtgjøring til forpleiere, psykiatrisk privatpleie	56 mill kr
Totalt	1.896 mill kr

Gjennomsnittskostnaden pr år for døgnpasienter var i 1993 kr 463.000 i somatiske spesialsykehjem, og kr 395.000 i de psykiatriske langtidsinstitusjonene. En dagplass er beregnet til 30 % av en heldøgns plass, dvs at dagpasientene i somatiske spesialsykehjem koster kr 139.000 pr år og i de psykiatriske institusjonene kr 118.000 pr år. Det var dessuten en del psykiatriske dagplasser i Oslo med kr 40.000 i gjennomsnittlig årlig driftskostnad. Gjennomsnittlig kostnad pr pasient i privat psykiatrisk forpleining var kr 110.500.

Av totalutgiftene er det bare utgiftene til langtidspasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende frivillig innlagt over 12 måneder som er relevant for å beregne hvor mye som bør trekkes ut av den fylkeskommunale rammen og hvor mye som bør tildeles kommunene.

2.6 FYLKESKOMMUNENES UTGIFTER TIL DE PASIENTER SOM FORESLÅS OVERFØRT TIL KOMMUNALT ANSVAR OG FORSLAG OM Å OVERFØRE MIDLER TIL KOMMUNENE

På bakgrunn av kostnadene for døgn- og dagpasientene beskrevet over, var fylkeskommunenes beregnede utgifter i 1993 til de pasienter som her foreslås overført til kommunalt ansvar:

Tabell 2.2: Tabell 2.2. Fylkeskommunenes utgifter i 1993 til pasienter som foreslås overført til kommunalt ansvar

Pasienter i de somatiske spesialsykehjemmene	187 mill kr
Pasienter i de psykiatriske langtidsinstitusjonene	937 mill kr
Pasienter i privat psykiatrisk forpleining	56 mill kr
Totalt	1.180 mill kr

Når det gjelder de *somatiske spesialsykehjemmene* fremmes det forslag om at statens overføringer til fylkeskommunene reduseres med hele beløpet på 187 mill kr som fylkeskommunene i 1993 brukte til de pasienter som omfattes av ansvarsoverføringen og at dette beløpet overføres til kommunene. Det beløp som i følge rammetilskuddet skal trekkes ut av den enkelte fylkeskommune fremgår av tabellen på s 126.

Når det gjelder de *psykiatriske langtidsinstitusjonene* derimot fremmes det forslag om at statens overføringer bare reduseres med *en del* av beløpet på 937 mill kr som fylkeskommunene i 1993 brukte til de pasienter ved disse institusjonene som omfattes av ansvarsoverføringen. Denne forskjellen mellom forslagene for somatiske og psykiatriske langtidsinstitusjoner er dels begrunnet i forskjellene i beregnede kommunale utgifter for de to pasientgruppene, se neste avsnitt. Dernest er forskjellene begrunnet i at fylkeskommunene fortsatt skal ha betydelige oppgaver overfor psykiatriske langtidspasienter etter at de er skrevet ut, og for lokale psykiatritjenester generelt (se "*Ansvar for tjenestetilbudene*" i kap. 6). Konkret foreslås at statens overføringer til fylkeskommunene reduseres med 648 mill kr for pasienter ved psykiatriske sykehjem m.v. som kommunene skal overta ansvaret for og at dette beløpet overføres til kommunene. Fylkeskommunene beholder 289 mill kr av de 937 mill kr som de i 1993 brukte til disse pasientene. Det beløp som i følge forslaget skal trekkes ut av rammetilskuddet for den enkelte fylkeskommune fremgår av tabellen på s 146.

For pasienter i *psykiatriske privatpleie* foreslås det at statens overføringer til fylkeskommunene reduseres med de 56 mill kr som fylkeskommunene brukte til pasientgruppen, og at dette beløpet overføres til kommunene.

Totalt 891 mill kr foreslås overført øremerket til kommunene. Alle beløp må prisjusteres til det året da gjennomføringen av ansvarsovertakelsen skal skje.

2.7 FORVALTNINGSNIVÅENES FORVENTEDE UTGIFTER ETTER ANSVAROVERFØRINGEN

Når en pasient fra de somatiske spesialsykehjemmene og fra de psykiatriske langtidsinstitusjonene skrives ut av institusjon må kommunen ta ansvar for å yte hjemmebaserte tjenester eller evt gi opphold i en kommunal institusjon. Kommunen blir også ansvarlig for å dekke utgifter forbundet med dette. Når en pasient er innlagt i en fylkeskommunal langtidsinstitusjon blir trygdeutbetalingen avkortet. Når pasienter skrives ut av denne institusjonen, blir hele trygden utbetalt. Staten får økte

utgifter som følge av utbetaling av full trygd. I tillegg kommer utgifter til boligbygging i form av lån og tilskudd over Husbankens budsjetter.

Vi har utført beregninger som viser de totale utgiftene ut i fra en maksimumsløsning der utgifter beregnes for bygging av nye boliger for alle som er foreslått skrevet ut til egen bolig, og utgifter til bygging av nye alders- og sykehjemsplasser, for de som er vurdert til slikt tilbud. Beregningene inneholder utgifter til de ulike tjenestene pasientene har behov for, når de skrives ut til kommunal omsorg.

Driftsutgifter for kommunene

375 pasienter fra de somatiske spesialsykehjemmene er vurdert å burde skrives ut til egen bolig, og 18 personer til kommunalt alders- og sykehjem. 1.471 pasienter fra de psykiatriske langtidsinstitusjonene og privatpleien er vurdert å burde skrives ut til egen bolig, og 875 til kommunalt alders- eller sykehjem.

Totalt antall pasienter som er vurdert å kunne skrives ut er 1.846 til bolig og 893 til kommunalt alders- eller sykehjem.

195 pasienter fra de somatiske spesialsykehjemmene trenger døgkontinuerlig tilbud om tilsyn, omsorg og pleie. De øvrige trenger hjemmebaserte tjenester inntil 16 timer pr døgn. Gjennomsnittlig driftskostnader for rene hjemmebaserte tjenester til pasienter fra somatiske spesialsykehjem som trenger *døgkontinuerlig* tilbud er beregnet til 2,14 mill kr pr år, og til 533.000 kr pr år for pasienter som bare trenger tjenester på *dagtid*. Gjennomsnittskostnad for hjemmebaserte tjenester til psykiatriske pasienter i kommunal omsorg er beregnet til 273.000 kr pr år for institusjonspasientene, og 243.000 kr pr år for pasienter fra privat forpleining. En ny alders- eller sykehjemsplass er beregnet til å koste 284.000 kr i årlige driftskostnader inkludert renteutgifter, (se "[Forvaltningsnivåenes utgifter etter ansvarsoverføringen](#)" i kap 8.2.1).

Totalt, årlige kommunale driftsutgifter til tjenester til de pasienter som foreslås overført til kommunalt ansvar er etter utredningens beregninger:

Tabell 2.3: Tabell 2.3. Forslag om kommunalt ansvar

Pasienter fra de somatiske spesialsykehjemmene	566 mill kr
Pasienter fra de psykiatriske langtidsinstitusjonene	648 mill kr
Pasienter fra privatpleien	123 mill kr
Totalt	1.337 mill kr

I disse tallene er beregnet driftsutgifter til hjemmebaserte tjenester og etablering av døgntjeneste, utgifter til dagaktiviteter, støttekontakter, hjelpeverger, tjenester som fysioterapi, ergoterapi, og voksenopplæring og kommunale transporttjenester.

Investeringsutgifter for kommunene

Kommunenes investeringer omfatter boliglån for totalt 1.272 nye boliger på 508 mill kr, og 518 mill kr i lånebehov til 893 sykehjemsplasser.

Utgifter for fylkeskommunene

Når det gjelder tjenester til de *somatiske* sykehjemspasientene, er det foreslått at fylkeskommunene bør ha tilgjengelig 1 korttidsplass pr 100.000 innbyggere. Det foreslås spesielt å opprettholde korttidsplasser ved 6 sentre for de pasientgruppene som var i de tradisjonelle spesialsykehjemmene (for nevrologiske lidelser som MS, og for vanskelig regulerbar epilepsi). Utgiftene til dette ligger inne i den delen av fylkeskommunenes driftsutgifter som de etter forslaget beholder til pasienter som på kartleggingstidspunktet var kortere innlagt enn 1 år. Fylkeskommunale korttidsplasser for pasienter med innleggelsestid under 12 måneder vil ikke bli berørt av ansvarsoverføringen. Utgiftene til disse formålene tas derfor ikke med i utgiftsberegningene for langtidspatientene.

Når det gjelder de *psykiatriske* langtidspatienter, legges det vekt på at fylkeskommunene fortsatt skal ha et betydelig ansvar for disse. Den fylkeskommunale lokalpsykiatrien ved sentre og poliklinikker skal følge opp pasientene ambulant, og skal gi konsultasjon til personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Lokale fylkeskommunale psykiatriske enheter må også ha kapasitet til å kunne ta imot pasienter til midlertidige innleggelse i perioder hvor tilstandene forverrer seg. Videre bør den fylkeskommunale lokalpsykiatrien omstruktureres og gi tilbud til pasientgrupper som får for svake tilbud om spesialisttjenester idag. Av disse grunner foreslås det at en del av de midler som fylkeskommunene har brukt til institusjonsdrift for langtidspatienter beholdes i fylkeskommunene. Det finnes ingen metode som kan beregne hva som bør settes av til slike formål. Av den grunn foretas det beregninger på grunnlag av fylkeskommunenes utgifter til lokalpsykiatriske plasser i 1993. Det beregnes hvor mye fylkeskommunene må beholde av sine driftsutgifter for at gjennomsnittlige utgifter til lokalpsykiatriske plasser ikke skal bli lavere enn de fylkeskommunene som idag har den laveste dekningsgraden av lokalpsykiatriske plasser (Østfold og Nordland, begge med ca 0,40 plasser pr 1.000 innbygere). Etter beregningen må fylkeskommunene samlet beholde 268 mill kr av de 937 mill kr som de i 1993 brukte til institusjonsplasser for langtidspatienter som kommunene foreslås å få omsorgsansvaret for, dersom ikke fylkenes gjennomsnittlige ressursbruk til lokalpsykiatriske tiltak skal falle under det som de to fylkene med lavest utgifter brukte i 1993.

Når fylkeskommunale institusjoner må bygges ned som følge av at pasienter skrives ut, vil en kunne risikere at utgiftene pr pasient for gjenværende pasienter øker. Det forutsettes av fylkeskommunene selv dekker utgiftene ved slike eventuelle pukkeleffekter.

Økte utgifter for staten

Økte utgifter for staten er knyttet til økte utgifter for Folketrygden som følge av at pasienter som flytter i egen bolig eller i kommunal institusjon får utbetalt hele trygden istedenfor avkortet trygd som i fylkeskommunale institusjoner. Økte utbetalinger til bilstønad m.v og økte årlige utgifter for Husbanken til bostøtte og til tilskudd og lån til bygging av boliger og alders- og sykehjemsplasser vil også øke statens utgifter. Følgende oppstilling viser økningen i statens årlige tilskudd i mill kr til enkeltpasienter når alle pasienter som omfattes av ansvarsoverføringen til kommunene er skrevet ut til kommunal omsorg:

Tabell 2.4: Tabell 2.4. Beregnede statlige utgifter

	Økt trygd	Bostøtte	Sum
Pasienter fra de somatiske spesialsykehjemmene	34	6	40
Pas fra de psykiatriske langtidsinstitusjonene og privatpleien	134	14	148
Totalt	168	20	188

Oppstillingen ovenfor gjelder økningene i statlige årlige utgifter som påløper hvert år etter at alle pasientene er utskrevet. I tillegg vil staten få en del engangsutgifter i form av tilskudd og lån. Det er beregnet at *Husbanken* får økte utgifter til engangs *boligtilskudd* på samlet omlag 216 mill kr, og økte utlånsbehov for lån til boliger på totalt omlag 508 mill kr. Videre er det beregnet utgifter til oppstartingsstilskudd for alders- og sykehjem med 107 mill kr, og oppføringslån for disse med 518 mill kr. Dessuten får Folketrygden utgifter til *bilstønad* for en del pasienter fra somatiske sykehjem, beregnet til 15 mill kr.

Utviklingen over tid av utgifter etter som pasientene skrives ut vil være forskjellig for de tre forvaltningsnivåene. De økte statlige utgiftene vil ikke påløpe før pasientene skrives ut fra de fylkeskommunale institusjonene, og statens utgifter er altså lavest i starten av utskrivningsprosessen og øker etterhvert. Kommunenes utgifter vil øke etter hvert som pasientene fra de somatiske sykehjemmene skrives ut fordi kommunal omsorg koster mer enn plasser i fylkeskommunale institusjoner. Kommunenes gjennomsnittlige utgifter for de psykiatriske pasientene vil etter utredningens beregninger være de samme enten de er utskrevet eller kommunene må betale for opphold i fylkeskommunal institusjon, slik fastsettelsen av den kommunale betalingsplikten er foreslått. Fylkeskommunene vil få frigjort midler til andre formål etter hvert som pasientene skrives ut. Hvordan dette fordeler seg over tid vises i "*Omfordeling av midler*" i kapittel 8.

2.8 INFØRING AV KOMMUNAL BETALINGSPLIKT

Det foreslås at på et gitt tidspunkt trer en ordning ikraft der kommunene overtar ansvaret for pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende frivillig innlagt over 12 måneder i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner. En del pasienter vil være utskrevet etter kartleggingstidspunktet men før ikrafttredelsestidspunktet, og for disse har kommunene allerede det økonomiske ansvaret. Men mange pasienter vil fortsatt være innlagt i fylkeskommunal langtidsinstitusjon etter ikrafttredelsestidspunktet. Det foreslås en *betalingsordning* som pålegger kommunene å betale til fylkeskommunene for opphold for frivillig innlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende innlagt i somatiske spesialsykehjem, i psykiatriske sykehjem, ettervernshjem eller langtidspensjonater sammenhengende over 12 måneder, og som kommunene etter den endrede ansvarsfordelingen får ansvaret for, men som fortsetter å være innlagt i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner etter iverksettingstidspunktet (tidspunktet for ansvarsoverføringen).

Formålet med betalingsordningen vil være:

- å sørge for inntekter til fylkeskommunene for tjenester til pasienter som de er trukket i rammetilskuddet for, men som fortsetter å være innlagt i fylkeskommunale institusjoner
- å sørge for at kommunene betaler for pasienter de har ansvaret for og får tilført

- midler for
- et økonomisk incentiv for kommuner og fylkeskommuner for å gi langtidspasientene som omfattes av det nye kommunale ansvaret et kommunalt tilbud

Det foreslås noe ulike modeller for omfordeling av midler og utforming av betalingsplikten for pasienter i somatiske spesialsykehjem og pasienter i psykiatriske langtidsinstitusjoner. Av den grunn behandles de to sektorene hver for seg.

2.8.1 Overføringer til kommunene og kommunal betalingsplikt for pasienter i somatiske spesialsykehjem

Den kommunale betalingsplikten skal være et økonomisk incentiv for kommunene. Fastsetting av størrelsen på den kommunale betalingsplikt når det gjelder pasienter innlagt i de somatiske spesialsykehjemmene er vanskelig fordi kostnader knyttet til kommunale tjenester for de fleste pasienter er høyere enn tilbudet i spesialsykehjemmene. Betalingsplikten alene vil trolig ikke være nok stimulering for kommunene, og denne utredning legger derfor opp til en flerleddet prosess.

Betalingsplikten

Denne utredningen foreslår at den kommunale betalingsplikten er todelt, med *et grunnbeløp og et variabelt beløp*. Både grunnbeløpet og det variable betalingsbeløpet relateres til hva plassene kostet i institusjonene i 1993 (betalingsbeløpet må prisjusteres). *Grunnbeløpet* er et fast beløp tilsvarende laveste institusjonskostnad som i 1993 var 270.000 kr. Dette beløpet skal alle kommuner betale. Betalingsplikten for dagpasienter som deltar i aktiviteter av sosial karakter er fastsatt til 30 % av heldøgns pasientprisen, dvs. 81.000 kr pr år. *Det variable beløpet* tilsvarer differansen mellom grunnbeløpet og gjennomsnittlig driftskostnad pr pasient i den enkelte institusjon på kartleggingstidspunktet. Differansen skal deles likt mellom kommunene og fylkeskommunene. Det variable beløpet kommunene skal betale er derfor *halvparten* av differansen mellom grunnbeløpet og institusjonskostnaden. På dette punkt ligger økonomiske incentiver for begge forvaltningsnivåene, men da pasientkostnadene varierer svært mye fra institusjon til institusjon, vil dette gi ulik belastning fra kommune til kommune og fra fylke til fylke, og mellom forvaltningsnivåene. Det blir derfor nødvendig å vurdere en praktisk tilnærming til gjennomføringen av dette.

Overføringer til kommunene

Alle kommuner får overført et beløp svarende *grunnbeløpet* i betalingsplikten. Dette beløpet overføres for alle pasienter som fyller kriteriet for ansvarsoverføring. Dersom pasienten er i kommunal omsorg brukes midlene til kommunale tjenester. Er pasienten fortsatt i institusjon, brukes beløpet til å betale for oppholdet. Kommunene får overført 270.000 kr pr døgnpasient, og 81.000 kr pr dagpasient til å dekke betalingspliktens grunnbeløp.

Videre får kommunene et *utskrivningstilskudd* som skal stimulere til utskrivning. Når pasientene skrives ut, får kommunene 20.000 pr pasient i utskrivningstilskudd. Utskrivningstilskuddet omfatter både døgns- og dagpasienter.

Kommunene beholder grunntilskuddet når pasientene skrives ut. Kommunene får overført tilsammen 290.000 kr pr heldøgns pasient, og 101.000 kr for dagpasientene.

Å betale grunnbeløpet for pasientene vil koste kommunene tilsammen 108,54 mill kr Tilsvarende beløp overføres til kommunene. Kommunene vil få overført totalt 8,46 mill kr som utskrivningstilskudd. Det totale beløp som overføres for å dekke kommunenes utgifter til betalingsplikts grunnbeløp og til utskrivningstilskudd er 117 mill kr. I tillegg kommer eventuelle skjønnsmidler.

2.8.2 Overføringer til kommunene og kommunal betalingsplikt for psykiatriske pasienter

Det foreslås at kommunene får overført tilskudd for de pasientene som de overtar ansvaret for. Det foreslås at et likt tilskudd pr pasient for hele landet, og at alle kommunene får overført dette beløpet pr år fra og med den dato da ansvarsoverfø trer i kraft, enten den enkelte pasient på dette tidpunkt er utskrevet til kommunal omsorg eller fortsatt er innlagt i fylkeskommunal institusjon. Tilskuddets størrelse baseres på beregningene av kommunale utgifter, som viser en antatt gjennomsnittlig utgift pr pasient i kommunal omsorg på kr 273.000 pr år. Kr 250.000 foreslås tildelt kommunene pr pasient de overtar omsorgsansvaret for. Kr 23.000 holdes tilbake og fordeles til kommunene som skjønnsmidler etter søknad når de planlegger tilbakeføring av spesielt kostnadskrevenne pasienter. Kommunene vil på denne måten motta i gjennomsnitt kr 273.000 pr institusjonspasient som de overtar omsorgen for, tilsammen 648 mill kr. I tillegg overføres 56 mill kr for pasienter i privatpleien, totalt 704 mill kr.

Det innføres en kommunal betalingsplikt, slik at kommunene må betale for pasienters opphold i fylkeskommunale institusjoner når pasienter som kommunen har ansvar for og som den mottar midler for fortsetter å oppholde seg i fylkeskommunal institusjon. Betalingsplikten settes likt med det kommunene får i gjennomsnitt tilført pr pasient, dvs kr 273.000.

Med en så lav betaling vil det oppstå en underdekning for fylkeskommunene i forhold til hva de bruker i institusjonsdrift til disse pasientene. Dette dekkes inn ved at fylkeskommunene beholder en prosentdel av det de tidligere brukte til institusjonsdrift for disse pasientene. Det som ikke dekkes inn er kr 23.000 pr pasient pr år som blir kommunens netto utgiftsbelastning ved å fortsette å ha en langtidspasient i institusjon.

2.9 FORHOLDET MELLOM DET SOM BLIR OVERFØRT OG FORVALTNINGSNIVÅENES BEHOV FOR RESSURSER TIL TJENESTER OG YTELSE

Forvaltningsnivåenes behov for ressurser til tjenester og ytelser er avhengig av i hvor stor grad pasientene er avhengig av offentlige tjenester og hvor omfattende dette eventuelle behovet er. På dette punkt er situasjonen for pasientene som skal overføres til kommunalt ansvar fra de somatiske spesialsykehjemmene og de psykiatriske langtidsinstitusjonene svært forskjellig. Pasientene i de somatiske spesialsykehjem er gjennomgående mindre selvhjulpne i det daglige og krever større innsats fra det kommunale tjenesteapparatet enn pasientene fra de psykiatriske langtidsinstitusjonene.

Pasienter fra somatiske spesialsykehjem

De totale kommunale utgiftene til de somatiske pasientene i kommunal omsorg er beregnet til å bli 566 mill kr. Det som blir trukket ut av rammetilskuddet til fylkes-

kommunene er 187 mill kr. Det er her et merbehov på 378 mill kr før de statlige økte driftsutgiftene tas med i betraktning.

Når alle pasientene er skrevet ut vil de totale økte driftsutgiftene for staten (økte trygdeutbetalinger m.v.) vil merbehovet øke med ytterligere 34 mill kr.

Pasienter fra psykiatriske langtidsinstitusjoner og privatpleien

For psykiatriske pasienter beregnes den øremerkede posten som foreslås overført til kommunene å bli 704 mill kr . Nesten 55 mill kr av dette holdes tilbake som skjønnsmidler og fordeles etter søknad, mens resten overføres umiddelbart når ansvarsoverføringen trer i kraft. 289 mill kr av det fylkeskommunene brukte til de langtidspasientene som omfattes av overføringen av ansvar til kommunene beholdes i fylkeskommunene. Når de statlige utgiftene påløper etter som pasientene skrives ut oppstår et merbehov i forhold til beregnede behov for midler i fylkeskommunene. Merbehovet øker gradvis til 113 mill kr pr år når alle pasientene er utskrevet. I tillegg er det behov for å bedre tilbudene til pasienter i privatpleien når disse overføres til kommunene. For å gjøre dette er det behov for midler utover de 56 mill kr som overføres fra fylkeskommunene for disse pasientene. Anslaget for merbehovet er usikkert, men kan være i størrelsesorden 60-80 mill kr.

Merutgifter for staten

En del av de statlige merkostnader, som engangsutgifter til bilstønad, boliglån og tilskott over Husbankens budsjetter samt botilskudd knyttet til pasienter som skrives ut fra de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene, forutsettes å være statens bidrag til gjennomføringen av denne prosessen. I tillegg kommer statens eventuelle medvirkning til å dekke de merbehov for midler i kommuner og fylkeskommuner som er anslått ovenfor.

2.10 OVERFØRING AV MIDLER TIL KOMMUNENE

Øremerkede midler

Styringsgruppen foreslår at midlene legges på en øremerket post og fordeles til kommunene ut fra antall somatiske og psykiatriske pasienter som var i fylkeskommunale institusjoner på kartleggingstidspunktet, etter de kriterier som som beskrevet i 2.4.

Ved å øremerke midlene ønsker staten å legge bindinger på bruken av dem, i motsetning til om midlene legges inn i inntektssystemet for kommunene (IS) som er kommunenes frie inntekter. En slik øremerking vil synliggjøre overfor kommunene at det følger midler med ansvaret og motivere dem til å utbygge tilbudet til pasientene som blir et kommunalt ansvar. Bl.a. på bakgrunn av den oppmerksomheten som det har vært om manglende samsvar mellom pålagte oppgaver og økonomiske ressurser ved reformer i kommunesektoren, vil det være hensiktsmessig med en slik øremerking der midlene kanaliseres til de kommunene som får ansvaret for pasientene. Spesielle behov som vil oppstå for enkeltkommuner vil ikke bli fanget opp gjennom et generelt overføringssystem på en tilfredsstillende måte. Dersom de økte utgifter knyttet til kommunale tilbud til pasienter fra de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene skal kompenseres fullt ut, er det totalt behov for i overkant av en halv milliard kroner.

Det bør vurderes etter 5 år om de øremerkede midlene skal legges inn i inntektssystemet.

Styringsgruppen anbefaler at staten bør vurdere om de øremerkede midlene som er overført til kommunene etter en 5-års periode bør legges inn i kommunenes inntektssystem. 5 år er den tiden en antar at det tar å skrive ut og gi tilbud til langtidspasientene. Å legge midlene inn i inntektssystemet vil gi en overgangsordning og gi kommunene en myk overgang fra øremerket tilskudd til generell overføring. Styringsgruppen foreslår at midlene eksempelvis legges inn i IS med samme fordeling som med øremerkingen slik at overgangen blir gradvis for kommunene. Dette vil gi kommunene totalt en 10-års periode med midler knyttet til de enkelte pasienter de har ansvaret for.

Før en beslutter om en vil avvikle øremerkingen og legge midlene inn i inntektssystemet anbefaler styringsgruppen at en innen 5 års-perioden er gått vurderer situasjonen i kommunene og analyserer effekten av ansvarsoverføringen bl.a. med hensyn til hvordan pasientene fordeler seg i kommunene, kommunenes utgifter m.v.

Hvorvidt de øremerkede midlene skal legges inn i inntektssystemet bør vurderes særlig med tanke på enkelte vertskommuner for pasienter i privatpleien og i forhold til Oslo kommune.

Ny vurdering av ressursbehov

Utredningens beregninger er basert på usikre anslag av ressursbehov. Det bør derfor foretas en etterprøving av utredningens beregninger av ressursbehov i kommunene etter en tid, bl a for å få vurdert behovet for skjønnsmidler. En bør også evaluere om pasientenes livskvalitet og tilgang til tjenester er blitt tilfredsstillende etter utskrivning.

2.10.1 Særmerknad fra styringsgruppens medlem Magne Hustad fra Kommunenes Sentralforbund

«Styringsgruppens medlem Magne Hustad, Kommunenes Sentralforbund, støtter utredningens forslag til endret ansvarsfordeling, men vil presisere følgende forutsetning for iverksetting av utredningens forslag:

De forslag utredningen fremmer må baseres på at kommunene og fylkeskommunene tilføres økonomiske ressurser som fullt ut er dekkende for de kostnader disse vil påføres ved gjennomføring av utredningens forslag.

I utredningen er disse driftskostnadene for kommunenes vedkommende beregnet i 1993-kroner til å utgjøre 566 mill kroner for pasientgruppen fra de somatiske spesialsykehjemmene og 771 mill kroner for pasientgruppen fra de psykiatriske langtidsinstitusjonene og den psykiatriske privatpleien, totalt 1.337 mill kroner.

Disse beregningene er basert på usikre anslag om pasientenes tjenestebehov i kommunal omsorg som er gjort av institusjonspersonalet. Dette er anslag som med nødvendighet vil måtte være nokså usikre - fordi det er vanskelig å vurdere hvordan pasienter i lang tids institusjonsopphold vil fungere utenfor institusjon og dermed hva slags tjenestebehov disse vil ha i en slik endret situasjon. Ytterligere en usikkerhetsfaktor for slike anslag vil være at institusjonspersonalet må forutsettes å ha begrenset kunnskap om det kommunale tjenesteapparatets organisering og funksjonsmåte.

Statlige myndigheter bør derfor - i samarbeid med kommunene og fylkeskommunene - gjennomføre en undersøkelse etter at ansvarsoverføringen eventuelt er trådt i kraft for å etterprøve den foreliggende utrednings beregninger og anslag av ressursbehov. De ressursbehov en slik etterprøvende utredning viser, må deretter legges til grunn for en justert ressurstilførsel til kommunene og fylkeskommunene for gjennomføringen av ansvarsoverføringen.

I de anslag og beregninger den foreliggende utredningen har gjort av økonomiske ressursbehov knyttet opp til den foreslåtte ansvarsoverføringen for bestemte pasientgrupper, er det i prinsippet ikke lagt inn noen styrking eller standardheving av tjenestetilbudet til disse pasientene.

Særlig for det fylkeskommunale psykiske helseverns vedkommende er det gjennomført betydelige endringer og omlegginger gjennom de siste 10-15 årene. Målt i antall sengeplasser er den fylkeskommunale institusjonskapasiteten redusert, mens kapasiteten er økt på andre områder, ikke minst på poliklinisk aktivitet. Denne omstillingen er i tråd med nasjonale helsepolitiske målsettinger for utvikling av aktive behandlingstilbud. Utviklingen har også medført at andelen personer med alvorlige psykiske lidelser som bor utenfor institusjon, dvs. i kommunene har økt til anslagsvis 80-90 prosent.

Denne utviklingen har stilt kommunene overfor betydelige utfordringer, som de bare delvis har vært istand til å møte.

Det er derfor behov for å styrke tjenestetilbudene til personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, ikke minst gjelder dette de kommunale tjenestetilbudene. Skal kommunene kunne møte de utfordringene de allerede står overfor på dette området, er det derfor nødvendig å styrke deres ressursgrunnlag - utover den ressurstilførsel som er knyttet opp til en eventuell overføring av ansvaret for en avgrenset gruppe langtidspasienter.»

2.10.2 Særmerknad fra styringsgruppens medlem Helle Sekkesæter fra Kommunal- og arbeidsdepartementet

«Det foreslås i utredningen at kommunene skal få ansvar for omlag 3700 somatiske og psykiatriske langtidspasienter som idag er et fylkeskommunalt ansvar, samtidig som det fylkeskommunale spesialisthelsetjenestetilbudet skal opprettholdes og videreutvikles.

En hensiktsmessig ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene på dette området vil avhenge av kommunenes økonomiske evne til å bygge opp et kommunalt omsorgstilbud til somatiske og psykiatriske langtidspasienter og fylkeskommunenes økonomiske evne til å videreutvikle et spesialisthelsetjenestetilbud innen psykisk helsevern.

Beregningene i utredningen for hva det koster å overføre somatiske - og psykiatriske langtidspasienter til kommunene viser at det samlet sett ikke ligger noen økonomisk innsparingsgevinst i å overføre langtidspasientene fra fylkeskommunen til kommunen. Kommunene vil trolig ikke løse denne oppgaven på en mindre økonomisk ressurskrevende måte enn fylkeskommunene gjør i dag, blant annet på bakgrunn av at tilbudet til personer med psykiske lidelser er mangelfullt utbygget i kommunene, jfr. side 17 i St.meld. nr. 50 (1994-95) Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Det fremgår av samme St.meld. på side 85, at det er ønskelig med en sterkere satsing fra kommunenes side når det gjelder å prioritere denne gruppen innenfor de økonomiske rammene kommunene blir stilt overfor i årene som kommer. Dette bidrar til å skape forventninger til kommunene om en styrking på dette området som er ressurskrevende for kommunene. Det er idag minimum 40.000 personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, og av disse bor 80-90 pst. utenfor institusjon.

Representanten fra Kommunal- og Arbeidsdepartementet mener at en klar forutsetning for gjennomføring av reformen må være at kommunene kompenseres fullt ut for den merutgiften de vil påføres ved å overta ansvaret for psykiatriske og somatiske langtidspasienter, slik at de blir i stand til å bygge opp et tjenestetilbud til denne gruppen. I utredningen legges det opp til at kommunene eventuelt skal kompenseres for den merutgiften de påføres ved å få ansvaret for langtidspasientene ved at det skal overføres midler

fra det utgiftsutjevnende tilskuddet til fylkeskommunene til det utgiftsutjevnende tilskuddet til kommunene, ut fra en forutsetning om at det frigjøres midler i fylkeskommunen som en følge av ansvarsoverføringen. Representanten fra Kommunal- og arbeidsdepartementet stiller spørsmålstegn ved om det er riktig å legge til grunn en slik forutsetning for kostnadsberegningene av forslagene i utredningen bl.a. på bakgrunn av at det i St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste i kap. 6.14 Psykisk helsevern, side 113 understrekes at det alltid vil være behov for et visst antall institusjonsplasser i psykiatriske avdelinger/sykehus i alle fylker. Det sies videre at Regjeringen derfor ikke legger opp til en reduksjon i slike behandlingsplasser. Det fremgår imidlertid av kostnadsberegningene i utredningen og utredningen generelt, at det i prinsippet ikke ligger inne noen styrking eller standardheving av tjenestetilbudet til somatiske og psykiatriske langtidspasienter. Det stilles spørsmål ved denne forutsetningen særlig i lys av signalene som er gitt i helsemeldingen.

På bakgrunn av ovennevnte forhold mener representanten fra Kommunal- og arbeidsdepartementet at de totale økonomiske konsekvenser av forslagene i utredningen ikke er godt nok utredet. En konsekvens av forslaget om å overføre somatiske og psykiatriske langtidspasienter fra fylkeskommunen til kommunen, og at det skal overføres midler fra det utgiftsutjevnende tilskuddet til kommunene, vil trolig være at fylkeskommunene må tilføres ressurser for å kunne opprettholde et psykiatrisk spesialisthelsetjenestetilbud. En forutsetning for gjennomføring av reformen må være en økt økonomisk satsing fra statens side på psykisk helsevern.

Videre må det være en forutsetning for gjennomføring av reformen at alle de økonomiske konsekvensene av forslagene er utredet. Kostnadsberegningene i utredningen bygger på meget usikre kostnadsanslag. Det bør derfor vurderes om det videre arbeidet med å kostnadsberegne konsekvensene av forslagene i utredningen bør foretas av det tekniske kostnadsberegningssutvalget for kommunesektoren som ble nedsatt ved kongelig resolusjon 6. mai 1994.

Det fremgår av utredningen at en på sikt vil legge midlene som skal overføres til kommunene inn i inntektssystemet. Dette reiser blant annet spørsmål om inntektssystemet, som er et generelt overføringssystem, på en faglig tilfredsstillende måte vil fange opp kommunenes ulike utgiftsbehov knyttet til somatiske og psykiatriske langtidspasienter. Enkelte kommuner vil bli spesielt belastet med høye utgifter til spesielt kostnadskrevende pasienter, samtidig som noen kommuner trolig vil få ansvar for spesielt mange psykiatriske og somatiske langtidspasienter fordi det tidligere lå en langtidsinstitusjon i kommunen (vertskommune). Denne problemstillingen er også relevant mht. en eventuell innlemming av øremerkede midler knyttet til pu-reformen, og bør ses i sammenheng med denne. Ovennevnte problemstilling knyttet til en eventuell innlemming av øremerkede midler til psykiatriske og somatiske langtidspasienter i inntektssystemet, bør henvises til utvalget som skal gjennomgå inntektssystemets prinsipper for fordeling av ressurser mellom kommuner og mellom fylkeskommuner, som skal avgi sin 1. delinnstilling innen 1. januar 1996.»

2.11 FORSLAG OM ENDRINGER I LOVER OG FORSKRIFTER

Midlertidig særlov

Det antas at å innføre kommunal betalingsplikt for pasienter som er innlagt i fylkeskommunale institusjoner vil kreve særskilt lovhjemmel. Slik lovhjemmel foreslås innført i en *midlertidig særlov*. Den midlertidige særloven skal gi lovhjemmel for å

- pålegge *kommunene* å betale fylkeskommunene for pasienter som - på kartleggingstidspunktet var frivillig innlagt i visse fylkeskommunale institusjoner - på dette tidspunkt hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder - og som fortsetter å være innlagt i fylkeskommunal institusjon. Den kommunale betalingsplikten foreslås å vare så lenge pasientene fortsetter å være innlagt.
- pålegge *fylkeskommunene* å betale kommunene ved utskriving av pasienter som - på kartleggingstidspunktet var *tvangsinnlagt* i visse fylkeskommunale institusjoner - på dette tidspunkt også hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder - og som senere får tvangsvedtaket opphevet og skal utskrives til kommunal omsorg
- sikre at pasientene selv kan velge hvilken kommune de ønsker å etablere seg. Det innebærer også en mulighet til å kunne velge å fortsette å bli i den kommunen der vedkommende har vært i institusjon eller privatpleie.

Den midlertidige særloven skal også inneholde bestemmelser om hvordan kriteriet om 12 måneder sammenhengende opphold på kartleggingstidspunktet skal tolkes, hvordan enkeltsaker der det oppstår tvil om tidskriteriet skal løses, størrelsen på den kommunale betalingen, hvem som har myndighet til å fastsette denne, og pasientenes rettigheter i forbindelse med utskriving.

Det foreslås også noen mindre endringer i sykehusloven og lov om psykisk helsevern.

I *sykehusloven* foreslås det at betegnelsen «spesialsykehjem» i § 1 og § 15 utgår.

I *Lov om psykisk helsevern*, § 1, foreslås det at betegnelsene «ettervernshjem» og «psykiatrisk sykehjem» tas ut av den oppregning av institusjonstyper som loven gjelder for. Med forslaget om å avvikle den fylkeskommunale private psykiatriske forpleining følger også at betegnelsen «psykiatrisk vern i privat forpleiningssted» tas ut av lovteksten som beskriver hvilke tjenester fylkeskommunene skal yte. Tilsvarende endringer i institusjonsbetegnelsene gjøres i § 10, mens § 11 som regulerer visse sider ved privatpleien oppheves.

Videre foreslås det at en del eldre og uaktuelle forskrifter oppheves. Innen psykisk helsevern foreslås det en ny, felles forskrift for psykiatriske sentre og andre lokale psykiatriske institusjoner.

Styringsgruppen anser det nødvendig at forskriftsverket endres i tråd med de oppgaver fylkeskommunene skal yte, slik at forskriftene ikke gir misvisende signaler om hvordan institusjonene skal organiseres og drives.

KAPITTEL 3

Somatiske spesialsykehjem

32 institusjoner er godkjent som somatiske spesialsykehjem etter Lov om sykehus § 1. Noen av spesialsykehjemmene har tidligere gått under betegnelsen vanføre-hjem og nevrohjem.

3.1 HISTORIKK

Etablering og opprettelse av de somatiske spesialsykehjemmene har i liten grad vært et ledd i offentlig planlegging av tjenester for fysisk funksjonshemmede. Private organisasjoner, ofte lokale organisasjoner av pårørende, ulike handicaporganisasjoner, lokale lag av Røde Kors eller Den Norske Sanitetsforening har bygget og i lang tid drevet vanføre- og nevrohjem for mennesker med ulike typer funksjonshemming. Formålet med etableringen av hjemmene var et ønske om å skaffe et alternativt hjem for mennesker med sterke funksjonshemminger som ikke kunne bo hjemme (i egen bolig), med nødvendig hjelpeapparat etter pasientenes behov. Det ble etablert vanføre- eller nevrohjem i alle fylker utenom Finnmark, Nordland, Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Aust-Agder. Antall spesialsykehjem varierer fra fylke til fylke. I Oslo ble det opprettet 5 vanføre-hjem, i de øvrige fylkene ble det opprettet fra 1 til 3 vanføre- eller nevrohjem.

Det er ingen klar sammenheng mellom de fylkene som ikke har (hatt) spesialsykehjem og antall gjestepasienter med *varig* opphold ved spesialsykehjem i andre fylker. F. eks. var det 2 pasienter fra Nordland fylke som hadde varig opphold i spesialsykehjem i andre fylker i mai 1993 (utredningens kartlegging), mens Finnmark betalte for 6 varige gjestepasienter i 1993.

3.1.1 Overføring av de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene

I forbindelse med overføringen av det forvaltningsmessige ansvaret for de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene, ble det også foretatt en vurdering av om spesialsykehjemmene skulle overføres til kommunene samtidig. Nyhusutvalgets delinnstilling II, NOU 1982:10 Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v., anbefalte at spesialsykehjemmene fortsatt burde være fylkeskommunenes ansvar. Både høringsuttalelsene og Sosialdepartementet støttet dette (St.meld. nr. 68 (1984-85) Om sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste).

Konklusjonen ble at «Spesialsykehjemmene atskiller seg fra somatiske sykehjem ved at de er beregnet på enkelte pasient-/klientgrupper som har behov for spesielt tilrettelagte behandlings- og pleietilbud. Departementet mener at spesialsykehjemmene fortsatt bør være fylkeskommunenes ansvar. Det er så få av disse institusjonene at et kommunalt ansvar ikke synes hensiktsmessig» (Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Om lov om endring i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og andre lover).

3.1.2 Helsedirektoratets undersøkelse i 1985/86

I perioden 1985-86, gjennomførte Helsedirektoratet en undersøkelse ved 17 av landets spesialsykehjem:

«for å få en mer utfyllende oversikt over boforhold, behandling, og rehabiliteringstilbud ved spesialsykehjemmene på landsbasis... spesielt i hvilken grad og på hvilken måte Sosialdepartementets mønstervedtekter for spesialsykehjemmene er blitt realisert i landets spesialinstitusjoner. Det har vært viktig å se hvordan situasjonen er - særlig for langtidsbrukere av spesialsykehjemmene - i relasjon til de overordnede mål om funksjonshemmedes rett til å leve «et vanlig liv», som fremmes i vårt nasjonale dokument «helse for alle i år 2000.» (sitat fra Situasjonsrapport fra spesialsykehjemmene, 1988.)»

Konklusjonene fra undersøkelsen:

«Generelt viser undersøkelsen klart at det offentlige har forsømt sin plikt i forhold til spesialinstitusjonene både når det gjelder å sikre de allmenne kvalitetskrav som stilles til helseinstitusjoner i følge sykehusloven og spesialsykehjemmenes muligheter til å drive nødvendig utviklingsarbeid. Dette fører bl.a. til stor avstand mellom de mest «ressurssterke» og moderne institusjoner og de svakeste og mest gammeldagse, som ofte har en overvekt av de dårligste og mest ressurskrevende brukerne.

Det er svært store forskjeller både i behandlingssideologi og praksis mellom de ulike institusjoner. Noen få fungerer som korttids gjenopptrenings- og behandlingssentre der det ikke er faste beboere. Majoriteten fungerer imidlertid som langtids oppholdssteder for mennesker med såpass alvorlige funksjonshemninger eller progredierende lidelser at deres behov for behandling, pleie, og omsorg ikke kan ivaretas i deres opprinnelige lokalmiljø. En del institusjoner er en kombinasjon av disse to ytterpunkter.

Hovedtendensen er at en stor del av de faste brukerne blir stadig dårligere og mere omsorgs- og pleietrengende. Dette gjelder særlig eldre funksjonshemmede og unge med alvorlige trafikkskader, som en ikke idag har muligheter til å gi et adekvat rehabiliteringstilbud. Dels pga. manglende økonomiske ressurser, mangel på faglig ekspertise og personalmangel - dels fordi en del av de eldste brukerne har levd på institusjonen så lenge at det har blitt deres hjem.

På bakgrunn av det som er sagt foran er majoriteten av spesialsykehjemsbestyrerne også pessimistiske i sine vurderinger når det gjelder utflytting av langtidsbrukerne til sitt lokalmiljø i en relativ nær fremtid. Totalt sett vurderer bestyrerne det slik at bare ca. 2 % av langtidsbrukerne ved vanførehjemmene og ca. 20 % ved nevrohjemmene vil kunne flytte ut gitt et adekvat pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstilbud lokalt.»

Som oppfølging av denne undersøkelsen sendte Helsedirektoratet i 1988 et brev til landets fylkeskommuner, samt en pressemelding (nr. 22/88) med sterk oppfordring:

«Helsedirektoratet finner det helt nødvendig at det snarest iverksettes tiltak med tanke på å en bedring av forholdene ved spesialsykehjemmene og herunder å fremme en utvikling som langt bedre enn idag kan dekke de aktuelle brukernes behov.»

Hovedkonklusjonen i rapporten gikk ut på at spesialsykehjemmenes virksomhet gradvis burde legges om og tilføres nødvendige økonomiske og faglige ressurser slik at de kunne drive med kartlegging av klientenes funksjonsnivå, behandling og gjenopptrening. De institusjoner som med minimale endringer kunne oppnå dette ble anbefalt å gå over til å fungere som sentre for kortvarige behandlings-, rehabiliterings-, og avlastningsopphold.

3.1.3 Utviklingen etter 1988

Fylkeskommunene har i større eller mindre grad fulgt Helsedirektoratets oppfordring om å legge om virksomheten ved spesialsykehjemmene. Det er høsten 1994 gjennomført endringer av virksomheten, eller planer for eller arbeid på gang for omlegging av driften ved de fleste spesialsykehjemmene etter de nevnte retningslinjer.

Helsedirektoratets veileder 3-91 Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering

har beskrevet fylkenes rehabiliterings-, og habiliteringsoppgaver, og har i stor grad vært en mal for omlegging av virksomheten ved en del av spesialsykehjemmene.

3.2 SPESIALSYKEHJEMMENE I 1993

For å få kunnskap om pasientene og tilbudet ved de somatiske spesialsykehjemmene ble det gjennomført en kartlegging av alle de institusjonene som en gang var blitt godkjent som somatiske spesialsykehjem. 28 institusjoner leverte besvarelser for pasienter som var innlagt pr 15.6.1993. 2 habiliteringssentre trodde ikke de falt inn under denne kategorien (spesialsykehjem) og besvarte derfor ikke kartleggingen. Etter flere purringer ble det enighet om at de skulle fylle ut skjemaer for de pasientene som var «innom» senteret en uke i februar 1994. Ett av disse fylte bare ut skjema for institusjonen, fordi de bare hadde poliklinisk virksomhet. 2 rehabiliteringssentre kom av ulike årsaker ikke med i den første kartleggingen og leverte besvarelser for pasienter pr 1.4.94. Svarprosenten på kartleggingen ble 100 %.

Kartleggingen besto av 2 deler (skjemaene i vedlegg). Del 1 omhandlet *institusjonene*. Her innhentet en opplysninger om institusjonens eierforhold, målsetting, antall godkjente plasser og type plasser (langtids-, korttids-, og dagplasser), tilbud (varig pleie og omsorg/rehabilitering/poliklinikk m.v.), ansatt behandlingsspersonell og bruk av eksternt kompetanse oppgitt i årsverk, avtaler timer pr uke/mnd/år, samarbeidspartnere (sykehus, spesialinstitusjoner m.v.). Videre skulle det oppgis hvor mange pasienter som ble utskrevet i 1992, og til hvilket tilbud (egen bolig, alders- og sykehjem) Del 2 var en kartlegging av *alle pasientene* innlagt ved det aktuelle tidspunktet (se over). Opplysningen som ble innhentet var: alder, kjønn, funksjonsnivå, oppholdstid, hensikten med oppholdet, pasientenes hoveddiagnose, hvilke tjenester pasientene fikk, hvilke aktiviteter de deltok i og til slutt spørsmål om «hva burde tilbudet til heldøgnspatienten være?», med supplerende opplysninger om de som «burde bo i egen bolig» med hensyn på bistandsbehov og behov for aktiviteter m.v.

Det er misvisende å bruke betegnelsen spesialsykehjem på alle enhetene som har denne godkjenningen etter sykehuslovens § 1, da enkelte av disse idag er rehabiliterings-, habiliteringssentre/-avdelinger. På grunn av godkjenningen, og for enkelthets skyld, vil betegnelsen spesialsykehjem eller fylkeskommunale langtidsinstitusjoner brukes når flere eller alle omtales samtidig.

De somatiske spesialsykehjemmene kan inndeles i ulike kategorier etter type tilbud, personalets kvalifikasjoner og innlagte i institusjonen. 22 av de godkjente somatiske spesialsykehjemmene har idag fortsatt spesialsykehjemsfunksjoner som det eneste, eller en del av driften. Spesialsykehjemmene skiller seg fra hverandre ved at noen er «tradisjonelle spesialsykehjem», noen er kombinerte rehabiliteringssentre, noen er rene rehabiliterings-/habiliteringssentre uten restfunksjoner fra spesialsykehjemmet.

Spesialsykehjemmene fordeler seg som følger:

1. 15 *spesialsykehjem av den opprinnelige og tradisjonelle typen*, med pasienter

på varig opphold som mottar pleie- og omsorgstjenester. Noen av disse har også noen kortidsplasser.

2. 4 *kombinerte rehabiliteringssentre/spesialsykehjem* hvilket vil si at de både har spesialsykehjemsfunksjoner med pasienter fra den opprinnelige institusjonen, og en egen rehabiliteringspost-/avdeling med korttids rehabilitering med en annen type pasienter.
3. 7 *rene habiliteringssentre for barn*
4. 2 *rene rehabiliteringssentre for voksne funksjonshemmede*
5. 4 spesialsykehjem hadde *spesielle grupper* (epilepsi, døve, og alvorlig syke barn).

Driftsbudsjettet for de 32 spesialsykehjemmene var i 1993 390 mill kr.

3.2.1 Eierform

Av de 32 spesialsykehjemmene er fortsatt 18 eiet av organisasjoner, men har fylkeskommunal driftsavtale. Det betyr at organisasjonene eier bygningsmassen, og er representert i spesialsykehjemmets styre. Fylkeskommunen yter midler til drift av spesialsykehjemmet og har det overordnede ansvar for tjenesteytingen, som en del av fylkets helsetjenester på fylkets helseplan.

3.2.2 Institusjonenes tilbud

Beskrivelsen av institusjonenes tilbud angis ved 1) type tilbud/opphold, 2) tjenestetilbud, spesialisert personell, 3) antall utskrivninger.

21 av institusjonene hadde godkjente langtidsplasser belagt med pasienter innlagt for varig pleie og omsorg på kartleggingstidspunktet. 24 institusjoner hadde korttidspasienter, og av disse opplyste 20 at de hadde plasser godkjent spesielt for korttidsopphold.

Flere institusjoner har flere typer tilbud. Oversikten over hva slags tilbud som gis er som vist i tabell 3.1:

Tabell 3.1: Institusjonenes tilbud

Type tilbud	antall institusjoner
varig pleie og omsorg	21
re-/habilitering	28
observasjon og utredning	19
poliklinikk	10
avlastning	11

Til tabellen over er å bemerke at det er flere spesialsykehjem som oppgir å ha hatt pasienter inne til habilitering i over 10 og 20 år, Det samme gjelder for spesialsykehjem som oppgir å gi rehabilitering. Det er derfor rimelig å stille spørsmål ved disse opplysningene. Ved å se på hvilke tjenester de faktisk yter kan dette avklares nærmere:

3.2.3 Tilbud av tjenester/spesialisert personell

Med tjenester menes her fysioterapi, ergoterapi, samtaler med sosionom m.v. Med spesialisert personell menes hvorvidt institusjonen har egne ansatte eller innhenter

nødvendig spesialisert kompetanse, f.eks. spesialister innen ulike medisinske spesialiteter (psykiatri, nevrologi) m.v.

Kartleggingen viste følgende: Det er stor forskjell på tilbudet i de tradisjonelle spesialsykehjemmene og rehabiliteringssentrene/habiliteringssentrene. Det er også markert forskjell mellom de ressursene som er avsatt til langtidssavdelingene og korttidsavdelingene der institusjonen har delt løsning.

Tilbudet ved *de tradisjonelle spesialsykehjemmene* er hovedsakelig pleie- og omsorgstjenester samt sosiale aktiviteter. 6 institusjoner oppgir at de ikke har fysioterapitjenester. Flere spesialsykehjem oppgir å ha opprettet fysioterapistilling, men har ikke ansatt fysioterapeut i stillingen. 2 spesialsykehjem har tilbud om 3 timer fysioterapi pr uke, for henholdsvis 4 og 20 pasienter. Legetjenestene som ytes ved de tradisjonelle spesialsykehjemmene er tilsynslegens besøk i 4 eller 5 timer pr uke. 4 spesialsykehjem har spesialpedagogisk tilbud, og 2 spesialsykehjem for epileptikere har medisinsk adferdsterapi som en del av behandlingstilbudet. 8 spesialsykehjem har ergoterapeuter ansatt i staben, og 14 har aktivitører fra 0,5 til 2,5 stillinger. Den øvrige staben er sykepleiere, hjelpepleiere, og ufaglærte.

Ved *institusjonene med kombinert løsning* gis ingen fysioterapitjenester til langtidspasientene, mens det er opptil 2 fysioterapistillinger ved korttidsavdelingen. Tilsvarende gis det hyppig og regelmessig tilbud om legetjenester, sosionomtjenester, logopedtjenester, og andre spesialpedagogtjenester til korttidspasienter, men ikke til langtidspasientene. Langtidssavdelingene følger fortsatt spesialsykehjemsrutinen med f.eks. tilsynslege 4-5 timer pr uke, mens korttidsavdelingen har opp til 6 faste legeårverk knyttet til sin stab. Langtidspasientene synes i liten grad å nyte godt av utviklingen av og oppbygging av tjenestetilbudet i korttidsavdelingene ved de institusjonene der dette er eller blir etablert.

De rene habiliteringssentrene/rehabiliteringssentrene: Rehabiliteringssentrene likner i noen grad korttidsavdelingene ved «kombisentrene» nevnt over, mens habiliteringssentrene har en annen tjenestesammensetning og tilknytningsform enn de ovenfor nevnte institusjonstyper. De har en enda bredere sammensetning av ulike legetjenester, psykologtjenester, og andre spesialister (nevropsykolog), samt samarbeid med sykehuspersonell, og habiliteringstjenesten/rehabiliteringstjenesten i de tilfeller der de ikke gir slike tjenester selv.

3.2.4 Spesielle funksjoner

Etterhvert som fylkeskommunene har bygget ut rehabiliterings- og habiliteringstilbudet, er det bygget opp spesielle funksjoner ved noen av habiliterings- og rehabiliteringssentrene. Flere har fått spesielt ansvar for korttids rehabiliteringstilbud til trafikkskadde og/eller slagrammede.

3.2.5 Utskrivninger i 1992

Antall utskrivninger kan være en indikator på aktiviteten ved og resultatene av tjenestetilbudet i de institusjonene som omfattes av undersøkelsen. Antall utskrivninger i 1992:

Tabell 3.2: Antall utskrivninger i 1992

Utskrivninger	
Totalt antall utskrivninger:	1672 pasienter
gjennomsnitt pr inst	52 pasienter
pas. innlagt over 1 år	1 pasienter

Variasjonene mellom institusjonene når det gjelder utskrivninger var stor. 8 institusjoner skrev ikke ut noen pasienter i 1992 mens ett rehabiliteringssenter skrev ut 364 pasienter. Det høye antall utskrivninger skyldes korttids rehabiliterings-, eller habiliteringsopphold.

Tabell 3.3: Utskrivninger - type og antall pasienter

Pasientene ble utskrevet til:	
eget hjem (som de hadde forut for innleggelse)	1602
ny bolig (bodd så lenge at de ikke hadde egen bolig)	14
kommunale aldershjem/sykehjem m.v.	0
foreldrehjemmet	10
treningsboliger	2
kommunal gruppebolig	1
døde	41

Det er vanskelig å trekke konklusjoner fra et materiale som bare beskriver ett års utskrivninger. Tabell 3.2 viser at bare 1 pasient med lengre innleggelsestid enn 1 år ble skrevet ut i 1992. Ved å se på de enkelte institusjonenes besvarelser ser en at kombinasjonsinstitusjonene heller ikke skriver ut langtidspasienter i noe omfang. Det er nærliggende å anta at der det er aktiv rehabilitering vil det også være aktuelt å arbeide for alternative boformer for langtidspatientene, men så er ikke tilfellet. Ved flere spesialsykehjem har det over tid vært arbeidet med holdningsendringer både blant pasienter og personale i forhold til alternative tilbud til institusjon. Tall fra 1992 kan tyde på stor avstand mellom målsetting og resultater.

Kartleggingen viser at dette er en sektor med store forskjeller mellom fylkene og mellom institusjonene, når det gjelder omfang av, kvaliteten på og prioritering av tjenestene som ytes til ulike pasientgrupper.

3.3 PASIENTENE

Det var 237 korttidspasienter, 393 langtidspasienter og 170 dagpasienter som fikk tilbud i de somatiske spesialsykehjemmene på de 2 kartleggingstidspunktene.

3.3.1 Lidelser og funksjonshemninger

Under vises de lidelser og funksjonshemninger som er representert i institusjonene:

Tabell 3.4: Lidelser og funksjonshemninger

	antall	%
multippel sklerose	140	22 %
cerebral parese	113	18 %
multifunksjonshemmede	44	7 %
andre nevrologiske lidelser	94	15 %
hodeskadde	50	8 %
annet	189	30 %

Gruppen *annet* inneholder ulike lidelser bl.a. døve (55 pasienter), pasienter med ortopediske lidelser, følgetilstander etter hjerneslag, hjernetumor, polio, bechterew, forskjellige lammelser og amputasjoner. Dette er for en stor del pasienter som en finner i rehabiliteringssentrene. Pasienter med multippel sklerose, cerebral parese, multifunksjonshemmede, og andre nevrologiske lidelser befinner seg stort sett i de tradisjonelle spesialsykehjemmene. Gruppen hodeskadde (inkluderer trafikk-skadde) er en stadig voksende pasientgruppe ved rehabiliteringssentrene. Oppbygging av tilbud til slagrammede og andre med ulike former for hjerneskader (trafikk-skadde, ulykker m.v.) er den delen av disse institusjonene som ekspanderer mest.

3.3.2 Alderssammensetning

Flertallet av pasientene er over 50 år, og 40 % av pasientene over 60 år. 10 % av pasientene er under 20 år, og gis hovedsakelig tilbud ved habiliteringssentrene. I tabellen under framgår hvordan gruppene fordeler seg aldersmessig:

Tabell 3.5: Pasientenes alder

alder	antall	% av pas
under 20 år	65	10
20-29 år	29	5
30-39 år	61	10
40-49 år	99	16
50-59 år	102	16
60-69 år	124	20
70-79 år	97	15
over 80 år	33	5
ikke oppgitt	20	3

3.3.3 Pasientenes funksjonsnivå

Kartleggingen av pasientene omfattet også spørsmål om deres funksjonsnivå. Fagpersonalet skulle oppgi i hvor stor grad pasientene kunne utføre ulike funksjoner alene, og evt. hvor mye assistanse eller bistand de trengte for å utføre spising, daglig hygiene, bad og dusj, forflytning, kommunikasjon m.v.

Pasientene er i varierende grad avhengig av hjelp til ulike gjøremål. Noen er ikke istand til å utføre noe selv. Hjelpetbehov varierer med type funksjonshemming og lidelse. Eksempelvis er mellom 45 % og 51 % av alle pasienter som har cerebral parese, multippel sklerose eller multifunksjonshemming ikke istand til å spise selv. Daglig hygiene og gjennomføring av bad og dusj er umulig å gjøre alene for henholdsvis 50 % og 90 % av pasientene. I tillegg er det mange pasienter som i større eller mindre grad må ha assistanse for å utføre andre gjøremål. Grad av selvhjelpenhet varierer i større grad av type funksjonshemming/lidelse enn alder. Generelt er det personer mellom 40 og 60 år som er mest pleie- og hjelpetrengende, og pasienter med MS- og Cp-pasienter har størst hjelpebehov. Bistandsbehovet er størst for 40-åringene uansett lidelse/diagnose. Pasienter over 70 år er gjennomgående mer selvhjelpne enn de yngre pasientene.

3.3.4 Hensikten med oppholdet

I kartleggingen ville vi vite hensikten med pasientenes innleggelse. Det vises under:

Tabell 3.6: Hensikten med innleggelsen:

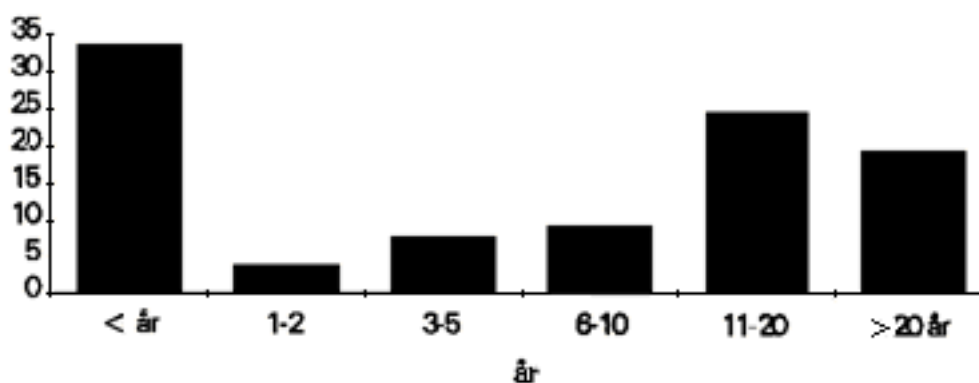
Hensikten med oppholdet	SUM	% pas
varig pleie og omsorg	320	51
rehabilitering	141	23,3
habilitering	96	15,2
observasjon/utredning	22	3,5
avlastning	40	6,3
annet	5	0,7
SUM	630	100,0

Over halvparten av pasientene er innlagt for varig pleie og omsorg. Disse er i stor grad innlagt i de tradisjonelle spesialsykehjemmene. Nesten 37 % er innlagt for rehabiliterings- eller habiliteringstilbud. Avlastningstilbud gis for 6,3 % av pasientene.

3.3.5 Oppholdstid i spesialsykehjem/sentre

Hele 20 % av pasientene har vært innlagt over 20 år, og 25 % mellom 10 og 20 år. Den store andel pasienter som har vært innlagt under 1 år (ca. 34 %) gjenspeiler utviklingen av korttids rehabiliterings- og habiliteringstilbud i sektoren.

Under vises hvor lenge pasientene har vært i institusjon, i prosent av heldøgns-pasientene (630):



Figur 3.1 Oppholdstid i institusjon

50 % av alle 30-, 40-, og 50-, åringene (d.v.s. halvparten i hver aldersgruppe, se tabell 3.5) har vært innlagt i institusjon i mellom 10 og 20 år. 20 % av 40- og 50-åringene hadde vært innlagt over 20 år.

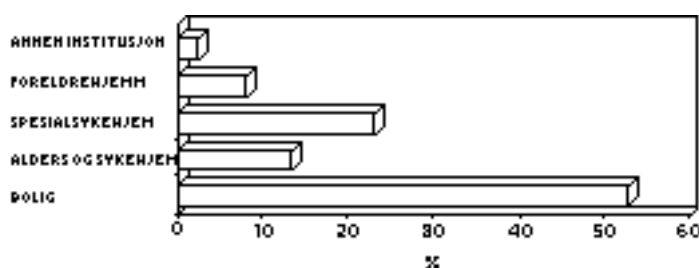
Nærmere 70 % i alderen 60 og 70 år hadde vært i institusjon mellom 10 og 20 år, og 30 % av de mellom 60 og 70 år har vært i institusjonen over 20 år.

I forbindelse med kartleggingen ble det kommentert at «over 20 år i institusjon» som høyeste tidsperiode var for grovt anslag. Flere hadde vært innlagt siden 1929.

3.3.6 Hva er riktig tilbud til pasientene

I kartleggingen ba vi om fagpersonalets vurdering av hva som burde være det riktige tilbudet til langtidspasientene (de som hadde vært over 1 år i institusjon) og pasientenes ønske om type tilbud.

Vi ga uttrykkelig beskjed om at vurderingene og svarene skulle gis uavhengig av forhold som «ikke tilstrekkelig tilbud i kommunene», «pasienten vil ikke» osv. Spørsmålet ble besvart av fagpersonale for 93 % av langtidspasientene, og 68 % av pasientene besvarte spørsmålet. Der pasienten ikke har svart, er det begrunnet med at pasienten ikke kunne gi uttrykk for egne ønsker. Under vises resultater av personalets vurdering av hva som burde være det riktige tilbudet for de av pasientene som hadde vært innlagt over 1 år (318 pasienter).



Figur 3.2 Personalets vurdering av riktig tilbud

For over 50 % av pasientene er «egen bolig» vurdert som riktig tilbud. Pasientene skulle også besvare dette spørsmålet, og 30 % av pasientene mente de kunne bo i egen bolig. Ingen av disse pasientene har bolig å flytte til. Det var i all hovedsak samsvar mellom personalets vurdering av riktig tilbud for den enkelte pasient og pasientenes eget ønske når bolig ble oppgitt som riktig tilbud. Der personalet vurderte bolig som riktig tilbud var bolig også pasientenes ønske.

11 % av pasientene ble vurdert som alders- og sykehjemstrengende, og tilsvarende var det bare 9 pasienter (av 405) som mente det ville være riktig tilbud.

For 22 % av pasientene er spesialsykehjemmet der de er innlagt, vurdert av personalet som det eneste riktige tilbudet. Blant pasientene mente 37 % at det stedet de var på var det riktige tilbudet for dem. De pasienter som er vurdert til fortsatt å burde bli i spesialsykehjemmet har generelt svært dårlig funksjonsnivå, og med langt fremskreden nevrologisk lidelse eller annet.

3.3.7 Riktig tilbud i forhold til pasientenes alder

Det er interessant å se nærmere på fagpersonalets vurdering av hva som er «riktig tilbud» i relasjon til pasientenes alder. I følge personalet burde nærmere 80 % av pasientene mellom 20 og 29 år bo i egen bolig. For nærmere 60 % av 30-åringene og 65 % av 40-åringene var egen bolig vurdert som riktig tilbud. Over halvparten av de mellom 50 og 67 år ble også vurdert til å burde bo i egen bolig. Til sammenlikning var 50 % av alle pasienter under 67 år innlagt for varig omsorg og pleie.

Personalet vurderte egen bolig som det riktige tilbudet for flere 70- og 80-åringer selv etter flere ti-år i institusjon. Samtidig er alders- og sykehjem vurdert som riktig tilbud til flere pasienter mellom 40 og 60 år.

3.3.8 Behov for bistand og deltagelse i aktiviteter

I kartleggingen ba vi også om opplysninger om boligkandidatenes bistandsbehov. Bistandsbehovet skulle oppgis i timer pr døgn eller timer pr uke. Det ble gitt svar for 200 pasienter. Fagpersonalet opplyser at 40 % av boligkandidatene trenger døgnkontinuerlig tilstedeværende bistand. De øvrige boligkandidatene trenger fra 1 til 15 timer pr døgn. Generelt er det pasienter mellom 30 og 60 år som er mest pleie-trengende. Blant MS- og CP-pasientene er dette spesielt fremtredende. Bistandsbe-hovet er størst blant 40-årige boligkandidater i alle diagnosegruppene.

Det er bare 80 pasienter som gir uttrykk for at de ønsker aktivitetstilbud på dag-tid, mens personalet mener at 140 pasienter trenger det. Videre mener personalet at 80 pasienter vil kunne arbeide (evt. spesielt tilrettelagt inntektsbringende arbeid), mens 44 pasienter ga uttrykk for det samme.

3.4 FYLKESLEGENES VURDERING AV DE SOMATISKE SPESIALSY-KEHJEMMENE

I tillegg til opplysningene fra institusjonene selv, innhentet vi supplerende data med mer kvalitative opplysninger og vurderinger av institusjonene fra fylkeslegene. Hvert fylkeslegekontor fikk ansvar for vurderingen av institusjonene på vedkom-mende fylkeskommunes helseplan og i samarbeid med fylkeskommunen lage en rapport om hver institusjon. Fylkeslegene fikk tilsendt materiale fra prosjektet. Dette materialet, fylkeskommunale opplysninger, og fylkeslegens generelle kjenn-skap til stedet, evt. gjennom tidligere tilsynsbesøk, skulle danne grunnlag for fyl-keslegens vurdering. Rapporten for hver enkelt institusjon skulle inneholde beskri-velser og vurderinger av beliggenhet og bygningsmessige forhold, personell, insti-tusjonens tilbud, generell vurdering av pasientene i institusjonene, fylkeskommu-nale planer, og gi en samlet vurdering av institusjonens funksjoner og muligheter.

Fylkeslegenes vurderinger presenteres etter type institusjon. Det som skiller institusjonene fra hverandre er tilbudet, personalets kvalifikasjoner og type pasien-ter. Flere institusjoner er iferd med å planlegge eller starte omlegging av virksom-heten. Det er her tatt utgangspunkt i fylkeslegenes vurdering av det tilbudet institu-sjonen *faktisk* yter.

Også i forhold til fylkeslegenes vurderinger er institusjonene delt inn i i) Tradi-sjonelle somatiske spesialsykehjem, ii) Kombinerte rehabiliteringssentre, iii) Rene rehabiliteringssentre iv) Rene habiliteringssentre for barn, og v) Annet. Fylkesle-gens inndeling avvek noe fra vår presentasjon s. 31.

Fylkeslegene har gitt grundige vurderinger av de fleste tradisjonelle somatiske spesialsykehjemmene, de kombinerte spesialsykehjemmene og de rene rehabilite-ringssentrene. Noen habiliteringssenter for barn er vurdert, andre er ikke vurdert, mens det for andre igjen er vist til fylkeskommunale planer. Det er i hovedsak de tradisjonelle somatiske spesialsykehjemmene som er vurdert i forhold til beliggen-het og bygningsmessige forhold. Slik vurdering mangler i et så stort omfang at det ikke vil bli nevnt under de andre institusjonstypene.

3.4.1 Tradisjonelle somatiske spesialsykehjem

Etter fylkeslegenes vurderinger passer 17 institusjoner inn i denne kategorien.

Beliggenhet og bygningsmessige forhold: I følge fylkeslegenes vurdering er de bygningsmessige forholdene av noe varierende kvalitet, og endel institusjoner er ganske nedslitte. Store elektriske rullestoler skaper trange forhold i de fleste spesialiserte hjemmene. Forholdene er varierte. For et enkelt spesialsykehjem er vurderingen: «Bygningsmessig ikke egnet for fysisk funksjonshemmede.»

Med unntak av ett spesialsykehjem har alle pasienter ensengsrom. Bare et fåtall har eget bad. Fylkeslegene påpeker i flere tilfeller at badene er for små eller ikke tilpasset fysisk funksjonshemmede. De fleste institusjoner har en beliggenhet som gjør det mulig for de pasientene som er istand til det, å ta seg frem til sentrum selv eller med TT-transport.

Tilbudet: De tradisjonelle somatiske spesialsykehjem gir ifølge fylkeslegene et botilbud og yter rene pleie- og omsorgstjenester. Personellmessige har de tradisjonelle spesialsykehjemmene hovedsakelig sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. Personalet har, ifølge fylkeslegene, god erfaring og kompetanse i forhold til personer med alvorlige fysiske funksjonshemninger, og nevrologiske lidelser. Mange fylkesleger mener at personalet har kvalifikasjoner til å ivareta beboernes sikkerhet i forhold til å oppdage faresignaler om forverring i tilstanden, belastningslidelser, og anfall. Flere fylkesleger påpeker at personalet p.g.a. sitt spesielle kjennskap til de nevrologiske lidelsene og den enkelte pasients tilstand og behov, er godt egnet til å utnytte og styrke pasientenes restfunksjoner.

I følge fylkeslegenes rapporter utøves noe spesialisert rehabilitering i bare 2 av de 17 tradisjonelle spesialsykehjemmene. Ytterligere 2 utøver rehabilitering på 1. linjenivå. De fleste spesialsykehjemmene mangler rehabiliteringspersonale. I de tilfeller de har ansatt fysioterapeuter har disse bare kapasitet til å ta seg av et fåtall av de pasientene som trenger det.

Fylkeslegene mener også at de fleste spesialsykehjemmene mangler tilstrekkelig fagkompetanse og bredde til å drive spesialisert rehabilitering. Spesialsykehjemmene har tilsynsordning med lege (spesialist, ofte nevrolog). Tilsynet utgjør i gjennomsnitt (for institusjonene) 5 timer pr uke. For mange spesialsykehjem er dette vurdert å være tilstrekkelig, mens for andre er dette for lite.

Fylkeslegenes generelle kommentarer:

Flere fylkesleger mener at institusjonenes «varig bo- og omsorgstilbud» ikke utelukkende har vært til pasientenes beste. De mener at argumentasjon om at institusjonen er pasientenes hjem, har ført til passivisering av pasientene og opplæring til hjelpeløshet ved enkelte spesialsykehjem. Manglende oppfølging ved forverring av sykdomsbildet har ført til ytterligere svekkelse, og i noen tilfeller til tap av pasientenes restfunksjoner. Det vises til at bruk av elektriske rullestoler innendørs fører til tap av restfunksjoner i armene. Et annet eksempel er konsekvent og automatisk innføring av sondeernæring så snart en ser tegn til svelgevansker blant de MS-rammede. En fylkeslege undersøkte hvordan en institusjon la tilrette for privatliv og mulighet for fysisk nærhet for et ektepar blant beboerne. Dette viste seg ikke å være særlig tilgodesett eller tilrettelagt fra institusjonens side.

Noen fylkesleger mener at langtidspasientene generelt bør få slippe å flytte ut av institusjonen selv om tjenestene de har behov for er et kommunalt ansvar. Disse fylkeslegene mener at det for en del beboeres vedkommende er en uvanlig diskrepans mellom det store fysiske hjelpe-/pleiebehovet og deres mer intakte mentale kapasitet, en situasjon staben på disse tjenestestedene har spesielle forutsetninger for å møte.

Noen fylkesleger hevdet at tilbudet i kommunale sykehjem og i hjemmetjenesten ikke kan erstatte det tilbud nevrohjemmene gir idag, spesielt med tanke på

bemanningsbehov for 2 pleiere ved ethvert stell uansett bruk av hjelpemidler). Andre fylkesleger mener at langtidspatientene vil få et godt tilbud i kommunenes helse- og sosialtjeneste og at et rehabiliteringstilbud på kommunalt nivå vil være fullgodt tilbud.

Andre fylkesleger mener at langtidspatientene ikke bør flytte ut av institusjonen fordi de mener at pasientene har behov for, og ønsker en sentralisert omsorg. For andre vil fylkeslegene anbefale muligheten for å bo i selvstendig bolig i tilslutning til institusjon og være i tilrettelagt arbeid i dette miljøet med tilgang til et fritidsmiljø hvor de kan utfolde seg sosialt og unngå isolasjon. Disse fylkeslegene mener noen få pasienter har så spesielle behov at en fortsatt tilknytning til et kjent miljø og et personale som kjenner deres situasjon vil være til det beste. Pasientens situasjon er slik at de færreste kommuner eller selv nevrologiske avdelinger har kompetanse til å ta seg av dem.

Fylkeslegene viser forøvrig til at diskusjoner om driftsform og eventuell omlegging av denne har ført til store motsetninger ved flere spesialsykehjem. Uenigheten har vært mellom ulike aktører som institusjonens styre og tilsynslege eller institusjonens leder, eller mellom institusjonens leder og de ansvarlige for den daglige driften. Slike problemer har medført problemer med eller full stans i forsøk på å legge om driften til mer aktivt rehabiliteringstilbud.

3.4.2 Kombinerte rehabiliteringssentre

Ifølge inndelingen som er brukt her er det 5 såkalte kombinerte rehabiliteringssentre. Kombinasjonen innebærer at det somatiske spesialsykehjemmet er todelt, både fysisk og i funksjon. Noen fylkesleger viser til at det er stor forskjell på det tilbudet som gis til pasientene ved rehabiliteringsavdelingen og langtidsavdelingen. Del 1 er gjerne en rehabiliteringsavdeling underlagt regionsykehus eller sentralsykehus, med spesialisert rehabilitering, og med andre pasientgrupper enn det opprinnelige spesialsykehjemmet. Fylkeslegene mener at den spesialiserte rehabiliteringsvirksomheten gir tilbud etter forutsetningen.

Del 2 er det opprinnelige spesialsykehjemmet som er blitt gjort om til rehabiliteringssentre. Langtidspatienter bor i denne institusjonen selv etter omlegging, og er i enkelte tilfelle fra innleggelsen blitt lovet å kunne bo så lenge de vil. Fylkeslegene påpeker at langtidspatientene får mindre tilbud enn de fikk tidligere, og mindre enn det behovet de har. Langtidspatientene får ikke fysioterapi eller ergoterapi, da «det anses riktig å benytte disse (fysioterapeutene og ergoterapeutene) til pasienter med stort rehabiliteringspotensiale» (sitat). Noen fylkesleger forteller om personale som beklager at langtidspatientene ikke får tilstrekkelig tilbud om fysisk vedlikeholdsbehandling og sosial stimulering.

Noen fylkesleger mener at en snarlig avklaring av hjemmelsgrunnlaget for de ulike funksjoner og avdelinger ved den kombinerte løsningen, og hvilket tilbud og avtaler som skal gjelde for langtidspatientene, er påkrevet. Ansvarsfraskrivelse og uenigheter om hvem som har ansvaret for tilbudet til langtidspatientene medfører at pasienter ikke får det tilbudet de har behov for. Fylkeslegen berømmer imidlertid personalet for stor innsats når det gjelder å erverve seg kunnskap og å ta initiativ til tiltak av betydning for brukerne.

3.4.3 Rene rehabiliterings- og habiliteringssentre

Det var 9 institusjoner som ble omtalt som rehabiliterings- og habiliteringssentre. Noen fylkesleger har foretatt en grundig gjennomgang av disse, andre har ikke. Fel-

les er imidlertid at fylkeslegenes vurderer disse til å være høyspesialiserte, med høyt utdannet personell og at de fungerer etter forutsetningene.

3.4.4 Annet

Denne kategorien ble laget for Lillebølgen i Vest-Agder, som er et somatisk spesialsykehjem for kronisk syke barn. Det har og har hatt en annen funksjon og har en annen kategori pasienter enn de andre spesialsykehjemmene. Vest-Agder fylke har søkt helsemyndighetene om å få endre status fra spesialsykehjem til å være en post ved barneavdelingen på Vest-Agder sentrelsykehus. Fylkeslegen har av denne grunn valgt å ikke gi en vurdering av institusjonen.

3.4.5 Oppsummering

Der fylkeslegene har gitt vurderinger har de variert fra spesifikke, detaljerte kommentarer til mer generelle overordnede drøftinger.

De fleste fylkeslegenes vurdering går ut på at de fleste tradisjonelle somatiske spesialsykehjemmene har et pasientgrunnlag som ikke tilsier fortsatt fylkeskommunal drift. Det er her stort samsvar i fylkeslegens og personalets vurderinger av langtidspasientenes behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Hvorvidt disse pasientene bør flytte ut eller ikke er det imidlertid delte meninger om. De fleste mener at pasientene bør få bli boende enten i institusjonen, eller i tilknytning til de fylkeslegene da dette har vært deres hjem i svært lang tid.

De øvrige institusjonstypene gis av de fleste fylkeslegene ikke inngående vurderinger da de «fungerer etter forutsetningene». Ett unntak er imidlertid de institusjoner som har kombinert drift. Fylkeslegen mener det her bør skje en rask avklaring vedrørende ansvarsforhold og hjemmelsgrunnlag for institusjonsdrift og tjenestetilbud, slik at pasientene fra det opprinnelige somatiske spesialsykehjemmet kan få det tilbudet de har behov for. Disse fylkeslegene mener at langtidspasientene er blitt nedprioritert både sosialt, treningsmessig og medisinsk på grunn av uklare ansvarsforhold.

3.5 FYLKESLEGENES VURDERING AV TILBUD TIL FYSISK FUNKSJONSHEMMEDE I FYLKER SOM IKKE HAR SOMATISKE SPESIALSYKEHJEM

Det er 5 fylker som ikke har somatiske spesialsykehjem; Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark.

Vi ba fylkeslegene i disse fylkene vurdere eksisterende tilbud evt. manglende tilbud som gis til sterkt fysisk funksjonshemmede (mennesker med tilsvarende lidelser som de i spesialsykehjemmene) i sine respektive fylker. Vi var interessert i å undersøke om det er spesielle forhold, tilrettelegging av tilbud eller annet i disse fylkene i og med at de ikke har somatiske spesialsykehjem.

Med unntak av ett fylke, gir fylkeslegene uttrykk for at tilbudet til sterkt fysisk funksjonshemmede er mangelfullt. De har registrert at enkelte relativt unge fysisk funksjonshemmede, f.eks av kategori tunge nevrologiske lidelser (MS, trafikkskadde o.l) befinner seg som pasienter i vanlige sykehjem i kommunene. På den andre siden har de observert at mange kommuner har bidratt til å skaffe personer med slik funksjonshemming botilbud utenfor institusjon og gitt dem bistand fra hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordninger. Nærmere vurdering av dette tilbudet er ikke gitt.

I ett fylke (Aust-Agder) har det ikke vært ansett som ønskelig med egne langtidsinstitusjonstilbud for sterkt fysisk funksjonshemmede. Fylkeskommunen og de respektive kommune i fylket har inngått en samarbeidsavtale med økonomisk oppgjør for disse pasientene, slik at en normalisert tilværelse prioriteres i den grad det er mulig, og hvor det gjennom en tilrettelegging av tiltak er ønskelig og mulig å etablere et like godt, eller bedre tilbud i den funksjonshemmedes nærmiljø. Det gis ingen vurdering om samarbeidsavtalen har fungert etter forutsetningene.

KAPITTEL 4

Psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og sentre**4.1 HISTORIKK**

Ideen om spesielle forpleiningssteder for sinnslidende adskilt fra «helbredelsesanstalter for sinnssyke» kan tilbakeføres til den franske psykiatrer Esquirol (1772 - 1840). Han mente at pasientene bare burde bli i helbredelsesanstaltene i maksimalt to år og så skives ut. Det viste seg snart at asylene (bl.a. Gaustad) måtte beholde en rekke pasienter ut over to år. De som ble skrevet ut, levde under svært kummerlige forhold. I perioden 1850 - 1950 ble det lagt mye arbeid i å bygge ut tilstrekkelig antall plasser i asylene, flere av dem med privatpleie i tillegg.

Rundt 1950 fantes det 8 pleiehjem for sinnssyke. Samtidig hadde de psykiatriske sykehusene et stort overbelegg: 7.915 pasienter i 6.320 godkjente plasser, eller 25,2 % overbelegg. Sirkulasjonen i sykehussengene sank til ca. 10 % og ventelistene til øyeblikkelig hjelp økte. Resultatet var at langtidspasienter, for å gi plass til nye pasienter, ble skjøvet ut i privatpleie som ikke var egnet for formålet. På den tiden gikk tuberkulosen sterkt tilbake, og mange tidligere tuberkulosehjem ble omgjort til pleiehjem for sinnssyke. Antallet pasienter i pleiehjem steg fra 367 i 1950 til 2.039 i 1955. Antallet institusjoner steg til 95, og pasientene ble lagt inn både fra sykehusene og privatpleien. I et foredrag på en psykiaterkongress i Oslo i 1955 ble det framført at Helsedirektoratet hadde planer om ca 3.300 plasser i pleiehjem. Spørsmålet var ikke hvor *mange* plasser som trengtes i sinnssykehus, men hvor *få* en kunne klare seg med når pleieheimene og privatpleien var godt utbygd. I perioden 1955 - 69 ble det bevilget inntil 40 % tilskudd til oppføring av psykiatriske sykehjem, noe som førte til fart i utbyggingen. Norske Kvinners Sanitetsforening og enkelte fylkeskommuner åpnet en rekke psykiatriske sykehjem spesielt for senil demente.

Tabell 4.1: Gjennomsnittlig daglig belegg i psykiatriske institusjoner 1960 - 1990

År	Sykehus	Sykehjem
1960	8.381	3.130
1975	8.095	4.333
1990	3.092	3.612

Oversikten viser at mens antall belagte, psykiatriske plasser i sykehus er sterkt redusert fra 1960 til 1990, har det ikke skjedd noen vesentlig nedgang i belegget ved de psykiatriske sykehjemmene. I dag er det flere pasienter innlagt i psykiatriske sykehjem enn i sykehus. Alle fylkeskommuner har psykiatriske langtidsinstitusjoner, fra 3 i Østfold til 27 for Oslo. I 1990 varierte dekningsgraden fra 3,2 plasser pr 10.000 innbygger i Østfold til 18,2 i Aust-Agder. Det er et visst, men ikke entydig samsvar mellom lav sykehusdekning og høyt antall sykehjemsplasser.

I 1979, 1984 og 1989 foretok Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) registreringer av pasienter og tilbud i den psykiatriske institusjonshelsetjenesten i Norge, deriblant de psykiatriske sykehjemmene. Personalet ble bl. a. bedt om å svare på hva som ville vært det ideelle tilbudet for pasienten om 6 måneder.

Tabell 4.2: Ideelt tilbud for pasientene ved psykiatriske sykehjem etter personalets vurdering. NIS-kartleggingene i 1979, 1984 og 1989

	1979		1984		1989	
	ant	%	ant	%	ant	%
Bolig	371	9	699	16	933	31
Alders- og sykehjem	440	11	671	16	634	18
SUM, kommunale tilbud	811	20	1370	32	1567	49

Et økende antall pasienter vurderes til å skulle ha vært i egen bolig, i 1989 hele 31 %. Likedan har andelen som burde hatt tilbud om plass i somatisk sykehjem økt fra 11 % til 18 % i løpet av 10 år. Legges disse to gruppene sammen, får en det antallet pasienter som vurderes å burde ha tilbud i kommunene. Andelen er økt fra 20 % til 49 % på 10 år. Denne utviklingen kan antakeligvis bare i beskjeden grad tilskrives endringer i pasientpopulasjonen. Sannsynligvis er det økende antallet pasienter som ansees utskrivningsklare uttrykk for holdningsendringer blant personalet. De ansatte har i økende grad sett pasientenes rehabiliteringspotensiale med bolig som løsning, og de har samtidig fått en klarere oppfatning av skillet mellom psykiatrisk behandling og vanlig pleie og omsorg. Problemet er at det faktiske antallet langtidspasienter som har fått kommunale tilbud, ikke står i noe rimelig forhold til det antallet som etter personalets mening burde hatt det. I de tilfellene der pasienter har fått slike tilbud, har arbeidet hatt preg av skippertak, gjerne kalt prosjekter. Den jevne flyten av langtidspasienter fra de psykiatriske sykehjemmene til kommunene som en kunne ønske seg, har vært liten.

Det har ikke manglet på uttrykte intensjoner om å få pasientene til riktig omsorgsnivå. I noen grad kan nok forklaringen på stillstanden være at fylkeskommuner og kommuner har vært uenige om hva som har vært riktig tilbud for enkelt-pasienter. Men hovedinntrykket er at en stort sett har vært enige i den faglige vurderingen. Derimot har uenighet om fordelingen av de økonomiske ressursene vært et hinder for utflytting. De fylkeskommunene som i noen grad har lyktes med utskrivninger, har i tillegg til faglig samarbeid også stilt økonomiske ressurser til rådighet for oppbygging av tiltak i kommunene, om enn i begrenset omfang.

I forbindelse med den somatiske sykehjemsreformen i 1988 ble det diskutert om også driften av de psykiatriske sykehjemmene skulle overtas av kommunene. Slik ble det ikke, og fylkeskommunene beholdt driftsmidler til disse institusjonene. Når driftsansvar med tilhørende økonomi fortsatt ble igjen i fylkeskommunene, la det samtidig en sterk føring på hvem som hadde ansvar for tiltak for pasientene. Selv om en pasient kunne erklæres ferdigbehandlet ved et psykiatrisk sykehjem og dermed skulle vært et kommunalt ansvar, har vedkommende som regel blitt i værende i sykehjemmet.

I heftet «Nye alternativer i psykiatrien» som Helsedirektoratet ga ut i 1985, ble fylkeskommunene oppfordret til å knytte sykehjemmene til de psykiatriske poliklinikkene og legge om driften til mer aktiv behandling og rehabilitering. Dersom en ser på navneendringene, kan den siste kartleggingen tyde på at denne utviklingen har skutt fart. Men det er ikke dermed gitt at innholdet har blitt vesentlig endret, f. eks. i form av økt antall utskrivninger av langtidspasienter til kommunene. Den betydelige veksten i poliklinisk virksomhet har bare i begrenset omfang kommet pasientene i langtidsinstitusjonene til gode. Dette kan skyldes at poliklinikkene har rettet sin virksomhet inn mot lettere psykiske lidelser og sjeldnere har satset på rehabilitering av langtidssyke.

4.2 KARTLEGGINGEN

Den 27. april 1993 ble det sendt ut prosjektbeskrivelse, 2 spørreskjemaer, et for den enkelte pasient og et samleskjema for hver institusjon, samt veileder for utfylling av skjemaene. Utsendingen gikk til alle psykiatriske sykehjem, psykiatriske sentre og ettervernshjem i Norge.

Skjema 1 ble bedt utfylt for hver innskrevet pasient pr 1. mai 1993 av styrer eller avdelingsleder i samråd med den som kjente pasienten best. Dette skjemaet inneholdt spørsmål om alder, kjønn, dag- eller døgnpasientstatus og innleggelse etter § 5. Videre ble det spurt om hovedhensikten med oppholdet, oppholdets lengde, bostedskommune, og hva tilbudet til pasienten burde være. Det siste spørsmålet hadde svarrubrikker både for personalets vurdering og pasientens eget ønske. For de pasientene som kunne flytte i boliger, ble det spurt om de hadde bolig eller ikke, antatt behov for bistand i hjemmet, tilsyn om natta, og aktiviteter på dagtid.

I skjema 2 skulle svarene fra skjema 1 oppsummeres for hele institusjonen. I tillegg skulle det svares på spørsmål om institusjonens brutto driftsbudsjett for 1993, institusjonstype, antall belagte døgn- og dagplasser, bemanningsfaktor, pleiefaktor, sykepleiefaktor, antall spesialsykepleiere i psykiatri og antall timer ekstern bistand av psykiater, psykolog, sosionom og andre yrkersgrupper. Videre ble det spurt om hva slags rehabiliteringstilbud institusjonen hadde, og hvor mange pasienter som ble utskrevet i 1992.

Svarfristen ble satt til 20. mai 1993. Etter diverse purringer kom det inn svar fra alle institusjonene, men alle har ikke svart utfyllende på alle spørsmål for alle pasientene. Derfor varierer summene i svartabellene for de enkelte spørsmål noe.

I tillegg til kartlegging av institusjonene ved utsendte spørreskjemaer ble landets fylkesleger året etter bedt om å foreta en kvalitativ vurdering av de enkelte institusjonene i hvert fylke. Fylkeslegene hadde da data fra kartleggingen som grunnlag for sine vurderinger, og de fleste fylkeslegekontorene gjennomførte i tillegg tilsynsbesøk ved institusjonene.

4.3 INSTITUSJONENE

På kartleggingstidspunktet 1. mai 1993 fantes det i alt 149 godkjente langtidsinstitusjoner hvorav 75 psykiatriske sykehjem, 56 psykiatriske sentre, 10 ettervernshjem og 8 andre (langtidspensjonat, bofelleskap o.l.). I løpet av året etter kartleggingen er 5 av sykehjemmene avviklet, hvorav et med 11 pasienter er gjort om til privat forpleiningssted.

Driften av de psykiatriske institusjonene som omfattes av kartleggingen var i 1993 budsjettert med til sammen 1.449.962.000 kr. På kartleggingstidspunktet var det samlet innskrevet 3.440 døgnpasienter og 871 dagpasienter, tilsammen 4.311 pasienter.

Når en skal regne ut kostnadene pr plass ut fra samlet budsjett og antall pasienter, trenger en en omregningsfaktor som fastsetter størrelsen av en dagplass i brøk av en døgnplass. I mange sammenhenger brukes fortsatt det som gjaldt i det gamle kurdøgnsystemet, der en dagplass var satt lik 0,75 døgnplass. Undersøkelser av de faktiske kostnadene ved dagbehandling i forhold til døgnopphold viser at utgiftene til dagbehandling er vesentlig lavere, og i de økonomiske oppgjørene i forbindelse med ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming ble en dagplass regnet som 0,3 døgnplass. I denne utredningen er en dagplass satt lik 0,3 døgnplass, med et unntak for Oslo. I tallene fra Oslo er det med en del dagsentre inne i byen som driver mindre intensivt pr plass, og med tilsvarende lave kostnader - kr 40.000 pr plass i gjennomsnitt. Kartleggingen dekker 132 slike plasser i Oslo, og for disse er omregningsfaktoren i forhold til en døgnplass satt lik 0,1. For 102 øvrige

dagplasser i Oslos institusjoner er det brukt den vanlige omregningsfaktoren på 0,3 som i resten av landet.

Når en regner om antall dagplasser til døgnplasser på denne måten, får en et samlet plasstall på 3.675 i landet. Dette gir en gjennomsnittlig kostnad pr år på kr 395.000 pr heldøgns plass og kr 118.000 pr ordinær dagplass (kr 40.000 pr hver av de spesielle dagplassene i Oslo). Til sammenligning kostet en belagt døgnplass i psykiatrisk sykehus ca 870.000 kr pr år i 1993.

Gjennomsnittlig bemanningsfaktor var 1,12, gjennomsnittlig pleiefaktor 0,81 og gjennomsnittlig sykepleiefaktor 0,27. Av 1.043 sykepleiere hadde 424 spesialutdanning i psykiatri. Institusjonene hadde i snitt 10 timer tilsyn pr mnd av psykiater og noe høyere timetall når det gjaldt somatisk legetilsyn. Bare et mindretall hadde knyttet til seg psykolog, sosionom eller andre faggrupper.

Institusjonene ble bedt om å svare hvordan pasientene fordelte seg når det gjaldt hovedhensikten med oppholdet:

Tabell 4.3: Hovedhensikten med oppholdet

	Ant	%
Observasjon og korttidsopphold (inntil 3 mndr.)	260	6
Avlastning	108	3
Rehabilitering	1.302	33
Varig pleie og omsorg (tidsubegrenset opphold)	2.257	57
SUM	3.927	99

Når summen her ligger mellom antall døgnpasienter og antall pasienter totalt, er det fordi noen institusjoner har regnet med dagpasientene, andre ikke.

Det ble videre spurt om hva slags rehabiliteringstilbud institusjonene hadde og hvordan plassene fordelte seg:

Tabell 4.4: Institusjonenes rehabiliteringstilbud

	Antall pasienter
Rehabiliteringspost	735
Treningsbolig	244
Systematisk ADL-trening	701
Annet	243
SUM	1.923

Vi ser at det er oppgitt at det finnes rehabiliteringstilbud for rundt halvparten av pasientene.

Institusjonene ble også bedt om å svare på hvor mange pasienter som ble skrevet ut i 1992 og til hvilke tilbud:

Tabell 4.5: Utskrivninger i 1992

	Antall utskrivninger
Tilbake til eget hjem	2.472
Til ny bolig	162
Til alders- og sykehjem	462
Til annet tilbud (mest sykehusinnl.)	448
Døde	293
SUM	3.837

I 1992 skjedde det 2.472 utskrivninger til eget hjem. Mange av disse pasientene hadde vært innlagt mindre enn 1 år. Enkelte pasienter kan ha mange kortvarige innleggelses i løpet av et år. Derfor var antall utskrevne personer lavere enn antall utskrivninger. Hvor mange langtidspasienter som er skrevet ut, har en ikke tall for.

Det foregikk mer rehabilitering og det var flere korttidsopphold i sentrene enn i sykehjemmene. Men dette er generelle trekk som dekker over store forskjeller mellom de enkelte institusjonene. Det kan være mer riktig å se på andre forhold ved institusjonene enn navn.

Vel halvparten av institusjonene fordelte seg på ulike variabler etter bestemte mønstre. Disse institusjonene kan deles inn i fire grupper. Gruppene beskrives i det følgende, og antall institusjoner i hver gruppe er satt i parentes. De øvrige institusjonene lot seg ikke kategorisere i en av de fire typene.

Institusjoner med langtids pleieprofil (32)

22 institusjoner hadde *bare* pasienter innlagt for varig pleie og omsorg, og ytterligere 10 ga bare pleie og omsorg med unntak for en eller to pasienter. I 6 av disse institusjonene var det bare innlagt kvinnelige pasienter og i 3 bare menn. Institusjonene hadde få timers tilsyn av psykiater, få sykepleiere med spesialutdanning i psykiatri, og nesten ingen andre yrkesgrupper med helsefaglig utdanning. Det var vanskelig å påvise innslag av spesialisttjenester.

Institusjoner med korttidsprofil (18)

18 institusjoner meldte om mer enn 50 utskrivninger. Bemanningsfaktoren ved disse institusjonene varierte fra 0,5 til 2,1 med et gjennomsnitt på 1,15. Kostnad pr pasient pr år varierte fra 191.000 til 790.000 kr. Ved den institusjonen som hadde flest utskrivninger, var bemanningsfaktoren 1,0, men en institusjon med bemanningsfaktor 0,5 hadde også et høyt antall utskrivninger. Det er ikke entydig sammenfall mellom høy bemanningsfaktor og høyt antall utskrivninger. Også institusjonens arbeidsmetodikk ser ut til å være utslagsgivende.

Høykostinstitusjoner (12)

12 institusjoner hadde en bemanningsfaktor større enn 1,7 og gjennomsnittlig kostnad pr pasient pr år på 682.000 kr mot 395.000 kr for alle institusjonene. Disse institusjonene hadde 259 belagte døgnplasser og 34 dagplasser, i alt 293 plasser. I 1992 ble det skrevet ut 334 pasienter til eget hjem, 34 til ny bolig og 92 til somatiske sykehjem. 6 av de 12 institusjonene sto for alle utskrivningene hvorav 2 alene sto for 202 utskrivninger til eget hjem. 6 høykostinstitusjoner skrev ikke ut noen pasienter. Hel-

ler ikke for disse er det mulig å se en entydig sammenheng mellom bemanningsfaktor og antall utskrivninger.

Institusjoner med «statisk» rehabilitering (16)

16 institusjoner med i alt 350 heldøgns plasser hadde innlagt 170 pasienter der hensikten var rehabilitering, men hvor ingen eller høyst en pasient ble skrevet ut til eget hjem eller ny bolig i 1992. Personalet vurderte det slik at 139 av disse pasientene burde flytte i bolig. En stor del av rehabiliteringspasientene hadde vært i institusjonen i mange år. Et større antall institusjoner hadde tilsvarende sprik mellom mål og resultat, men i noe mindre grad.

4.4 PASIENTENE

På kartleggingstidspunktet var det innlagt 47 % menn og 53 % kvinner. Aldersfordelingen vises av følgende tabell:

Tabell 4.6: Pasientenes alder

	Heldøgns pas	Dag pas	Sum pas	
	Ant	Ant	Ant	%
Under 30 år	202	71	273	6
30 - 39	377	150	527	12
40 - 49	409	182	591	14
50 - 59	445	182	627	15
60 - 69	630	172	802	19
70 - 79	837	105	942	22
80 +	540	9	549	13
SUM	3.440	871	4.311	101

Så mye som 54 % av alle pasientene var over 60 år. Av heldøgns pasientene var 58 % over 60 år. I enkelte institusjoner var det bare eldre mennesker med demensproblematikk. De fleste institusjonene hadde en blanding av eldre og yngre pasienter, ofte i forskjellige avdelinger. Noen få institusjoner hadde spesialisert seg på behandling og rehabilitering av yngre mennesker.

709 pasienter (21 % av døgns pasientene) var innlagt etter § 5 i Lov om psykisk helsevern, dvs at de ble holdt tilbake med tvang. 54 % av disse var over 60 år. (Det er grunn til å tro at mange i denne eldre gruppen var urolige senil demente.) 31 % av de tvangsinnlagte var under 50 år.

Pasientene hadde lange institusjonsopphold bak seg, noe som vises av tabellen for oppholdenes lengde:

Tabell 4.7: Lengden av pasientenes opphold ved nåværende institusjon eller institusjon av samme type

År	Antall pas	%
0 - 1	820	21
1 - 2	602	16
2 - 5	772	20

Tabell 4.7: Lengden av pasientenes opphold ved nåværende institusjon eller institusjon av samme type

5 - 10	676	18
10 - 15	320	8
15 - 20	194	5
20 +	478	12
SUM	3.862	100

Også under utfyllingen av dette spørsmålet har noen bare tatt med døgnpasientene mens andre har tatt med både døgnpasienter og dagpasienter, slik at antall pasienter som det er svart for ligger mellom tallet på døgnpasienter og det totale antall pasienter.

Spørsmålet gjelder lengden av opphold ved nåværende institusjon pluss opphold ved tilsvarende institusjon forut for det aktuelle oppholdet. Er pasienten overført fra et psykiatrisk sykehjem til et annet skal det være regnet med summen av oppholdene. Tidligere opphold ved psykiatrisk sykehus regnes ikke med. Vi vet at mange av pasientene var i psykiatrisk sykehus før innleggelsen i psykiatrisk sykehjem.

662 døgnpasienter (19 %) hadde vært innlagt under et år. Det betyr ikke at alle var innlagt til korttidsbehandling. Sannsynligvis vil flere av disse bli langtidspasienter.

25 % hadde vært innlagt mer enn 10 år, og 12 % hadde vært innlagt i 20 år eller mer.

Gjennomsnittlig oppholdstid var ca 7 år.

4.5 HVA BØR TILBUDET TIL PASIENTENE VÆRE?

Institusjonene ble bedt om å vurdere hva som ville vært det riktige tilbudet for pasientene, og også få fram pasientenes egne ønsker. En del institusjoner oppga ikke pasientsvar.

Tabell 4.8: Personalets vurdering av riktig tilbud og pasientens eget ønske

Tilbud	Faglig vurdert		Pas. eget ønske	
	Antall pas.	%	Antall pas.	%
Bolig, ev. med bistand	1.181	32	1.203	46
Alders- og sykehjem	636	17	157	6
Ved denne institusjonen	1.683	46	1.113	43
Psykiatrisk sykehus	42	1	28	1
Annet	146	4	91	4
SUM	3.688	100	2.592	100

For 667 pasienter er det oppgitt at de ikke kunne gi uttrykk for eget ønske, og for 429 pasienter som er vurdert av personalet foreligger det ikke pasientsvar.

Det er godt samsvar mellom antall pasienter som personalet mente burde vært i bolig og antall pasienter som ville bo i egen bolig. Svarene som er gitt, samsvarer godt med det som kom fram i pasientkartleggingen til NIS i 1989. Vurderingen av hvem som burde være i bolig synes å ha stabilisert seg etter å ha økt jevnt fra første kartlegging i 1979.

Personalet og pasientene vurderte behovet for plass i alders- og sykehjem svært forskjellig. Pasientene vil bli ved den institusjonen de er, når alternativet er en annen institusjon. Dette har også kommet fram i pasientkartleggingene tidligere.

Personalets og pasientenes vurdering av nåværende institusjon som riktig tilbud ser nokså lik ut, særlig hvis en tar hensyn til det antallet pasienter som oppgis å ikke kunne gi uttrykk for eget ønske. Samsvar i antall sier imidlertid ikke noe om grad av sammenfall mellom personalets vurdering av den enkelte og den vurderingen vedkommende har gjort selv. Kodingen av data har ikke skjedd på individnivå, bare for hver institusjon, og det er derfor ikke mulig å si noe om sammenfall mellom personalets vurderinger for den enkelte pasient og pasientenes egen vurdering.

Hovedkonklusjonen når det gjelder hva personalet vurderer som riktig tilbud for pasientene er at ca halvparten av dem burde hatt kommunale tilbud, og at ca 1/3 eller ca 1.200 pasienter burde flytte til bolig, evt. med bistand.

660 av pasientene hadde bolig. En del av disse er dagpasienter, men det er også heldøgns pasienter som kunne ha flyttet hjem dersom de hadde vært sikret tilgang til tjenester i hjemmet. 710 pasienter manglet bolig.

Personalet svarer at 237 pasienter kan klare seg i bolig uten hjemmebaserte tjenester, mens 975 vil trenge mellom 4 og 40 timer bistand i hjemmet pr uke, i gjennomsnitt 13 timer pr uke pr pasient. Det oppsummerte behovet for bistand i hjemmet utgjør ca. 600.000 timer pr år. Det er da bare regnet med timer til direkte pasientarbeid, og ikke lagt til noe for administrasjon, møter, veiledning, reisetid m.v. I tillegg vurderer personalet i institusjonene det slik at 171 pasienter vil trenge tilsyn om natta. For mange av disse vil det være tilstrekkelig å kunne nå nattevakt over telefon. Hvor mange som vil ha behov for tilstedeværende nattevakt, er ikke spesifisert i svarene.

984 av de pasientene som kunne skrives ut til bolig, trengte etter personalets mening dagaktivitet hele eller deler av uka, mens 43 ikke trengte slik aktivitet. Av pasientene selv derimot, var det bare 673 som ønsket seg dagaktivitet i hele eller deler av uka, mens 187 ikke ønsket dagaktivitet.

Denne forskjellen i hva behandlere mener er godt for pasienten og hva vedkommende selv ønsker, er en kjent problemstilling. Ofte er dagaktivitet et virkemiddel som settes inn mot en passiv institusjonstilværelse. For utskrevne pasienter blir ofte dagaktivitet brukt for å motvirke isolasjon og ensomhet. Dette faglige hensynet bør imidlertid settes opp mot pasientenes selvbestemmelsesrett. Retten til å bestemme over sitt eget liv blir av tidligere institusjonspasienter vurdert som svært viktig. Derfor bør pasientenes ønsker være avgjørende.

I tillegg til de 673 døgnpasientene som etter en eventuell utskrivning ønsket seg dagaktivitet, var det 767 pasienter som hadde dagtilbud ved psykiatriske langtidsinstitusjoner og som kunne ha fått det i sin hjemkommune.

241 av de pasientene som kunne skrives ut til bolig ønsket seg arbeid, mens personalet mente at 195 hadde behov for det. Det var her ment ordinært eller vernet lønnet arbeid, og ikke virksomhet som bare blir honorert med arbeidsoppmuntrings penger av symbolsk art. Dette er arbeidsformidlingens oppgave, men innsatsen i denne etaten har hovedsaklig vært rettet mot andre grupper ledige. Det har i de senere år vært vanskelig for psykiatriske langtidspasienter å få innpass i ordinært lønnet arbeid, selv etter omfattende arbeidsrehabilitering og yrkesmessig attføring. Arbeidsledigheten begrenser mulighetene for denne gruppen.

619 av de pasientene som kunne skrives ut til bolig, hadde etter personalets mening behov for organisert helge- og fritidsaktivitet, mens bare 424 pasienter selv ønsket slike tilbud. Forskjellen i vurdering kan sannsynligvis forklares på tilsvarende måte som for dagaktivitet. Men det er grunn til å tro at dette tilbudet er begren-

set i institusjonene i dag. Derfor bør denne virksomheten mer sees på som en ønsket kvalitetsbedring enn som en overføring av tjenester fra institusjon til åpen omsorg.

4.6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER TIL KARTLEGGINGEN

Kartleggingen lider av en del mangler. Vurderingene av hva slags tilbud pasientene bør ha, er subjektive. Å vurdere om pasienter er ferdigbehandlet, er vanskelig innenfor psykiatri generelt, og spesielt vanskelig i forhold til pasienter som tradisjonelt har blitt sett på som varige institusjonsbrukere. Vurderingene påvirkes av personalets holdninger, kunnskaper og ferdigheter i tillegg til pasientenes tilstand. Kartleggingen viser en tendens til at personalet ved de institusjonene som står svakest faglig og har minst erfaring i å flytte ut pasienter, ser færrest muligheter for at pasientene kan klare seg i kommunene. Pasientene selv har også vanskelig for å leve seg inn i muligheten for et liv utenom institusjonen så lenge de ikke har sett at andre har lykkes med det. Mangel på realistiske alternativer kan ha ført til en underrapportering av antall pasienter som kan få bedre omsorgstilbud i kommunene. Erfaringer fra andre gjennomganger der hensikten har vært å skape alternativer til institusjon, har vist at antallet som burde få andre tilbud kan være så høyt som 60 - 70 %.

4.7 FYLKESLEGENES UNDERSØKELSER OG VURDERINGER

Institusjonene ligger ofte i naturskjønne og landlige omgivelser, men forholdsvis avsides fra befolkningssentra. Dette gjelder særlig for eldre psykiatriske sykehjem, mens forholdsvis nybygde institusjoner ligger mer sentralt i nærheten av kommunesentra eller i andre tettsteder. En del av de psykiatriske sykehjemmene er administrative avdelinger ved kommunale sykehjem. Disse er ofte nye, ligger mer sentralt i kommunene, og deler fellestjenester og i noen grad dagaktiviteter med den kommunale institusjonen som de er en del av.

Helsedirektoratet foretok en kartlegging av landets psykiatriske sykehjem i 1986. I forhold til rapporten fra 1986 viser fylkeslegenes beskrivelser fra 1994 en betydelig bedring i institusjonenes materielle standard. I 1986 hadde bare 38 % av pasientene ensengsrom, og så mange som 22 % bodde i rom med tre eller flere pasienter. Det finnes ikke tilsvarende statistikk for 1994. Men 60 % av institusjonene hadde i 1994 *bare* enerom, og i de institusjonene som hadde flersengsrom var det bare et fåtall pasienter i disse. Det har også vært en bedring når det gjelder sanitære forhold, selv om fylkeslegene fremhever at flere eldre institusjoner fortsatt har for få bad og toaletter i forhold til pasienttallet.

Det har også vært en klar bedring når det gjelder personell. Gjennomsnittlig pleiefaktor er nesten fordoblet fra 0,41 i 1986 til 0,81 i 1993. Sykepleierfaktoren er fordoblet fra 0,13 til 0,27. Antallet sykepleiere med spesialutdanning i psykiatri er mer enn tredoblet fra 133 i 1986 til 424 i 1993, samtidig som pasienttallet er sunket med ca 20 %. Likevel påpeker fylkeslegene at flere av institusjoner fortsatt har for lav personelldekning. Tilsynet fra psykiater er også bedret siden 1986, men anses fortsatt ofte for å være for lavt.

Når det gjelder vurderingene av hva som bør være riktige tilbud til pasientene, er hovedinntrykket at fylkeslegene støtter de vurderingene som personalet har gjort når skjemaene er fylt ut.

Fylkeslegene har vansker med å beskrive hvilke spesialisthelsetjenester som gis ved institusjonene. Når det gjelder institusjonenes muligheter fremover, angir fylkeslegene at 34 institusjoner enten allerede er blitt del av psykiatrisk senter eller at de kan utvikles til det på visse betingelser. Som hovedkonklusjon kan en si at fylkeslegene har en del kritiske merknader til institusjonenes drift, både når det gjelder

deres materielle standard, personelldekningen og det psykiatriske tilsynet. De har vanskelig for å påvise hvilke spesialisthelsetjenester mange av institusjonene yter. Allikevel mener fylkeslegene at de fleste institusjonene fyller en viktig funksjon og gir viktige tilbud til pasientene.

4.8 OPPSUMMERING

Kartleggingen bekrefter tidligere undersøkelser som har vist at det i psykiatriske langtidsinstitusjoner drives utstrakt pleie- og omsorgsvirksomhet som etter dagens ansvarsfordeling er kommunale oppgaver. Rehabiliteringsvirksomheten er for lite målrettet mot utflytting, og forsinkes fordi kommunale tilbud mangler. Personalet i institusjonene mener at ca halvparten av heldøgnspatientene bør ha kommunale tilbud i form av bolig eller plass i alders- eller sykehjem.

Fylkeslegene støtter institusjonenes vurderinger i hva som er riktige tilbud til pasientene. Gruppen av institusjoner som helhet har hatt en klar forbedring de siste årene når det gjelder materiell standard og personell. Dette skyldes bl.a. at en del av de eldste og mest perifert beliggende institusjonene er nedlagt, og at det ved nybygging eller ombygging og opprusting av eksisterende institusjoner er kommet nye eller endrede institusjoner som er mer sentralt plassert i kommunene, og som i noen tilfeller er omorganisert slik at de nå inngår i psykiatriske sentre. Allikevel har fylkeslegene kritiske merknader til mange institusjoner når det gjelder bygningsmessig standard, personelldekning, og omfang av det psykiatriske tilsynet. Enkelte institusjoner er svært lite endret de siste årene, slik at det er store forskjeller i fylkene og mellom fylkene.

KAPITTEL 5

Den psykiatriske privatpleien**5.1 HISTORISK BAKGRUNN**

Den psykiatriske privatpleien har røtter helt tilbake til den gamle fattigforsorgen.

Fra middelalderen var systemet med «legd» lokalsamfunnets måte å ta hånd om de fattige på, og dette omfattet både «de gale», løsgjengere, foreldreløse barn og andre som ikke kunne forsørge seg selv. Systemet innebar at de fattige gikk på omgang mellom bygdas gårder som forsørget dem etter tur i et samfunn med naturalhusholdning.

Sinnssykeloven av 1848 var i internasjonal sammenheng forut for sin tid, og fastslo det offentliges ansvar for å gi omsorg til de sinnssyke. Således ble det lagt grunnlag for et særskilt sinnssykevesen, forskjellig fra den alminnelige fattigforsorgen. Loven av 1848 hadde et eget kapittel om privatpleie av sinnssyke.

Mot slutten av forrige århundre ble den gamle ordningen med legd gradvis avløst av privatpleie med «borttinging». Ordningen med legd ble formelt opphevet i år 1900 da den nye Forsorsloven ble vedtatt. Borttingingen av fattige ble administrert av de kommunale fattigkommisjonene, og innebar at det ble inngått kontrakter med private om forpleining mot betaling. Betaling til forpleier ble dekket av kommunen.

Både under legdsystemet og under systemet med borttinging kunne gårdbruke- ren nyttiggjøre seg arbeidskraften til de han tok imot.

Årene fra 1855 da Gaustad ble åpnet som Norges første asyl fram til 1920-årene ble preget av institusjonsutbygging. Ytterligere 20 asyler i tillegg til Gaustad ble bygget i denne perioden. Staten og amtene fikk det finansielle ansvaret for sinnssykevesenet, mens kommunene hadde ansvaret for fattigvesenet.

Utbyggingen av institusjonsplassene holdt imidlertid ikke tritt med behovet, og antall pasienter i privat psykiatrisk forpleining økte parallelt med institusjonsutbyggingen. Etterhvert etablerte også asylene selv privatpleie for å avlaste sine plassproblemer. Det var således tre former for privatpleie for psykiatriske pasienter:

1. Privatpleie under asylene, med direkte tilsyn fra asylene.
2. Privatpleie med statstilskudd, administrert av fattigkommisjonene.
3. Privatpleie uten statstilskudd, administrert og betalt av de kommunale fattigkommisjonene.

Den siste formen for privatpleie gjaldt sinnslidende som ikke ble ansett å ha et pleiebehov utover det som gjaldt for vanlige fattige.

Disse ulike formene for privatpleie med fordeling av økonomisk ansvar gjaldt i hovedsak uendret til lov om psykisk helsevern ble vedtatt i 1961.

Lov om psykisk helsevern fastsetter psykiatriske helsetjenester som spesialisthelsetjenester som fylkeskommunene har ansvar for. I tillegg til den psykiatriske institusjonshelsetjenesten angir loven psykiatrisk privatpleie som fylkeskommunenes ansvar. Privatpleien ble dermed definert som spesialisthelsetjeneste, og den tredje formen for privatpleie betalt av kommunene gikk ut av det formaliserte psykiske helsevern. Siden ca 1960 har det vært to former for privatpleie for psykiatriske pasienter: Privatpleie med tilsyn fra psykiatrisk sykehus, og privatpleie med tilsyn fra offentlig lege på stedet, det vil idag i praksis si kommunelege. Begge formene for privatpleie er formelt definert som spesialisthelsetjeneste etter lov om psykisk

helsevern, og begge finansieres av fylkeskommunen som inngår kontrakt med og betaler forpleier.

De to gjenstående formene for psykiatrisk privatpleie har i prinsippet fortsatt uendret fra 1960 fram til idag, selv om antall pasienter er gått sterkt tilbake.

Tabell 5.1 viser den tallmessige utviklingen av privatpleien i Norge fra 1960 til 1993:

Tabell 5.1: Antall pasienter i privat psykiatrisk forpleining 1960-1993

År	Ant pas	Faglig tilsyn fra	
		Sykehus	Off. lege
1960	5.283	443	4.840
1965	4.850	426	4.424
1970	3.954	981	2.973
1975	2.715	949	1.766
1980	1.864	842	1.022
1985	1.091	633	458
1989	696	513	183
1993	507	338	169

Vi ser at reduksjonen av antall pasienter i privat psykiatrisk forpleining nesten i sin helhet skyldes reduksjonen av antall pasienter med tilsyn fra leger i kommunene. Antall pasienter med tilsyn fra sykehus har faktisk i en periode økt, og først etter 1989 kommet ned på 1960-nivået.

5.2 SITUASJONEN IDAG

Fylkeskommunene har organisert sin privatpleie forskjellig. Østfold, Oslo, Hedmark, Buskerud og Rogaland har organisert sin privatpleie under de psykiatriske sykehusene. Akershus, Aust- og Vest-Agder, Hordaland og Sogn og Fjordane har valgt å ha pasientene under tilsyn av kommunelege, mens de øvrige fylkene har en blandingsmodell. To tredeler av pasientene er forøvrig hjemmehørende i 5 fylker - Oslo, Buskerud, Østfold, Akershus og Hordaland. På den annen side har 7 fylker under 10 pasienter i privatpleie - Troms, Finnmark, Nord-Trøndelag, Hedmark, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Vest-Agder.

Tabell 5.2: Fylkesvis fordeling av pasientene etter hjemstedsfylke (=fylkeskommune som betaler for forpleiningen). 1993.

Fylke	Tilsyn fra sykehus	Tilsyn fra off lege	Sum	% av privatpleie pasientene
Østfold	51	0	51	10,1
Akershus	3	42	45	8,9
Oslo	131	0	131	25,8
Hedmark	7	0	7	1,4
Oppland	15	9	24	4,7
Buskerud	72	3	75	14,8
Vestfold	25	4	29	5,7

Tabell 5.2: Fylkesvis fordeling av pasientene etter hjemstedsfylke (=fylkeskommune som betaler for forpleiningen). 1993.

Telemark	6	6	12	2,4
Aust-Agder	1	11	12	2,4
Vest-Agder	0	9	9	1,8
Rogaland	19	3	22	4,3
Hordaland	0	37	37	7,3
Sogn og Fjordane	3	12	15	3,0
Møre og Romsdal	2	5	7	1,4
Sør-Trøndelag	1	8	9	1,8
Nord-Trøndelag	0	6	6	1,2
Nordland	0	10	10	2,0
Troms	1	1	2	0,4
Finnmark	1	3	4	0,8
SUM	338	169	507	100,2

Både omfanget og organiseringen av privatpleien varierer således sterkt mellom fylkene.

Tabell 5.2 viser den fylkesvise fordelingen:

Det understrekes at tabellen viser pasientene fordelt på den fylkeskommunen som har ansvaret for pasienten og betaler forpleier. Pasientene fordelt på oppholdsfylke gir en helt annen fordeling. 41 % av pasientene i privatpleie eller 209 personer fra 17 fylker er plassert utenfor hjemfylket slik tabell 5.3 viser:

Lier kommune i Buskerud står i en særstilling når det gjelder pasienter i privat psykiatrisk forpleining. 166 pasienter fra 10 fylker, eller 33 % av landets pasienter i privatpleie er i denne kommunen: Foruten 72 pasienter fra Buskerud har kommunen 54 pasienter fra Oslo, 25 fra Vestfold, 6 fra Telemark, 2 fra Østfold, 2 fra Akershus, 2 fra Oppland, 1 fra Aust-Agder, 1 fra Møre og Romsdal og 1 fra Sør-Trøndelag. Alle står under faglig tilsyn fra enten Psykiatrisk avdeling Buskerud sentralsykehus (tidligere Lier sykehus) eller fra Dikemark sykehus.

Pasienter i privat psykiatrisk forpleining er altså i stor grad plassert borte fra hjemstedet. Som nevnt er 41 % plassert i et annet fylke enn hjemfylket. Ser vi på kommunetilhørigheten, finner vi at 424 pasienter eller 84 % er plassert utenfor hjemkommunen.

Ellers ser vi at de tre nord-norske fylkene har få pasienter i privatpleie, og at halvparten av disse er plassert i fylker sørpå. Dette er pasienter som ble evakuert sørover under krigen og som har vært i institusjoner og privatpleie sørpå siden.

5.3 VÅR UNDERSØKELSE

Statistisk sentralbyrå publiserte data om pasienter i privat psykiatrisk forpleining fram til 1985, sammen med øvrig statistikk for helseinstitusjoner. Dette ble siden oppgitt, angivelig på grunn av dårlig kvalitet på data som skyldes sviktende rapportering og mangelfull utfylling og innsending av skjemaer. I publikasjonen «Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989» utgitt av Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) er pasienter i privat psykiatrisk forpleining tatt med. Antall pasienter i privatpleie i 1989 i tabell 5.1 her er tatt fra denne publikasjonen. Tallet er imidlertid usikkert, og NIS fikk bare innhentet data om 563 pasienter, men på bak-

grunn av muntlige opplysninger fra SSB regner en med at ytterligere 133 pasienter var i privatpleie.

Tabell 5.3: Fordeling av pasienter plassert utenfor hjemfylket

Pas's hjemfylke	Ant pas utenfor fylket	Hvor plassert
Østfold	2	Buskerud 2
Akershus	3	Buskerud 2, Oppland 1
Oslo	130	Buskerud 56, Akershus 51, Oppland 20, Vestfold 3
Hedmark	0	
Oppland	5	Akershus 3, Buskerud 2
Buskerud	0	
Vestfold	25	Buskerud 25
Telemark	8	Buskerud 7, Akershus 1
Aust-Agder	1	Buskerud 1
Vest-Agder	6	Aust-Agder 6
Rogaland	1	Hordaland 1
Hordaland	2	Buskerud 1, Oppland 1
Sogn og Fjordane	9	Hordaland 6, Rogaland 3
Møre og Romsdal	1	Buskerud 1
Sør-Trøndelag	3	Buskerud 1, Oppland 1, Nord-Trøndelag 1
Nord-Trøndelag	4	Sør-Trøndelag 4
Nordland	4	Buskerud 1, Akershus 3
Troms	2	Akershus 1, Nordland 1
Finnmark	3	Østfold 1, Akershus 1, Nordland 1
SUM	209	Buskerud 99, Akershus 60, Oppland 23, Hordaland 7, Aust-Agder 6, S-Trlag 4, Vestfold 3, Rogaland 3, Nordland 2, Østfold 1, N-Trlag 1

På bakgrunn av dette ønsket vi denne gang å få en mest mulig fullstendig oversikt over pasienter i privat psykiatrisk forpleining. Fra fylkeshelsesjefene og fylkeslegene ble det innhentet opplysninger om antall pasienter i det enkelte fylket, og opplysningene ble kryssjekket på flere forskjellige måter. Etter denne prosessen står vi igjen med 507 pasienter i privat psykiatrisk forpleining i Norge pr 1. september 1993. Dette tallet er med stor sikkerhet korrekt.

Den 12. august 1993 ble det sendt ut brev vedlagt spørreskjema til de psykiatriske sykehus og de offentlige leger som hadde ansvaret for tilsyn med pasienter i privat psykiatrisk forpleining. Faglig ansvarlig lege ble bedt om å fylle ut et skjema for hver pasient ut fra situasjonen pr 1. september, og returnere skjemaet innen 20. september. Etter diverse purringer har vi fått svar fra alle, og har altså en svarprosent på 100.

Spørreskjemaet var kortfattet og inneholdt noen bakgrunnsspørsmål om pasient, forpleier og forpleiningsforholdet, samt noen vurderingss spørsmål om pasienten. Disse var utformet ut fra prosjektets formål som er å bidra til avklaring av forholdet mellom kommunalt og fylkeskommunalt ansvar, dvs forholdet mellom allmenne pleie- og omsorgsoppgaver og spesialisthelsetjenester. I tillegg har prosjektet støttet en undersøkelse av pasienter i privatpleien i Hordaland utført av fylkes-

psykiater Bente Danielsen. Undersøkelsen i Hordaland går mer i dybden og inneholder flere vurderingsspørsmål, og B. Danielsen hadde anledning til å undersøke hver enkelt pasient og intervju forpleierne.

Resultatene fra den landsdekkende spørreskjemaundersøkelsen gjengis i det følgende i form av tabeller med kommentarer. I enkelte av kommentarene er også undersøkelsen fra Hordaland trukket inn.

Tabell 5.4: Pasientenes alder

Alder	Antall pasienter	%
23-29 år	6	1,2
30-39 år	13	2,6
40-49 år	50	9,9
50-59 år	52	10,3
60-69 år	133	26,2
70-79 år	182	35,9
80-89 år	62	12,2
90-100 år	9	1,8
SUM	507	100,1

Aldersspredningen er svært stor: yngste pasient er 23 år og eldste er 100 år. Hovedtyngden av pasienter er i 60- og 70-årene. Gjennomsnittsalder er 67 år.

Tabell 5.5: Pasientenes kjønn

	Antall pasienter	%
Kvinner	228	45,0
Menn	279	55,0
SUM	507	100,0

Vi ser at det er en viss overvekt av menn blant pasientene.

Tabell 5.6: Tid i privatpleie

Tid	Antall pas	%
Mindre enn 1 år	22	4,4
Fra 1 inntil 2 år	22	4,4
Fra 2 inntil 5 år	71	14,3
Fra 5 inntil 10 år	60	12,1
Fra 10 inntil 20 år	109	21,9
Fra 20 inntil 30 år	85	17,1
Fra 30 inntil 40 år	70	14,1
fra 40 inntil 50 år	35	7,0
Lengre enn 50 år	23	4,6
SUM	497	99,9

Det mangler opplysninger om 10 pasienter.

Som vi ser har mange pasienter i privatpleien vært der i årevis. Gjennomsnittlig tid i privatpleie er hele 19 år. Spredningen er fra 2 uker til 60 år.

Det har skjedd en viss, liten nyrekruttering av pasienter til privatpleien, og 22 pasienter er tatt inn i privatpleien i løpet av det siste året forut for undersøkelsen. Pasientene som har vært i privatpleie i kort tid er imidlertid meget skjevfordelt geografisk. Av de 22 pasientene som har vært i privatpleie under 1 år er 13 fra Oslo og er under tilsyn av Dikemark sykehus, 6 er fra Buskerud og er under tilsyn fra BSS, og 2 er fra Rogaland og er under tilsyn fra Rogaland psykiatriske sykehus. Ser vi på gruppen på 22 pasienter som har vært i privatpleien mellom 1 og 2 år er bildet det samme. 16 av disse er fra Oslo og er under tilsyn fra Dikemark, 2 er fra Buskerud under tilsyn fra BSS, og 1 er fra Østfold under tilsyn fra Østfold sentralsykehus. Bare et fylke har pasienter i privatpleie med kortere oppholdstid enn 2 år under tilsyn fra kommunelege. Det er Akershus som har 4 slike pasienter.

Konklusjonen er at pasientene i privat psykiatrisk forpleining utgjør en stasjonær gruppe langtidspasienter med unntak av at visse psykiatriske sykehus har en del kortidspasienter under sitt tilsyn, særlig Dikemark og Psykiatrisk avd BSS. Dikemark og BSS har opplyst at de i en del tilfeller bruker opphold i privatpleien som en overgang til full utskrivning.

Tabell 5.7: Pasientenes hoveddiagnose

Diagnose	Ant pasienter	%
Schizofreni/schizofreniforme psykoser	411	81,1
Affektive psykoser	16	3,2
Psykisk utviklingshemming	25	4,9
Ikke-psykotiske psykiatriske lidelser	26	5,1
Aldersdemens	5	1,0
Annet	24	4,7
SUM	507	100,0

Det ble valgt en grov diagnostisk inndeling for å lette utfyllingen av skjemaene og gjøre den mest mulig pålitelig. Det ble presisert at «hoveddiagnose» her betyr den diagnose som er hovedårsaken til pasientens funksjonshemming og behov for behandling og omsorg/pleie. Det er således fullt mulig at en del av pasientene har flere diagnoser (f.eks. psykisk utviklingshemming pluss en psykiatrisk diagnose, eller aldersdemens pluss psykiatrisk diagnose). Omfanget av slike dobbeltdiagnoser har vi ikke spurt om, slik at vi ikke har oversikt over dette.

Som ventet er hoveddelen av pasientene schizofrene eller har nærbeslektede tilstander (over 80 %). Noen få (3 %) lider av affektive psykoser som manisk-depressive sinnslidelser og alvorlige depresjoner. Nesten 5 % av pasientene har fått oppgitt psykisk utviklingshemming som hoveddiagnose. Dette kan være pasienter som ikke var omfattet av ansvarsreformen fordi de var innskrevet i psykisk helsevern. Men det kan også være pasienter med dobbeltdiagnose, slik at de har en psykiatrisk diagnose som begrunner plassering i privatpleien selv om utviklingshemningen er ansett som hoveddiagnosen slik dette er definert ovenfor.

Et vist antall pasienter (5 %) anses ikke å lide av noen psykose, men har andre ikke-psykotiske psykiatriske lidelser. Antakelig er de såkalte personlighetsforstyrrelsene dominerende blant disse.

Det er svært få pasienter som har aldersdemens som hoveddiagnose (5 personer eller 1 %). Vi har også spurt om den psykiatriske lidelsen eller aldring/aldersdemens anses for å være hovedgrunnen til pasientens hjelpebehov. Også på dette spørsmålet slår de psykiatriske lidelsene tungt igjennom. For bare 7 % ble det oppgitt at alder/aldersdemens var hovedproblemet, mens den psykiatriske lidelsen ble oppgitt å være hovedgrunnen til omsorgsbehovet i hele 93 % av tilfellene.

Tabell 5.8: Er pasienten tvangstilbakeholdt?

Status	Antall pasienter	%
Formelt tvunget opphold	23	4,5
Formelt frivillig opphold	484	95,5
SUM	507	100,0

Pasienter kan formelt tvangstilbakeholdes i privat psykiatrisk forpleining dersom betingelsene i § 5 i lov om psykisk helsevern er tilstede. I praksis innebærer bestemmelsen at en tvangstilbakeholdt pasient kan bringes tilbake til forpleiningsstedet av politiet dersom vedkommende drar avgårde. Bestemmelsen gir ikke hjemmel for bruk av tvangsmidler eller tvangsmedisinering som på psykiatrisk sykehus.

Den helt overveiende delen av pasientene (over 95 %) oppholder seg formelt på forpleiningsstedet frivillig. Dette sier selvsagt ikke noe om hvor frivillig oppholdet oppleves, eller om pasienten opplever å ha noe alternativ. Det er mange pasienter som ikke forstår forskjellen på formelt frivillig og formelt tvunget opphold.

Etter forskriften om regelmessige kontrollundersøkelser skal pasienter som formelt er tvangstilbakeholdt i privatpleien kontrollundersøkes minst en gang i året av psykiater for å få undersøkt om betingelsene for tvangstilbakeholdelse etter § 5 fortsatt er tilstede. Dersom betingelsene ikke er tilstede, skal pasienten overføres til frivillig status.

Undersøkelsen avdekket at blant kommuneleger som hadde ansvar for å føre faglig tilsyn med pasientene var det betydelig usikkerhet om hvorvidt pasienten var tvangstilbakeholdt eller om oppholdet var frivillig. Mange av kommunelegene kjente ikke til status for pasienter de hadde tilsynsansvar for, og mange kjente generelt ikke til betingelsene for tvangstilbakeholdelse. Spesielt var ordningen med årlige kontrollundersøkelser ukjent. Som følge av dette var det aktuelle feltet i spørreskjemaet ofte feil utfyllt av kommuneleger. På denne bakgrunn ble alle tilfeller der det var oppgitt at pasienten var tvangstilbakeholdt gjennomgått særskilt og opplysningen sjekket bl a med fylkeslegen. Dette førte til at de først oppgitte 48 tilfellene av tvangstilbakeholdelse ble redusert til 23, altså mer enn halvert.

Tilsvarende usikkerhet eller manglende kunnskap ble ikke avdekket i de tilfellene der lege ved psykiatrisk sykehus hadde tilsynet.

Som nevnt skal pasienter som er tvangstilbakeholdt kontrollundersøkes minst en gang i året. På denne bakgrunn spurte vi om dato for siste kontrollundersøkelse. For to av de tvangstilbakeholdte pasientene ble dette spørsmålet ikke besvart. For ytterligere to pasienter ble siste kontrollundersøkelse oppgitt å ligge mer enn 12 måneder tilbake i tid. Det er således spørsmål om antall tvangstilbakeholdte pasienter kan reduseres ytterligere med inntil 4 i forhold til det tabellen viser.

Tabell 5.9: Familiepleie

Pleieform	Antall pasienter	%
Familiepleie	44	8,7
Ikke familiepleie	463	91,3
SUM	507	100,0

Forskriftene skiller mellom familiepleie og pleie hos fjernere slektninger og ubeslektede. Familiepleie er definert som at pasienten er i pleie hos søsken eller hos sine foreldre eller barn. Familiepleie er som pleieform gått sterkt tilbake de senere år, og vi ser at bare et fåtall pasienter er i familiepleie idag. Det skjer heller ingen nyrekruttering til denne gruppen - pasienten med kortest tid i familiepleie ble tatt inn 3,5 år før kartleggingen.

Tabell 5.10: Forpleiers yrke

Yrke	Antall pasienter	%
Gårdbruker	142	28,1
Husmor	119	23,6
Forpleier	67	21,6
Hjelpepleier	52	10,3
Pensjonist	44	8,7
Sykepleier	39	7,7
Annet	42	8,3
SUM	505	100,0

Det mangler opplysninger for 2 pasienter.

Tabellen viser fordelingen av pasienter hos forpleiere med ulike yrker, og viser ikke fordelingen av forpleierene. Disse to forhold er ikke sammenfallende idet en del forpleiere har flere pasienter slik at det er færre forpleiere enn pasienter.

Spørsmålet ble i spørreskjemaet stilt som et åpent spørsmål uten prekodete svaralternativer, og inndelingen i yrker er gjort etterpå ut fra svarene. Svarene er derfor ikke logisk konsistente. Endel har oppgitt «pensjonist» når forpleier er eldre enn pensjonsalder, mens andre har oppgitt forpleiers tidligere yrke. Videre har endel oppgitt «forpleier» som yrke. Det er uklart hva som skal legges i dette svaret. Alle er jo forpleiere, men det er mulig det er ment at forpleieren i de tilfeller der dette er angitt som yrke ikke har øvrig yrke, eller evt at forpleierforholdet utgjør hovedinntektkilden. Det er ikke gjort forsøk på å oppklare disse uklarhetene.

Allikevel gir det et inntrykk av privatpleien at om lag halvparten av pasientene er hos gårdbruker. Antakelig er en vesentlig del av de pasientene som er hos «pensjonist», «husmor» eller «forpleier» også på gårdsbruk.

Tabell 5.11: Forpleiers alder

Alder	Antall pasienter	%
25-29 år	6	1,2
30-39 år	53	10,6

Tabell 5.11: Forpleiers alder

40-49 år	113	22,5
50-59 år	132	26,3
60-69 år	118	23,5
70-79 år	62	12,4
80-90 år	18	3,6
SUM	502	100,1

Det mangler opplysninger om forpleieres alder for 5 pasienter.

Det er stor spredning i forpleiernes alder. Den yngste er 25 år og den eldste er 90 år. Hovedtyngden av forpleierene er i 50-års alderen, og gjennomsnittlig alder er 56 år.

Tabell 5.12: Økonomisk godtgjøring til forpleierene

Beløp pr år	Antall pasienter	%
50.000 - 79.000	24	4,7
80.000 - 107.000	46	9,1
107.604	244	48,1
107.650 - 139.000	151	29,8
140.000 - 169.000	37	7,3
170.000 - 215.000	5	1,0
SUM	507	100,0

Gjennomsnitt: Kr 110.837

Forpleiningsgodtgjøringen var tidligere regulert i klasser etter pasientenes pleietyngde. I de senere år er de fleste fylkeskommuner gått bort fra dette, og Kommunenes Sentralforbund (KS) har nå anbefalt standardsats som reguleres en gang i året. Denne satsen var på undersøkelsestidspunktet kr 107.604. Som vi ser ble denne satsen fulgt for bare noe under halvparten av pasientene (48 %). Gjennomsnittlig godtgjøring lå noe høyere, nemlig nesten kr 111.000. Det er imidlertid store variasjoner mellom fylkeskommunene. Aust-Agder, Hordaland og Sogn og Fjordane har bevart et klassesystem, og godtgjøringen i disse tre fylkene ligger tildels betydelig lavere enn satsen til KS. Østfold, Akershus og Oslo har egne klassesystemer som ligger betydelig over den anbefalte satsen fra KS. De øvrige fylkeskommunene følger stort sett den anbefalte satsen fra KS. Totalt i landet varierte godtgjøringen i 1993 mellom laveste beløp som var kr 53.712 og høyeste beløp som var kr 214.435.

Totalt brukte fylkeskommunene 56 mill kr i forpleiningsgodtgjøring for pasienter i privat psykiatrisk forpleining i 1993.

Tabell 5.13: Faglig tilsyn

Antall tilsynsbesøk i 1992	Antall pasienter	%
0	20	4,1
1	21	4,3
2-3	53	10,9

Tabell 5.13: Faglig tilsyn

4	86	17,7
5-9	83	17,1
10-19	52	10,7
20-39	93	19,2
40-59	60	12,4
60-90	17	3,5
SUM	485	99,9

Gjennomsnitt: 17 tilsynsbesøk pr pasient.

Da undersøkelsestidspunktet er 1. september 1993 og tallene i tabellen gjelder antall besøk i 1992, er pasienter som på undersøkelsestidspunktet hadde vært i privatpleie kortere enn 8 måneder tatt ut. Dette gjør at summen er lavere enn 507.

Ifølge forskriftene for privatpleien skal den lege som har tilsyn med pasienten foreta minst 4 tilsynsbesøk i året. To av disse besøkene kan foretas av annet helsepersonell som legen utpeker. Vi ser at 94 pasienter (19 %) ikke fikk det antall tilsynsbesøk som forskriftene fastsetter som minimum. 20 pasienter (4 %) fikk ingen tilsynsbesøk. På den annen side fikk mange pasienter svært mange tilsynsbesøk, helt opp til 90 besøk i løpet av året, dvs nesten to besøk pr uke. Disse store forskjellene har med tilsynsform og tilknytning til sykehus å gjøre.

Det er de to psykiatriske sykehusene Dikemark og Psykiatrisk avdeling Buskerud sentralsykehus (BSS) som fører et aktivt tilsyn med svært mange besøk. Av de 170 pasientene som mottok tilsyn 20 ganger eller mer var 103 under tilsyn fra BSS og 64 under tilsyn fra Dikemark sykehus. 3 pasienter hadde tilsyn fra andre sykehus.

Tilsynsvirkningsheten fra kommunelegene var vesentlig lavere.

Tabell 5.14 gir oversikt over kommunelegenes tilsynsvirkningshet:

Tabell 5.14: Faglig tilsyn fra kommunelegene

Antall tilsynsbesøk i 1992	Antall pasienter	%
0	20	12,5
1	18	11,3
2-3	47	29,4
4	66	41,3
>4	9	5,6
SUM	160	100,1

Vi ser at hele 53 % av de pasientene som var under tilsyn av kommunelege ikke mottok det forskriftsbestemte antall tilsynsbesøk i 1992. Samtlige pasienter som i det hele tatt ikke mottok tilsyn i 1992 var under tilsyn av kommunelege. Av de 21 pasientene som mottok bare 1 tilsynsbesøk var 18 under tilsyn av kommunelege. Av de 53 pasientene som mottok 2-3 tilsyn var 47 under tilsyn av kommunelege.

Det er altså i det alt vesentlige kommuneleger som ikke foretar de forskriftsbestemte tilsynsbesøk. Gjennomsnittlig antall tilsynsbesøk for pasienter som er under tilsyn av kommunelege er så lavt som 2,8 - altså under det forskriftsbestemte minimum.

Tabell 5.15: Pasientens behov for hjelp i dagliglivet

	Ant pasienter	%
Stort sett selvhjulpen	139	27,8
Trenger noe hjelp og tilsyn	261	52,2
Trenger daglig hjelp	79	15,8
Trenger omfattende pleie	21	4,2
SUM	500	100,0

Spørsmålet var ikke besvart for 7 pasienter.

Vi ønsket å få en enkel oversikt over pasientenes hjelpebehov i dagliglivet, og graderte dette i fire kategorier. Første kategori ble angitt å bety at pasienten stort sett var selvhjulpen i dagliglivets forhold. Andre kategori innebærer et visst behov for hjelp og tilsyn, men at pasienten forøvrig stort sett klarer oppgaver som påkledning, spising og personlig hygiene selv. I tredje kategori trenger pasienten daglig hjelp med et eller flere av disse forhold, mens pasientene i fjerde kategori har behov for omfattende tilsyn og pleie - ved at de f.eks. er sengeliggende, inkontinente, ikke orientert for tid og sted, osv.

Ut fra denne inndelingen er ikke pleiebehovet svært omfattende. Vel halvparten av pasientene (52 %) angis å ha noe behov for hjelp og pleie, mens vel 1/4 (28 %) angis å være stort sett selvhjulpne. Bare henholdsvis 16 % og 4 % angis å trenge daglig hjelp eller ha et omfattende pleiebehov.

Tabell 5.16: Hjelp fra helsevesenet siste 12 måneder

Type hjelp	Antall pasienter
Innlagt psykiatrisk sykehusavd	7
Innlagt psykiatrisk sykehjem/senter	6
Konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk	2
Konsulenthjelp eller veiledning til personell fra psykisk helsevern	5
Bistand fra psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten	5

Spørsmålet har primært tatt sikte på å kartlegge mottatte tjenester fra det spesialiserte psykiske helsevernet. Vi ser at det er meget få pasienter som mottar slike tjenester. Noen få pasienter innlegges i psykiatrisk sykehus eller sykehjem, og det er da gjerne et kortvarig opphold for å avlaste i en krisesituasjon i forbindelse med midlertidig forverring av pasientens tilstand. Pasienter i privat psykiatrisk forpleining er så og si aldri til konsultasjoner ved psykiatrisk poliklinikk, og det er også sjelden at psykisk helsevern gir konsulenthjelp eller veiledning til personell lokalt som har med pasienten å gjøre.

Omtrent halvparten av landets kommuner har psykiatriske sykepleiere ansatt i sin helsetjeneste. Det er imidlertid sjelden at disse har oppgaver i forhold til pasienter i privat psykiatrisk forpleining.

Spørreskjemaet inneholdt ikke noe eget spørsmål om tjenester fra den vanlige kommunale helse- og sosialtjenesten. For ca 10 pasienter er det allikevel oppgitt at de mottar tjenester fra hjemmesykepleien. Fylkespsykiater Bente Danielsen finner i en undersøkelsen av pasienter i privat psykiatrisk forpleining i Hordaland at ca 10 % av pasientene fikk hjelp fra hjemmesykepleien eller hjemmehjelpen. Ca 10 %

hadde kommunalt dagsentertilbud, og meget få hadde hatt avlastningsopphold ved kommunalt sykehjem.

Tabell 5.17: Aktiviseringstilbud

Type aktivitet	Antall pasienter	% av pasientene
Husarbeid	195	38,5
Gårdsarbeid	121	23,9
Kommunalt dagsenter	61	12,0
Annet	8	1,6

Med aktiviseringstilbud menes systematiske sysselsettingstiltak flere dager i uka. En del svar som ikke tilfredsstillende dette er ikke tatt med. Prosentfordelingen kan ikke summeres for å finne hvor stor prosentandel som har et aktiviseringstilbud, da mange pasienter deltar i flere av disse aktivitetene. For 2/3 av pasientene er det oppgitt at de deltar i en av disse aktiviseringstypene. Antall timer husarbeid varierer mellom 1 og 40 timer pr uke med et gjennomsnitt på 10 timer pr uke. Antall timer gårdsarbeid varierer mellom 1 og 50 timer pr uke med et gjennomsnitt på 15 timer pr uke. Antall timer ved dagsenter varierer fra 4 til 40 timer pr uke med et gjennomsnitt på 17 timer pr uke.

Tabell 5.18: Hva burde tilbudet til pasienten være - faglig vurdert

Type tilbud	Ant. pas.	%
Egen bolig, evt med bistand	33	6,6
Kommunalt sykehjem eller aldershjem	66	13,3
Psykiatrisk sykehjem eller senter	39	7,8
Fortsatt privatpleie	360	72,3
SUM	498	100,0

Spørsmålet er ikke besvart for 9 pasienter.

Vi har spurt tilsynslegene hva de anså som riktig tilbud til pasienten etter faglig vurdering. Få pasienter vurderes å være egnet til å flytte i egen bolig - bare 7 %. Likeledes er det et mindretall der kommunal institusjon vurderes å være det riktige (13 %). Ca 8 % bør være i fylkeskommunal spesialistinstitution etter disse vurderingene, mens hele 72 % bør fortsette i privatpleie.

I ettertid fremstår svarene på dette spørsmålet som vanskelig å tolke. Når legene i så stor grad går inn for privatpleie som fortsatt riktig omsorgsform, er det mye som tyder på at det skyldes at de mener det ikke er riktig å flytte pasienten og bryte opp en livssituasjon som for mange har vært stabil i mange år. Det er vanskeligere å tolke svarene til å gjelde prinsipiell stillingtagen til fordelingen av ansvar mellom kommuner og fylkeskommuner for denne pasientgruppen.

Tabell 5.19: Hva burde tilbudet til pasienten være - pasientens eget ønske

Type tilbud	Ant pasienter	%
Egen bolig, evt med bistand	59	13,5
Kommunalt sykehjem eller aldershjem	10	2,3

Tabell 5.19: Hva burde tilbudet til pasienten være - pasientens eget ønske

Psykiatrisk sykehjem eller senter	20	4,6
Fortsatt privatpleie	348	79,6
SUM	437	100,0
Pasienten kan ikke gi uttrykk for eget ønske	53	
SUM	490	

Spørsmålet er ikke besvart for 17 pasienter.

Pasientene vurderer selv i enda større grad enn tilsynslegene å forbli i privatpleien. Hele 80 % ønsker å forbli i privatpleie. Det må imidlertid tas et forbehold ved at pasientenes oppfatning er gjengitt via tilsynslegene, og vi vet ikke hvordan disse har stillet spørsmålet til pasientene eller hva som har vært fremstilt som alternativ til fortsatt privatpleie. Forøvrig ser vi at pasientene i mindre grad enn det som tilsynslegene vurderer som riktig ønsker å bli overført til institusjon. På den annen side ønsker flere av dem å flytte i egen bolig enn det som tilsynslegene vurderer som riktig.

Av de 33 pasientene som ble vurdert å burde utskrives til egen bolig var det bare 8 som hadde egen bolig. Behovet for hjemmehjelp for de 33 pasientene ble vurdert å være mellom 0 og 26 timer pr uke med 12 timer pr uke i gjennomsnitt. 7 av dem trengte tilsyn om natta, og 28 av dem organiserte dagaktiviteter.

5.4 OPPSUMMERING OG SYNSPUNKTER PÅ HVA SOM BØR SKJE MED PRIVATPLEIEN VIDERE

Privat psykiatrisk forpleining er en pleieform som har vært i sterk tilbakegang i mange år. Pasientene er for det meste gamle, har vært i forpleining i mange år og lider av alvorlige sinnslidelser, vesentlig schizofreni. De bor i andre menneskers hjem, er langt unna sitt opprinnelige hjemmemiljø, og plasseringen i privatpleie har betydd årelange opphold, for mange for en stor del av livet. De fleste bor på gårdsbruk, og aktiviseringstilbudet består for det vesentlige i å delta i husarbeid og gårdsarbeid.

Privatpleien er formelt en del av spesialisthelsetjenesten, men pasientene mottar så og si ikke spesialiserte helsetjenester. De som er under tilsyn av kommunelege mottar i stor grad ikke engang de fire forskriftsbestemte tilsynsbesøk i året. De har vesentlig dårligere tilgang til kommunale pleie- og omsorgstjenester enn andre, da det forventes at forpleier skal dekke pleiebehovet.

Det er denne manglende tilgangen til både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester som gjør at fylkespsykiater Bente Danielsen på bakgrunn av sin undersøkelse i Hordaland sier at disse pasientene *faller mellom to stoler*. De utgjør på mange måter en glemte pasientgruppe, som er blitt værende i en historisk gammel pleieform, også etter at kommunene har fått ansvaret for pleie- og omsorgstjenester.

Bildet er imidlertid ikke entydig. Vi må regne med at mange av pasientene har oppnådd en stabil livsform med langvarig forhold til noen få mennesker, og tilstrekkelig hjelp til å klare tilværelsen. Dette er problemer som psykiatriske langtidspasienter generelt sliter med.

Det er også unntak fra det generelle bildet av privatpleien som en langtidsomsorg uten spesialisttjenester. Dikemark sykehus og Psykiatrisk avdeling ved Buskerud sentralsykehus har utviklet et system der spesialsykepleiere reiser rundt og besøker pasientene svært ofte, og foretar løpende vurderinger og rådgir forpleierne. En del av plassene under disse sykehusene brukes til kortere opphold i forbindelse med utskrivning og tilbakeføring.

Nesten hele nyrekrutteringen av pasienter til psykiatrisk privatpleie i Norge, skjer til privatpleie under disse to sykehusene.

Den faglige fornyelsen ved disse to stedene er imidlertid ikke god nok grunn til å bevare privatpleien som en spesialisthelsetjeneste. De øvrige fylkeskommunene har ikke følt behov for en tilsvarende tjeneste, og fylkeskommunale planer går stort sett ut på å avvikle privatpleien over tid.

Systemet med faglig ansvarlig tilsyn fra kommunelege til pasienter som er i fylkeskommunal spesialistomsorg bryter helt med vanlige prinsipper for ansvarsfordeling for tjenester mellom kommuner og fylkeskommuner. Kommunelegene kan ikke forventes å ha tilstrekkelig psykiatrisk spesialistkompetanse, og undersøkelsen viser at både kunnskapene om reglene for psykisk helsevern og den praktiske gjennomføringen av tilsynet er mangelfull.

På denne bakgrunn ønsker styringsgruppen å foreslå endringer som bidrar til å sikre at disse pasientene får bedre tilgang til de tjenester de trenger. I hovedsak vil dette være kommunale tjenester - botilbud og pleie- og omsorgstjenester. I de tilfellene der kvalifisert psykiatrisk vurdering og behandling er nødvendig, må de sikres tilgang på dette også.

Styringsgruppen foreslår at privatpleien avvikles som fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste, og at ansvaret for de pasientene som er i privatpleie overføres til kommunene. Forslaget fremmes på bakgrunn av at det først og fremst er tjenester som kommunene normalt har ansvar for som disse pasientene trenger - botilbud, pleie og omsorg. Den nåværende ordningen med at det er fylkeskommunene som har ansvaret for disse pasientene oppfattes som en hindring for deres tilgang til vanlige kommunale tjenester.

Det er mulig at en del av privatpleien under Dikemark og BSS fyller en funksjon som en del av disse sykehusenes spesialiserte behandlingsskleder. Forutsetningen for at noen plasser kan fylle en slik funksjon er at de ikke brukes til varige opphold for pasientene, men som en tidsbegrenset overgang fra institusjonstilværelsen som kan forberede og trene pasientene til tilværelsen utenfor institusjon. Forslaget om at kommunene skal overta ansvaret for de pasientene som er i privatpleien innebærer ikke nødvendigvis at sykehusene ikke kan opprettholde noen slike plasser. Sykehuset bør imidlertid i såfall få et direkte ansvar for pasientene mens de er i slik omsorg, og en må unngå betegnelsen «privat psykiatrisk forpleining». Denne betegnelsen vil lett oppfattes som at pasienten er satt bort i en varig omsorg uten spesialisttjenester, og det bør markeres at denne omsorgsformen som sådan nedlegges.

Det viktigste argumentet mot avvikling av privatpleien har vært at pasientene har vært på stedet i årevis og opplever dette som sitt hjem. Mange pasienter ønsker å fortsette å være på det stedet der de er kjent, og tvungen flytting vil av mange kunne oppleves som et overgrep.

På denne bakgrunn vil styringsgruppen foreslå en styrking av disse pasientenes mulighet til å velge om de vil fortsette å bo hos forpleier, om de vil tilbakeføres til sin opprinnelige hjemkommune eller om de vil etablere seg i annen kommune som de har sterk tilknytning til, f.eks. forpleiningskommunen.

Poenget med å foreslå en endring i ansvarsforholdene for disse pasientene er ikke at de nødvendigvis skal flytte, men at de skal få tilgang til vanlige kommunale tjenester. Kommunene gis et normalt ansvar for å yte nødvendige omsorgstjenester for disse pasientene som for andre som bor eller oppholder seg i kommunen. En av måtene ansvaret kan ivaretas på er ved at kommunen inngår kontrakt med forpleier om at denne fortsetter å leie ut bolig samt yter spesifiserte omsorgstjenester, supplert med øvrige nødvendige kommunale tjenester.

Noen få pasienter i den nåværende fylkeskommunale privatpleien er tvangstilbakeholdt. Etter styringsgruppens oppfatning vil det i fremtiden ikke være behov for

en privatpleie der pasienter er tvangsplassert. Det forutsettes derfor at situasjonen for de få pasientene som idag formelt er tvangstilbakeholdt gjennomgås særskilt for å få vurdert om betingelsene for tvangstilbakeholdelse fortsatt er tilstede. Dersom det etter en slik gjennomgang konkluderes for noen få pasienter at tvungen omsorg fortsatt er nødvendig, bør det finnes fylkeskommunale løsninger for disse. Etter någjeldende lov om psykisk helsevern kan ingen pasient være tvangsinnlagt i kommunal omsorg, og gruppen har ansett det for å være utenfor sitt mandat å vurdere lovendring på dette punkt.

Et annet viktig spørsmål gjelder *hvilken kommune* som skal få ansvar for pasienten når ansvaret overføres fra fylkeskommunen. Etter sosialtjenestelovens § 10-1 annet ledd er det *oppholdskommunen forut for inntak i institusjon* som har dette ansvaret. Dersom pasienten bosetter seg i en annen kommune er det bosettingskommunen som skal yte tjenestene, men utgiftene kan kreves refundert fra pasientens hjemkommune (oppholdskommune før inntak i institusjon).

For pasienter i privat psykiatrisk forpleining vil dette faglig sett være en dårlig løsning. Hele 84 % av pasientene er plassert utenfor sin hjemkommune, tildels meget fjernt fra denne. Kontakten med en hjemkommune som i de fleste tilfellene ble forlatt for mange år siden er ikke-eksisterende, og kommunen på sin side vil ha minimalt kjennskap til en innbygger som har vært pasient i institusjoner og privatpleie langt vekk i en årrekke. Hele nærhetsprinsippet tilsier at det er den kommunen der pasienten faktisk slår seg ned som bør få både det faglige ansvaret for å yte tjenester og det økonomiske ansvaret for disse. Dersom ansvaret er fordelt på to forskjellige kommuner som tildels vil ligge fjernt fra hverandre, er det åpnet for strid om tjenestetilbudet. Bostedskommunen vil på faglig grunnlag kunne gå inn for et omfattende tjenestetilbud som denne kommunen selv ikke trenger å bære de økonomiske konsekvensene av, mens en fjerntliggende betalingskommune ikke kan forventes å ha den samme forståelse for behovet for tjenester. I stedet for den nåværende gråsonen mellom kommuner og fylkeskommuner når det gjelder ansvaret for disse pasientene, vil en ha etablert en ny gråsonen mellom kommuner med mulighet for en rekke klage- og ankesaker.

På denne bakgrunn vil styringsgruppen foreslå en lovendring som medfører at oppholdskommunen får ansvaret både for å yte og finansiere tjenestene for denne gruppen. Dette gjøres ved å foreslå et unntak fra bestemmelsen i sosialtjenestelovens § 10-1 annet ledd, jfr kap 9.2.

Behovet for spesialisthelsetjenester forutsettes dekket av fylkeskommunale institusjoner i form av polikliniske tjenester, ambulant behandling, råd og veiledning til kommunalt personell, og korttidsinnleggelse når kriser eller andre forhold gjør dette nødvendig.

KAPITTEL 6

Ansvar for tjenestetilbudene**6.1 INNLEDNING**

De fylkeskommunale institusjonene yter idag både pleie- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Institusjonene varierer svært mye med hensyn til mengden av allmenne tjenester versus spesialisttjenester. Enkelte institusjoner yter bare rene pleie- og omsorgstjenester som kommunene ellers har ansvaret for. Andre institusjoner er de siste årene omstrukturert slik at de idag i det alt vesentlige yter spesialisttjenester. De fleste institusjonene yter en blanding av allmenne og spesialiserte tjenester. En del institusjoner har påbegynt en omstrukturingsprosess som bl.a. innebærer rekruttering av mer personell med spesialkompetanse, og etter- og videreutdanning av eksisterende personell. Arbeidsmåten er lagt om i retning av flere kortidsinnleggelse og flere utskrivninger, mer utredning og diagnostikk, og konsultasjon til kommunene og samarbeid om opplegg etter utskrivning. Samtidig er en del av institusjonens plasser belagt med eldre langtidspasienter som det ofte er faglig enighet om at bør tilbakeføres til sine hjemkommuner. Pasientene har vært i institusjon i årevis, tilknytningen til hjemkommunen er svak, og det kreves betydelig arbeid, investeringer og tjenester fra kommunen for at tilbakeføringen skal lykkes. I tillegg kan det være uenighet mellom den fylkeskommunale institusjonen og kommunen om hvem som har ansvaret for de ulike tjenestene som pasientene trenger.

For å rydde opp i dette foreslås det i denne utredningen at ansvaret overføres til kommunene for frivillig innlagte pasienter som på en bestemt dato har vært sammenhengende innlagt lenger enn 12 måneder i enten somatisk spesialsykehjem, psykiatrisk sykehjem eller ettervernshjem. Forslaget innebærer at midler fra den fylkeskommunale rammen som idag brukes til disse langtidspasientene overføres til kommunene.

Forslaget har som utgangspunkt at tjenestetilbudet og livskvaliteten for de fleste pasienter vil bedres dersom de mottar allmenne tjenester i kommunene på vanlig måte, i eget hjem eller om nødvendig i kommunalt alders- eller sykehjem. Forslaget er dessuten begrunnet i ønsket om å få en klarere ansvarsfordeling mellom kommunene og fylkeskommunene for disse pasientene, i tråd med den ansvarsfordelingen som ellers gjelder. Hensikten er også at de fylkeskommunale institusjonene der forholdene ligger til rette for det skal få frigjort kapasitet til spesialistfunksjoner. Den overordnede målsetningen er altså å få det samlede tilbudet av kommunale og fylkeskommunale tjenester bedre organisert. Pasientene trenger både allmenne og spesialiserte tjenester, og en mener at det samlede tjenestetilbudet blir bedre dersom fylkeskommunene får anledning til å utvikle sin spesialistkompetanse, samtidig som pasientenes behov for allmenne tjenester anses best og riktigst dekket i kommunene.

En slik ansvarsdeling mellom kommuner og fylkeskommuner krever imidlertid en nærmere beskrivelse av hvilke tjenester som bør finnes i henholdsvis kommunene og fylkeskommunene.

6.2 FORVALTNINGSNIVÅENES ANSVAR OG OPPGAVER. MEDISINSK REHABILITERING: GRUNNLEGGENDE PRINSIPPER

Medisinsk rehabilitering er et faglig og organisatorisk begrep. Den egentlige betydning av ordet *rehabilitering* er «å gjeninnsette i verdighet», hvilket viser sammenhengen mellom individ og samfunn og reflekterer et element av livskvalitet. Den mest alminnelige fortolkningen av ordet rehabilitering er at den enkelte gjennom en personlig og miljørettet prosess igjen blir habil, det vil si istand til å løse de vanlige, praktiske oppgaver som vedkommende mestret tidligere. Tilsvarende knyttes *habilitering* til mestring av nye funksjoner, og er mest relevant i forhold til medfødte og tidlig ervervede funksjonshemninger. I praksis brukes rehabilitering hovedsakelig om voksne og habilitering spesielt om barn, selv om dette ikke er konsekvent.

Definisjonen på (re)habilitering er ifølge daværende Helsedirektoratets veileder¹): «..helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser».

Medisinsk rehabilitering er helsevesenets bidrag i rehabiliteringsprosessen, og er mest aktuelt i den fasen av prosessen der helsemessige problemer dominerer. Medisinsk rehabilitering er ofte en forutsetning for yrkesrettet og sosial rehabilitering. Målet med medisinsk rehabilitering er ikke bare å gjenvinne, men ofte så langt som mulig å bevare eksisterende funksjon.

Ved kronisk, progredierende sykdom (eks. multipel sklerose) kan målet være å opprettholde funksjonsevnen, bevare og styrke restfunksjoner, og/eller dreie seg om å bevare mestringsevne etterhvert som funksjonsevnen reduseres og endres. En del funksjonshemmede har behov for habiliterings- og rehabiliteringstiltak hele livet. Ifølge veilederen er det, på grunn av at helsetjenesten er forskjellig organisert for barn og voksne, mest hensiktsmessig å inndele tilbudet etter alder, og ikke etter medisinske diagnoser eller om funksjonshemmingen er medfødt eller ervervet.

Kriterier for hvilke forvaltningsnivå som er ansvarlig for rehabiliteringen

Kriterier for hvilke forvaltningsnivå som er ansvarlig for rehabilitering, kan ikke knyttes til medisinske diagnoser, men bestemmes av problemets kompleksitet, frekvens og den kompetanse som kreves for å løse problemet. I lov om helsetjenesten i kommunene gis kommunene basisansvaret for medisinsk rehabilitering for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Ansvaret innebærer en samlet planlegging av kommunenes rehabiliteringstilbud og planlegging, koordinering og gjennomføring av den enkelte klients rehabiliteringstiltak. Fylkeskommunene har ansvar for spesialisert rehabilitering av pasienter som kommunen ikke kan forventes å inneha kompetanse til å ivareta. Regionsnivået har ansvar for å gi spesialisert tilbud til pasienter med sjeldne tilstander eller pasienter som krever høy grad av spesialisering som ikke kan ivaretas på lokal- eller sentralsykehusnivå.

Krav til samarbeid

Tiltakskjedepriippet er sentralt i rehabilitering. En tiltakskjede er serien av tiltak overfor den enkelte bruker fra behandlings- og rehabiliteringsbehovet oppstår og så lenge det er behov for oppfølgingstiltak fra helsevesenet eller andre instanser. Rehabilitering krever samarbeid, som igjen stiller store krav til samarbeid og samord-

1. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-1991 Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering

ning mellom ulike faggrupper. Hensikten med rehabilitering er å kartlegge personens ressurser og potensiale for gjenvinning eller opprettholdelse av ressurser og funksjoner og utvikling av egenomsorg. Samtidig er det viktig å kartlegge behovet for og frambringe de samfunnsmessige ressurser personen trenger for å kompensere for sin funksjonshemming, eventuelt finne tiltak som reduserer muligheten for nye sykdomsframbrudd. Denne virksomheten kan bare bli effektiv dersom den skjer som et samspill mellom 1. og 2. linjetjenesten. Rehabilitering er ikke én behandling eller ett tiltak, men en prosess der den funksjonshemmede står i sentrum. Rehabilitering er ikke eget fag og kan derfor ikke dekkes av en enkelt faggruppe alene. Prosessen omfatter både den funksjonshemmede og hans/hennes totale livsvilkår. Dette kan kreve innsats fra flere etater og forvaltningsnivåer i samfunnet.

Ved den foreslåtte ansvarsfordeling for pasienter i de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene blir det svært viktig at forvaltningsnivåene samarbeider om etablering og forankring av tiltak, tjenester og oppfølging av langtidspasientene. Dette gjelder både for de som blir skrevet ut, og for de gjenværende, der slikt ikke har vært satt i system.

6.3 KOMMUNENES ANSVAR OG OPPGAVER FOR FYSISK FUNKSJONSHEMMEDE

6.3.1 Medisinsk rehabilitering. Kommunenes ansvar og oppgaver

Kommunens oppgaver innen medisinsk rehabilitering og habilitering er 1) å identifisere og følge opp personer med skade eller sykdom som kan føre til funksjonshemming. Dette innebærer også planlegging og gjennomføring av ulike tiltak, og med dette ansvar for å prioritere ressurser, plassere ansvar og tilrettelegge for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid innen kommunen og mellom forvaltningsnivåene, 2) å peke på tiltak av miljømessig og teknisk karakter med sikte på å forebygge problemer og optimalisere funksjonshemmedes livssituasjon og 3) koordinere tiltak og sørge for kontinuitet i det medisinske rehabiliteringsopplegget. Dette innebærer at medisinsk rehabilitering inneholder både individrettede og miljømessige tiltak.

Identifisering og oppsøkende virksomhet

Kommunehelsetjenesten bør ha et system for å registrere og identifisere de som har ulike rehabiliteringsbehov.

Isoleringstendensen blant sterkt fysisk funksjonshemmede, unge og eldre, er stor. Det skyldes bl.a. at de er svært avhengig av bistand for å utføre daglig gjøremål, at det er upraktisk å komme seg rundt - en klar konsekvens av det å være bevegelseshemmet -, og samtidig kvier seg for å gå ut fordi de ofte ser «annerledes» ut. De samme vil ofte ikke oppsøke kommunale kontorer for å kreve eller be om kommunal tjenester når de har behov for det. Oppsøkende virksomhet er derfor viktig for å drive forebyggende rehabiliteringsarbeid, oppdage en negativ utvikling på et tidlig tidspunkt og sette inn tiltak mot dette. Mange fysisk funksjonshemmede har også behov for å motiveres til aktivitet for å hindre at ensomhet og mangel på stimulans fører til nye sykdomsutbrudd eller forverring av tilstanden.

Rehabiliteringsopphold

Mange fysisk funksjonshemmede har i perioder behov for rehabiliteringsopphold for opptrening og/eller vedlikeholdstrening. Kommunen bør ha tilbud om dette, f.eks. opphold opp til 3 måneder med mulighet for forlengelse. Disse plassene bør også være tilgjengelig som kriseplasser ved akutt behov. Pårørende som lever

sammen med et funksjonshemmet familiemedlem vil i mange tilfeller ha nytte av opplæring om sykdommen og råd om hvordan de bør te seg i forhold til den funksjonshemmede.

Teknisk/miljørettede tiltak og tilrettelegging av bolig

Rehabilitering innebærer også tiltak av teknisk og miljømessig art for å fjerne eller redusere funksjonshemmende faktorer i miljøet, slik at avstanden mellom miljøets krav og den funksjonshemmedes funksjonsevne blir så liten som mulig. Kommunen har også ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler som ledd i tiltakskjeden for den enkelte bruker. Formidlingsprosessen omfatter behovskartlegging, forslag til løsninger, utprøving, søknadsprosedyrer, opplæring i bruk og oppfølging over tid. Til dette hører også tilrettelegging av bolig.

Organisering

En hensiktsmessig organisering av rehabiliteringsarbeidet og tiltakene rundt den enkelte bruker er helt sentralt for å få et godt fungerende apparat og gode resultater. Organiseringen bør foregå minst på to nivåer: organisering av oppgavene innen medisinsk rehabilitering i kommunene, og organisering av arbeidet rundt den enkelte bruker. Rehabiliteringsarbeidet i kommunen bør ha en fast adresse, både med hensyn på faktisk *adresse*, men også ansvarlig *person*.

Koordinering og kontinuitet

Kommunehelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for å være pådriver og koordinator i rehabiliteringsprosessen. Dette er viktig for å unngå at brukere med omfattende og store funksjonstap faller ut og blir usynlige fordi de har spesialisttilbud på andre- og tredjelinjenivå. Dette kan føre til at rehabiliteringsprosessen ikke følges opp og evalueres med tanke på nødvendige justeringer. Kommunen har også ansvar for å ivareta behovet for sammenheng i tilbudet til den enkelte bruker. Ansvaret for at kommunens ansvar på dette området følges opp er lagt til medisinsk-faglig rådgiver i kommunen.

Primærkontakt

Den enkelte bruker bør også ha en person som er utpekt til å bistå vedkommende med å få tilgang på tilgjengelige samfunnsmessige ressurser. Denne personen kaller vi i denne utredningen primærkontakt.

I Helsedirektoratets veileder «Medisinsk rehabilitering» står det at «brukere med sammensatte behov og tilbud fra flere etater og nivåer i og utenfor helsetjenesten, bør få tilbud om *én kontaktperson*, hvis oppgave er å fungere som kontaktledd mellom brukeren og behandlingsapparatet.

Primærkontakten, eller kontaktpersonen bør sørge for at brukeren får samordnet de riktige tjenestene i passende mengde tilpasset vedkommendes ulike behov over tid. Hensikten med ordningen er at den enkelte bruker har en «advokat» i helse- og sosialetaten som kjenner brukernes rettigheter, vet hvordan en best kan nå fram og taler brukerens sak. Det er mulig at primærkontakten kan være samme person som brukerens personlige assistent (evt. en av assistentene dersom brukeren har flere).

Praktisk ansvarshavende

Dersom det er aktuelt eller nødvendig med tilpasning av bolig, utbedring av tomt utenfor huset m.v. bør kommunene ha én person som gjøres ansvarlig for gjennomføringen av denne prosessen. Dette kan også være primærkontakten.

Personell

Kommunehelsetjenesten bør sørge for å ha den nødvendige fagkompetansen for å ivareta sitt ansvar for rehabilitering. Kvaliteten på rehabiliteringstilbudet er avhengig av om kommunen klarer å rekruttere nødvendig personell. Etter lov om kommunehelsetjenesten § 6-1 har alle kommuner plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Dette gjelder også rehabilitering. Kontakt med fylkeskommunenes rehabiliteringstjeneste er én viktig ressurs her. Ansvar for å bygge opp og vedlikeholde fagkunnskap innen rehabilitering i kommunen er lagt til den etaten som har ansvar for å organisere rehabiliteringstjenesten. Personell i hjemmebaserte tjenester er sentrale samarbeidspartnere for kommunenes rehabiliteringstjeneste. Både i forhold til å oppdage og iverksette tiltak og i oppfølging av rehabiliteringstiltak er dette samarbeidet helt essensielt. Avlastningstilbud er en viktig del av rehabiliteringsplan for alle målgrupper. Denne tjenesten administreres i mange kommuner av pleie- og omsorgsetaten.

6.3.2 Andre oppgaver for kommunene

Normaliseringsideologien har fått økende oppslutning de senere årene, og innebærer i korthet at alle mennesker i samfunnet skal ha anledning til å bo i eget hjem i normaliserte omgivelser, i et lokalmiljø, og delta i samfunnsprosessene. Dette innebærer at personer med behov for allmenne helse- og/eller sosialtjenester skal få det i lokalmiljøet, enten i hjemmet, på helsestasjon el.l. Både ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming og satsingen på hjemmebaserte tjenester for eldre har vært store utfordringer for kommunene i forhold til tilrettelegging og tjenesteyting i menneskers egen bolig. I tillegg er mange unge, sterkt fysisk funksjonshemmede blitt skrevet ut fra 3. eller 2. linjetjenesten til kommunene, bl.a. etter trafikkulykker. I forbindelse med avvikling av inntaksstopp eller nedtrapping av somatiske spesialsykehjem har det også blitt utskrevet sterkt fysisk funksjonshemmede til kommunene.

Bolig

Funksjonshemmede, enten de skal flytte fra foreldrehjemmet, har vært i institusjon, eller de trenger tilpasset bolig etter forverring i funksjonsnivået, bør få egen egnet bolig. Kommunen bør være behjelpelig, enten ved å tilby ny bolig, praktisk hjelp, økonomisk bistand eller på andre måter tilrettelegge den boligen vedkommende bebor.

For den enkelte person som skal skrives ut av institusjon er det viktig at den kommunen brukeren velger å bo i, skaffer egnet bolig. For enkelte kan boligbehov løses ved tildeling av ordinær trygdeleilighet, andre trenger bistand til å finansiere kjøp av leilighet i borettslag. Mange brukere vil trenge nybygd bolig gjerne sammen med andre. For de med størst behov for bistand i hjemmet, kan det være hensiktsmessig å bygge flere leiligheter i samme hus. Det er også viktig at det holdes en nøktern standard slik at brukerne kan klare sine boutgifter med trygd og ordinær bostøtte uten supplerende sosialhjelp. Det gjør dem mer selvhjulpne og hindrer dem å komme i et nytt avhengighetsforhold, noe som mange opplever som et ubehagelig

trekk ved institusjonstilværelsen. Det kan gi fordeler både driftsmessig og når det gjelder trivsel for beboerne.

Bistand i bolig

Å yte service i beboerens hjem er en kommunal oppgave uansett hvor stor del av døgnet brukeren trenger hjelp. Det hjelpetilbud som kommunenes helse- og sosialtjeneste disponerer for å dekke hjelpebehov som alt fra grunnleggende personlig hygiene, påkledning til matlaging, husarbeid og handling, er hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Mange pasienter i somatiske spesialsykehjem som kan og ønsker å flytte ut av institusjon har omfattende bistandsbehov. Mengden av bistand bør avpasses behovet på en slik måte at brukeren føler seg trygg på å bli ivaretatt, men samtidig blir utfordret til å utnytte sine ferdigheter maksimalt. En del funksjonshemmede bør ha tilstedeværende bistand hele døgnet, på grunn av lidelsens eller funksjonshemmingens art. Andre vil ha behov for å kunne tilkalle hjelp på kort varsel ved plutselige anfall eller problemer. Kommunene bør derfor tilby trygghetsalarm slik at brukeren ikke er avhengig av å nå telefon. Dette bør samordnes med vaktordning ved institusjon eller ambulans pleie- og omsorgstjeneste.

En del av de ovenfor nevnte brukergrupper har omfattende behov for kommunale tjenester og representerer store ressurskrav både hva gjelder personell og penger. Noen kommuner har etablert et tilfredsstillende apparat med tjenester og tiltak rundt den enkelte i dennes hjem. Andre kommuner har bare greid å organisere og tilby et fåtall av de tjenestene som personene trenger i hjemmet. Atter andre har gitt tilbud om sykehjemsplass fordi de mangler alternativt botilbud og har mangelfullt rehabiliteringstilbud. Det bør være en målsetting at kommunene blir istand til å bygge opp og organisere sitt tjenesteapparat slik at det både økonomisk og praktisk er mulig tilby de nødvendige tjenestene i tilrettelagte boliger i form av leiligheter, trygdeboliger, bokollektiv, botun e.l. til de personer som trenger det. Ordningen med personlig assistent (se under) for sterkt fysisk funksjonshemmede kan være avlastende for kommunene i så måte.

Dagaktivitet

Funksjonshemmede som ikke er i arbeid, bør kunne ha et frivillig kommunalt aktivitetstilbud utenom hjemmet på dagtid. Innholdet kan være hobbypregede formingsaktiviteter, opplæring som tar sikte på å kvalifisere i forhold til dagliglivets krav eller sosiale og kulturelle aktiviteter som fremmer opplevelse og samhandling. Noen brukere vil foretrekke å utføre oppgaver som gir dem følelsen av å være til nytte mens andre vil ha mest behov for en arena for utvikling av sosialt nettverk. Tilbudet skal være et supplement til den hjemmebaserte bistanden og være lett tilgjengelig i forhold til boligen. Dagaktivitet som tilbys bør ikke bære preg av særomsorg. Vi skiller mellom det som kan betraktes som sosial dagaktivitet som vil være et kommunalt ansvar, og den dagaktivitet som er spesialisert behandling i fylkeskommunal regi og som skjer uten innleggelse.

Opplæring

Dersom det viser seg at pasienter som blir skrevet ut av de somatiske spesialsykehjemmene ikke har tilstrekkelig opplæring, eller ønsker tilrettelagt undervisning, bør kommunene være behjelpelig med dette. Når det gjelder voksenopplæring gis dette etter lov om voksenopplæring på grunnskolens område for personer med man-

gelfull grunnskoletudanning. Når pasientene blir skrevet ut, er det kommunene som skal sørge for slikt tilbud og som er økonomisk ansvarlig for tilbudet.

6.3.3 Personlig assistent for fysisk funksjonshemmede

Brukerstyrt personlig assistanse er en ny og mer fleksibel omsorgstjeneste for sterkt fysisk funksjonshemmede med omfattende behov for hjelp både i og utenfor boligen. Tjenesten forutsetter at den funksjonshemmede selv påtar seg større ansvar for tilpasning av nødvendige tjenester til sine reelle behov. Den funksjonshemmede ansetter selv en eller flere assistenter, lærer dem opp, setter opp arbeidsplaner, skaffer vikarer ved sykdom o.l. Sterkt bevegelseshemmede er ofte avhengig av kommunale hjelpetjenester flere ganger om dagen, og har små muligheter til å leve et aktivt liv på grunn av de begrensningene hjemmetjenestene setter. Ordningen gir sterkt fysisk funksjonshemmede mulighet til å leve et aktivt liv, da den personlige assistenten skal hjelpe i hjemmet og under ulike aktiviteter utenfor hjemmet. I både Danmark, Sverige og Finland er personlig assistanse en lovhjemlet rettighet for ulike grupper funksjonshemmede. Også Irland og Tsjekkia har satt igang prøveordninger med personlig assistent for fysisk funksjonshemmede.

I Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994-1997 er brukerstyrt personlig assistanse et av satsingsområdene. I 1994 bevilget Stortinget 6 millioner kroner til stimuleringstilskudd til kommuner som ønsker å prøve ut denne ordningen for bestemte brukere. Den personlige assistenten vil kunne fylle flere roller samtidig og dermed redusere det totale antall medhjelpere som brukeren har å forholde seg til. De fleste hjelpepleiere og hjemmesykepleiere har reduserte stillinger og begrenset vaktjeneste. Dette medfører at mange brukere må forholde seg til flere hjelpepleiere og hjemmesykepleiere, og må følge vaktene i forhold til å stå opp og å legge seg om kvelden. Med personlig assistent blir dette bildet enklere, og dagsrytmen mer fleksibel.

6.3.4 Fysisk funksjonshemmede. Tilbud til hjemmeboende og personer under 67 år i kommunale aldersinstitusjoner

Statistisk Sentralbyrås sosialstatistikk viser at det pr 31. desember 92 var 1801 mennesker mellom 18 og 67 år, og 12 personer under 18 år som bodde på sykehjem, sykehjemsavdeling, aldershjem eller i serviceboliger. Tilsvarende var 442 (av 614) av pasientene i de somatiske spesialsykehjemmene under 67 år pr 15.6.1993, og for halvparten av disse pasienter (som ikke bodde hos foreldrene) var egen bolig vurdert som riktig tilbud av personalet ved institusjonen. De aller fleste ønsker å bo i egne hjem som er tilrettelagt etter deres behov. Det er uheldig at omfanget av tjenester og kostnader knyttet til tjenesteytingen for de mest pleietrengende medfører plassering i alders- og sykehjem og andre institusjoner for eldre. Skal det være mulig for disse unge fysisk funksjonshemmede å bo utenfor institusjon, bør det bygges boliger som er tilrettelagt, gjerne gruppeboliger, bokollektiver, botun m.v. der de funksjonshemmede kan fortsette å bo selv om lidelsen eller funksjonshemningen svekker deres rørlighet og egenomsorg ytterligere. I Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede er «selvstendig liv utenfor institusjon» et av satsingsområdene, hvor treningsleiligheter blir brukt for opptrening i selvstendighet for unge funksjonshemmede som ønsker å bo i egen bolig.

Det bør være et mål å unngå at sykehjemsplass blir benyttet til personer med omfattende funksjonshemninger som skrives ut av fylkeskommunale institusjoner, sykehus, eller som på grunn av en progredierende kronisk lidelse har store pleie- og

bistandsbehov. Kommunene bør finne andre løsninger og akseptable og tilfredsstillende botilbud for disse i fremtiden.

6.3.5 Kommentar

Den oppryddingen av ansvarsforholdet mellom fylkenskommunene og kommunene denne gjennomgangen legger opp til, medfører at mange pasienter fra somatiske spesialsykehjem som kan og vil, kommer til å flytte ut av institusjonene. Det vil bli en stor utfordring for kommunene å samordne tiltak og boliger for disse. Det blir her viktig å planlegge disse og se dem i sammenheng med tjenester og tiltak for hjemmeboende og unge personer i aldersinstitusjoner.

6.4 FYLKESKOMMUNENES ANSVAR OG OPPGAVER FOR FYSISK FUNKSJONSHEMMEDE

De brukergruppene som omfattes her er fysisk funksjonshemmede og mennesker med kroniske progredierende lidelser, med behov for spesialiserte rehabiliterings-tilbud. Behov for medisinsk behandling kan for noen være større, mer omfattende og av lengre varighet enn for normalbefolkningen ellers.

6.4.1 Medisinsk rehabilitering. Fylkeskommunenes ansvar

Medisinsk rehabilitering er ikke nevnt i sykehusloven. I St.meld. nr.41. (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan er fylkeskommunenes ansvar for habilitering og rehabilitering beskrevet. Dette er fulgt opp i Helsedirektoratets veiledningsserie nr. 3-91, Medisinsk rehabilitering. I NOU 1991:7 Spesialisthelsetjenesten mm med utkast til ny lov om spesialisthelsetjenesten som er forutsatt å erstatte sykehusloven, er rehabilitering og habilitering angitt som en av de fem hovedmålene for spesialisthelsetjenesten. Forslag til ny lov er foreløpig ikke behandlet i Sosial- og helsedepartementet.

Fylkeskommunenes har imidlertid lovpålagt ansvar ifølge sykehusloven for å yte spesialisthelsetjenester. En viktig del av rehabiliteringsarbeidet krever spesialiserte tjenester, og bør utføres av fylkeshelsetjenesten. Ifølge Helsedirektoratets veileder har fylkeskommunene ansvar for spesialisert rehabilitering av pasienter som kommunen ikke kan forventes å inneha kompetanse til å ivareta. Fylkeskommunens tiltak skal utgjøre en ressursbase og være en støtte for kommunehelsetjenesten.

Oppgaver

Habilitering og rehabilitering er en oppgave for både lokalsykehus, sentralsykehus og sykehus på regionsnivå. Fylkeshelsetjenestens oppgaver omfatter:

1. avdelingsvis og spesialisert rehabilitering av innlagte pasienter
2. vurdering av rehabiliteringspotensialet hos henviste pasienter
3. delta i utarbeidelse av individuelle rehabiliteringsplaner
4. veiledning til kommunehelsetjenesten
5. undervisning og kompetanseoppbygging både i den fylkeskommunale og den kommunale helsetjenesten, og
6. forskning og utviklingsarbeid.

Habilitering av barn.

Fylkeskommunene skal ha et habiliteringstilbud for barn. Habiliteringstilbud for barn er beskrevet i Helsedirektoratets veileder om medisinsk rehabilitering. Fylkes-

kommunene bør tilby følgende tjenester: utrednings- og rådgivningsvirksomhet innad i sykehuset og til kommunene, gi observasjonsopphold for barn evt. nærpersoner for vurdering og/eller igangsetting av habiliteringsopplegg i sengeavdeling, poliklinisk utredning og desentralisert spesialisthelsetjeneste for barn (områdepедиatri). Habiliteringstilbudet er anbefalt å være organisert ut fra sentralsykehusets barneavdeling.

Rehabilitering av voksne

Det er også Helsedirektoratets veileder som er brukt som kilde for å finne anbefalinger om hvordan rehabiliteringstjenestene for voksne skal organiseres. Veilederen anbefaler at det bør være en rehabiliteringsavdeling/enhet i hvert fylke som skal dekke mer krevende rehabiliteringsoppgaver. Hovedoppgaven blir da medisinsk rehabilitering og ikke medisinsk behandling. Enkelte rehabiliteringsoppgaver er så krevende at de ikke kan løses i andre avdelinger eller kommunehelsetjenesten på grunn av behov for medisinsk ekspertise, avansert teknisk utstyr, tverrfaglighet m.v. Der befolkningsgrunnlaget er for lite til å etablere en ny avdeling, er det anbefalt å etablere en rehabiliteringsenhet ved en annen avdeling.

Rehabiliteringsavdelingen er anbefalt å bli lokalisert til sentralsykehus (region-sykehus i regionsykehusfylkene). Avdelingen bør ha egen sengeavdeling, yte intern service til andre avdelinger, og ha poliklinikk og ambulant virksomhet. Avdelingen skal

1. samarbeide med andre avdelinger i sentral/-regionsykehuset der pasienter blir innlagt ved andre avdelinger,
2. være en ressurs for rehabiliteringsteamet som er avdelingens forlengede arm
3. samarbeide med lokalsykehus om enkeltpasienter som blir overført dit, og rehabiliteringsopplegg rundt disse
4. fungere som ressursbase for kommunehelsetjenesten for opplæring, veiledning, og gjennomføring av rehabiliteringsopplegg (spesielt viktig i forbindelse med for sterkt fysisk funksjonshemmede)
5. gjensidig samarbeid med hjelpemiddelsentralen
6. samarbeide med andre instanser.

Hvert lokalsykehusområde bør ha et rehabiliteringsteam dersom området ikke er så lite at det blir uhensiktsmessig. Teamet skal avdekke behov, være utadrettet, koordinere igangsatte rehabiliteringstiltak, formidle informasjon om aktuelle tilbud, sørge for oppfølging og bidra til kompetanseoppbygging i første- og andrelinjetjenesten. For at mennesker med fysiske funksjonshemninger som tidligere har tilbrakt store deler av sitt liv i langtidsinstitusjon skal være istand til å bo i egen bolig med bistand, kan det i kortere perioder være nødvendig med innleggelse grunnet sykdomsutbrudd eller akutt forverring av tilstanden. Behovet kan være diagnostisering, utredning og igangsetting. Hvor slike innleggelse skal kanaliseres, bør vurderes nøye.

6.4.2 Organisering av fylkeskommunal rehabilitering i dag

Sammensetning, organisering og dimensjonering av rehabiliteringstilbudet varierer fra fylke til fylke. Noen fylkeskommuner er tillagt regionale, flerregionale eller nasjonale oppgaver. Vi vil ikke drøfte disse her, bare nevne at det også medvirker til forskjeller mellom fylkene.

Fylkeskommunale sykehus har ulik sammensetning av avdelinger. Avdelingene er tildelt forskjellige oppgaver, og samme type avdeling kan ha ulike oppgaver

fra fylkeskommune til fylkeskommune. Utøvende instans for rehabiliteringstilbudet varierer, og kan være en rehabiliteringsavdeling, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologisk avdeling, eller rehabiliteringsteamet. Ved andre sykehus drives rehabilitering knyttet til behandling. Organisering og dimensjonering av habiliteringstjenesten for barn varierer på samme måte. Tjenester og tiltak kan utøves ved sentralsykehusets barneavdeling, habiliteringsteamet eller ved fylkeskommunens habiliteringssenter for barn og unge. Områdepediatri er også et felt helsemyndighetene ønsker at det satses mer på. Det er ikke alle fylkeskommuner som har etablert denne tjenesten, og der det er etablert kan den ha ulik tilknytningsform.

Enkelte avdelinger, (re-)habiliteringsteam og -sentre yter bare polikliniske tjenester. Andre tar bare dagpasienter, også ved utredning mens andre har inneliggende pasienter til utredning og behandling.

Som tidligere beskrevet ("*Somatiske spesialsykehjem*" i kap.3) er også fordelingen av somatiske spesialsykehjem i landet ujevn. Om spesialsykehjemmene er med i fylkeskommunens helseplaner varierer også. Noen fylkeskommuner har planlagt sin helsetjeneste uten å innlemme spesialsykehjemmene i planen. I andre fylkeskommuner har institusjoner utenfor sykehus opparbeidet tilbud til spesielle pasientgrupper og etterhvert blitt til en del av sykehusets rehabiliteringsvirksomhet. Dette har også skjedd ved enkelte somatiske spesialsykehjem. Hvilke pasienter som gis tilbud varierer også mellom fylkeskommunene.

6.4.3 Medisinsk rehabilitering på regionnivå

Små grupper funksjonshemmede og mennesker med spesielle og sjeldne sykdommer, kan ha behov for høyt spesialisert rehabilitering. Rehabiliteringsavdelinger/enheter på regionnivå skal fungere som kompetansebasert for 1. og 2. linjetjenesten. Rehabiliteringsavdelinger på regionnivå bør ifølge veilederen i Medisinsk Rehabilitering arbeide med pasientrettede (kliniske) oppgaver, undervisning og forskning.

6.5 FORSLAG FOR Å SIKRE TJENESTER TIL UTSATTE PASIENTER ETTER ANSVARFORDDELINGEN

Fordi helsemyndighetene bare har gitt anbefalinger om organisering og dimensjonering av spesialiserte tjenester generelt, har fylkeskommunene hatt en fri stilling i forhold til å organisere og dimensjonere rehabiliteringsvirksomheten. Med unntak av akuttbehandling og akuttrehabiliteringstiltak, har fylkeskommunene i stor grad kunnet prioritere mellom ulike pasientgrupper i rehabiliteringssammenheng.

Utviklingen innen somatisk spesialisert rehabiliteringsvirksomhet har vist at mennesker med omfattende og alvorlige fysiske funksjonshemninger eller kroniske progredierende lidelser nedprioriteres. Omlegging og nyetablering av rehabiliteringstilbud bygges opp for akutte lidelser (hjerneskadde, slagrammede, trafikk-skadde, og ortopediske tilfeller). Der fylkeskommuner har fremmet forslag om etablering av rehabiliteringstilbud for kronikere (f.eks. multippel sklerose og andre nevrologiske lidelser), har disse ofte ikke nådd opp i fylkeskommunale bevilgningsprosesser. Denne tendensen sees konkret i utviklingen og omlegging av virksomheten ved spesialsykehjemmene, se "*Spesielle funksjoner*" i 3.2.4, og "*Kombinerte rehabiliteringssentre*" i 3.4.2.

Forslagene i denne utredningen innebærer at kommunene overtar ansvaret for personer som på utredningens kartleggingstidspunkt hadde vært innlagt i fylkeskommunale somatiske spesialsykehjem over 12 måneder og som mottar rene pleie- og omsorgstjenester. I forbindelse med overføring av ansvar, overføres også midler til kommunene. Antall tilfeller av de lidelsene som er representert ved spesialsyke-

hjemmene er lavt på landsbasis. Kompetansen og erfaring med lidelsene vil således være lite tilgjengelig i kommunene. En del av denne kompetansen vil det være mulig å bygge opp i kommunene ganske raskt ved å få kjennskap til pasientene og gjennom oppsøkende veiledning og rådgivning fra de fylkeskommunene der dette finnes.

Noen har imidlertid en så langtkommet lidelse eller så kompliserte og sammensatte funksjonshemninger, at de i perioder vil ha behov for spesialisert rehabiliteringstiltak i form av innleggelse i fylkeskommunalt rehabiliteringstilbud. Dette gjelder eksempelvis noen mennesker med langtkommet multippel sklerose og noen som er sterkt angrepet av epilepsi som ved sykdomsutbrudd eller akutt forverring av tilstanden kan ha behov for dette. Erfaringer hittil har imidlertid vist at det er vanskelig å få plass ved de av fylkenes avdelinger som driver rehabilitering. Slik realkompetanse har noen av spesialsykehjemmene.

Helsedirektoratet innhentet i 1990 og 1994 opplysninger om eksisterende og planlagt rehabiliteringstilbud i fylkene. Det var lite av eksisterende og ikke noe planlagt tilbud som omfattet denne gruppen. Flere fylkesleger mente at denne gruppen ikke fikk dekket sitt rehabiliteringsbehov i fylket.

Det er viktig at denne gjennomgangen og ansvarsavklaringen ikke fører til at korttidstilbudet til kronikerene forsvinner eller medvirker til å redusere muligheten for at tilbud etableres eller eventuelt utvides.

Denne utredning foreslår:

1) Fylkeskommunene bør ha 1 korttidsplass tilgjengelig pr 100.000 innbyggere, eller bruke 1-2 eksisterende plasser til korttidsopphold for de pasientgrupper som var i de tradisjonelle spesialsykehjemmene.

Formålet er å vinne erfaring med kommunale tilbud, pasientenes behov for tjenester, utredning og utprøving av tjenester, utstyr og medikamenter i samarbeid med fylkeskommunene. En vet ikke med sikkerhet hva slags spesialisert tilbud de har mottatt, *eller* hatt behov for, og en ser derfor et behov for å følge opp dette, og prøve ut tiltak og tjenester. Det er behov for at fylkene bygger opp kompetanse på dette feltet, da det tidligere i hovedsak har blitt ivaretatt av spesialsykehjemmene. Gjennom dette arbeidet kan fylkene så bli istand til å formidle kunnskap ut til kommunene om tilrettelagte tiltak og tjenester for brukerne.

2) Fylkeskommunene bør beholde den eksisterende kompetansen i fylkeskommunene og styringsgruppen anbefaler å opprettholde korttidsplasser ved 6 sentre for de pasientgrupper som var i de tradisjonelle spesialsykehjemmene. Disse sentrene skal dekke dette tilbud på landsbasis.

Dette vil gjelde tilbud til mennesker med lidelser som langtkommet multippel sklerose, vanskelig regulerbar epilepsi, og svært kompliserte og sammensatte funksjonshemninger. Dette er pasientgrupper det i denne sammenheng er ønskelig å sikre et korttidstilbud for. Nevrologiske avdelinger ved sentralsykehus vil ha kompetanse på og utføre den nevrologiske medisinske behandling av epilepsien og også medisinsk behandling av personer med multippel sklerose og andre nevrologiske lidelser, der det er nødvendig. Men rehabiliteringstiltak etter behandling vil det derimot være liten tid til ved en slik avdeling. Noen av brukere som har vært til utredning e.l. ved Statens Senter for Epilepsi vil ha behov for rehabiliteringstilbud på 2.linjenivå før hjemflytting.

Det foreslås at følgende tilbud opprettholdes:

3 sentre med korttidstilbud for nevrologiske lidelser (MS m.v.).

MS-senteret i Hakadal foreslås opprettholdt med de funksjoner senteret har idag. Videre foreslås *korttidstilbudet* ved Østegaard MS-hjem i Vestfold (5 korttidsplasser).

ser) opprettholdt. Fylkeskommunen ønsker å gjøre institusjonen til et rent korttids-senter for østlandsregionen. *Korttidstilbudet* ved Mellomveien bo- og rehabiliteringssenter i Troms foreslås opprettholdt. Troms fylke har allerede mottatt omstillingsmidler fra Sosial- og helsedepartementet for 4 korttidsplasser, og fylkeskommunen planlegger dette som et rent korttidssenter etter hvert.

2 sentre med korttidstilbud for vanskelig regulerbar epilepsi

Statens Senter for epilepsi hevder at det er behov for rehabiliteringstilbud på andrelinjenivå for epileptikere. Det er to steder som har tilbud av dette slaget, Røysumtunet i Oppland, og Kure Gård i Østfold. Røysumtunet har idag 7 korttidsplasser. Det foreslås at dette korttidstilbudet opprettholdes. Kure Gård har dagplasser, men ikke korttidsplasser, og har ifølge fylkeslegen potensiale til å opprette et mindre antall korttidsplasser. Forslaget er at habiliteringstjenesten i Østfold sørger for at 4 plasser avsettes til korttidstilbud til epileptikere med vanskelig regulerbar epilepsi, evt. ved Kure Gård som har kompetansen idag.

1 korttidssenter for døve med tilleggshandicap

Hjemmet for Døve på Nordstrand har 5 korttidsplasser. Disse foreslås opprettholdt.

6.6 PSYKIATRISKE TJENESTER I FYLKESKOMMUNENE

De psykiatriske spesialisttjenestene i hvert enkelt fylke forutsettes å fungere som en sammenhengende behandlingsskjede. Det vil si at fylkeskommunen må ha et bredt og differensiert tilbud av tjenester som er tilpasset de ulike pasientgruppers behov. Organiseringen av tjenestene varierer mellom fylkene. I hvert fylke er tjenestetilbudenes organisering resultat av fylkets geografi, historiske forhold, og komplekse politiske og faglige prosesser. Noen fylkeskommuner har en felles psykiatrisk helsetjeneste som dekker hele fylket og utgår fra et psykiatrisk sykehus eller en psykiatrisk avdeling ved fylkets sentralsykehus, mens andre fylker er oppdelt i ulike sektorer som hver for seg har et forholdsvis heldekkende tilbud av ulike tjenester. Visse ressurs- og kompetansekrevene funksjoner ligger alltid på sentralsykehusnivå - det gjelder f eks fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger og andre sterkt spesialiserte avdelinger som har hele fylket (og evt andre fylker) som opptaksområde. Akuttavdelingene befinner seg også alltid på sykehus. Noen fylker har en akuttavdeling som dekker hele fylket, plassert ved sentralsykehuset eller ved fylkets psykiatriske sykehus. Andre fylker har flere akuttavdelinger ved et og samme sykehus, slik at disse dekker hver sin sektor i fylket. Atter andre har lokalisert en akuttavdeling ved hvert av flere fylkessykehus, slik at avdelingen dekker sykehusets sektor i fylket.

Denne utredningen omhandler den delen av langtidspsykiatrien som ikke ligger på sykehusnivå - dvs psykiatriske sentre, sykehjem, ettervernshjem og privatpleien. Organiseringen av langtidspsykiatrien varierer mer enn øvrige psykiatriske helse-tjenester i fylkene. Til forskjell fra akuttpsykiatrien ligger de psykiatriske langtids-plassene både ved sykehus og desentralt i fylkene i psykiatriske sentre og sykehjem. Noen av fylkene har en vesentlig del av sine langtidsplasser ved psykiatrisk sykehus, mens andre fylker har nesten alle plasser for langtids pasienter ved sykehjem/sentre. 14 av landets fylker har psykiatrisk sykehus, og alle psykiatriske sykehus har langtidsavdelinger med varierende antall plasser. Fire fylker (Vestfold, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag) har ikke psykiatrisk sykehus, men har psykiatrisk avdeling ved sentralsykehus eller fylkessykehus. Et fylke (Finnmark) benytter det psykiatriske sykehuset i nabofylket. Alle fylkene har psykiatriske sykehjem

eller sentre, men med varierende antall og kapasitet. De fylkene som ikke har psykiatrisk sykehus har færre langtidsplasser på sykehusnivå enn de øvrige fylkene.

Det er betydelige fylkesvise forskjeller både når det gjelder antall plasser og hvor plassene ligger: Noen fylker har forholdsvis mange langtidsplasser på sykehus (i forhold til gjennomsnittet), men samtidig forholdsvis mange plasser i sykehjem. Andre fylker med forholdsvis mange langtidsplasser i sykehus har forholdsvis få plasser i sykehjem/sentre. Fylker med forholdsvis få langtidsplasser i sykehus kan ha forholdsvis få eller mange plasser i sykehjem/sentre. Det er med andre ord liten sammenheng mellom kapasiteten sentralt og desentralt målt med antall senger. Forholdsvis høy kapasitet sentralt kan gå sammen med både forholdsvis høy og forholdsvis lav kapasitet desentralt, og omvendt.

Det er ikke lett å forklare denne variasjonen. Noe kan skyldes opphoping av spesielle grupper i visse områder som bl.a. kan ha sammenheng med urbaniseringsgrad og problembelastning, slik at det samlede presset på psykisk helsevern er større i noen fylker enn i andre. Forskjellene kan også tas til inntekt for at det ikke er riktig å se på kapasitet i form av antall døgnplasser alene. Organisasjonsmønstre og arbeidsmåter må antas å være viktig - det gjelder både arbeidsformene i de fylkeskommunale institusjonene/sentrene, og kanskje særlig forholdet til kommunene. Samarbeidet med kommunene og kommunenes evne og vilje til å gi tilbud til psykiatriske pasienter vil i stor grad påvirke etterspørselen etter fylkeskommunale plasser for langtidspasientene.

Vi kjenner ikke til studier i Norge som belyser sammenhengen mellom organiseringen av tilbudene lokalt, samarbeidsmønstre med kommunene, og etterspørselen etter tjenester. Det er derfor meget vanskelig å komme med anbefalinger om det kvantitative omfanget av fylkeskommunale spesialisttjenester lokalt. Riktig dimensjonering av tjenestetilbudet lokalt vil være avhengig av svært mange og uoversiktlige faktorer: Kapasiteten og organiseringen av tjenestetilbudene i den øvrige psykiatriske helsetjenesten i fylket, lokale forhold m.h.t. sykkelighet og problembelastning, hvordan tjenestene er organisert, samarbeidet med kommunene og kommunenes mulighet til å yte tjenester til langtidspasientene.

Selv om det er meget vanskelig å gi anbefalinger om *omfanget* av ulike desentraliserte spesialisttjenester lokalt, er det forholdsvis bred faglig enighet om *hva slags tjenester* en lokalbasert, desentral psykiatri bør inneholde. I senere år har statlige helsemyndigheter også gitt anbefalinger om hvordan tjenestene bør være *organisert*.

Organiseringen av de fylkeskommunale tjenestene lokalt

Hvordan de psykiatriske spesialisttjenestene mest hensiktsmessig organiseres lokalt, vil være avhengig av en rekke lokale forhold. Helsedirektoratet kom i 1985 med heftet «Nye alternativer i psykiatrien», som anbefalte modellen med psykiatriske sentre. Heftet brukte betegnelsen «psykiatriske bo- og behandlingssentre». Dette kan i ettertid fremstå som noe uheldig da bofunksjonen er et kommunalt ansvar. En fylkeskommunal institusjon bør prinsipielt ikke være å anse som bolig for noen, men et midlertidig oppholdssted mens en får behandling og andre spesialiserte tjenester. Derfor har statlige helsemyndigheter brukt uttrykket *psykiatrisk senter* i brev m.m. som har vært sendt ut de siste årene. Enkelte steder har en tatt i bruk uttrykket *distriktskykiatrisk senter* for å understreke senterets service-funksjon overfor et avgrenset distrikt.

Modellen med psykiatriske sentre er ikke tenkt som en bestemt modell som bør gjennomføres likt alle steder. Men modellen har en del sentrale elementer som kan tilpasses på ulike måter etter forholdene lokalt.

For det første er modellen basert på *sektorprinsippet*. Dvs at senteret har ansvar for et bestemt geografisk område, med et forpliktende forhold til kommunene i området. For det andre bygger modellen på prinsippet om *geografisk nærhet*. Dvs at senteret bør ligge i det området som det betjener, og ikke f.eks ved en psykiatrisk institusjon et annet sted i fylket. For det tredje gjelder prinsippet om *faglig og organisatorisk samling*. Det betyr at et senter bør ha én faglig ledelse, og at de ulike delene som senteret består av bør være integrert i en organisasjon. Et senter bør ledes av den faglig ansvarlige ved den psykiatriske poliklinikken, og kan foruten poliklinikken bestå av en eller flere dagavdelinger og en eller flere døgnavdelinger. Dette prinsippet er ment særlig å komme langtidspasientene til gode. I motsetning til ved et tradisjonelt psykiatrisk sykehjem hvor personalet hovedsaklig har bestått av pleiepersonale og hvor spesialistenes rolle har vært å føre faglig tilsyn med institusjonen noen timer i måneden, forutsettes det tverrfaglige spesialistteamet ved senterets poliklinikk også å bidra til at kvaliteten bedres i behandlingen av innlagte pasienter. Dette bør bidra til at behandling og rehabilitering med sikte på utskrivning blir bedre ivaretatt.

Faglig og organisatorisk samling tilsier ikke nødvendigvis at de ulike delene av et senter ligger samlet geografisk eller bygningsmessig. Det er også mulig å ha en faglig og organisatorisk samling av enheter som ligger i en viss avstand fra hverandre. Det vesentlige er den faglige og organisatoriske samlingen som skal medføre et faglig miljø som er tilstrekkelig stort og variert. De ulike delene må imidlertid ikke ha lenger avstand fra hverandre enn at det er mulig å ha tett faglig kommunikasjon.

Et fjerde prinsipp gjelder *faglig selvstendighet*. Med dette menes at senteret ikke skal være faglig underlagt f.eks. et psykiatrisk sykehus, slik § 10-institusjoner er idag. Senterets primære orientering bør være de kommunene som skal betjenes, og ikke psykiatriske avdelinger sentralt i fylket. Her er det visse motsetninger, bl.a. når det gjelder inntak. Mange psykiatriske sykehjem har fungert primært som avlastningsinstitusjoner for sykehusene, slik at de har avlastet sykehusene for langtidspasienter heller enn å betjene kommunene. Når det gjelder administrativ tilknytning kan en tenke seg mange lokalt tilpassede løsninger som ikke bryter med prinsippet om faglig selvstendighet, - f.eks å knytte senteret til lokalsykehuset.

Som nevnt varierer muligheten for å tillemppe sentermodellen i ulike områder. Ikke minst vil det etablerte institusjonsmønsteret være av betydning. En del av de psykiatriske sykehjemmene kan omstruktureres og bli avdelinger i psykiatriske sentre. Andre har en bygningsmasse og beliggenhet som gjør dem uegnet til dette, men kan evt få andre spesialiserte oppgaver innen den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten. Det er fylkeskommunenes ansvar å finne en faglig forsvarlig anvendelse for de psykiatriske sykehjemmene innen en tidsmessig spesialisthelsetjeneste.

Styringsgruppen vil imidlertid - som Helsedirektoratet tidligere - foreslå at betegnelsen «psykiatrisk sykehjem» utgår. Nå er sykehjemsbetegnelsen også på vei ut i mange kommuner, men hvis den fortsatt brukes bør den reserveres for allmenne kommunale sykehjem som yter pleie og omsorg til pasienter med somatiske eller psykiske lidelser eller funksjonshemninger, mens fylkeskommunale institusjoner bør ha betegnelser som viser at de er spesialistinstitusjoner. Dette vil bli fulgt opp i kapitlet om behovet for endringer i regelverket, jfr "[Behov for endringer i lover og forskrifter](#)" i kapittel 9.

Uansett om tjenestene på lokalnivå organiseres i form av psykiatriske sentre eller ikke, bør følgende tjenestetilbud finnes lokalt:

Poliklinikk

Befolkningen i et område må ha tilgang til tjenester fra psykiatrisk poliklinikk. Poliklinikken bør ligge mest mulig sentralt i området når det gjelder kommunikasjoner, slik at den kan nås fra hele området uten lange og kostbare reiser. Poliklinikkene skal utgjøre et bredt tilbud til mennesker med mange forskjellige typer av psykiske lidelser, fra de lette til de tyngre. Hittil har poliklinikkene i for liten grad levert tjenester til langtidspasientene. Arbeidsformene ved poliklinikkene har tradisjonelt vært psykoterapeutisk orientert, noe som bl.a. innebærer forholdvis store krav til egenmotivasjon. Pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser vil ofte ha mangelfull forståelse av eget behandlingsbehov, og dette vil særlig gjelde under kriser med forverring av sykdomstilstanden. Såpass enkle krav som å møte til avtalte tider vil mange av disse pasientene ha vanskelig for å innfri. Bl.a. av disse grunner trenger langtidspasientene langt mer aktiv oppfølging enn det som ofte har utgjort arbeidsformen ved de psykiatriske poliklinikkene. Mange langtidspasienter trenger *oppsøkende* arbeidsformer, og i mange tilfeller er det riktigere med hjemmebesøk enn å forvente at pasienten skal møte på behandlerens kontor.

En betydelig del av arbeidet må dessuten rettes mot pasientens pårørende, f.eks. med såkalte psykoedukative metoder. Enkelte steder har en tatt konsekvensen av at det er vanskelig å nå de psykiatriske langtidspasientene fra de vanlige psykiatriske poliklinikkene. I Rogaland har en opprettet egne spesialpoliklinikker for psykiatriske langtidspasienter med særskilt metodologi rettet mot disse gruppene. I København er det opprettet egne ambulante team som driver oppsøkende virksomhet overfor psykiatriske pasienter som har problemer med å møte ved poliklinikker og dagavdelinger. Slike særskilte organisatoriske løsninger trenger ikke være nødvendig for å kunne nå langtidspasientene, og forutsetter antakelig distrikter med en viss befolkningsstørrelse og -tetthet. Andre steder kan det være mer aktuelt å benytte de vanlige psykiatriske poliklinikkene, men å styrke deres kompetanse på oppfølging av langtidspasienter med alvorlige psykiske lidelser. Poliklinikker med en viss størrelse bør kunne ha mulighet til å drive differensiert kompetanseoppbygging, slik at det alltid er noen ved poliklinikken som har særskilt kompetanse på behandling og oppfølging av langtidspasienter.

Dagavdeling

Mange langtidspasienter vil trenge en tettere oppfølging enn det som er mulig å gi poliklinisk eller ambulant. Dette betyr ikke at de trenger å være innlagt over tid. Mange av de tilbud som gis ved en psykiatrisk avdeling kan gis på dagtid samtidig med at pasienten bor hjemme. Vanlige aktiviseringstilbud anses for å være et ansvar for kommunen, og når vi her omtaler dagavdelinger menes det mer spesialiserte tilbud, sammenliknbare med de som ellers gis ved døgnavdelinger. Det kan gjelde kvalifisert observasjon over tid av funksjonsevne og muligheter, opptrening og rehabilitering, gruppeterapi og individuelle støttesamtaler. Felles for slike spesialiserte dagopplegg er at de bør være tidsbegrensede med en avgrenset, spesifisert målsetting. Mer varige dagopplegg over tid som hovedsaklig gjelder aktivisering, sosial trening, og trening og opplæring i dagliglivets ferdigheter som er nødvendige for å mestre en selvstendig bosituasjon, bør hovedsaklig være et kommunalt ansvar.

Døgnavdeling

Mange av pasientene med alvorlige psykiatriske lidelser trenger innleggelse i døgnavdeling i perioder. Akkuttinnleggelse av pasienter med alvorlig psykiske lidelser forutsettes å skje i psykiatrisk avdeling på sentralsykehusnivå. Særlig gjelder dette

førstegangsinnleggelse. De psykiatriske sykehjemmene har tradisjonelt tatt imot pasienter som har lengre tids innleggelse i psykiatrisk sykehus bak seg. På det psykiatriske sykehjemmet har langtidskarrieren fortsatt, og de er gjerne blitt i sykehjemmet i årevis, eventuelt med overføring til privat psykiatrisk forpleining som siste stasjon. Rehabilitering og tilbakeføring til et liv utenfor institusjon har i liten grad vært prøvd. Når vi nå peker på behovet for døgnplasser lokalt ved psykiatriske sentre, siktes det ikke til tradisjonell psykiatrisk sykehjemsdrift med hovedvekt på langtidsomsorg. Opphold i en fylkeskommunal annenlinjeinstitusjon bør i prinsippet alltid være tidsavgrenset, og ha bestemte målsetninger i form av systematisk observasjon, diagnostikk, utredning, korttidsbehandling, rehabilitering og planlegging av videre tiltak.

Samarbeid med kommunene

Dersom kommunene skal ta et større ansvar for psykiatriske pasienter, krever dette aktiv bistand fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med kommunene må være en hovedoppgave for distriktpsychiatrien. Dette samarbeidet omfatter en rekke forskjellige oppgaver.

En svært viktig oppgave for den lokale psykiatriske spesialisthelsetjenesten er *konsultasjon*.

Spesialisthelsetjenestens konsultasjon til kommunene kan grovt deles i to kategorier. For det første gjelder det konsultasjon vedrørende klienter som aldri har vært pasienter i psykisk helsevern, og som heller ikke forventes å bli det. En stor del av de klientene som kommunene yter tjenester til har psykiske problemer som hoved- eller tilleggsproblem. Det gjelder både pasienter hos allmennleger og klienter i hjemmetjenestene og ved sosialkontorene. De fleste av disse trenger ikke psykiatriske spesialisttjenester. Oppgaven for konsulenten fra spesialisthelsetjenesten vil være å gi bistand til ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten når det gjelder å vurdere klienters hjelpebehov, gi råd og veiledning i utformingen av kommunale tiltak, og evt drøfte hvem som trenger henvisning videre. Som nevnt vil hoveddelen av denne virksomheten ikke gjelde personer som er eller har vært pasienter i psykisk helsevern. Men virksomheten er viktig for å bidra til å sette de kommunale tjenestene i stand til å ta seg av og gi mest mulig riktig hjelp til klienter som står i fare for å utvikle mer alvorlige problemer og symptomer. På denne måten kan slike indirekte arbeidsformer fra annenlinjetjenesten bidra til å dempe tilstrømning av pasienter til spesialisthelsetjenesten på sikt.

Denne typen konsultasjon bør brukes når det gjelder pasienter der det ikke er mistanke om alvorlig sinnslidelse (psykose). Dersom det er mistanke om alvorlig sinnslidelse bør pasienten komme til kvalifisert psykiatrisk vurdering så snart som mulig. For mennesker som står i fare for å utvikle en psykose, kan tidlig intervensjon og behandling være av avgjørende betydning for tilstandens videre utvikling og behandlingsmulighetene fremover.

Den andre hovedtypen av psykiatrisk konsultasjon gjelder mennesker som har vært pasienter i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, og der videre oppfølging og etterbehandling skal skje i kommunen. Det gjelder både pasienter som har gått i poliklinisk psykiatrisk behandling og pasienter som har vært innlagt. I slike tilfeller vil psykiatrisk personell ha førstehånds kjennskap til pasienten, og det vil kunne være avgjørende viktig å få tatt deres kunnskaper i bruk innen de kommunale tjenestene for å sikre best mulig behandling og forhindre tilbakefall. Noen av disse pasientene er psykiatriske langtidspasienter som skal tilbakeføres til kommunene etter mange år i institusjon. For disse pasientene har psykiatrien et særlig oppføl-

gingsansvar. De kan være lite kjent i kommunen, og mange års opphold i institusjon gjør at det trengs grundig planlegging av tilbakeføringen og fremtidig livssituasjon.

Spesialisthelsetjenestens bistand til kommunene er imidlertid ikke begrenset til konsultasjon eller råd og veiledning. I de tilfellene der kommunehelsetjenesten mener at henvisning videre er nødvendig, er det viktig at pasienten blir tatt imot til vurdering for videre tjenester rimelig raskt. Når det gjelder psykiatriske langtidspasienter som skal tilbakeføres til en kommune, er det svært viktig at det kommunale personellet som får ansvaret kan være trygg på at pasienten vil bli tatt imot dersom kriser eller andre forhold gjør det nødvendig.

Bistand til kommunene vil altså omfatte både konsultasjon om klienter som ikke henvises, og samarbeid før, under og etter behandlingen for de som innlegges eller får poliklinisk behandling.

6.7 TJENESTER TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER I KOMMUNENE

Det følger av lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven at kommunene har ansvaret for å yte allmenne sosial- og helsetjenester til mennesker med alle typer av sosiale og helsemessige problemer. Det fylkeskommunale psykiske helsevernet har på tross av dette helt til det siste tatt et vesentlig ansvar for også å yte pleie- og omsorgstjenester til psykiatriske langtidspasienter. En av grunnene til dette er antakelig historisk, - de psykiatriske institusjonene har fra gammelt av gitt total og langvarig, ofte livslang, omsorg til pasientene. Praksis og holdninger har ikke uten videre endret seg raskt som følge av ny lovgivning. I denne situasjonen har ikke ansvaret for psykiatriske pasienter alltid vært opplevd like sterkt i kommunene, på tross av at ansvaret etter lovene er forholdsvis klart.

I de senere år har flere offentlige dokumenter lagt vekt på begrepene *normalisering* og *integrering*. Tanken er at livskvaliteten bedres når mennesker bor i mest mulig normale omgivelser, deltar i lokalmiljøet og samfunnslivet forøvrig, og mottar nødvendige helse- og sosialtjenester i hjemmet. Behovet for spesialisthelsetjenester kan i mange tilfeller dekkes poliklinisk eller ambulant. Det typiske vil være at kommunale og fylkeskommunale tjenesteytere må samarbeide for å få til et optimalt tjenestetilbud, jfr det som er sagt i avsnittet ovenfor om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En del tjenester har imidlertid kommunene helt klart ansvaret for:

Anskaffelse og bygging av boliger

Kommunene har ikke plikt til å skaffe bolig. Men lov om sosiale tjenester § 3-4 sier at sosialtjenesten skal medvirke til å skaffe boliger med hjelpe- og vernetiltak for funksjonshemmede. Psykiatriske pasienter som har vært mange år i institusjon har vanligvis ikke egen bolig, og svært ofte heller ikke familie som de kan vende tilbake til. Hjelp til å skaffe bolig vil være helt nødvendig for at slike pasienter skal kunne skrives ut fra institusjon. Husbanken fullfinansierer boliger for funksjonshemmede med inntil 30 % tilskudd, og lån med sterkt subsidiert rente til den resterende delen av kjøpesummen eller innskuddet. I tillegg gis bostøtte. Gjennomføringen av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming har gitt kommunene ny kompetanse på bygging av boliger tilrettelagt for funksjonshemmede. Det er viktig med en nøktern boligstandard som gjør brukerne mest mulig i stand til å greie boutgiftene med trygd og bostøtte uten å bli avhengig av sosialhjelp.

Bistand i bolig

Hjemmebaserte tjenester som hjemmesykepleie og hjemmehjelp er kommunale oppgaver. Ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming har vist at kommunene kan ta på seg omfattende omsorgsoppgaver dersom det gis særskilte økonomiske tilskudd. Psykiatriske pasienter vil ofte ikke være særlig fysisk pleietrengende, men vil trenge tilsyn og menneskelig kontakt.

Sykehjem

En del psykiatriske langtidspasienter er blitt så gamle og pleietrengende at de bør få tilbud om kommunal sykehjemsplass på linje med andre eldre pleietrengende pasienter. I denne sammenheng kan betegnelsen somatisk sykehjem gi et uklart inntrykk av at disse institusjonene bare er for pasienter med somatiske plager og ikke for pasienter med psykiske lidelser. Men sykehjemmene bør betraktes som allmenne helseinstitusjoner som kan gi tilbud til alle pasientgrupper som kommunene har ansvar for. Mange eldre psykiatriske pasienter vil ha pleiebehov som er svært like med det som de vanlig kommunale sykehjemspasientene har. Andre vil ha såpass avvikende adferd eller mangelfull kontaktevne at de trenger spesielt tilrettelagte forhold.

Dagaktivitet

Mennesker med kroniske psykiatriske lidelser vil ofte trenge ulike aktiviseringsstilbud på dagtid. Mange kommuner har aktivitetssentre for eldre. Det vil bl.a. avhenge av kommunens størrelse og geografi om det kan være aktuelt med eget dagsenter for pasienter med psykiske lidelser, eller om disse kan gis tilbud innenfor rammen av dagsentre for andre grupper.

Opplæring

Mange psykiatriske pasienter har ufullstendig skolegang. Det er derfor aktuelt å tilby voksenopplæring.

Rehabilitering

Kommunene har et allment ansvar for rehabilitering etter kommunehelsetjenesteloven. Mange kommuner har opprettet rehabiliteringsteam. Slike team bør være generelle, og også yte tilbud til psykiatriske pasienter. Men mange psykiatriske pasienter trenger hjelp til sosial mestring og å lære å mestre dagliglivet, noe som ligger i skjæringspunktet mellom opplæring og rehabilitering og ofte krever utradisjonelle tilnærminger.

Allmennlegetjeneste

Pasienter med kroniske psykiatriske lidelser vil trenge fast legekontakt. Dette er nødvendig både fordi de selv ikke tar tilstrekkelig kontakt ved vanlige somatiske sykdommer, og fordi den psykiatriske lidelsen i seg selv trenger en medisinsk overvåkning. Ved jevnlig legekontakt vil f.eks perioder med forverring kunne oppdages på forhånd og gis behandling før krisen blir akutt. Medisinering av kroniske psykiatriske pasienter vil vanligvis kunne ivaretas av allmennlege, med nødvendig konsultasjon fra spesialisthelsetjenesten ved behov.

Case management

Case management metodikken er utviklet de siste tiårene i USA og Storbritannia. Vi mangler foreløpig en god norsk oversettelse av uttrykket. Svenskene har i sin psykiatriutredning benyttet uttrykket «personlig ombud» om case manager. Dette er imidlertid heller ikke et godt uttrykk i Norge da de ulike ombudsordninger her i landet er knyttet til kontroll- og klageordninger. Case management er en faglig-administrativ ordning for å ivareta ansvar, samordning og behandlingskontinuitet overfor klienter som selv har vanskelig for å tale sin sak overfor behandlingsapparatet. Bakgrunnen er nettopp oppsplittingen av ansvar på ulike etater og forvaltningsnivåer, noe som skaper problemer for kontinuiteten og sammenhengen i de ulike tiltakene.

Case manager er en fagperson som forutsettes å kjenne godt til ulike systemer og tiltaksmuligheter på forskjellige nivåer, og som har ansvar for å bidra til kontinuitet og samordning av de ulike tiltakene. Dette er særlig relevant for psykiatriske langtidspasienter som vanligvis vil ha store problemer med å forholde seg til flere forskjellige deler av helse- og sosialvesenet, og i liten grad selv tar nødvendige kontakter. Case manager er altså ikke en behandler eller en som yter spesifikke tjenester, men en koordinator som skal sørge for at klienten til enhver tid får adekvate tjenester. Rollen har både en administrativ og en klinisk side. Den administrative delen består i å ha kontakt med og samordne de ulike delene av hjelpeapparatet både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Den kliniske delen består i å ha løpende kontakt med klienten, også i perioder med tilbaketreking, og kontinuerlig vurdere behovet for kontakt med de deler av behandlingsskjeden som klientens tilstand og problemer tilsier.

I utlandet har en prøvd ut ulik administrativ forankring for case manager, både innen spesialisthelsetjenesten og førstelinjen. I Norge synes det naturlig å forankre rollen i kommunene når det gjelder psykiatriske langtidspasienter, da kommunene skal ha et basisansvar for disse over tid, mens innleggelses og andre spesialistinnsetninger forutsettes å være tidsbegrensede. I kommunen kan en tenke seg case manager administrativt knyttet til ulike etater både på sosial- og helsesiden, tilpasset hvordan kommunen ellers har valgt å organisere sine helse- og sosialtjenester.

Case management vil være en ny tilnærming i løsning av oppgavene for norske kommuner, i hvert fall i systematisert form. Rollen vil kreve både opplæring og økt personellinnsats.

Organiseringen av kommunale tjenester

Organiseringen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser må nødvendigvis variere sterkt med kommunenes størrelse og geografi. Store kommuner kan ha mer differensierte tjenester med yrkesgrupper som psykiatriske sykepleiere og psykologer knyttet til ulike deltjenester. I mindre kommuner må kanskje en og samme fagperson dekke flere tjenester som f.eks. dagsenter og sykehjem. De fleste kommuner bortsett fra de minste bør kunne ha tilsatt psykiatrisk sykepleier. Tett befolkede kommuner med gode offentlige kommunikasjoner kan samle tjenestene et eller noen få steder, mens spredtbygde strøk må satse mer på reisende personell. Uansett slike forskjeller vil prinsippene om hjelp til mest mulig selvstendighet, normalisering og integrering gjelde som overordnede målsettinger.

KAPITTEL 7

Ansvar og økonomi**7.1 NÅVÆRENDE FINANSIERINGSORDNING**

Somatiske spesialsykehjem og psykiatriske sykehjem og ettervernshjem er fylkeskommunale institusjoner som finansieres over de fylkeskommunale budsjettene. Også den psykiatriske privatpleien er fylkeskommunal, og godtgjøring til forpleierne ytes av fylkeskommunene. Som for all annen helsetjeneste som fylkeskommunene har ansvar for, kanaliseres de statlige midlene hovedsaklig via det generelle *rammetilskuddet* til fylkeskommunene.

Rammetilskuddsordningen er en del av *inntektssystemet* for kommuner og fylkeskommuner. Forslag til nytt inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner ble lagt fram i Ot.prp. nr. 48 (1984-85) og siden vedtatt av Stortinget, gjeldende fra 1. januar 1986. Inntektssystemet avløste ca 50 ulike statlig driftstilskudd over statsbudsjettet. Innvendingsene mot de gamle tilskuddsordningene var at de var uoversiktlige og kompliserte og ga kommuner og fylkeskommuner dårlig oversikt over økonomien, og dermed vanskeliggjorde økonomistyringen. Det ble videre pekt på at mange tilskuddsordninger kunne ha uheldig virkning på kommunenes og fylkeskommunenes prioriteringer, og kunne forhindre lokalt tilpassede og kostnadseffektive løsninger. Generelt ble det nye inntektssystemet begrunnet med ønsket om å gi kommuner og fylkeskommuner større handlefrihet, i pakt med ideer om et demokratisk lokalt selvstyre. Det nye systemet skulle gi kommuner og fylkeskommuner bedre oversikt over egne inntektsforhold, bidra til mer effektiv planlegging og styring av virksomhetene, og gi mer rettferdig fordeling av tilskudd mellom kommunene og mellom fylkeskommunene.

Systemet var basert på et statlig *inntektsutjevneende tilskudd* som skulle kompensere for ulikheter mellom kommunene og mellom fylkeskommunene i skatteinntekter, og *utgiftsutjevneende tilskudd* som skulle kompensere for at kommuner og fylkeskommuner har ulike utgifter. De utgiftsutjevneende tilskuddene besto av de såkalte *sektortilskuddene* - tre til kommunene og tre til fylkeskommunene. Sektortilskuddene avspeiler hva som var hovedoppgavene for kommunene og for fylkeskommunene. Således gjaldt de tre sektortilskuddene til kommunene grunnskolene, helse- og sosialtjenester, og kulturformål. De tre sektortilskuddene til fylkeskommunene gjaldt videregående skoler, samferdselformål og spesialisthelsetjenesten. Det enkelte sektortilskudd til den enkelte kommune eller fylkeskommune ble regnet ut etter såkalte objektive kriterier basert på kostnadsnøkler. Kostnadsnøkkelen for de kommunale helse- og sosialtjenestene var basert på antall innbyggere fordelt på ulike alderstrinn, befolkningens geografiske fordeling i kommunen (tetthet/spredtbygghet), andel sosialhjelpsmottakere og andel enpersonhusholdninger over 67 år. De siste årene har det også vært et storbytillegg og et tillegg for kommuner i Troms og Finnmark. Kostnadsnøkkelen for de fylkeskommunale helsetjenestene var basert på de samme kriteriene unntatt kriteriet sosialhjelpsmottakere, pluss et kriterium om andel av landets areal. Det har dessuten de siste årene vært et tillegg til fylkeskommunene Oslo, Troms og Finnmark.

Det er viktig å være klar over at prinsippet med sektortilskudd bare utgjorde en *regnemåte* for å regne seg fram til det samlede statlige rammetilskuddet til hver kommune og fylkeskommune. Sektortilskuddene var ikke tenkt som noen øremerking i den forstand at de skulle innebære bindinger av kommuner og fylkeskommuner i hvordan de statlige tilskuddene skulle anvendes og hvilke sektorer de skulle gå

til. Prinsippet om kommunenes og fylkeskommunenes frihet til selv å bestemme hvordan de samlede inntektene skulle anvendes var grunnfestet i inntektssystemet.

Bl a fordi ordningen med sektortilskudd i noen grad ble oppfattet som å legge føringer på kommunenes og fylkeskommunenes prioriteringer, har en senere gått bort fra denne ordningen. I St.meld. nr 23 (1992-93) «Om forholdet mellom staten og kommunane», foreslo Regjeringen å forenkle inntektssystemet ytterligere. Både for kommuner og fylkeskommuner gikk en inn for ett inntektsutjevnerende tilskudd, og ett generelt utgiftsutjevnerende tilskudd til erstatning for sektortilskuddene. For dette generelle utgiftsutjevnerende tilskuddet, ett for kommuner og ett for fylkeskommuner, ble det foreslått en kostnadsnøkkel basert på en vektet sammensetning av kriteriene i de tidligere sektortilskuddene.

Regjeringens forslag er senere vedtatt av Stortinget, og er gjennomført fra budsjettåret 1994.

Den siste endringen i inntektssystemet understreker ytterligere kommunenes og fylkeskommunenes frihet til å utforme tjenestetilbudet.

Når det gjelder de institusjonstyper som omfattes av denne utredningen, har fylkeskommunene innenfor rammefinansieringsordningen hatt stor grad av frihet til å utforme tjenestetilbudet. Det har vært opp til fylkeskommunene selv å fordele midler og prioritere mellom ulike institusjonstyper. Det har vært og er fortsatt store variasjoner mellom fylkene i institusjonsmønsteret. Dette gjelder både hvilke institusjonstyper en har satset på, antall institusjoner og antall plasser, jfr tidligere kapitler. Seks fylkeskommuner har ikke sett seg tjent med å opprette somatiske spesialsykehjem, antall psykiatriske sykehjem i hvert fylke varierer mellom 3 og 14, og bare fem fylkeskommuner har opprettet psykiatriske ettervernshjem. Fem fylkeskommuner har 2/3 av plassene i privatpleien, mens åtte av fylkene har under 10 slike plasser hver. Disse forskjellene er som nevnt i større grad resultat av historiske forhold i det enkelte fylke, enn av bevisste faglige utbyggingsplaner.

Hensikten med rammefinansieringsordningen har som nevnt vært å bidra til fylkeskommunal handlefrihet, og ordningen inneholder ingen statlig styring i retning av bestemte løsninger når det gjelder institusjonsmønstre eller prioritering av visse typer tjenester.

Det er visse unntak fra prinsippet om at statlige midler til drift av fylkeskommunale tjenester kanaliseres gjennom rammefinansieringsordningen. Det finnes i statsbudsjettet bl a egne tilskuddsposter til regionsykehus, og til refusjon av kapitalutgifter for sykehusbygg. Videre er det en refusjonsordning for psykiatriske og somatiske poliklinikker, slik at driften ved disse utløser særskilte refusjonsinntekter fra trygden. Ordningen har medført at både psykiatriske og somatisk poliklinikker er blitt kraftig bygget ut de siste årene.

Fra 1993 har statsbudsjettets kapittel 760 Fylkeskommunenes helse- og sosialtjeneste inneholdt en egen post (post 65) med tilskudd til pasientbehandling, rehabilitering mm. I 1994 var 23,3 mill kr fra denne posten satt av til å øke den psykiatriske behandlingsskapasiteten. Posten ble bl a styrket med 75 mill kr til økt behandling i psykiatri i 1995. Midlene fordeles til fylkeskommunene etter folketall med krav om resultatrapportering. I tillegg til dette inneholder posten stimuleringsstilskudd for innfrielse av ventelistegarantien som også kan nyttes til tjenester for psykiatriske pasienter.

I statsbudsjettet for 1995 er det tatt inn en egen post med tilskudd til kommunene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser (kap 761 post 62). Posten er på 100 mill kr og fordeles til kommunene etter folketall, med krav om resultatrapportering.

Videre er det over kap 720 Rehabilitering, post 64 spesialsykehjem, bevilget 5 mill kr til samarbeidstiltak mellom kommuner og fylkeskommuner for utskrivning av langtidspasienter fra fylkeskommunale spesialsykehjem.

Staten har tidligere ikke i særlig grad brukt ikke-økonomiske virkemidler som råd og veiledning for å påvirke institusjonsmønsteret i noen bestemt retning. Fra 1985 har statlige helsemyndigheters råd vært basert på heftet «Nye alternativer i psykiatrien», som anbefalte fylkeskommunene å omdanne de psykiatriske sykehjemmene til aktive behandlingssentre. Tilsvarende anbefalinger er gitt når det gjelder de somatiske spesialsykehjemmene. Fylkeskommunene har i varierende grad fulgt opp dette.

Etter gjeldende ansvarsfordeling har fylkeskommunene ansvar for å yte spesialisert behandling og rehabilitering, mens kommunene har ansvar for å yte pleie og omsorg og allmenne tjenester. Problemet er at fylkeskommunene har arvet en institusjonssektor innen psykisk helsevern som er mye eldre enn denne ansvarsdelingen, og som i varierende grad har fortsatt å yte omsorgstjenester uten tilstrekkelig omstilling. Kommunene på sin side har ikke fått tilført nye ressurser til å ta imot pasienter som blir utskrevet fra fylkeskommunale institusjoner, bortsett fra i forbindelse med særskilte reformer som har tatt sikte på å rydde opp i ansvarsforholdene på avgrensede områder. Det gjelder sykehjemsreformen hvor hele institusjonstypen med tilhørende økonomi ble overført til kommunene, og ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede der ansvaret for en hel gruppe klienter ble overført til kommunene sammen med økonomiske overføringer for å ivareta de nye oppgavene.

Når det gjelder de somatiske spesialsykehjemmene og de psykiatriske sykehjemmene, er situasjonen mer komplisert. En trenger fylkeskommunale spesialisttjenester for mange av de pasientene som disse institusjonene betjener. Statlige myndigheter bør fortsatt anbefale modellen med sentre som yter polikliniske tjenester, utredning og korttidsinnleggelse. Slike spesialistsentre bør også i større grad yte konsultasjon og veiledning til kommunene og samarbeide med disse om tjenester til hjemmeboende klienter og pasienter i kommunale institusjoner. Innen psykisk helsevern er det behov for videre utbygging av distriktpsikiatriske sentre som kan yte service til kommunene lokalt, og kommunene trenger også spesialisttjenester når det gjelder fysisk funksjonshemmede. På den annen side er det klarlagt gjennom kartleggingen at mange av de innlagte pasientene ikke i særlig grad mottar spesialisttjenester, men primært trenger pleie og omsorg og tilgang til kommunale tjenester. *En trenger en ansvarsdeling som gjør at kommunene overtar ansvar for pasienter som idag er innlagt i fylkeskommunale institusjoner som primært trenger pleie, omsorg og allmenne tjenester, samtidig som fylkeskommunenes mulighet til å yte desentrale spesialisttjenester til de grupper som trenger det utvikles videre.* Det er altså «feilplasserte pasienter» på begge nivåer - i institusjonene befinner det seg mange pasienter som ville få et bedre og riktigere tjenestetilbud i kommunene, mens det i kommunene finnes mange pasienter som ikke får tilstrekkelige spesialisttilbud fordi disse delvis er blokkert av langtidspasientene.

Variasjonsbredden blant institusjonene når det gjelder å yte allmenne versus spesialiserte tjenester er stor. Enkelte institusjoner er allerede omdannet til sentre som i tråd med statlige anbefalinger yter polikliniske tjenester, utredning, korttidsopphold og service til kommunene. Andre institusjoner yter utelukkende varig omsorg og pleie til sine innlagte pasienter. De fleste institusjonene yter en blanding av spesialisttjenester og omsorgstjenester, og har både korttids- og langtidspasienter. En kan derfor ikke overføre hele denne institusjonssektoren under ett til kommunene slik en gjorde i sykehjemsreformen. En kan heller ikke behandle de inne-liggende pasientene under ett og ta sikte på å overføre ansvaret for samtlige pasienter til kommunene, slik en gjorde i ansvarsreformen for mennesker med psykisk

utviklingshemming. Hver enkelt institusjon må gjennomgå for seg slik at ansvaret for pleie- og omsorgspasientene overføres til kommunene i samarbeid med disse.

Det er fylkeskommunene som institusjonseiere som har ansvaret for å foreta en slik gjennomgang. Statens ansvar er å legge rammebetingelsene til rette slik at den ønskede utvikling skjer, samt å bidra med faglig veiledningsmateriell. De viktigste statlige rammebetingelsene er av to typer. Et sett av rammebetingelser utgjøres av lover, forskrifter og retningslinjer. I "*Behov for endringer i lover og forskrifter*" i kapittel 9 drøftes bruken av slike juridiske virkemidler.

Det andre settet av rammebetingelser som det er statens ansvar å fastsette gjelder finansieringsordningene.

St.meld. nr. 50 (1993-94) «Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste» drøfter bruk av finansieringsordninger som virkemiddel for å oppnå helsepolitiske målsetninger. Regjeringen holder fast ved rammefinansieringen som den grunnleggende finansieringsformen for helsetjenesten i årene fremover. Det foreslås visse særskilte tilskuddsordninger for somatiske sykehus. Når det gjelder psykisk helsevern og de somatiske spesialsykehjemmene, varsler Regjeringen at den vil komme tilbake til disse områdene som egen sak, bl a med bakgrunn i denne utredningen.

Vi oppfatter stortingsmeldingen slik at rammefinansieringen fortsatt skal være den grunnleggende finansieringsformen for helsevesenet, men at det kan være aktuelt å supplere denne med særskilte finansieringsordninger på bestemte avgrensede områder som virkemiddel bl a for å oppnå særskilte målsetninger. Målet om å få en riktigere fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommuner og fylkeskommuner når det gjelder psykiatriske og somatiske langtidspasienter må anses for å være en slik særskilt målsetning.

7.2 PROBLEMER MED DAGENS ORDNING

Ansvarsdelingen mellom fylkeskommuner og kommuner for pasienter i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner har som nevnt ikke vært opplevet som tilstrekkelig klart. Ansvaret for de ulike institusjonstypene er fastsatt i sykehusloven og lov om psykisk helsevern som et fylkeskommunalt ansvar. Men bl a av historiske grunner har institusjonene hatt pasientgrupper som primært har hatt pleie- og omsorgsbehov, uten at dette i tilstrekkelig grad har vært sett i forhold til kommunenes ansvar slik dette fremgår av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dessuten har innholdet i de tjenestene som institusjonene skulle yte og hva slags pasienter de skulle ta imot vært lite spesifisert. Særlig har det vært uklarhet om spørsmålet om når en pasient er å anse som ferdigbehandlet i fylkeskommunal institusjon, og hvilket ansvar de to partene har hatt for oppfølging etter utskriving. Dette har ført til diskusjoner og til dels konflikter om ansvaret for enkeltpasienter. En av grunnene til konfliktene har vært at en i kommunene har opplevet ansvaret for disse pasientene som delvis nye oppgaver som tidligere har vært dekket av fylkeskommunene, uten at en i kommunene har fått kompensasjon for merutgiftene.

At det ikke har vært tilstrekkelig enighet om ansvarsfordelingen har hatt en rekke uheldige konsekvenser. Den viktigste konsekvensen av uklarhet og uenighet om ansvarsforhold, er at det kan påføre pasienter og pårørende unødvendige ekstra påkjenninger i en allerede vanskelig situasjon. Dernest er den mest umiddelbare og synlige konsekvensen *feilplassering av pasienter*. Ifølge kartleggingen og tidligere undersøkelser bl a av NIS, anses det dokumentert at det finnes en stor gruppe pasienter i fylkeskommunale institusjoner som befinner seg på feil omsorgsnivå. Pasienter har fortsatt å være i institusjon mens behov og tilbud har vært pleie, omsorg og allmenne tjenester - tjenester som best og riktigst gis i kommunene. Dette med-

fører en rekke uheldige forhold. For det første for pasientene, som uten tilstrekkelig faglig grunnlag for det blir værende i institusjon over tid. Det betyr at de blir rammet av de uheldige sidene ved *unødig institusjonalisering*, og ikke får adekvate tjenester i et miljø som er så normalisert som mulig. Det innebærer både *redusert livskvalitet for pasientene*, og *sviktende kvalitet i tjenestetilbudet*. For fylkeskommunene innebærer feilplasseringene at de får bundet opp en del av sine ressurser i oppgaver som de strengt tatt ikke skal drive med, som gir liten eller ingen behandlingmessig effekt. For kommunene innebærer problemet at de fylkeskommunale spesialistinstitutionene har dårlig kapasitet til andre oppgaver, slik at det er problemer med å få dekket behovet for konsultasjon, kortidsinnleggelse for å få avlastning under kriser, osv. I sum medfører problemet med at mange pasienter befinner seg på feil omsorgsnivå *dårlig ressursutnyttning eller lav effektivitet i tjenestetilbudene for kommuner og fylkeskommuner, og redusert livskvalitet for pasientene*.

Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede er den mest omfattende reformen de senere år når det gjelder å omfordele ansvar, oppgaver og økonomiske midler fra fylkeskommunene til kommunene for å oppnå riktigere tilbud og bedret livskvalitet for klientene. Vi skal derfor gi en kort oversikt over denne reformen.

7.3 REFORMEN FOR MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

Gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming (Ansvarsreformen) startet 1. januar 1991. Fra dette tidspunktet overtok kommunene ansvaret for tiltak og tjenester til vel 5000 personer med døgntilbud og 2000 med dagtilbud i det tidligere fylkeskommunale HVPU. Mesteparten av de midlene fylkeskommunene hadde brukt til disse klientene ble overført til kommunene. Det varierte mye hvor mye de enkelte fylkeskommuner hadde brukt pr klient. For å unngå å videreføre de store variasjonene, ble det besluttet å overføre like store beløp (normalsatser) pr person som hadde hhv et døgn- eller dagtilbud. I tillegg ble det gitt skjønnsmidler til kommuner som overtok ansvaret for særlig ressurskrevende personer fra HVPU.

Fra det tidspunkt kommunene overtok ansvaret for klientene (1.1.91) måtte kommunene betale for de av klientene som fortsatt bodde i institusjon. Betalingen varte så lenge klienten var innlagt. Betalingens størrelse varierte med driftskostnadene for den enkelte institusjon.

For å få bygd opp et tilfredsstillende tilbud også til psykisk utviklingshemmede som ikke hadde et tilbud i HVPU, ble det allerede i 1989 innført et eget øremerket tilskudd (styrkingsmidler) på departementets budsjett. Det ble også fordelt skjønnsmidler til kommuner med særlig ressurskrevende hjemmeboende personer.

Videre ble det etablert en ordning med et eget planleggingstilskudd som et ledd i å pålegge kommunene å utarbeide egne tiltaksplaner for de enkelte psykisk utviklingshemmede. For å stimulere utskrivningen av psykisk utviklingshemmede fra institusjon, hadde en i 1990 et eget utskrivningstilskudd for psykisk utviklingshemmede som ble utskrevet fra institusjon det året. Midlene ble gitt som månedlige tilskudd fra det tidspunkt den enkelte var utskrevet. Senere er det etablert ytterligere reformrelaterte tilskudd til kommunene, som delvis er fordelt etter kjønn.

Som nevnt tidligere ble det besluttet å overføre like store beløp (normalsatser) pr person som hadde hhv døgn- eller dagtilbud. Selv om denne fordelingen, samt skjønnsmidler til kommuner som overtok ansvaret for særlig ressurskrevende personer, hadde en viss ønsket utjevningseffekt, reflekterte fordelingen til kommunene fortsatt en del av de variasjonene som var tilstede mellom fylkene før reformen. Det hadde sammenheng med at noen kommuner hadde en forholdsmessig stor andel av

psykisk utviklingshemmede i institusjon, hvilket medførte forholdsvis store overføringer ut fra normalsatsen. For å bidra til en ytterligere utjevning ble normalsatsene og skjønnsmidlene lagt inn i inntektssystemet fra 1992, samtidig som kostnadsnøkkelen ble noe endret bl a som følge av reformen. I tillegg til overføringene via inntektssystemet, ble det i 1992 utbetalt skjønnsmidler til noen kommuner, fortrinnsvis vertskommuner, der kostnadsnøkkelen ikke reflekterte kommunens utgifter i tilstrekkelig grad.

For å unngå at de store overføringene til vertskommunene skulle bli redusert over tid som følge av kostnadsnøkkelen i inntektssystemet, ble det fra 1993 etablert et eget øremerket vertskommunetilskudd til kommuner som fikk ansvaret for forholdsvis mange personer som fortsatt ønsket å bo i kommunen. Vertskommunetilskuddet utgjorde de reformmidler som vertskommunene mottok i 1992 via inntektssystemet for psykisk utviklingshemmede som ikke var hjemmehørende i vertskommunen, samt utbetalte skjønnsmidler for 1992.

En erfaring fra denne reformen med overføring av ansvar med tilhørende omfordeling av store beløp fra et forvaltningsnivå til et annet, er at nåværende inntektssystem i for liten grad fanger opp kommunenes utgiftsbehov knyttet til enkeltpersoner som er svært ressurskrevende. Det har derfor vært nødvendig å ty til ulike kombinasjoner av tilskuddsordninger som tilsammen gir en rimelig god fordeling av midler til kommunene.

7.4 BETALINGSORDNINGER BRUKT I TILFELLER AV DELT ANSVAR - ANDRE EKSEMPLER

På svært mange områder av helse- og sosialtjenesten har kommuner og fylkeskommuner ansvar for ulike tilbud til de samme pasientene og klientene - de har med andre ord *delt ansvar*. Dette er helt nødvendig med de sammensatte behovene som klienter og pasienter har, som innebærer at de trenger varierte tjenester fra både kommuner og fylkeskommuner. Delt eller felles ansvar innebærer imidlertid også muligheter for konflikter. Et virkemiddel for å løse eller minimalisere slike konflikter eller *gråsoneproblemer*, har vært å ta i bruk ulike typer av *betalingsordninger*. Betalingsordninger har særlig vært brukt for institusjonsinnlagte klienter når en har ønsket å markere at også kommunene skal ha en del av ansvaret for disse mens de er innlagt. Som nevnt innebar ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede bl a at kommunene ble pålagt å betale for de klientene de fikk ansvar for når disse fortsatte å være innlagt i fylkeskommunale institusjoner. Det er imidlertid en rekke mer begrensede betalingsordninger som ikke er en del av så omfattende reformer som ansvarsreformen. Vi skal se nærmere på noen av disse. Bruk av betalingsordninger er forøvrig generelt og mer utdypende drøftet i NOU 1986:4 «Samordning i helse- og sosialtjenesten».

Barneverntjenester

Kommunene har ansvaret for det primære barnevernet, mens fylkeskommunene har ansvaret for barneverninstitusjoner. Dersom et barn plasseres i barneverninstitusjon, vil kommunen spare utgifter som ellers ville påløpe til kommunale tiltak. På denne bakgrunn er det innført en ordning med kommunal betalingsplikt til fylkeskommunen når et barn er plassert i barneverninstitusjon, jfr Ot.prp. nr. 44 (1991-92) Om lov om barneverntjenester. Ordningen innebærer at kommunen fortsetter å yte bidrag til omsorgstjenester mens barnet er i institusjon. Dersom barnet plasseres i fosterhjem har kommunen det økonomiske ansvaret for oppholdet opp til betalingsatsen for opphold i institusjon, slik at kommunens utgifter til fosterhjem maksimalt

kan bli det det koster å ha barnet i institusjon. Overskytende utgifter ved fosterhjem-sopphold dekkes av fylkeskommunen. Kommunen beholder altså et økonomisk basisansvar enten barnet er hjemme, i institusjon eller i fosterhjem, slik at valg av faglig beste løsning til beste for barnet (tiltak i hjemmet, fosterhjem, eller institusjon) er mest mulig kostnadsnøytralt for kommunen. Satsen for opphold i institusjon fastsettes hvert år av Barne- og familiedepartementet, og er i 1994 kr 10.000 pr måned.

Tiltak for rusmiddelbrukere

Kommunene har det allmenne ansvaret for rusmiddelmisbrukere etter lov om sosiale tjenester, mens fylkeskommunen etter samme lov har ansvar for institusjoner for rusmiddelbrukere. I St.meld. nr. 69 (1991-92) om tiltak for rusmiddelbrukere behandles bl.a. finansieringsordningen for de ulike tiltakene. Det fastslås at betalingsordningene ikke bør bidra til at institusjonsopphold blir en billig og enkel løsning for kommunen i tilfeller der tiltak i nærmiljøet vil være det beste. På denne bakgrunn er det fastsatt at kommunene skal betale en viss del av utgiftene for klienter som legges inn i fylkeskommunal institusjon. Satsen fastsettes hvert år av Sosial- og helsedepartementet og er den samme som for barnevernsinstitusjoner, kr 10.000 pr måned.

Betalingsordningene i Oslo

Det har lenge vært et problem i Oslo at et stort antall utskrivningsklare pasienter har opptatt sykehusplasser i påvente av andre omsorgstilbud. Av denne grunn ble det fra 1. januar 1992 innført en ordning der bydelene fikk betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus. Døgnprisen for en utskrivningsklar pasient ble satt høyere enn døgnprisen ved sykehjem, men lavere enn kostnadene ved å ha pasienten på sykehus. På denne måten er det lagt økonomisk press på både sykehus og bydel for å få pasientene til rett omsorgsnivå. Døgnprisen ble satt til kr 1.300, og skal dekke pleie- og hotellfunksjoner, mens de medisinske utgiftene skal dekkes av sykehuset. Midler tilsvarende stipulerte utgifter til betalingsordningen ble i 92-budsjettet overført til bydelene, mens midler til medisinsk behandling ble igjen i sykehusbudsjettene.

Fra 1. juli 1993 ble en tilsvarende ordning innført for psykiogeriatriske pasienter ved Dikemark sykehus, og 4,5 mill kr ble overført fra sykehusets budsjett til bydelene. Før ordningen trådte i kraft lå det til enhver tid ca 20 % ferdigbehandlede pasienter ved de psykiogeriatriske avdelingene. Fra 1993 til 1994 er antall psykiogeriatriske plasser ved sykehuset redusert fra 165 til 118, men antall utskrivninger har allikevel blitt fordoblet fra ca 50 til ca 100 utskrivninger pr år. Det rapporteres at det ikke har vært vanskelig å oppnå enighet mellom sykehus og bydel om hvilke pasienter som er ferdigbehandlet, og at bydelene klarer å ta imot pasientene med noe bistand fra sykehuset i startfasen. Ordningen er forholdsvis ny og har ikke vært systematisk evaluert, men ifølge Dikemark sykehus er problemet med ferdigbehandlede psykiogeriatriske pasienter som opptok sykehussenger langt på vei løst.

Den svenske Ädelreformen

Den 1. januar 1992 fikk svenske kommuner betalingsansvar for for pasienter i landstingenes somatiske «langtidsvård», for pasienter som var medisinsk ferdigbehandlet i landstingenes «korttidsvård», og for dagvirksomheter og boliger for eldre og funksjonshemmede. Bakgrunnen for reformen var at en anså at uklar ansvars- og

utgiftsfordeling mellom kommuner og landsting medførte at pasienter ble liggende lenger i institusjoner enn det som var medisinsk begrunnet. Den økonomiske omfordelingen innebar at vel 20 mrd svenske kroner ble overført fra landstingene til kommunene. Det ble overført 31.000 somatiske langtidsplasser til kommunene og betalingsansvar for pasienter i 3.400 langtidsplasser i landstingenes langtidsomsorg. 1,5 mrd kr ble over en treårs periode avsatt for å kompensere for økte utgifter i kommunene som følge av betalingsansvaret for pasienter i landstingenes institusjoner, og 2 mrd kr ble i samme tidsrom satt av til kommunale gruppeboliger til aldersdemente, psykisk utviklingshemmede og psykisk og fysisk funksjonshemmede. Reformen kan sies å overføre ansvaret for pleie og omsorg («vård») til kommunene. I motsetning til i Norge hvor kommunene også har ansvar for allmenne medisinske tjenester som allmennlegetjeneste mv., er de svenske landstingene etter reformen fortsatt ansvarlige for alle medisinske helsetjenester mens kommunenes ansvar er begrenset til «vård».

Den svenske psykiatriutredningen

Utredningen består av 8 delutredninger som ble utført i årene 1989-92, og er sammenfattet i sluttrapporten «Välfärd och valfrihet», SOU 1992:73. Arbeidet er videreført i regjeringens proposisjon 1993/94:218 «Psykiiskt stödets villkor». I denne foreslår regjeringen å gi kommunene et lovregulert obligatorisk betalingsansvar for visse grupper med langvarige psykiske lidelser. Betalingsansvaret foreslås å gjelde pasienter som har hatt sammenhengende opphold i psykiatrisk institusjon i minst tre måneder, og som av psykiater bedømmes å være medisinsk ferdigbehandlet i institusjon. Til grunn for forslaget ligger bl.a. erfaringer etter ädelreformen med kommunale betalingsordninger for ferdighandlede pasienter innen «somatisk korttidsvård» og «geriatrisk vård». Innføringen av kommunalt betalingsansvar for disse gruppene i 1992 førte til at antall ferdighandlede pasienter i sykehus gikk kraftig ned, og dermed økte også tilgjengeligheten til korttidsbehandling og geriatrisk behandling for andre grupper. Det heter videre i proposisjonen at kommunene ikke har tatt tilsvarende ansvar for å tilby alternative bo- og omsorgsbehov for psykiatriske pasienter. Dette forklares med at betalingsordningene ikke har omfattet psykiatrien, og at kommunene heller ikke har fått tilført særlige tilskudd til omsorgen for psykiatriske pasienter slik som til omsorgen for de pasientgruppene som var omfattet av ädelreformen. I tillegg til forslaget om kommunal betalingsordning for pasienter innlagt i landstingenes institusjoner foreslås det at kommunene overtar ansvaret for omsorgsinstitusjoner der det ikke skjer aktiv psykiatrisk behandling, og at kommunene får ansvaret for omsorgstjenester for hjemmeboende psykiatriske pasienter, inkludert heldøgnsomsorg. Landstingene skal fortsatt ha ansvaret for å tilby legetjenester. For å finansiere de økte kommunale oppgavene foreslås det at en del av de ressursene som landstingene idag bruker på oppgavene skal overføres til kommunene. Dette beløpet er ikke tallfestet i proposisjonen under henvisning til at en avventer en utredning om omlegging av hele systemet med statlige bidrag til kommuner og landsting i Sverige. En har imidlertid foreslått ekstraordinære statlige stimulerings tiltak i forbindelse med reformen på 400 millioner svenske kroner pr år i treårsperioden 1995-97.

7.5 SÆRSKILTE VIRKEMIDLER - UTREDNINGENS FORSLAG

De eksempler som er nevnt her dreier seg alle om kommunale betalingsordninger for pasienter eller klienter som er innlagt i fylkeskommunale institusjoner. Slike betalingsordninger kan ha ulikt omfang, og være permanente eller gjelde for en tids-

avgrenset periode. Ved vurdering av hvor omfattende betalingsordninger som det kan være aktuelt å foreslå, er det rimelig å legge avgjørende vekt på Regjeringens signaler i St.meld. nr. 50. Som nevnt oppfattes meldingen slik at rammefinansieringsordningen fortsatt skal være den grunnleggende finansieringsordningen for helsetjenester, men at det kan være aktuelt å innføre særskilte finansieringsordninger innen avgrensede områder for å oppnå bestemte helsepolitiske målsetninger. Målsetningen om å få gitt gode og riktige helse- og sosialtjenester i kommunal regi til langtidspasienter i somatiske spesialsykehjem og i psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og privatpleien anses for å være en slik helsepolitisk målsetning som kan begrunne særskilte finansieringsordninger. Styringsgruppen anser det som nødvendig å ta i bruk særskilte økonomiske virkemidler for å stimulere til en riktigere ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner for disse pasientgruppene. Det betyr at kommunene bør få ansvaret for pasienter som ikke trenger omsorg og behandling i institusjon, men som antas å få bedre tilpassede tilbud i kommunene. Finansieringsordningene bør stimulere til dette. På den annen side bør ikke særskilte finansieringsordninger avvike mer fra den allminnelige rammefinansieringsordningen enn nødvendig.

I Stortingsmelding nr 50 (1994-95) om «Samarbeid og styring» er det foreslått å innføre lovhjemmel for kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i fylkeskommunal institusjon. Forslaget knytter seg imidlertid til *enkelpasienter* der kommune og fylkeskommune ikke kommer til enighet, og er således vesentlig mer begrenset enn de mer generelle eksemplene på kommunal betalingsplikt som er referert ovenfor. Forslaget må ses som et forslag om å skaffe tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for departementet til å løse konflikter mellom kommuner og fylkeskommuner om enkeltpasienter i de fastlåste tilfellene der disse på egen hånd ikke klarer å oppnå enighet, og ikke som en ny finansieringsordning for visse typer av tjenester. Det er mulig at en slik hjemmel vil kunne løse fastlåste konflikter om ansvarsforhold også for enkeltpasienter i somatiske spesialsykehjem og psykiatriske institusjoner. Styringsgruppen anser en slik hjemmel for å være utilstrekkelig for å løse problemene med det store omfanget av feilplasserte pasienter i somatiske spesialsykehjem og psykiatriske sykehjem og ettervernshjem. Departementet kan ikke drive saksbehandling vedrørende enkeltpasienter som anses som feilplassert i slik institusjon, - til det er antallet alt for høyt.

En trenger derfor en mer generell ordning som kan fange opp et forholdsvis stort antall pasienter. På den annen side er det ikke godtgjort at en trenger en *permanent* kommunal betalingsordning for å stimulere til at pasienter får omsorg og behandling på riktig nivå. Hovedtyngden av langtidspasientene i de aktuelle institusjonene har vært der i mange år, og ble rekruttert i en annen tid. Som følge av mange års opphold på institusjon og manglende rehabilitering, har tilknytningen til hjemkommunen over mange år blitt svekket. Disse pasientene har for det meste heller ikke egen bolig, slik at det kreves mer omfattende forberedelse med å skaffe bolig eller evt sykehjemsplass før tilbakeføring til kommunen kan skje. I motsetning til dette må en anse at nye pasienter som rekrutteres idag stort sett får mer aktiv behandling og rehabilitering. De har heller ikke fått svekket sin tilknytning til hjemkommunen over lengre tid. Etter styringsgruppens oppfatning er det derfor først og fremst nødvendig å foreta en historisk opprydning overfor den gruppen som har vært innlagt over lang tid, der det må gjøres en særskilt innsats for at de skal få de tjenester de trenger og tilfredsstillende livskvalitet. Etter gruppens oppfatning er det mindre fare for at det rekrutteres en ny langtidspopulasjon på feil omsorgsnivå blant de pasientene som innlegges idag. En trenger imidlertid å følge nøye med i denne utviklingen i tiden fremover.

Spørsmålet om hvilke pasienter som må anses for å være ferdigbehandlede eller utskrivningsklare er gjenstand for meningsforskjeller mellom helsepersonell på ulike nivåer av helsevesenet, og blir mye diskutert. Det er svært vanskelig å lage generelle faglige kriterier for når pasienter er ferdigbehandlet som kan brukes autoritativt i konflikter om dette, og som samtidig kan anvendes på store grupper av pasienter for å få de overført til rett omsorgsnivå. For å avgrense de gruppene der det er spesielt viktig med ekstraordinære tiltak for å få gitt dem tilbud på riktig nivå trengs enkle regler som er minst mulig skjønnspregede og som fanger opp de viktigste gruppene som bør omfattes av kommunalt ansvar. Som nevnt mener styringsgruppen at det særlig er behov for å foreta en opprydning i ansvarsforholdene for de pasientene som har vært i institusjon over lengre tid. Pasienter som har vært innlagt i kortere tid antas å bli fanget opp av den ansvarsfordelingen som i de senere år er fastsatt mellom kommuner og fylkeskommuner og de samarbeidsforhold som er innarbeidet.

På denne bakgrunn foreslår styringsgruppen at det lages en særskilt ordning med kommunalt betalingsansvar for pasienter i somatiske spesialsykehjem og frivillig innlagte pasienter i psykiatriske sykehjem og ettervernshjem som på en bestemt dato har vært sammenhengende innlagt i minst 12 måneder. Forslaget innebærer ikke at det innføres en permanent kommunal betalingsordning for pasienter i fylkeskommunale institusjoner når deres sammenhengende oppholdstid i institusjonen går utover 12 måneder. Et slikt forslag om permanent kommunal betalingsplikt anses å bryte for sterkt med de alminnelige prinsippene for finansiering av helse- og sosialtjenester, og anses heller ikke å være nødvendig for å oppnå en riktigere ansvarsfordeling. Forslaget som fremmes tar sikte på å rydde opp i ansvarsforholdene for de langtidspasientene som har samlet seg opp i institusjonene til nå, og det kommunale ansvaret foreslås bare å bli gjort gjeldende for frivillig innlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet har vært sammenhengende innlagt over 12 måneder. Forslaget har slik sett karakter av en engangsoperasjon for å rydde opp i ansvarsforholdene for gruppen av langtidspasienter som over mange år fram til nå er akkumulert i institusjon. Forholdsvis nyinnlagte pasienter (opphold under et år) som eventuelt står i fare for å bli langtidspasienter senere, regner vi med at institusjonene vil ha et mer bevisst forhold til, og at de vanligvis vil ha rutiner for å få skrevet ut disse i samarbeid med kommunene når de anses for å være ferdigbehandlede. Det trengs imidlertid en særskilt overvåkning for å sikre at dette utvikler seg som forutsatt. Det foreslås derfor at Statens helsetilsyn gis et særskilt ansvar for å følge med i at det ikke utvikles en ny langtidsguppe på feil omsorgsnivå, og at en kommer tilbake med ytterligere forslag til tiltak dersom dette skjer.

Forslaget innebærer heller ikke at kommunene skal ha noe generelt ansvar for å betale for de pasientene som de overtar ansvaret for og som de skal motta midler for, når disse legges inn i fylkeskommunale institusjoner. Betalingsplikten gjelder bare så lenge pasientene fortsetter å være innlagt i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner uten opphold og uten å skrives ut etter kartleggingstidspunktet. Det foreslås ingen betalingsplikt for disse pasientene hvis de senere tas inn til nye opphold. Det forutsettes da at slike senere inntak er avgrensede opphold i forbindelse med kriser eller andre midlertidige behov for spesialisert observasjon, utredning eller behandling. I slike tilfeller har fylkeskommunen ansvar for å yte spesialisttjenester for disse pasientene på linje med det som gjelder for alle andre grupper av pasienter, uten at noen betalingsplikt utløses.

Forslaget om overføring av ansvar til kommunene og innføring av kommunal betalingsplikt innebærer en særskilt ordning for å rydde opp i ansvarsforholdene for gruppen av pasienter som har vært i institusjon over lang tid. Kartleggingen av pasientene i denne undersøkelsen viser at både i de somatiske og i de psykiatriske insti-

tusjonene synes pasientene å falle i to forholdsvis adskilte grupper. På den ene siden er det en stor gruppe pasienter som har vært i institusjon over flere år, mens det på den andre siden er mange korttidspasienter som kan ha flere innleggelsesmenninger mellom disse er etablert i eget hjem utenfor institusjon. Mellomgruppen av pasienter med middels lange opphold, f.eks. 1/2 til 1 år, er forholdsvis liten. Når det gjelder psykiatriske pasienter er det flere andre undersøkelser som tyder på at institusjonspasientene faller i to forholdsvis klare grupper, en stasjonær langtidsgruppe og en gruppe som sirkulerer med mange korte opphold. Det er den første av disse to gruppene som det trengs en særskilt ordning for, slik at kommunene kan ivareta viktige omsorgsoppgaver for gruppen.

Et spørsmål som kan diskuteres, er *avgrensningen av langtidsopphold i antall måneder*. I forslaget er det satt en grense på 12 måneder for hva som i denne sammenheng er å anse som et langtidsopphold. Mange kan mene at dette er forholdsvis lang tid, og at grensen kunne vært satt lavere. I det svenske psykiatriforslaget som er referert tidligere er grensen satt til tre måneder. I det svenske forslaget er imidlertid kriteriet for betalingsplikten kumulativ - det kreves at pasienten har vært innlagt minst tre måneder *og* at han er vurdert ferdigbehandlet av psykiater. Etter det svenske forslaget er det ikke noe i veien for at en pasient kan være innlagt betydelig lenger uten at det kommunale betalingsansvaret utløses, dersom overlegen anser at pasienter trenger lengre behandling. I det forslaget som fremmes her for de nåværende langtidspatientene har vi ønsket å unngå skjønsmessige faglige kriterier. Når «tid i institusjon» er eneste kriterium som blir foreslått lagt til grunn, bør tidsintervallet være så langt at pasientene mest sannsynlig er ferdigbehandlet innenfor dette. Videre er hovedhensikten med herværende forslag å løse en historisk problematikk, og det tilsier også at en konsentrerer seg om de egentlige langtidspatientene. Det presiseres at dette selvsagt ikke skal bety at en ikke skal satse på rehabilitering og tilbakeføring til hjemmet av pasienter som har vært innlagt i kortere tid enn et år, men det vurderes altså slik at det er mindre nødvendig med særskilte økonomiske virkemidler for å sikre at slike pasienter får behandling og omsorg på rett nivå.

I bearbeidningen av kartleggingsdataene har en sett på forskjellen i antall pasienter som har vært innlagt i henholdsvis 12 måneder og 6 måneder. Forskjellen mellom disse to gruppene er tallmessig liten, og indikerer at pasientene i de aktuelle institusjonene faller i to grupper. Enten tas de inn til korttidsoffhold og skrives ut tilbake til hjemmet forholdsvis raskt, eller så tilhører de langtidsgruppen som har vært lenge i institusjon. Om tidsgrensen senkes til 6 måneder er det altså ikke mange fler pasienter som fanges opp av ordningen. Dette tilsier igjen at en grense på 12 måneder synes hensiktsmessig for å fange opp den egentlige langtidsgruppen som er i behov av særskilte tiltak for ikke å bli værende i institusjon varig.

Det er i forslaget lagt vekt på at gruppen langtidspatienter som skal omfattes av en kommunal betalingsplikt bare skal gjelde pasienter som er innlagt *frivillig*. Det er i de psykiatriske sykehjemmene en del pasienter som er tvangsinnlagt etter § 5 i lov om psykisk helsevern. Det er ikke rimelig at en kommunal betalingsplikt omfatter tvangsinnlagte pasienter. I og med at betingelsene for tvangsinnleggelse etter § 5 i loven anses oppfylt, forutsettes det nettopp at pasienten trenger *innleggelse*, og i en slik situasjon blir det meningsløst med kommunalt ansvar. Innleggelse og opphold i institusjoner er et fylkeskommunalt ansvar, og en må i prinsippet forutsette at behovet for innleggelse er reelt når vedtak om tvangsinnleggelse er fattet.

Allikevel er det kommet fram i kartleggingen at det er en del pasienter som er tvangsinnlagt der personalet vurderer at kommunale tilbud utenfor institusjon er riktigst. Det er videre store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvor stor andel av pasientene i psykiatriske sykehjem som er tvangsinnlagt, se "*Særskilt om*

tvangsinnlagte psykiatriske pasienter" i avsnitt 8.3.4. Det er usikkert hva disse forhold betyr. Det kan bety at vedtak om tvangstilbakeholdelse ikke revurderes når grunnlaget for vedtaket ikke lenger er tilstede. I såfall innebærer det at gjeldende regler ikke følges tilfredsstillende. Dersom dette er riktig, er det et problem som må løses av tilsynsmyndighetene uavhengig av denne utredningen og uavhengig av forslaget om kommunal betalingsplikt. Forslaget her må prinsipielt basere seg på at de vedtak som er fattet er korrekte, og da må tvangsinnlagte pasienter entydig anses som et fylkeskommunalt ansvar.

Den store variasjonen mellom fylkeskommunene når det gjelder andelen av pasienter i psykiatriske sykehjem som er tvangsinnlagt, har imidlertid også en økonomisk side. Forslaget om at kommunene skal få ansvaret for *frivillig* innlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært innlagt over 12 måneder innebærer at rammetilskuddene for fylkeskommunene skal trekkes for utgifter til disse pasientene, og at en vesentlig del av midlene skal overføres til de kommunene som får ansvaret for pasientene. De fylkeskommunene som hadde mange tvangsinnlagte pasienter på kartleggingstidspunktet får dermed forholdsvis lavere fradrag i sine rammer enn de fylkeskommunene som hadde mange frivillig innlagte pasienter. Dersom pasienter som var tvangsinnlagt på kartleggingstidspunktet senere får sin status omgjort til frivillig innlagt og deretter skal utskrives til kommunal omsorg, vil ikke disse være omfattet av omfordelingen av midler mellom fylkeskommuner og kommuner. Det trengs derfor en særordning for disse pasientene, slik at det følger med midler fra fylkeskommunen til kommunen også for slike pasienter. Det vises til "*Omfordeling av midler*" i kapittel 8, "*Særskilt om tvangsinnlagte psykiatriske pasienter*" i avsnitt 8.3.4, for en nærmere beskrivelse av denne særordningen.

Avgrensningen av de psykiatriske pasientene som foreslås omfattet av ansvarsoverføringen gjøres i henhold til to kriterier. For det første må pasienten på kartleggingstidspunktet være frivillig innlagt. Dernest må han på samme tidspunkt ha vært sammenhengende innlagt over 12 måneder. Det er imidlertid ikke nødvendig at hele oppholdet de siste 12 månedene før kartleggingen var frivillig. Dersom en pasient har vært sammenhengende innlagt de siste 12 månedene før kartleggingen og er frivillig innlagt på kartleggingstidspunktet, regnes pasienten å være omfattet av ansvarsoverføringen selv om han tidligere i perioder har vært tvangsinnlagt.

Pasienter i somatiske spesialsykehjem er alltid frivillig innlagt, slik at alle disse som har vært sammenhengende innlagt over 12 måneder på kartleggingstidspunktet omfattes av forslaget om overføring av ansvar til kommunene.

Forslaget om overføring av ansvar til kommunene og innføring av kommunal betalingsplikt gjelder pasienter som har vært innlagt sammenhengende over 12 måneder i *institusjon*, dvs somatisk spesialsykehjem, psykiatrisk sykehjem eller ettervernshjem. Når det gjelder pasienter i den fylkeskommunale psykiatriske *privatpleien* fremmes et annet forslag. Privatpleien kan faglig på ingen måte anses som spesialisthelsetjeneste, og det foreslås at privatpleiens formelle status som spesialisthelsetjeneste avvikles og at ansvaret for pasientene overføres til kommunene. Når det gjelder privatpleien går altså forslaget ut på at ansvaret for pasientene overføres til kommunene uavhengig av oppholdets lengde. Det er imidlertid noen få pasienter også i privatpleien som formelt er tvangstilbakeholdt etter § 5 i lov om psykisk helsevern (etter kartleggingen 23 pasienter pr 1. september 1993). Det er usikkert hva det betyr at disse pasientene anses for å være så syke og behandlingsstrengende at de trenger tvangsinnleggelse, samtidig som de kan være i en såpass fri omsorg som privatpleien. Igjen kan det være spørsmål om tvangsvedtaket ikke er revurdert forskriftsmessig i takt med utviklingen i pasientens tilstand og behandlingsbehov. Det kan være grunn til å få disse pasientene særskilt vurdert, og evt få omgjort tvangsvedtaket dersom det ikke lenger er grunnlag for det. For de meget få

pasientene der det eventuelt anses riktig å opprettholde vedtaket etter fornyet vurdering må fylkeskommunen finne andre løsninger når ansvaret for pasienter i privatpleie overføres til kommunene. Også for disse må prinsippet om at ansvaret for tvangsinnlagte pasienter ikke kan overføres til kommunene, gjelde.

Når det sies at kommunen skal overta ansvaret og at det innføres kommunal betalingsplikt, kan en stille spørsmål ved *hvilken kommune* som er den rette til å ta dette ansvaret. Etter gjeldende rett er det oppholdskommunen før siste innleggelse som får ansvaret for pasienten etter utskrivning, jfr sosialtjenestelovens § 10-1, andre ledd. Dette kan virke svært uheldig for pasienter som har vært innlagt eller vært i privatpleie i mange år og som kan ha en meget svak tilknytning til tidligere hjemkommune eller sågar en midlertidig oppholdskommune før en innleggelse. Styringsgruppen går inn for at det er den kommunen som kommer til å overta det faktiske omsorgsansvaret for pasienten som også får det økonomiske ansvaret, samt det økonomiske tilskuddet som skal følge pasienten når ansvarsoverføringen skjer. Spørsmålet om nødvendig lovendring for å gjennomføre dette prinsippet tas opp i "*Behov for endringer i lover og forskrifter*" i kapittel 9.

Endelig kan det reises spørsmål om hvilken dato som skal være virkningsdato for å beregne hvilke pasienter som skal omfattes av overføringen av ansvar fra fylkeskommune til kommune. Etter styringsgruppens oppfatning bør det velges en dato som ligger noe tilbake i tid i forhold til gjennomføringsdatoen. Dette for å sikre at kommuner som har påtatt seg utgifter ved å tilbakeføre pasienter i den siste tiden også får kompensasjon for sine utgifter. Det er rimelig å velge en dato som i tid ligger nær det tidspunkt da prosjektet ble kjent. Fra det tidspunktet da prosjektet ble kjent vil kommuner ha kunnet forsinke tilbakeføring av pasienter i påvente av en senere omfordeling av kostnadene. På samme måte vil fylkeskommuner kunne prøve å fremskynde utskrivninger for å unngå en senere omfordeling av kostnadene.

Et naturlig tidspunkt er å velge *kartleggingstidspunktet*, da vi på dette tidspunktet har nøyaktig oversikt over antall frivillig innlagte pasienter som hadde vært sammenhengende innlagt over 12 måneder. Vi vil dermed vite hvor mange pasienter ansvarsoverføringen skal gjelde for, som utgangspunkt for å beregne omfordeling av midler. Kartleggingstidspunktet er imidlertid forskjellig for de forskjellige institusjonstypene. Kartleggingstidspunktet for de psykiatriske sykehjemmene og ettervernshjemmene var 1. mai 1993, for de somatiske spesialsykehjemmene var tidspunktet 15. juni, og for privatpleien 1. september.

På denne bakgrunn vil styringsgruppen foreslå at antall pasienter som omfattes av ansvarsoverføringen bestemmes av kartleggingen pr 1. mai 1993 for de psykiatriske institusjonene, pr 15. juni 1993 for de somatiske spesialsykehjemmene, og pr 1. september 1993 for pasienter i privatpleien. Forslaget innebærer at omfordelingen av midler mellom fylkeskommuner og kommuner beregnes ut fra det antall pasienter som tilfredsstillende kriteriene for ansvarsoverføring til kommunene på disse tre tidspunktene. Dette innebærer at kommunene vil få økonomisk kompensasjon for pasienter som tilfredsstilte kriteriene for overføring til kommunalt ansvar på kartleggingstidspunktet, men som senere er utskrevet fra institusjon til kommunal omsorg.

Det bør imidlertid gjøres fradrag for pasienter som er *døde* i perioden mellom kartleggingen og iverksettingen av ansvarsoverføringen.

Informasjon til landets kommuner og fylkeskommuner om at prosjektarbeidet skulle settes i gang ble gitt i rundskrivs form før årsskiftet i 1992, og prosjektplan ble sendt ut i april 1993. Det er altså en periode på noen få månedene fra det tidspunktet da prosjektet ble kjent og fram til de tidspunktene som foreslås å bli tellende når det gjelder antall pasienter som omfattes av ansvarsoverføringen. Det er lite trolig at fylkeskommunene i denne perioden i noe omfang av betydning har iverksatt

taktiske utskrivninger, eller at kommunene av taktiske grunner i den samme perioden har nektet å ta imot pasienter som ellers ville vært tatt imot. Med de tidspunktene som er foreslått bør en kunne se bort ifra dette.

KAPITTEL 8

Omfordeling av midler**8.1 INNLEDNING**

Ifølge forslaget vil kommunene få overført oppgaver og ansvar som fylkeskommunene har ivaretatt til nå. Midler som fylkeskommunene har brukt til disse oppgavene bør derfor overføres til kommunene. Dessuten må en del av midlene holdes tilbake for å dekke utgifter som Folketrygden overtar i forbindelse med utskrivning av pasienter fra institusjon. Fylkeskommunene skal fortsatt yte spesialisttjenester til de pasientene som kommunene overtar den allmenne omsorgen for, og må sikres økonomisk grunnlag for dette.

De midlene som fylkeskommunene idag bruker til de pasientene som kommunene skal overta det allmenne ansvaret for må altså fordeles mellom kommunene, fylkeskommunene og staten. Størrelsen på hva som skal fordeles til de tre forvaltningsnivåene må beregnes og begrunnes. Dessuten må en ta stilling til utformingen av den kommunale betalingsplikten for pasienter under kommunalt ansvar som blir værende i fylkeskommunal institusjon, og til hvordan prisfastsettingen av betalingen skal skje. En må videre ta stilling til hvordan det som samlet skal trekkes ut av den fylkeskommunale rammen skal trekkes fra hver enkelt fylkeskommune, og hvordan tildelingen til kommunene skal skje.

Som første ledd i å drøfte omfordelingen av midler vil vi gjennomgå noen beregninger av kommunenes, fylkeskommunenes og statens antatte utgifter etter at kommunene får overført omsorgsansvaret for visse langtidspasienter som foreslått.

8.2 OMFORDELING AV MIDLER. SOMATISKE SPESIALSYKEHJEM**8.2.1 Forvaltningsnivåenes utgifter etter ansvarsoverføringen***Kommunale utgifter*

Vårt forslag innebærer at kommunene skal overta ansvaret for pasienter som har vært innlagt over 12 måneder i institusjon på kartleggingstidspunktet og de pasienter som hadde deltatt på dagaktivitet av sosial karakter over 12 måneder. Med ansvar menes økonomisk ansvar for de som etter gjennomføringstidspunktet fortsatt er i somatiske spesialsykehjem. Her foreslås at med det økonomiske ansvaret følger en kommunal betalingsplikt som iverksettes ved gjennomføringstidspunktet. Den kommunale betalingsplikten innebærer at kommunene plikter å betale for pasienter som har vært innlagt over 12 måneder i institusjon på kartleggingstidspunktet så lenge de er innlagt i somatiske spesialsykehjem. Kommunene skal yte tjenester etter sosial- og helseavgivningen slik som pleie-, omsorgs- og allmenne helsetjenester, tilbud om dagaktivitet, og voksenopplæring til de personer som skrives ut av institusjon.

Under beregnes kostnader knyttet til de pasienter som kommunene etter forslaget overtar ansvaret for, og som skrives ut og flytter ut av institusjonen. Beregningene omfatter kostnader til pleie-, omsorgs- og allmenne helsetjenester, dagtilbud av sosial karakter, og drifts- og kapitalkostnader til bygging av boliger og sykehjemsplasser. De kalkyler som er laget her er både basert på opplysninger som personalet har gitt om hvilke tjenester pasientene får idag i spesialsykehjemmene, og pasientenes egne ønsker. Kartleggingen gir ikke svar hva pasientene har behov for, men oppgir hva pasientene mottar i form av årsverk/timeverk/ukeverk fra ulike fag-

grupper, og tilsynslegens besøksfrekvens ved institusjonen. Det er også nyttet andre kilder for å anslå omfang av tjenester kommunene bør yte til pasientene. Det er beregnet kostnader for tjenester som fysioterapi, ergoterapi, og voksenopplæring. Beregningene er basert på at en forutsetter at pasientene får opprettholdt dette tilbudet etter ansvarsoverføringen. Det ligger ikke inne en kvalitets- eller standardheving.

For å anslå hva som antas å være riktig tilbud for pasientene, ligger følgende betraktninger til grunn: For 162 pasienter har personalet vurdert *egen bolig* som det riktige tilbudet. Personalets vurdering stemmer her overens med pasientenes egne vurdering. I tillegg mener ytterligere 35 pasienter at *egen bolig* er det riktige tilbudet for dem. Det er viktig og riktig å ta hensyn til brukernes ønsker og vurderinger her, slik at vi beregner kommunale utgifter ut fra at også disse 35 pasientene skal skrives ut til *egen bolig*.

Det *somatiske spesialsykehjemmet* er vurdert som det riktige tilbudet for 134 pasienter både av personalet og av pasientene selv. Vårt forslag om ansvarsavklaring forutsetter at pasienter som har vært over 12 måneder i institusjon på kartleggingstidspunktet skal bli et kommunalt ansvar. Dette prinsippet skal også gjelde disse pasientene. I og med at både personalet og pasientene mener at pasientene ikke kan/vil flytte ut, kan løsningen være at det lages avtaler mellom fylkeskommuner og kommuner, eller kommuner i mellom (i overensstemmelse med pasientene) som innebærer at botilbudet til disse opprettholdes i institusjonens bygningsmasse. En kan imidlertid ikke se bort fra at endel pasienter vil endre synspunkter og selv ønske å flytte til *egen bolig* etter hvert som andre pasienter flytter ut og de blir kjent med deres erfaringer. Disse pasientene får idag tjenester i form av omsorg og pleie og noen allmenne helsetjenester, men de er ikke aktuelle for kommunale alders- eller sykehjem. På grunn av de ovenfor nevnte forhold, samt at en ikke kan garantere at spesialsykehjemmet vil eksistere i fremtiden etter som pasientmassen og tilbudet endres, beregnes utgifter for disse 134 pasientene som om de skal skrives ut til *egen bolig*.

Av de 70 pasientene personalet har vurdert til *kommunale alders- og sykehjemsplasser* er 26 pasienter *over 67 år*. 44 pasienter *under 67 år* og av disse igjen er 29 pasienter *under 60 år*. Sykehjemsplass er vurdert som det riktige tilbudet for flere personer helt *ned til 20 års alder*. Bare 9 pasienter ønsker selv et slikt tilbud. Styringsgruppen mener at det her er viktig for myndighetene å advare mot at relativt unge mennesker blir lagt inn på alders- eller sykehjem. Brukerne bør ikke presses til noe de ikke vil, men aller helst få oppfylt sine ønsker og få medvirke til et bedre liv. Mennesker som blir svært gamle og syke, kan tilbys en plass i et alders- eller sykehjem.

Kartleggingen viser at mange av de eldste pasientene er i relativt god fysisk form og har stor grad av selvhjulpenhet. Bare 9 personer ønsker en plass i et alders- eller sykehjem selv. Vi legger her inn beregninger for kommunale utgifter for det doble antall, altså 18 alders- og sykehjemsplasser. For de øvrige pasientene beregnes kommunale utgifter som om de skal flytte til *egen bolig*.

Dette innebærer at av den totale populasjonen på 393 pasienter som hadde vært innlagt over 12 måneder i institusjon ved kartleggingstidspunktet, beregnes kommunale kostnader for 375 pasienter som om de skrives ut til *egen bolig*, og kommunale kostnader til alders- og sykehjemsplasser for 18 pasienter.

Nye boliger og nye sykehjemsplasser

Vi har opplysninger om at 3 av pasientene som kan flytte til *egen bolig* har *bolig*. Vi vet derfor ikke om de øvrige pasientene har *boliger*. I denne beregningen legges

til grunn at de ikke har egne boliger, og at kommunene bygger boliger for heldøgns omsorg og pleie til de 375 som skal flytte ut. Finansiering av nye boliger forutsettes finansiert gjennom Husbanken. Dersom kommunene velger å bygge nye boliger og eie dem selv, kan de bruke flere av Husbankens finansieringstilbud for etablering av boliger til bestemte brukergrupper. For ordinære boliger, bofellesskap og bokollektiver vil finansieringen bestå av inntil 30 % boligtilskudd (tidligere etableringstilskudd) og resterende som lån på særvilkår. Ordningen for omsorgsboliglån og oppstartingstilskudd innebærer en fullfinansiering av prosjektene. (Kilde: Husbanken i brev av 30.1.95)

Oppstartingstilskudd

Husbankens oppstartingstilskudd er etablert for å stimulere kommunene til å opprette nye boliger for heldøgns pleie- og omsorgstjenester (omsorgsboliger) og sykehjemsplasser (Kilde: retningslinjer 8B5, Husbanken). Tilskuddet kan gis når det opprettes nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Boligene kan bare brukes av eldre eller andre med pleie- og omsorgsbehov. Tilskudd utgjør 120.000 kr pr sykehjemsplass og 90.000 kr pr omsorgsbolig. Ved omgjøring av flersengsrom til ensengsrom i eksisterende sykehjem gis et tilskudd på 30.000 kr.

Omsorgslån

Lån til omsorgsboliger, sykehjem og andre omsorgstiltak (også kalt omsorgslån) kan gis til kommuner eller andre som etablerer omsorgsboliger eller sykehjemsplasser som er tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg eller lokaler for omsorgstiltak. Det er en forutsetning at boligene brukes av eldre eller andre med pleie- og omsorgsbehov. Omsorgslånet kan gis til oppføring, utbedring og kjøp av boliger som er tilrettelagt for ovenfornevnte tiltak. For kommuner kan det gis fullfinansiering av boliger og eldretiltak av tilpasset størrelse og standard. (Kilde: retningslinjer 7B3 fra Husbanken). Lånets løpetid er normalt 30 år, med 8 års avdragsfrihet. Etter det skal lånet betales tilbake over 22 år. Lånetaker kan velge å betale avdrag med en gang eller bare ha halv avdragsfri periode. Lån under denne ordningen blir gitt med en rente som de 4 første år ligger 1,5 prosentpoeng under den til enhver tid gjeldende topprente, og deretter lik topprenten for resten av lånets løpetid. Topprenten er 7,5 % pr 30.1.95 (jfr. brev fra Husbanken av samme dato). Sistnevnte finansiering kan også nyttes til ordinære boliger, men da er tilskuddet begrenset til 90.000 kr pr bolig. Kilde: Husbanken. Vi vil i det følgende beregne utgifter ved bygging av vanlige boliger som gir 30 % tilskudd av anleggskostnadene.

Kapitalkostnader - omsorgsboliger

Når det gjelder kostnader forbundet med etablering av omsorgsboliger er disse svært varierende p.g.a. størrelse, standard og beliggenhet. Husbanken har en øvre grense for fullfinansiering (pr 30.1.95) og en kostnadsnorm på 10.400 kr pr kvm bruttoareal og minimum 55 kvm og maksimalt 80 kvm pr bolig inkl fellesareal. Fordi vi lager beregninger basert på den forutsetning at kommunene må bygge nye boliger til *alle* pasientene, beregner vi anslagsvise kostnader for minste størrelse på bolig. Vi antar at også dette er et noe høyt anslag.

Eksempelvis vil en 55 kvm bolig gi følgende finansieringsopplegg og kostnader med serielån og uten avdragsfrihet, og 4,4 % effektiv rente:

Totale anleggskostander 55 kvm bolig:	570.000
Oppstartingsstilskudd:	90.000
Lånebehov grunnlag:	480.000
Totalkostnader inkl.renter og gebyr omlag	800.000(over 30 år)
herav renter og gebyr	320.000

Kilde: (Husbankens nedbetalingplan)

372 omsorgsboliger av denne størrelse gir totale anleggskostnader på 232 mill kr. Kommunenes totale investeringskostnadene (kapitalkostnadene) tilsvarer kommunenes lånebehov og er totalt 178,6 mill kr. Kapitalkostnadene vil variere avhengig av boligens størrelse og og lånebetingelser.

Kapitalkostnader - vanlige boliger

Også vanlige boliger som kommunene bygger vil variere i størrelse og standard. Fra 1.1. 1995 yter Husbanken boligtilskudd på 30 % av boligens anleggskostnader og 70 % i lån på særvilkår som innebærer subsidiert rente. Renten starter på 2 % og stiger med 0,5 % de 4 første årene til 4,0 %, og økes deretter til 5 %. Etter dette er renta fast.

Selv om vi her ikke har konkrete betalingsplaner å vise til kan vi i oversikten under se at fordi tilskuddet er høyere enn for omsorgsboliger og at renteutgiftene samtidig er lavere, blir lånebehovet for boliger og de totale kostnadene lavere enn for omsorgsboliger.

Totale anleggskostander 55 kvm bolig:	570.000
Oppstartingsstilskudd	170.000
Lånebehov grunnlag:	400.000

Totale investeringskostnader for vanlige boliger vil være omlag 148 mill kr.

Kapitalkostnader - nye sykehjemsplasser

Kostnader for oppføring av sykehjem synes å være betraktelig høyere enn boliger, knyttet til faste driftsutgifter som følge av sykehjemsforskriftene. Husbanken praktiserer ingen øvre grense for akseptable kostnader. Prosjektene fullfinansieres og tilskuddet utgjør 120.000. Tilskuddet til sykehjem er høyere enn omsorgsboliger og differansen er ment å kompensere for de nevnte økte driftsutgiftene. Kommunene kan selv bestemme om tilskuddet skal benyttes til å dekke driftsutgifter i forbindelse med pleie og omsorg eller til å redusere låneopptaket ved bygging, kjøp eller utbedring. Ved bygging av nye sykehjemsplasser beregner Husbanken anleggskostnadene til mellom 650.000 og 800.000 kr. Med et snitt på 700.000 kr vil finansieringsopplegget med serielån, og uten avdragsfrihet se slik ut:

Totale anleggskostander pr sykehjemsplass	700.000
Oppstartingsstilskudd:	120.000

Lånebehov grunnlag:	580.000
Totalkostnader inkl.renter og gebyr er	1.063.268(over 30 år)
herav renter og gebyr	481.268

18 nye sykehjemsplasser gir med disse betingelser totale anleggskostnader på 12,6 mill kr, og totale investeringskostnader på 10 mill kr. Dette er høyst usikre anslag, da en ikke vet nøyaktig kostnadene, type lån m.v.

Driftsutgifter - sykehjemsplasser

Gjennomsnittlige driftskostnader for en alders- eller sykehjemsplass (eksklusive kapital- og investeringskostnader) var i 1993 ca. 299.000 kr pr pasient (kilde: SSB 1992, medregnet prisstigning på 2 % fra 1992 til 1993). Dette tilsvarer omlag ett sykepleierårsverk med administrasjonskostnader. Utgifter til tjenester som fysioterapi, ergoterapi, voksenopplæring er ikke inkludert og kommer i tillegg. Dette blir beregnet under.

I tillegg kommer årlige driftsutgifter i en størrelsesorden 32-33.000 kr pr år hvorav omlag 30.000 er rentekostnader og 2-3.000 kr går til til strøm, kommunale avgifter m.v. pr plass. En ny aldershjem/sykehjemsplass vil etter dette koste totalt 332.000 kr i driftskostnader pr år. Kommunene kan imidlertid kreve et vederlag fra pasientene som er 75 % av grunnbeløpet og 85 % av overskytende inntekt som for en minstepensjon utgjør 48.110 kr pr år. Med dette fratrukket, blir årlige driftsutgifter knyttet til nye kommunal alders- og sykehjemsplasser maksimum totalt 284.000 kr (dersom pasienten har høyere inntekt, vil vederlaget bli høyere, og kommunens utgifter lavere).

Årlige driftskostnader for 18 nye kommunale alders- og sykehjemsplasser anslås til 5 mill kr.

Inndekning av kommunenes drifts- og kapitalkostnader til boliger og alders- og sykehjemsplasser

Kommunenes kapitalkostnader til omsorgsboliger eller vanlige boliger kan dekkes helt eller delvis av husleie. Det går frem av nevnte retningslinjer at beboer i omsorgsboliger skal betale vanlig husleie. Beboer kan få dekket en del av sine boutgifter hvis vedkommende kvalifiserer til bostøtte i Husbanken og Sosial- og helsedepartementets (SHD) bostøtte til reduksjon av boutgifter til pensjonister. SHD's bostøtte til pensjonister dekker også utgifter til lys og brensel. Departementets bostøtte har som formål å bidra til at særdeles vanskeligstilte bl.a. trygdede, eldre og funksjonshemmede skal kunne redusere egne boligkostnader, «etablere gode boforhold» og skal slippe å betale mer enn hva som er «rimelig boutgift». Rimelig boutgift er fastsatt av Stortinget, og Sosial- og helsedepartementet opererer i forhold til botilskuddet for eldre og funksjonshemmede med en sjablon som tilsier at 85 % av trygdens minstepensjon regnes som nødvendig for livsopphold - når boutgifter er dekket. Dersom boutgiftene er så høye at husstanden disponerer mindre enn det som regnes som nødvendig livsopphold, vil de kunne få ytelser etter denne botilskuddsordningen.

Fordi beregningene er utført med en maksimumsløsning (d.v.s. at en beregner kostnader til bygging av nye boliger til alle pasienter som kan skrives ut til egen bolig, og kostnader for nye sykehjemsplasser for pasienter som kan skrives ut til slikt tilbud) antas det her at kostnadsrammene en her opererer med dekker alle kommunenes utgifter til boliger og sykehjem. Vi antar forøvrig at kommunene får dekket sine drifts- og kapitalkostnader til vanlige boliger gjennom husleien.

Betaling ved sykehjemsopphold reguleres av egen forskrift om vederlag, og antas å dekke kommunenes kapitalkostnader knyttet til sykehjemsplassene.

Driftsutgiftene på 5 mill kr antas å bli nye utgifter for kommunene.

Øvrige driftsutgifter

Hjemmebaserte tjenester

Det vil innledningsvis utføres beregninger for hjemmebaserte tjenester som om alle de 375 pasientene skrives ut til egen bolig. Personalets vurderinger av pasientenes bistandsbehov gjelder bare de 162 pasientene personalet vurderte til å kunne utskrives til egen bolig. Bistandsbehovet er angitt i antall timer pasienten har behov for bistand pr døgn. Anslagene over pasientenes bistandsbehov antas å være høyst usikre da en ikke kan forvente at personalet er tilstrekkelig kjent med hvordan behovet vil fortone seg utenfor institusjon. Erfaring tilsier at grad av egenomsorg og selvstendighet gjerne øker når pasienter skrives ut av institusjon. Vi vil imidlertid bruke de opplysningene vi har fra kartleggingen for å beregne hva det vil koste kommunene å yte tilsvarende tilbud etter utskrivning. Ingen pasienter er vurdert til å greie seg i egen bolig uten bistand. Bistandsbehovet, slik personalet har vurdert det, deles i 2 ulike grupper. Det er enten angitt som behov for bistand opp til 8 timer pr døgn, eller behov for bistand mellom 16 og 24 timer pr døgn. Det gir et skille mellom døgnkontinuerlig bistandsbehov og bistand på dagtid. Etter personalets vurdering av de pasienter de mener kan flytte til egen bolig, trenger 46 % tilsyn og bistand minst 16 eller 24 timer i døgnet, mens 54 % av pasientene trenger opp til 8 timer pr døgn. Vi bruker denne inndelingen for de øvrige pasientgruppene i våre beregninger.

Beregnet behov for døgntilbud og dagtilbud for pasienter i somatiske spesialsykehjem:

1. 162 pasienter er av personalet vurdert til å burde bo i egen bolig. Personalets vurderinger av bistandsbehov er bare angitt for disse 162 pasientene. Personalet har opplyst hva de mener pasientene trenger av hjemmebasert bistand. Etter personalets vurdering trenger 46 %, d.v.s. 74 pasienter tilsyn og bistand mellom 16 og 24 timer i døgnet, mens 54 %, d.v.s. 88 pasienter trenger opp til 8 timer pr døgn.
2. 35 pasienter mener selv at egen bolig er det riktige tilbudet for dem. Ettersom personalet ikke har vurdert deres tilstand som god nok for egen bolig, antar vi at det skyldes at disse er svært pleie- og omsorgstrengende og kostnader for disse beregnes som behov døgnkontinuerlig bistand.
3. 134 pasienter er vurdert til fortsatt å burde bo i spesialsykehjemmet. Styringsgruppen antar at også disse pasientene bør få kommunale tjenester. Dersom en bruker samme fordelingen mellom behov for bistand hele døgnet og daglig bistandsbehov som for de 162 pasientene som er vurdert til å kunne få flytte til egen bolig trenger 62 (46 %) av de 134 pasientene bistand hele døgnet, mens de resterende 72 (54 %) pasientene bare trenger bistand om dagen.
4. Det er i tillegg 44 pasienter som fagpersonalet enten har vurdert til alders- og sykehjemsplass og/eller ikke har vurdert med hensyn på tilbud i det hele tatt. Utgifter er beregnet som om de også skal flytte til egen bolig. Vi nytter samme fordeling som over døgn- eller dagtilbud. Det antas at 20 pasienter trenger bistand hele døgnet, mens 24 pasienter trenger bistand om dagen.

Totalt 195 trenger bistand hele døgnet, mens 180 pasienter bare trenger bistand om dagen.

Bistand hele døgnet

195 pasienter trenger tilsyn og bistand mellom 16 eller 24 timer i døgnet. Beregninger baseres på at pasientene trenger et gjennomsnitt på 20 timer bistand pr døgn, 140 timer pr person pr uke, totalt 7280 timer pr år pr person. Videre tar beregningen utgangspunkt i at en arbeidsuke for pleiepersonalet utgjør 36 timer pr uke. En rekke undersøkelser indikerer at antallet direkte klientrettede timer er omtrent 50 % av antall arbeidstimer, hvilket vil si at antall årsverk doubles. 30 % av arbeidet utføres av sykepleier og 70 % av arbeidet utføres av hjelpepleier etter vanlig fordeling. I følge PAI-registeret (personal- administrativt informasjonssystem for kommunesektoren) var gjennomsnittlige lønnskostnader i kommunale hjemmetjenester i 1993 204.000 kr pr sykepleierstilling og 191.400 kr pr hjelpepleierstilling. Med et tillegg på 40 % til sosiale utgifter og administrasjon utgjør døgntkontinuerlig bistand og tilsyn for 195 pasienter tilsammen kr 417 mill, som gir et gjennomsnittlig utgiftsnivå på 2,14 mill kr pr pasient pr år.

Døgntjeneste

I 1994 har ca. halvparten av landets kommuner døgntjeneste for hjemmebaserte tjenester (kilde: «Kvaliteten i eldreomsorgen», SHD/KS 1994, side 6). Det er usikkert hvor mange kommuner som vil måtte opprette slik døgntjeneste for å kunne gi et reelt alternativ til institusjonsopphold. Ved opprettelse av slik døgntjeneste, anslås driftskostnadene til 1-2 mill kr årlig pr kommune. Det er lagt inn ca. 25 mill kr til dette formålet.

Bistand om dagen

De resterende 180 pasientene trenger opp til 8 timer bistand pr døgn. Dersom en bruker et gjennomsnittstall på 5 timer pr døgn, gir det 35 timer pr uke, 1820 timer pr år, eller ett årsverk pr pasient. Med forutsetninger som over, betyr det 2 årsverk knyttet til hver pasient. Dette gir 360 årsverk totalt og totale utgifter inkludert utgifter til arbeidsgiveravgift, administrasjons-utgifter m.v på 96 mill kr. Kostnader pr pasient blir 533.000 kr pr år.

Egenbetaling

Fra og med 1995 er egenbetaling for hjemmetjenester begrenset gjennom forskrift til kr 600,- pr år for brukere med nettoinntekt under to ganger Folketrygdens grunnbeløp (2G). Dette tilsvarer ca. 76.000 kr. En kan i realiteten se bort fra egenbetaling som en kilde til å redusere de kommunale utgiftene til hjemmebaserte tjenester.

Hjemmebaserte tjenester koster totalt 538 mill kroner.

Andre tilbud/tjenester

Noen pasienter ønsker å delta på sosiale dagaktiviteter. Noen har behov for regelmessige tjenester som fysioterapi, ergoterapi m.v. Kartleggingen sier noe om hvilke tjenester de får idag, selv om omfanget av tjenester ikke er oppgitt. Ved å bruke opplysninger fra kartleggingen om antall besatte stillinger eller evt. timeavtaler med fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre opplysninger om institusjonenes drift, har en anslått tjenestenes omfang ved kartleggingstidspunktet.

Dagaktivitet

Kostnader ved eksisterende kommunale dagsenter for fysisk funksjonshemmede varierer fra 130.000-150.000 kroner pr plass avhengig av funksjonsevne og hvor mye hjelp deltagerne har behov for (kilde:Sosialavdeling II, SHD). I og med at mange av pasientene i denne undersøkelsen har stort behov for bistand i det daglige, antar vi at de også har behov for tett oppfølging ved dagsenteret, og kostnaden blir derfor i den høyeste delen av skalaen.

Kostnader for sosiale dagaktiviteter ved somatiske spesialsykehjem anslås til 30 % av gjennomsnittskostnaden for heldøgnspatientene slik som beregningen for dagaktiviteter ble gjort i reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det gir en kostnad på 139.000 kr pr dagplass. Dette anslaget stemmer godt med de reelle kostnader for plasser ved eksisterende dagsentre. Det er totalt 68 pasienter som ønsker å delta i organiserte dagaktiviteter. Det er 60 % av de som idag deltar i slik aktivitet. Med kostnad på 139.000 pr dagaktivitetsplass vil det koste 9,5 mill kr å etablere 68 nye plasser. 30 personer som ikke er innlagt deltar også i organiserte sosiale dagaktiviteter ved spesialsykehjemmene. Det er ikke kommet frem opplysninger på om disse fortsatt ønsker å opprettholde dagaktiviteten. Vi går imidlertid ut fra det, fordi vi antar at dette er en frivillig aktivitet all den tid personene ikke er innlagte. Kostnader for dagaktiviteter for disse utgjør 4,2 mill kr, og totalt blir kommunale utgifter til dagaktivitetstilbud 13,6 mill kr

Fysioterapi

109 pasienter fikk behandling av fysioterapeut jevnlig ifølge kartleggingen. Det er dette antallet pasienter som det lages beregninger for, selv om antallet kan synes lite. Kartleggingen viser at fysioterapikapasiteten er svært liten, og at ved flere institusjoner deler ca. 20 pasienter på fysioterapeutens tilstedeværelse som er 2-4 timer pr uke. Dette innebærer i praksis at ikke alle disse pasientene får behandling hver uke, noen heller ikke hver måned. For de videre beregninger går vi imidlertid ut fra at pasientene får en behandling hver uke, omtalt som 1 time.

Utgifter til fysioterapitjenester dekkes tredelt. Privatpraktiserende fysioterapeuter får driftstilskudd fra kommunen, stykkprisrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene, dersom vedkommende ikke er fritatt (omlag 30 %). For fastlønnede dekker kommunene lønn og alle øvrige driftsutgifter, men får fastlønnstilskudd fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Kommunene har midler i rammetilskuddet til å yte disse tjenestene, men må nok omdisponere mellom ulike formål dersom det er behov for flere fysioterapitjenester som følge av den foreslåtte ansvarsoverføringen. Forutsetningen er at det gis fysioterapi i 1 behandlingstime pr uke til 109 pasienter i 45 uker. Dette gir 4905 behandlingstimer pr år. En behandlingstime er ifølge takstbruksundersøkelsen fra 1988, i gjennomsnitt 35 minutter. Dette er omgjort i klokketimer omlag 2500 timer, eller i underkant av 2 årsverk (fysioterapiårsverket er basert på 32 timer klientrettet arbeid i 45 uker, d.v.s. 1.440 timer pr år). Driftstilskuddet er 144.660 kr pr år (1994-kr). Om behovet dekkes ved privatpraktiserende fysioterapeuter vil kommunene få en samlet utgift på omlag 300.000 kr. Nettoutgifter for kommunene om behovet dekkes ved fastlønnstillinger vil ligge på omlag samme nivå. (Kilde: Helseavdelingen, SHD)

Ergoterapi

Ved beregning av utgifter til ergoterapi nyttes den samme logikken som for fysioterapi. 75 pasienter mottar ergoterapeutisk konsultasjon i følge kartleggingen. Det

er dette antallet pasienter som det lages beregninger for, selv om antallet kan synes lite. Kartleggingen viser også at ergoterapikapasiteten er liten.

Ergoterapi kan være så mangt. Det kan være trening til å fungere i det daglige med redusert funksjonsevne, som tilpasning av boligen med kjøkkenutstyr, møbler, redskaper m.v. Aktiviteter i arbeidsstue holdes utenom. Vi antar at tilbudet er én behandlingstime pr uke. Ergoterapeuter er ansatt av kommunene, arbeider i snitt 36 timer pr uke, alle timer antas være klientrettet, og gjennomsnittlig lønn for en ergoterapeut er ltr. 29, omlag 240.000 pr år. inkl. sosiale utgifter. Ergoterapi gis i 48 uker pr år. 75 pasienter à 1 time pr uke er 75 timer pr uke i 48 uker, og totalt 3600 timer pr år. for alle pasientene. 3600 timer tilsvarer 2 årsverk. Dette gir totale utgifter på 480.000 kr pr år for kommunalt ansatte ergoterapeuter.

Voksenopplæring

Voksenopplæring gis på grunnskolenes område for personer med mangelfull grunnskoleutdanning. Dette gis etter individuell vurdering etter søknad. Etter lov om voksenopplæring er det fylket, som institusjonseier, som dekker utgiftene når det gis voksenopplæring i somatiske spesialsykehjem. Når pasientene skrives ut, er det kommunen som dekker utgiftene til voksenopplæringstilbudet. Voksenopplæring ble gitt til 12 pasienter i somatiske spesialsykehjem i 1993. Timeprisen for voksenopplæring inkludert utgifter til administrasjon er ca. 400 kr. Utgiftene til hver enkelt elev er således avhengig av undervisningsgruppens størrelse. Dersom vi sier at det er 4 elever i hver gruppe, blir utgift pr elev 100 kr pr time. Voksenopplæring gis i snitt 5 timer pr uke og følger skoleåret, d.v.s. 38 uker/år. Totale utgifter til voksenopplæring i kommunene for 2280 timer vil derved utgjøre 228.000 kr. (Kilde: KUF, Voksenopplæringsseksjonen).

Støttekontakter

En rekke pasienter som skal skrives ut til eget hjem vil ha behov for støttekontakt som et ledd i det å finne tilbake til et liv utenfor institusjon. Svært mange har ikke bodd utenfor institusjon på over 20 år, og mange av disse mangler et sosialt nettverk utenfor institusjon.

Vi antar at 60 % av personene (230) trenger støttekontakt. Støttekontakt gis i gjennomsnitt 5 timer pr uke hele året, til en timepris på 63,69, i lønnstrinn 1. Inkludert opplærings-, og arbeidsgiveravgift på 20 %, 10 % administrasjonsutgifter, og 40 % til ekstrakostnader til dekning av billetter, reiseutgifter mv, gir det en timepris på 110 kr. Støttekontakter for denne gruppen koster omlag 6,6 mill kr.

Personlige assistenter

Den nye ordningen med personlige assistenter for sterkt fysisk funksjonshemmede kan medføre noe økte utgifter for kommunene ved iverksettningstidspunktet, men vil trolig på sikt heller redusere utgiftene til hjemmebaserte utgifter enn motsatt. Erfaring fra bruk av personlige assistenter så langt viser at særlig for de personer som trenger 24 timer bistand i døgnet, reduseres utgifter både til administrasjonskostnader for de som skal sy sammen et 24-timers tilbud, og i forhold til antall ansatte som skal utføre dette. Det skyldes at færre personer utfører det samme arbeidet som mange gjorde tidligere. Erfaringene viser også at noen personer får flere timer bistand for samme beløp enn uten de som ikke har personlig assistent.

Det er imidlertid så stor usikkerhet knyttet til konkrete beløp for utgifter evt. innsparinger, at vi ikke forsøker å kvantifisere dette her.

Kommunal transporttjeneste

Innsats til kommunal transporttjeneste anslås til kr 40 pr pasient pr uke. Noen kommuner har innført ordninger som utelukker personer som får bilstønad over trygden, her beregnet til 50 personer. Det betyr at kommunal transporttjeneste for 325 personer vil koste kommunene årlig 676.000 kr.

Samlede driftsutgifter for kommunene

Tabell 8.1 viser de totale kommunale driftsutgiftene, i en situasjon der alle pasienter er skrevet ut, alle nye boliger og alders- eller sykehjemsplasser er bygget og tjenestetilbudet er etablert.

Tabell 8.1: Samlede driftsutgifter for kommunene.

Tjenester	Antall pasienter	Gjennomsnittlig utgift pr pasient pr år	Kommunale driftsutgifter per år
Hj. tjenester/døgntilbud	195	2 140.000	417,0 mill kr
Hj.tjenester/dagtilbud	180	533.000	96,0
Merutgifter døgntjeneste			25,0
Alders-/sykehjemsplasser	18	284.000	5,0
Dagaktiviteter	98	139.000	13,6
Fysioterapi	109	2.752	0,3
Ergoterapi	75	6.400	0,5
Voksenopplæring	12	19.000	0,2
Støttekontakter	230	28.700	6,6
Transporttjeneste	325	2.000	0,7
Kommunale utgifter etter utskrivning	566,0 mill kr		

Fylkeskommunale utgifter

Styringsgruppens forslag til ansvarsfordeling innebærer at fylkeskommunene skal fortsette med korttids rehabilitering, og en kommunal betalingsordning for pasienter har vært innlagt i institusjon eller vært dagpasient sammenhengende over 12 måneder i institusjon på kartleggingstidspunktet inntil de blir skrevet ut, eller dør. I tillegg skal fylkeskommunene fortsatt gi dagbehandling av spesialisert karakter.

Som det kommer frem av "*Fylkeskommunenes ansvar og oppgaver for fysisk funksjonshemmede*" i kap. 6.4. Fylkeskommunenes ansvar og oppgaver for fysisk funksjonshemmede er det idag ikke lovverk eller retningslinjer som angir omfang av spesialisttjenester fylkene skal yte. Det er gitt ut veileder i rehabilitering som sier noe om hvilke tjenester fylkene bør yte, hvem til og hvordan de kan organiseres. De somatiske spesialsykehjemmene, i sin opprinnelige form, er bare en liten del av hele den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten, og utgjør en liten del av de totale økonomiske ressurser som er knyttet til rehabilitering i fylkene. Spesialsykehjem som er endret til rehabiliterings-/habiliteringssentre eller rehabiliteringsavdelinger utgjør også bare en liten del av fylkenes øvrige rehabiliteringstilbud.

Det er ikke mulig å finne ut omfanget av økonomiske ressurser som samlet går til rehabiliteringsvirksomheten i det enkelte fylke eller for landet totalt. Det skyldes som beskrevet i 6.4. at de ulike tjenestene og tiltakene i rehabiliteringsvirksomheten

inngår i ulike avdelinger i fylkenes sykehus, og at fylkenes har ulike organisasjonsmodeller og dimensjonering for sin helsetjeneste. Vi vet heller ikke hvilke beløp som er knyttet til spesialsykehjemmenes ulike avdelinger der spesialsykehjemmet har flere avdelinger, d.v.s. hva som går til de avdelingene som driver aktiv korttids rehabilitering og hva som går til langtidsavdelingen. Det vi vet er størrelsen på driftsmidlene til det enkelte somatiske spesialsykehjem, og hva som går til «spesialsykehjemmene» totalt, enten de er sentre eller spesialsykehjem. Men det er ikke mulig å vurdere hvor stor del av de totale fylkeskommunale utgiftene til rehabilitering-/habilitering driftsutgiftene ved de somatiske spesialsykehjemmene utgjør.

For de somatiske spesialsykehjemmene er det ikke er mulig å gi en kvalifisert beregning, enn si kvalifisert gjetning, av hva som med rimelighet trengs for at fylkeskommunene skal kunne yte tilstrekkelige rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Det en har å forholde seg til er hvilke ressurser som brukes ved spesialsykehjemmene idag og hvilke tilbud som gis til de pasientgruppene som er i de somatisk spesialsykehjemmene, og noe om hvilke tilbud som gis til disse i fylkene forøvrig.

I "*Forslag for å sikre tjenester til utsatte pasienter etter ansvarsfordelingen*" i kap. 6.5. Forslag for å sikre tjenester til utsatte pasienter etter ansvarsfordelingen er det foreslått et minimumstilbud (øremerkede plasser) i alle fylker til de utsatte pasientgruppene som idag er i de somatiske spesialsykehjemmene, og opprettholdelse av en lite antall sentre for fylkeskommunal korttidsrehabilitering for noen spesielt utsatte grupper. Forslagene under vil kunne dekkes innen de resterende 203 mill kr som er knyttet til fylkeskommunal korttids-behandling.

I "*Forslag for å sikre tjenester til utsatte pasienter etter ansvarsfordelingen*" i kap. 6.5. er følgende konkrete tiltak foreslått:

1) Fylkeskommunene bør ha tilgjengelig 1 korttidsplass pr 100.000 innbyggere, eller at 1-2 eksisterende plasser til korttidsopphold for de pasientgrupper som var i de tradisjonelle spesialsykehjemmene opprettholdes.

Kommunene kan lettere mestre oppgavene dersom de vet at det er et spesialst-helsetjenesteapparat som kan stille opp dersom de har behov for det. Vårt forslag innebærer 43 korttidsplasser plasser på landsbasis. Dersom en antar at korttidsplassene har en omløpshastighet på 4 måneder, vil minst 172 pasienter med cerebral parese, multippel sklerose, andre nevrologiske lidelser eller andre sterkt fysisk funksjonshemmede kunne gis et tilbud i løpet av et år.

I denne utredningen og beregninger foretatt av NIS har en funnet at korttidsplassene koster ca. 400.000 kr pr plass pr år. De 14 fylkene som har somatiske spesialsykehjem/sentre har alle korttidsplasser allerede. Forslaget innebærer således at 1-2 av de eksisterende korttidsplassene fra gjennomføringstidspunktet avsettes til formålet. De fylkene som ikke har slikt tilbud i eget fylke, kan kjøpe plasser i andre fylker for de pasienter som har behov for slikt tilbud, eller velge å bygge opp slikt selv. Det betyr at det ikke er behov for nye midler til dette formålet.

2) Fylkeskommunene bør beholde den eksisterende kompetansen i fylkeskommunene og styringsgruppen anbefaler spesielt å opprettholde korttidsplasser ved 6 sentre for de pasientgrupper som var i de tradisjonelle spesialsykehjemmene. Disse sentrene skal også dekke dette tilbudet på landsbasis.

Utviklingen av de somatiske spesialsykehjemmene har vist at mennesker med kroniske, nevrologiske lidelser taper i kampen om rehabiliteringstilbud. Dette er årsaken til at det her fremmes forslag om å opprettholde/styrke spesielle tilbud. For å være sikker på at slikt tilbud opprettholdes/etableres er det nødvendig å konkret gå inn på hva slags lidelser og tilbud det er snakk om, og hvilke institusjoner dette gjelder. Det betyr også at utredningen går konkret inn på forslag om opprettholdelse av spesielle typer tilbud og tjenester ved enkelte institusjoner.

Den type tilbud som foreslås eksisterer idag, eller er under etablering i eksisterende spesialsykehjem/sentre. Forslaget innebærer opprettholdelse av korttidstilbud ved 6 sentre:

3 sentre med korttidstilbud for nevrologiske lidelser (MS m.v.)

MS-senteret i Hakadal foreslås opprettholdt med 20 korttidsplasser.

Korttidsplassene (5) ved Østegaard MS-hjem i Vestfold foreslås opprettholdt. Vestfold fylkeskommune ønsker å gjøre institusjonen til et rent korttidssenter for østlandsregionen. Korttidsplassene ved Mellomveien bo- og rehabiliteringssenter i Troms foreslås opprettholdt. Troms fylkeskommune ønsker å gjøre institusjonen til et rent korttidssenter på sikt, og har allerede mottatt omstillingsmidler fra Sosial- og helsedepartementet for 4 korttidsplasser.

2 sentre med korttidstilbud for vanskelig regulerbar epilepsi

Statens Senter for epilepsi hevder at det er behov for rehabiliteringstilbud på andrelinjenivå for epileptikere. Det er to steder som har tilbud av dette slaget, Røysumtunet i Oppland, og Kure Gård i Østfold. Røysumtunet har idag 7 korttidsplasser. Disse foreslås opprettholdt. Kure Gård har dagplasser. Selv om institusjonen ikke hadde korttidsplasser på kartleggingstidspunktet, har institusjonen ifølge fylkeslegen potensiale til å opprette et mindre antall korttidspasienter. Utredningens forslag er at habiliteringstjenesten i Østfold sørger for at 4 plasser avsettes til korttidstilbud til epileptikere med vanskelig regulerbar epilepsi, evt. ved Kure Gård som har kompetansen idag.

Samlede driftsutgifter for fylkeskommunene

De samlede driftsutgiftene til det fylkeskommunale korttidstilbudet er 203 mill kroner (totale driftskostnader minus kostnader knyttet til langtidspasientene). Styringsgruppen mener at de forslag som her er skissert kan dekkes innenfor dette beløpet.

Statlige utgifter

De statlige utgifter som følger av denne ansvarsfordelingen omfatter både engangs utbetalinger, investeringsutgifter og løpende driftsutgifter. Engangs utbetalinger er utgifter til bil, hjelpemidler og bostøtte, investeringsutgiftene er lån og oppstartingsstilskudd til boliger, mens driftsutgiftene er økte trygde- og pensjonsutbetalinger som følge av at pasienter skrives ut av fylkeskommunal institusjon.

Husbanken

Nye boliger

I følge kartleggingen er det bare 3 pasienter som har egen bolig de kan flytte til. Her utføres beregninger ut fra at kommunene bygger nye boliger for de resterende 372 pasientene.

Følgende anslagsvise kommunale utgifter kan påregnes under forutsetning av bygging av henholdsvis omsorgsbolig og vanlig bolig i størrelsesorden 55 kvm, husbanklån uten avdragsfrihet og serielån.

Omsorgsbolig

Anleggskostnader pr bolig er anslått til 570.000 kr. Tilskudd ytes i størrelsesorden 90.000 kr som gir et lånebehov pr bolig 480.000 kr. For 372 omsorgsboliger

mottar kommunen tilskudd på totalt 33 mill kr, og totalt mottar kommunene lån i størrelsesorden 178 mill kr.

Vanlige boliger

Anleggskostnader pr bolig er som over anslått til 570.000 kr. Tilskudd til bygging av vanlige boliger ytes i størrelsesorden 170.000 kr, hvilket gir et lånebehov pr bolig 400.000 kr pr bolig. For 372 vanlige boliger mottar kommunen tilskudd på totalt 63 mill kr, og totalt mottar kommunene lån i størrelsesorden 148 mill kr.

Vi antar imidlertid at kommunene nytter den boligfinansieringen som er gunstigst for seg, hvilket vil si at de benytter seg av Husbankens særvilkår for vanlige boliger. Denne utrednings forslag om ansvarsoverføring av langtidspasienter fra fylkeskommunene til kommunen vil skape økt etterspørsel etter boliger og vil presse Husbankens rammer.

I forbindelse med 372 boliger med anleggskostnader på 500.000 kr vil være det behov for etableringstilskudd i størrelsesorden 63 mill kr og behov for lån totalt 148 mill kr. Vi vil likevel minne om at dette er beregninger som tar utgangspunkt i at det må bygges nye boliger til alle de 372 pasientene som foreslås å få egen bolig i kommunen.

Nye alders- og sykehjemsplasser

Ved bygging av nye sykehjemsplasser yter Husbanken oppstartingstilskudd på kr 120.000. Bygging av nye sykehjemsplasser til 18 pasienter som skrives ut fra spesialisert sykehjem og legges inn i kommunale sykehjem vil gi behov for 2 mill kr i oppstartingstilskudd, og 10 mill kr i lån.

Husbanken gir i tillegg årlig *bostøtteutbetalinger* på omlag 15.000 per person, tilsammen i underkant av 6 mill kroner. Vi antar at utflyttingsperioden vil bli ca. 5 år fra iverksettningstids-punktet.

Statlige overføringer - rammetilskuddet

Dersom kommunene inngår nye avtaler om driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter vil det ikke påløpe kostnader for staten, da dette allerede er inne i kommunenes rammetilskudd.

Folketrygden

Allmennlegetjenester

Svært mange av de pasienter som kan skrives ut bør ha hyppig legetilsyn. Hvor ofte er vanskelig å anslå. Kartleggingen sier ikke noe om dette. Institusjonene har idag tilsynslegeordning opp til 1 dag hver uke. Det hadde vært ønskelig om de pasienter som skrives ut hadde fått en ordning med faste legekontroller slik at en sikrer at pasientene får adekvat oppfølging etter utskrivning. Selv om det ikke er mulig å beregne dette, er det viktig å være oppmerksom på at disse pasientene vil skape en viss etterspørsel i kommunene og kan medføre utgifter i form av refusjoner for folketrygden som ikke vil bli beregnet her.

Stykkprisrefusjon ved fysioterapitjenester

Ifølge Takstbruksundersøkelsen fra 1988 (og prisjustert til 1994-kroner) gir et fastlønnsårsverk 100.000 kroner i refusjonsinntekter hvilket vil si tilsvarende i utgifter for trygden. Uten standardheving betyr 2 årsverk utgifter for trygden i størrelsesorden 200.000 kroner.

Ulike pensjoner m.v.

Uførepensjon ytes til personer mellom 16 og 67 år som p.g.a. sykdom, skade eller lyte har fått nedsatt sin arbeidsevne varig nedsatt med minst 50 %. En antar at alle langtidspasienter under 67 år ved somatiske spesialsykehjem har krav på uførepensjon. Mens uføretrygdede er innlagt i fylkeskommunal institusjon mottar enslige ugifte pasienter 25 % av folketrygdens grunnbeløp pluss 10 % av særtillegget (avkortet pensjon). Ved utskrivning fra institusjon blir hele trygden utbetalt. De økonomiske utgiftene for folketrygden som følge av denne ansvarsoverføringen er derfor differansen mellom full og avkortet utbetaling.

Uførepensjonen består av grunnpensjon, tilleggspensjon/særtillegg, og eventuelle forsørgertillegg (ektefelle/barnetillegg). Langtidspasientenes sivilstatus er ukjent, men ut fra - at det bare er 3 av de pasienter som er vurdert til å kunne bo i egen bolig som har egen bolig og at innleggelsestiden er generelt svært lang antar vi at det er de færreste langtidspasienter er gifte og har barn. Vi beregner derfor ikke dette. Grunnpensjon: Mens uføretrygdede er innlagt i fylkeskommunal institusjon mottar enslige ugifte pasienter 25 % av folketrygdens grunnbeløp pluss 10 % av særtillegget. Ca 144 pasienter er ervervet uføre, og gjennomsnittlig utbetalt uførepensjon er 80.000 kr pr person. Økte utgifter i uførepensjon blir 75 % av beløpet for 140 pasienter, totalt 8,6 mill kr pr år. Ca 215 pasienter er født uføre og gjennomsnittlig utbetalt uførepensjon er 100.000 kr pr person for denne gruppen. Økte utgifter i uførepensjon blir 75 % av beløpet for 215 pasienter, totalt 16 mill kr. *Samlet økning av grunnpensjon bli 25 mill kr pr år.* Garantert minste tilleggspensjon: Uføretrygdede personer som er født uføre eller er blitt uføre før fylte 25 år, har rett til en garantert minste tilleggspensjon. Vi antar at dette gjelder omlag 25 % av pasientene, d.v.s. 100 personer. Gjennomsnittsbetøpet pr år er 100.000 kroner pr år, og økte utgifter for trygden blir således 75 % av beløpet for 100 pasienter, totalt 6 mill kr pr år. Grunnstønad ytes til den som p.g.a. sykdom, skade eller lyte har ekstra utgifter av betydning, til f.eks. nødvendig transport, fordyret kosthold, eller utgifter til ekstra slitasje på klær og sengetøy. Grunnstønad ytes etter 5 satser og varierer mellom 5.412 og 18.000 etter utgiftenes størrelse. Her antas at grunnstønad ytes til ca. 25 % (100) av langtidspasientene som skrives ut. Konkret beløp vites ikke, men en antar at det ligger mellom høyeste og laveste beløp, anslagsvis 10.000 kr pr person, tilsammen 1 mill kr pr år.

Alderspensjon ytes til personer over 67 år og består av grunnpensjon og tilleggspensjon/-særtillegg. Hel grunnpensjon gis til personer med 40 års trygdetid, d.v.s. den tid vedkommende har vært bosatt i landet etter fylte 16 år og til det året vedkommende fyller 66 år. Grunnpensjon svarer til grunnbeløpet dersom pensjonisten er enslig. Grunnbeløpet er i 1994 38.080 kr pr år.

Rett til *tilleggspensjon* har den som har opptjent pensjonspoeng minst 3 år. Pensjonspoeng tjenes opp for hvert kalenderår vedkommende har pensjonsgivende inntekt. *Særtillegg* til alderspensjon ytes til de som på grunn av alder eller andre årsaker ikke har kunnet tjene opp pensjonspoeng.

26 pasienter som blir et kommunalt ansvar etter ansvarsoverføringen er over 67 år. Ut fra opplysninger om hvor lenge de aller fleste pasienter har vært i spesialsykehjem, antar vi at de ikke vært lenge nok i arbeid til å tjene opp pensjonspoeng av særlig omfang. For enkelthet skyld beregnes derfor økte utgifter for alderspensjon som grunnpensjon og særtillegg. Særtillegget tilsvarer 60,5 % av grunnbeløpet, d.v.s. 23.038 kr pr år. Total pensjonsutbetaling pr person blir da 61.118 kr pr år. 26 personer over 67 år vil koste folketrygden 1,6 mill kr i alderspensjon pr år.

Bilstønad: Folketrygden yter rente og avdragsfrie lån til anskaffelse av bil « til personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har vesentlig innskrenket alminnelig funksjonsevne». Prisgrensen for bilstønad er pr 1.1.1995 foreslått til 132.000

(den var 130.000 i 1994). Prisgrensen for bilstønad blir imidlertid fraveket etter skjønn i de fleste tilfeller. Faktisk gjennomsnittsbetøp var i 1994 300.000 kr pr bil. Vi antar at 10-12 % (ca 50 personer) av de som flytter ut til egen bolig får godkjent søknad om stønad til bil på gjennomsnittsbetøpet 300.000, gir det en økt utgift på 15 mill kr.

Samlede økte utgifter for folketrygden

Samlede økte utgifter for folketrygden er ca. 49 mill kroner. Av disse er 15 mill kr engangs investeringsutgifter (til bil), mens de resterende 34 mill kr er driftsutgifter.

Samlede utgifter for staten

I tabell 8.2. under er brukt den vanlige boligfinansieringen når det gjelder Husbankens utgifter.

Tabell 8.2: Samlede utgifter for staten

	investerings- utgifter	enga- ngs lån	årlige tilskudd	årlige driftsutgifter	årlige tilskudd
Husbanken					
Boliger					
Tilskudd	63				
Lån		148			
Bostøtte					6,0
Alders-og sykehjem					
Oppstartings-tilskudd	2				
Oppføringslån		10			
Folketrygden					
Ref. fysioterapi				0,2	
Grunnpensjon				25,0	
Garantert minste til- leggsp.				6,0	
Grunnstønad				1,0	
Alderspensjon				1,6	
Bilstønad			15		
Totalt	65	158	15	33,8	6
Årlig drift/tilskudd				34	6 = 40 mill kr

Oppsummering

Våre beregninger viser at det vil koste kommunene omlag 566 mill kr å yte tjenester med dagens standard til de pasientene som foreslås utskrevet. I tillegg vil årlige driftsutgifter for staten knyttet til pasienter som blir skrevet ut være omlag 40 mill kroner (økte pensjoner og trygder, og bostøtte m.v.). Samlede årlige driftsutgifter for de pasientene som kommunene overtar ansvaret for, er ca. 600 mill kr.

Den kommunale omsorgen alene vil være nesten 380 mill kr dyrere enn det fylkene brukte til de pasientene som kommunene foreslås overta ansvaret for (187 mill kr).

Forslaget til overføring av langtidspasientene ved de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene, innebærer at staten blir en tredje part og får en sentral rolle i gjennomføringen av denne prosessen. Så snart pasientene skrives ut er kommunene avhengig av at staten stiller midler til rådighet til å dekke kommunenes økte utgifter utover det som foreslås trukket ut av rammetilskuddet til fylkeskommunene. Uten at staten garanterer for at kommunene kompenseres for økte utgifter som følge av ansvarsoverføringen er det lite sannsynlig at denne normaliserings- og utskrivningsprosessen vil lykkes.

8.2.2 Kommunal betalingsplikt for pasienter i somatiske spesialsykehjem

Kommunal betalingsplikt vil være nødvendig som økonomisk virkemiddel for å stimulere til en riktigere ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner for de pasientene som kommunene etter forslaget skal overta ansvaret for. Det foreslås ikke en generell eller permanent ordning. Den kommunale betalingsplikten trer i kraft på det tidspunkt kommunene overtar ansvaret for pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært innlagt sammenhengende over 12 måneder i somatiske spesialsykehjem. Betalingsplikten gjelder bare de pasienter som fortsatt er innlagt i institusjonene. Den kommunale betalingsplikten for disse pasientene varer til pasientene utskrives av det fylkeskommunale spesialsykehjemmet. Den kommunale betalingsplikten skal være en betaling for pasienter som fylkeskommunene yter tjenester til, men som de ikke lengre får midler over rammetilskuddet til å betale for. Den kommunale betalingsplikten bør ha økonomiske incentiver som både virker slik at det for fylkeskommunene er økonomisk mest gunstig at pasientene skrives ut, samtidig som det er mest gunstig for kommunene å gi pasientene et kommunalt tilbud.

Ved fastsetting av prisen for kommunal betalingsplikt vil det være ulike forhold som er avgjørende for fremgangsmåten for å komme frem til prissettingen og for selve *prisen* for pasienter i de ulike institusjonene; somatiske spesialsykehjem og psykiatriske sykehjem.

Utredningen viser at kommunalt tilbud til psykiatriske pasienter i gjennomsnitt er billigere enn en institusjonsplass i fylkeskommunal psykiatrisk langtidsinstitusjon. Det vil således være et økonomisk incentiv i seg selv å skrive ut pasientene når det gjelder denne pasientgruppen.

Situasjonen er en annen når det gjelder pasienter i somatiske spesialsykehjem. Det er to måter å beregne gjennomsnittlig kostnad for pasienter i somatiske spesialsykehjem på. Den ene er å beregne prisen på heldøgns plasser når driftsbudsjettet for alle de 32 institusjonene som en gang er godkjent som spesialsykehjem (se kap 3) tas med. Det betyr at også de som er rene rehabiliterings-, eller habiliteringssentre er inkludert og at driftsbudsjetter for sentre som ikke har annet enn poliklinikkvirksomhet også er med. Da er gjennomsnittlig kostnad for pasienter i somatiske spesialsykehjem kr 553.000 pr plass pr år. Dersom en bare beregner døgnprisen for institusjoner som har døgnpasienter (trekker ut de institusjoner som kun har korttidstilbud), er gjennomsnittskostnaden for heldøgnspasienten 463.000 kr pr år. Det er sistnevnte kostnad som vil være mest relevant å ta hensyn til, da den er beregnet ut fra kostnader forbundet med denne pasientgruppen (institusjoner som faktisk gir tjenester til dag-, eller døgnpasienter som faller inn under forslaget om ansvarsoverføring).

Gjennomsnittlig kostnad er kr 533.000 i kommunal omsorg for de pasientene som er vurdert å være de minst pleie- og omsorgskrevende. Resten av pasientene har behov for tjenester som koster i snitt 2,14 mill kr. Utredningen viser at for halvparten av pasientene er en institusjonsplass i somatiske spesialsykehjem rimeligere enn tilbud i kommunal omsorg, dersom vi ser på gjennomsnittkostnader i døgn- og daginstitusjon (463.000 kr pr år). I motsetning til de psykiatriske pasientene blir det derfor vanskelig, for ikke si umulig å bruke betaling av reelle kostnader som økonomisk incentiv for ønsket utskrivning til kommunalt tilbud for pasienter fra somatiske spesialsykehjem.

Omfordelingsbeløpet er ikke av en slik størrelse at det vil stimulere kommunene til å etablere kommunale tilbud til pasienter fra spesialsykehjemmene. Omfordelingsbeløpet dekker bare en liten del av de totale kommunale utgifter etter utflytting. Innenfor de økonomiske rammer i dag er det ikke midler til å dekke de totale utgiftene dette forslaget om ansvarsoverføring innebærer. *Staten* vil derfor være en tredje part i denne prosessen, og må påta seg et betydelig økonomisk ansvar. Uten at staten garanterer for økonomisk kompensasjon for økte utgifter for kommunene som følge av ansvarsoverføringen er det lite sannsynlig at denne normaliserings- og utskrivningsprosessen vil lykkes. Utredningen har vist at det er en forutsetning at staten må inn slik at kommunene får kompensert for økte utgifter når pasientene skrives ut.

For å få gjennomført utskrivningene, må fylkeskommunene og kommunene inngå forpliktende utskrivningsavtaler med planer for enkeltpasienter eller grupper av pasienter. Dette er nødvendig for at kommunene skal kunne planlegge etablering, oppbygging eller organisering av tjenestene, og for fylkeskommunenes planlegging av videre drift. Hvordan dette best kan ivaretas blir beskrevet under 8.2.6.

Fastsetting av pris for kommunal betaling Forslaget om betalingsplikt

Betalingsplikt tar utgangspunkt i at kommunene skal overta hele det økonomiske ansvaret for pasientene fra det øyeblikket ansvarsoverføringen skjer. Fylkeskommunenes totale utgifter til disse pasientene var i 1993 187 mill kr (se "[Kommunal betalingsplikt for pasienter i somatiske spesialsykehjem](#)" i 8.2.2) Dette beløp trekkes ut av rammetilskuddet til fylkeskommunene, og brukes til å dekke kommunenes utgifter til betaling for de pasientene som omfattes av forslaget så lenge de fortsatt er i fylkeskommunal institusjon.

Denne utredningen foreslår at den kommunale betalingsplikten er todelt, med *et grunnbeløp og et variabelt beløp*. Videre får kommunene et *utskrivningstilskudd* som skal stimulere til utskrivning. Både grunnbeløpet og det variable betalingsbeløpet relateres til hva pasientene koster i institusjonene, kalt institusjonskostnader.

Grunnbeløp

Det første beløpet er *grunnbeløpet*. Grunnbeløpet er et *fast beløp* som er likt for alle kommuner, og som alle kommuner skal betale. Grunnbeløpet settes til laveste institusjonskostnad, 270.000 kr (1993-kroner). Den kommunale betalingsplikten for dagpasienter som deltar i aktiviteter av sosial karakter fastsettes til 30 % av hel-døgnsprisen, 81.000 kr pr år. Kommunene får overført midler til å dekke denne delen av betalingen.

Å betale grunnbeløpet for pasientene vil koste kommunene tilsammen 108,54 mill kr. Det betyr at 108,54 mill kr overføres til kommunene.

Variabelt beløp

Det andre er et *variabelt beløp*. Utgangspunktet for beregning av det variable beløpet er bestemt av hva gjennomsnittlig pasientkostnad var i institusjon på kartleggingstidspunktet. (Beløpet må prisjusteres når gjennomføringen skjer.)

Størrelsen på det variable beløpet tilsvarer differansen mellom grunnbeløpet og institusjonskostnaden. Differansen skal deles likt mellom kommunene og fylkeskommunene. Kommunene får ikke overført midler for å dekke denne delen av betalingsplikten, samtidig som fylkeskommunene må dekke disse kostnadene selv. Betalingsplikten inneholder på denne måten økonomiske incentiver både for kommunene og for fylkeskommunene. Incentivene for fylkeskommunene ligger i å få skrevet pasientene ut av institusjon, og for kommunene av samme grunn, fordi de etter våre forslag vil få dekket kostnadene knyttet til disse pasientene når de blir skrevet ut av institusjon (se 8.2.6).

Det variable beløpet inneholder muligheten for økonomiske incentiver for begge forvaltningsnivå, men da pasientkostnadene varierer svært mye fra institusjon til institusjon, vil dette gi ulik belastning fra kommune til kommune og fra fylke til fylke. Det blir derfor nødvendig å vurdere en praktisk tilnærming til gjennomføringen av dette.

For pasienter i den billigste institusjonene (institusjonskostnad på rundt 350.000 kr) blir det variable beløpet rundt 80.000 kr, hvilket betyr at kommunene og fylkene må dekke 40.000 kr hver. For pasienter i den dyreste institusjonen (880.000) må hver av kommunene og fylkeskommunene dekke omlag 300.000 kr pr år pr pasient.

Utskrivningstilskudd

Når pasientene skrives ut, får kommunene et *utskrivningstilskudd* på kroner 20.000 pr pasient. Utskrivningstilskuddet omfatter både døgn- og dagpasienter. Totalt 8,46 mill kr vil etter dette bli overført til kommunene for dette tilskuddet.

Kommunene beholder grunntilskuddet når pasientene skrives ut. Selv om kommunene i tillegg til grunnbeløpet også får et utskrivningstilskudd, vil dette ikke dekke kommunenes totale utgifter til tjenester til de pasientene som de får ansvaret for, og som skrives ut.

Det totale beløp som overføres for å dekke kommunenes utgifter til betalingspliktens grunnbeløp og til utskrivningstilskudd er 117 mill kr.

8.2.3 Beregning av beløpet som trekkes ut av rammetilskuddet til fylkeskommunene

Utredningen foreslår at de midler som har vært knyttet til det antall

- pasienter i det enkelte fylke som på kartleggingstidspunktet hadde vært innlagt i somatiske spesialsykehjem sammenhengende over 12 måneder, og
- brukere som ikke var innlagt men som hadde deltatt i dagaktiviteter av sosial karakter over 12 måneder skal tas i sin helhet ut av rammetilskuddet til fylkeskommunene.

For å komme frem til dette foretas en opptelling av det antall pasienter som fyller kriteriene over, for hver institusjon i hvert fylke ved kartleggingstidspunktet.

For å finne ut hvor mye som samlet skal trekkes ut av den fylkeskommunale rammen, foretas en beregning basert på faktiske driftskostnader (1993) pr døgnpasient i hvert av spesialsykehjemmene, og summen av disse pr fylke og tilslutt for landet total. Tabell 8.3. viser dette. Kostnaden for en dagpasient er 30 % av den

respektive heldøgnskostnaden i den aktuelle institusjon. Den fylkesvise sum tilsvarer ikke det beløpet som skal trekkes ut av det enkelte fylkes rammetilskudd, da dette beløpet ikke er korrigert for pasientenes hjemfylker og gjestepasientoppgjør.

Tabellen under viser det faktiske antall pasienter som fyller kriteriene over og som var innlagt i somatiske spesialsykehjem i hvert fylke. Tabellen viser også omfanget av midler knyttet til de pasienter som omfattes av ansvarsoverføringen i hvert enkelt fylke. (Ikke korrigert for gjestepasienter. Se forklaring over.)

Tabell 8.3: Antall døgn- og dagpasienter i somatiske spesialsykehjem som foreslås overført til kommunalt ansvar og midler som var knyttet til disse:

Fylke	Antall døgnpasienter >12 mnd.	Antalldagpasienter (sosial karakter)	Midler knyttet til pasienter i hvert fylke*
Østfold	19	2	6,64
Oslo	122	10	57,40
Akerhus	8	0	5,48
Hedmark	21	2	12,35
Oppland	34	3	9,42
Buskerud	32	0	15,54
Vestfold	16	1	8,13
Vest-Agder	21	0	8,57
Rogaland	14	10	12,47
Hordaland	23	2	11,65
Møre og R	37	0	18,81
Sør-Tr.lag	26	0	8,86
Troms	20	0	11,15
SUM	393	30	186,47

* ikke justert for gjestepasienter.

Utredningen foreslår at det som samlet skal tas ut av rammetilskuddet til fylkeskommunene som tidligere var en del av driftsutgiftene ved de somatiske spesialsykehjemmene er 186,47 mill kr. Dette omtales som *omfordelingsbeløpet* fra fylkene knyttet til somatiske spesialsykehjem (avrundet til 187 mill kr).

8.2.4 Forholdet mellom omfordelingsbeløp og kostnader

Omfordelingsbeløpet på 187 mill kr skal gå til dekning av utgifter kommunene og staten får som følge av ansvarsoverføringen. Fylkeskommunene vil, etter utredningens forslag, ikke beholde noe av de midlene som var knyttet til de pasienter kommunene overtar ansvaret for, da vi mener de vil kunne yte tilfredstillende spesialisert tilbud etter våre forslag innen de rammer de har igjen (203 mill kr).

Av tabell 8.2.3. går det frem at av omfordelingsbeløpets 187 mill kr, overføres 117 mill kr til kommunene til dekning av betalingspliktens grunnbeløp og til utskrivningstilskudd. Når dette er overført gjenstår 70 mill kr av omfordelingsbeløpet.

Det er helt klart ut fra våre beregninger at det beløpet som trekkes ut av den fylkeskommunale rammen ikke dekker de totale kostnadene denne ansvarsoverføringen medfører.

Utredningens beregninger av de økonomiske konsekvenser av forslaget viser følgende utgifter:

totale kommunale utgifter	566 mill kr
økte statlige årlige driftskostnader	34 mill kr
årlige driftsutgifter totalt	600 mill kr

I tillegg kommer utgifter til lån og tilskottsordninger i Husbanken, bostøtte og bilstønad for fysisk funksjonshemmede på nesten 220 mill kr.

8.2.5 Årlige utgifter etter ansvarsoverføringen

Denne utredningen antar at utskrivingsprosessen vil ta 5 år. De økte statlige utgiftene vil ikke påløpe før pasientene er utskrevet fra de somatiske spesialsykehjemmene. Utgiftsutviklingen i kommunene vil øke etter hvert som pasientene skrives ut. Fylkeskommunen vil ha motsatt utgiftsutvikling, der deres utgifter til denne pasientgruppen vil bli lavere etter hvert som pasientene skrives ut.

I tabell 8.4 er vist hvordan utgiftene vil variere de første årene etter tidspunktet for ansvarsoverføringen. I tabellen er også *merbehovet* beregnet; forholdet mellom overførte midler og behov for ressurser. I tabellen er utgifter til tjenester utover de hjemmebaserte tjenestene også inkludert, som døgntjeneste, dagaktiviteter, støttekontakter, voksenopplæring m.v. (se "*Forvaltningsnivåenes utgifter etter ansvarsoverføringen*" i 8.2.1.).

I tabellen ligger følgende forutsetninger til grunn når det gjelder utskrivningstakten:

- De mest pleietrengende pasientene (195 pasienter) skrives ut med lik hastighet over de 5 årene, dvs. 20 % av pasientene skrives ut årlig.
- De minst pleietrengende pasientene (180) skrives ut med 30 % de første 2 årene, år 3: 10 %, år 4: 20 %, år 5 10 %.
- Alders- og sykehjems kandidatene skrives ut i løpet av to år, med 50 % hvert år.
- Videre er det lagt inn en tidsforskyvning som innebærer at det tar et halvt års tid fra gjennomføringstidspunktet til de første pasientene skrives ut, og at bare halvparten de pasientene som skrives ut i løpet av ett år faktisk skrives ut det første kalenderåret. På den måten påløper det utgifter også i år 6.

Tabell 8.4: Årlige behov i mill kr

år	Kommunale utgifter	Fylkeskomm. utgifter	Kommunalt merbehov	Statlige utgifter	Totalt merbehov*
1	68,3	143,8	25	7,1	32,2
2	193,7	96,5	103,2	15,9	119,1
3	294,9	70,1	178,1	20,8	198,9
4	416,3	35,4	264,7	27,3	292,0
5	555,1	9,0	344,4	32,2	376,5
6	566,0	0,0	378,0	34,0	413,0

* Merbehov: behov for midler utover omfordelingsbeløpet

Som det går frem av tabellen er det et merbehov (differansen mellom omfordelingsbeløp og behovet) for kommunene når alle pasientene er skrevet ut på 378 mill kr, og et totalt merbehov når også økte statlige utgifter er medregnet på 413 mill kr.

De statlige økte driftsutgiftene anses her for å være statens bidrag til denne prosessen. I tabellen over har vi ikke tatt med utgiftene til tilskudd og lån som vil belastes Husbanken. Dersom Husbankens utgifter ikke kan dekkes innenfor de rammer Husbanken har på det tidspunkt gjennomføringen iverksettes, er disse utgiftene også å betrakte som statens bidrag ved at rammene økes.

8.2.6 Skjønnsmidler

Denne utredning forutsetter at kommunene får kompensasjon for de økte utgifter de påføres som følge av denne ansvarsoverføringen. Full kompensasjon sikrer en gjennomføring etter intensjonene. Jo lavere kompensasjon kommunene får for sine utgifter, jo vanskeligere vil en slik gjennomføring bli.

Det foreslås at kommunene får dekket sine økte utgifter gjennom tildeling av skjønnsmidler etter søknad.

En 100 % dekning av kommunenes utgifter forutsetter etter denne utrednings beregninger, at kommunenes utgifter på totalt 566 mill kr dekkes.

Det betyr at det er behov for skjønnsmidler på omlag 380 mill kr for å dekke merbehovet Vi viser i denne sammenheng til den innsats Sosial- og helsedepartementet har satt inn for å få etablert alternative tilbud til unge funksjonshemmede som er innlagt i kommunale somatiske sykehjem. Målsettingen er å få satt igang en prosess der unge som ønsker det kan komme ut av institusjon og få evt. egen bolig eller et annet bo- og omsorgstilbud. Statens bidrag til en slik prosess ble påbegynt med bevilgninger i 1994. Statens bidrag til denne prosessen er av ikke ubetydelig størrelse og viktighet. Departementets innsats på dette feltet vil også fortsette i tiden som kommer. Denne målsetting gjelder også de fysiske funksjonshemmede som er i fylkeskommunale spesialsykehjem. Dette vil bli diskutert i Regjeringens Velferds-melding.

Prosedyre for vurdering av pasientenes behov for tjenester og beregning av kostnader til disse

Både for å sikre at pasientene får adekvat tilbud etter utskrivning og for at det skal være mulig å beregne omfanget av skjønnsmidler anses det nødvendig at det foretas en vurdering av hvilke tjenester hver enkelt pasient trenger i kommunal omsorg. Dette bør gjøres før de skrives ut.

Kartleggingen viser at pasientene har tildels omfattende behov for ulike tjenester, hvorav rundt halvparten har behov for døgnkontinuerlig tilsyn, omsorg og pleie.

Utredningens beregninger er imidlertid basert på usikre anslag av behov. Blant annet bygger beregningene i hovedsak på anslag om pasientenes tjenestebehov i kommunal omsorg som er gjort av institusjonspersonalet. Dette er anslag som med nødvendighet vil måtte være nokså usikre - fordi det er vanskelig å vurdere hvordan pasienter etter lang tids institusjonsopphold vil fungere utenfor institusjon og dermed hva slag tjenestebehov disse vil ha i en slik endret situasjon. Ytterligere en usikkerhetsfaktor for slike anslag vil være at institusjonspersonalet antas å ha begrenset kunnskap om det kommunale tjenesteapparatets organisering og funksjonsmåte.

Det bør derfor foretas en ny vurdering før utskrivning. En slik ny vurdering fyller to formål. Det ene er for å etterprøve den foreliggende utredningsanslag over forvaltningsnivåenes ressursbehov og derav behov for skjønnsmidler. Dernest er en ny

vurdering nødvendig for at kommunene og fylkeskommunene skal kunne planlegge tjenestetilbudet rundt den enkelte pasient.

Styringsgruppen anbefaler at det gjennomføres en ny vurdering av tjenestebehovet for å kunne anslå statens økonomiske innsats. Dette kan utføres ved en representativ utvalgsundersøkelse som må legges til grunn for en justert ressurstilførsel til kommunene og fylkeskommunene for gjennomføringen av ansvarsoverføringen.

Samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner

Det anses påkrevet at det blir etablert et samarbeid mellom kommunene og fylkeskommunen for å utføre dette arbeidet. Et slikt samarbeid kan eksempelvis organiseres som *fylkesvise kostnadsfastsettingskommisjoner* bestående f.eks. av en representant fra fylkeshelsesjefens kontor, en representant fra kommunen, og institusjonens tilsynslege. Kommisjonens mandat vil være å kartlegge hvilke kommunale tilbud og tjenester pasienten trenger og kostnadsfeste dette. På bakgrunn av dette materiale kan kommunene søke staten om skjønnsmidler som utløses ved utskrivning.

Også pasientenes behov for spesialiserte tjenester fra det fylkeskommunale tjenesteapparatet bør kartlegges, avklares og avtales, slik at både kommunen og vedkommende det gjelder er sikret oppfølging og eventuelt regelmessige rehabiliteringsopphold (se "[Forslag for å sikre tjenester til utsatte pasienter etter ansvarfordelingen](#)" i kap. 6.5).

8.3 PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN

8.3.1 Forvaltningsnivåenes utgifter etter ansvarsoverføringen

Kommunale utgifter

Etter forslaget skal kommunene overta omsorgsansvaret for pasienter som 1. mai 1993 hadde vært sammenhengende døgn- eller daginnlagt i psykiatrisk sykehjem, ettervernshjem eller senter over 12 måneder, når oppholdet på dette tidspunktet var frivillig. I tillegg foreslås det at kommunene overtar omsorgsansvaret for pasientene i privat psykiatrisk forpleining. Tilsammen gjelder dette 2.213 døgnpasienter, 623 dagpasienter og 507 pasienter i privatpleien.

Hva vil det koste kommunene å gi tjenester til disse pasientene?

I første omgang beregnes sannsynlige utgifter etter at pasientene er flyttet ut fra fylkeskommunal institusjon. Foreløpig tas ikke hensyn til at en del av pasientene for en periode vil bli værende igjen i fylkeskommunal institusjon med kommunal betaling. Dette siste spørsmålet kommer en tilbake til senere.

Hjemmeboende psykiatriske pasienter trenger bedre tilbud i kommunene. Slik styrking er en annen sak enn den ansvarsoverføringen fra fylkeskommunene til kommunene for en avgrenset gruppe langtidspasienter som er behandlet i denne utredningen. Det er over statsbudsjettet for 1995 bevilget 100 mill kr til å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i kommunene, og i St.meld. nr. 50 (1993-94) er det signalisert en opptrapping på dette feltet. I den beregning som presenteres her er det i prinsippet ikke lagt inn noen styrking eller standardheving, da beregningen gjelder hva som bør overføres fra den fylkeskommunale rammen i forbindelse med at omsorgsansvaret for et konkret antall pasienter foreslås overført fra fylkeskommunene til kommunene. En annen sak er at ansvarsoverføringen og etableringen av tjenester i et normalisert miljø i seg selv antas å ville føre til en kvalitativt bedre livssituasjon for pasientene.

Beregningene som presenteres har en rekke feilkilder, og er basert på mange skjønnsmessige vurderinger. En mulig feilkilde ligger i at vurderingene av pasien-

tenes behov for tjenester etter utskrivning er gjort av institusjonspersonalet. Disse kan ha vanskelig for å vurdere hvordan pasientene vil fungere utenfor institusjon og hva som er deres behov for tjenester i denne situasjonen. Det er vanskelig å vite i hvilken retning slike eventuelle vurderingsfeil vil slå ut. Det er imidlertid ikke spesiell grunn til å tro at behovet for tjenester systematisk er satt for lavt i den innhenting av data fra institusjonene som er gjennomført.

En annen vanskelighet ligger i å skulle kostnadsvurdere de ulike typene av kommunale tjenester. Det finnes lite statistikk for hva det koster å produsere ulike typer av kommunale tjenester, og det er vanskelig å trekke ut enkelttjenester særskilt. Kostnadene vil være avhengig av en rekke lokale forhold som geografi og kommunal infrastruktur. Ikke minst vil kostnadene være avhengig av om det allerede finnes utbygde tilbud til psykiatriske pasienter. I kommuner som har godt utbygde tilbud vil det koste forholdsvis mindre å ta imot noen flere pasienter enn de allerede har, mens kommuner som må bygge opp tjenestetilbud fra grunnen og rekruttere nytt personell vil måtte regne med større kostnader.

Med disse forbehold må beregningene tas som et forsøk på å komme fram til et grovt anslag som kan være en del av grunnlaget for å foreslå hvor mye midler som bør omfordres fra fylkeskommunene til kommunene.

De kommunale oppgavene vil være å yte hjemmebaserte tjenester, institusjonsbaserte tjenester og allmennlegetjenester, og gi tilbud om dagaktiviteter, transport, voksenopplæring, støttekontakter og hjelpeverger. Utgiftene vil først og fremst påløpe som årlige driftsutgifter til disse tjenestene, men det må også foretas investeringer i boliger og alders- og sykehjemsplasser eller andre boformer for heldøgns omsorg og pleie. Vi vil forsøke å kostnadsberegne disse utgiftspostene, og skiller mellom driftskostnader og investeringer. Tallene er basert på kartleggingen i 1993, og utgiftene er således angitt i 1993-kroner.

Når det gjelder driftsutgifter gis det separate tallanslag for pasienter som kommer fra psykiatriske institusjoner og pasienter som kommer fra privatpleien.

Investeringer i nye boliger og nye sykehjemsplasser

Ca 900 pasienter fra de psykiatriske institusjonene og fra privatpleien er vurdert å trenge bolig, men har ikke bolig selv. Dersom en regner at det skal investeres i nye boliger for alle disse, vil det basert på de forutsetninger som det er redegjort for i "[Forvaltningsnivåenes utgifter etter ansvarsoverføringen](#)" i avsnitt 8.2.1 gi et lånebehov for kommunene i Husbanken på 360 mill kr. Videre er det anslått at 875 av pasientene trenger kommunal alders- eller sykehjemsplass, noe som gir et lånebehov på 508 mill kr. Resten av investeringene i disse boligene og sykehjemsplassene dekkes av Husbankens boligtilskudd og oppstartingstilskudd for sykehjem og omsorgsboliger, jfr avsnittet om statlige utgifter. Kommunenes renteutgifter ved å betjene lånene er lagt inn i driftsutgiftene, jfr neste avsnitt.

Driftsutgifter - kommunale alders- og sykehjemsplasser

Institusjonspasientene: Av de 1.817 pasientene som er vurdert til å burde få kommunale tilbud, er 636 vurdert til å trenge kommunal alders- eller sykehjemsplass. 396 flere døgnpasienter vil omfattes av det kommunale ansvaret etter forslaget om kommunalt ansvar for pasienter som har vært sammenhengende frivillig innlagt over et år. Fordeler de 396 pasientene seg som de øvrige, vil også 139 av disse pasientene trenge kommunal alders- eller sykehjemsplass. Totalt vil behovet for alders- og sykehjemsplasser i kommunene etter dette bli ca 775 plasser. Når det gjelder driftsutgifter pr plass vises det til tilsvarende avsnitt i "[Forvaltningsnivåenes utgif-](#)

ter etter ansvarsoverføringen" i underkapittel 8.2.1 der de kommunale driftsutgiftene pr ny alders- og sykehjems plass er beregnet til kr 284.000 pr år. Beløpet dekker utgifter til drift pluss renteutgifter til byggelån minus egenbetaling fra beboerne. For 775 plasser utgjør dette tilsammen 220 mill kr pr år.

Privatpleiepasientene: 66 pasienter i privatpleien er vurdert å trenge plass i kommunalt alders- eller sykehjem. Dette er satt meget lavt, og basert på aldersfordelingen og hjelpebehovet slik dette fremkommer i kartleggingen, er det rimelig å øke dette tallet til ca 100. Dette gir 28 mill kr i årlige driftsutgifter for alders- og sykehjem for denne gruppen.

Hjemmebaserte tjenester

Institusjonspasientene: Etter kartleggingen er 1.817 pasienter i institusjonene vurdert til å burde utskrives til kommunale tiltak, og for 1.181 av disse er bolig med eller uten bistand vurdert som rett tilbud. Det er bare for de 1.817 pasientene som er vurdert til å burde utskrives til kommunale tiltak vi har vurderinger av *hva slags* tilbud de trenger i kommunene. Etter forslaget om kommunalt ansvar for pasienter som har vært sammenhengende frivillig innlagt over et år, vil det kommunale ansvaret omfatte ytterligere 396 pasienter. Dersom disse siste pasientene antas å fordele seg på samme måte som de 1.817 når det gjelder utskrivning til bolig versus plass i kommunalt syke- eller aldershjem, vil ytterligere 257 pasienter skulle utskrives til bolig, tilsammen 1.438 pasienter. Av disse er 237 vurdert til å kunne klare seg uten hjemmebasert bistand. Etter styringsgruppens oppfatning er det rimelig å regne med at alle pasienter som skrives ut vil trenge noe bistand. Dersom vi regner med et minimumsbehov på 5 timer pr uke gir dette et samlet bistandsbehov på 62.000 timer pr år for denne gruppen som institusjonspersonalet har vurdert til å være selvhjulpne. Dersom vi regner at de øvrige trenger bistand i det omfang som institusjonspersonalet under kartleggingen anga som gjennomsnittet (13 timer bistand pr uke), gir dette et behov for 812.000 timer bistand i året. Summert for begge grupper blir bistandsbehovet 874.000 timer pr år. Med 36 timers arbeidsuke utgjør dette ca 506 årsverk. En rekke undersøkelser indikerer at antallet direkte klientrettede timer er omtrent halvparten av antall arbeidstimer, dvs at vi kan doble antall årsverk til 1.012 stillinger. Videre regnes det med at stillingene dekkes med 30 % sykepleiere og 70 % hjelpepleiere, og det regnes med vanlig lønn og utgifter for disse gruppene. Lønnsutgifter i hht PAI-registeret for personell i kommunale hjemmetjenester er kr 204.000 pr sykepleierstilling og kr 191.400 pr hjelpepleierstilling, og det regnes med et tillegg på 40 % til sosiale utgifter og administrasjon. Ut fra disse forutsetningene vil utgiftene til hjemmebaserte tjenester på dagtid utgjøre ca 277 mill kr pr år. I tillegg vil en del pasienter ha behov for noe tjenester om nettene. Idag har ca halvparten av landets kommuner døgkontinuerlige hjemmebaserte tjenester som også vil kunne yte tjenester til psykiatriske pasienter om nettene i et visst omfang. Enkelte kommuner må muligens opprette døgkontinuerlige hjemmetjenester som følge av det nye ansvaret for psykiatriske langtidspasienter, men slike tjenester vil i såfall også komme andre tjenestemottakere i kommunen til gode. I andre kommuner kan det være mer aktuelt med særskilte opplegg rundt enkeltpasienter som i perioder trenger personell tilstede om nettene, uten at det i og for seg er behov for en ny tjeneste i kommunen. Utgiftsvirkningene av dette er det vanskelig å beregne. Dersom en skjønnsmessig legger inn 30 mill kr til døgntjenester i kommunene i tillegg til de dagtjenestene som er beregnet ovenfor, blir de samlede utgiftene for kommunene til hjemmebaserte tjenester ca 307 mill kr.

Privatpleiepasientene: For 33 av de 507 pasientene i privatpleien ble bolig med bistand vurdert som rett tilbud. Gjøres tilsvarende beregninger for disse basert på de

samme forutsetningene som ovenfor, gir dette et behov for hjemmebaserte tjenester for disse på ca 7 mill kr. Vi regner ikke med kommunale inntekter i form av egenbetaling for tjenestene. De aller fleste psykiatriske pasientene vil være minstepensjonister med laveste satser for betaling for kommunale tjenester, slik at de kommunale inntektene blir ubetydelige.

Dagaktiviteter

Institusjonspasientene: 623 av de pasientene som pr 1. mai 1993 fikk dagtilbud i fylkeskommunal institusjon hadde vært ved institusjonen over 1 år, og regnes med til gruppen som kommunene foreslås å få ansvaret for. I tillegg er det regnet med at 1.438 døgnpasienter bør få kommunal bolig med varierende grad av bistand, og disse vil også trenge dagaktiviteter. Tilsammen gir dette ca 2.100 pasienter som kommer fra dag- eller døgnopphold som vil kunne ha behov for ulike aktiviseringsstilbud på dagtid, samt delvis også i helgene. Langt fra alle pasientene vil imidlertid benytte seg av slike tilbud, og dagaktivitetstilbud vil kunne strekke seg fra noen få timer pr uke til 40 timer pr uke. Det er således vanskelig å regne med et gjennomsnittlig forbruk i antall timer pr uke. Når det gjelder kostnader oppgir enkelte kommunale dagsentre gjennomsnittlig kostnad pr pasient pr år til 20.-25.000 kr. Legger en et gjennomsnittstall på kr 25.000 pr pasient pr år til grunn, vil dette utgjøre 52,5 mill kr pr år.

Privatpleiepasientene: Det er meget usikkert hvor mange av privatpleiepasientene som vil trenge og ønske dagtilbud. Regner en med alle privatpleiepasientene med unntak av de som er regnet å trenge kommunal alders- eller sykehjemsplass, blir dette ca 400 pasienter. Med samme gjennomsnittlige utgift som ovenfor utgjør dette 10 mill kr.

Voksenopplæring

Etter lov om voksenopplæring skal kommunene dekke voksenopplæring på grunnskolens område for personer med mangelfull grunnskoleutdanning, etter individuell vurdering. Det er grunn til å tro at mange langtidspasienter har behov for voksenopplæring. Tilskudd til voksenopplæring ligger inne i rammetilskuddet til kommunene, og gjelder prinsippielt alle innbyggere i kommunen. Ved utskrivninger fra fylkeskommunale institusjoner vil imidlertid kommunene få økte utgifter til voksenopplæring for de som skrives ut, og det kan være grunn til å ta med disse utgiftene når kommunenes samlede utgifter beregnes. Erfaringsmessig er det bare en mindre del av langtidspasientene som ønsker å følge undervisning i voksen alder.

Institusjonspasientene: Dersom vi holder de pasientene som regnes å trenge alders- eller sykehjem utenfor, og regner med at 10 % av de pasientene som er beregnet å skulle bo i bolig eller hos forpleier vil kunne ønske å delta i voksenopplæring, utgjør dette ca 210 personer. Timeprisen for voksenopplæring inkludert utgifter til administrasjon er ca kr 400. Utgiftene pr elev vil være avhengig av undervisningsgruppens størrelse. Størrelsen på voksenopplæringsgrupper for psykiatriske pasienter varierer vanligvis fra en til 8 personer. Regner vi en gjennomsnittlig gruppestørrelse på 4 personer, gir dette en utgift på ca 100 kr pr elev pr time. Gjennomsnittlig omfang av undervisningen er 5 timer pr uke. Regner vi ut fra dette og 38 ukers undervisning i året, blir totalutgiftene ca 4 mill kr pr år for kommunene i hele landet.

Privatpleiepasientene: Tilsvarende beregning for disse gir ca 1 mill kr pr år i kommunale utgifter.

Støttekontakter

Støttekontakter kan være viktige hjelpere for pasienter som har vært lenge på institusjon, slik at de kan klare seg selv og etablere egne nettverk. Regner vi at ca 2000 pasienter har behov for og ønsker støttekontakt i gjennomsnittlig 5 timer pr uke med vanlige satser for slik virksomhet, utgjør dette en utgift for kommunene på ca 57 mill kr pr år, fordelt med 46 mill kr til *institusjonspasientene* og 11 mill kr til *privatpleiepasientene*.

Hjelpeverger

De fleste av pasientene vil trolig ha behov for *hjelpeverge*. Regnes et ukeverk eller ca kr 7.000 pr pasient, vil dette for 2.500 pasienter utgjøre ca 18 mill kr pr år, fordelt med 14 mill kr til *institusjonspasientene* og 4 mill kr til *privatpleiepasientene*.

Transporttjenester

Psykiatriske pasienter vil ha behov for transport i forbindelse med ulike aktivitetstilbud. Regnes en kostnad på kr 40 pr uke for 2000 pasienter, utgjør dette ca 4 mill kr pr år, fordelt med 3 mill kr til *institusjonspasientene* og 1 mill kr til *privatpleiepasientene*.

Allmennlegetjenester

At kommunene får ansvar får et øket antall psykiatriske pasienter vil legge noe øket press på allmennlegetjenesten i kommunene for tjenester til de hjemmeboende pasientene. Det regnes imidlertid ikke med disse utgiftene her, da utgiftene i stor grad vil dekkes av refusjonsinntekter fra trygden for leger med kommunal driftsavtale, eller av det statlige fastlegetilskuddet.

Privatpleie

Den fylkeskommunale privatpleien kostet i 1993 totalt 56 mill kr i utgifter til forpleierne, eller gjennomsnittlig kr 110.500 pr pasient. For de 507 pasientene i privatpleie har vi regnet at 100 vil ha behov for kommunal alders- eller sykehjemsplass, og at 33 trenger bolig og hjemmebaserte tjenester. De kommunale utgiftene for disse ligger inne i beregningene av utgiftene til hjemmebaserte tjenester og alders- og sykehjem ovenfor. Det vil da gjenstå 374 pasienter som kommunene muligens vil overta forpleiningsutgiftene for, under forutsetning av at både pasient og forpleier ønsker en slik løsning. Disses andel av de fylkeskommunale utgiftene i 1993 var 41 mill kr. Det er antakelig aktuelt å etablere vesentlig flere pasienter i bolig enn det som fremgår av vurderingene i kartleggingen, men vi har ikke noe grunnlag for å vurdere hvor mange dette gjelder. At et øket antall pasienter etableres i bolig sammenliknet med det som er antatt på basis av kartleggingen vil øke kommunenes utgifter. Dessuten bør kommunenes innsatser trappes opp også for de pasientene som blir hos sine forpleiere, slik at disse får mulighet for avlastning, osv. Hele meningen med at kommunene overtar ansvaret for disse pasientene er at de skal få en bedre tilgang til kommunale tjenester. Dersom kommunenes utgifter på denne bakgrunn skjønnsmessig settes 50 % høyere enn fylkeskommunenes utgifter til denne gruppen i 1993, vil dette utgjøre 62 mill kr.

Samlede driftsutgifter for kommunene

Tabellene 8.5 og 8.6 summerer de kommunale driftsutgiftene som er beregnet ovenfor, for henholdsvis pasienter fra psykiatriske institusjoner og fra privatpleien.

Tabell 8.5: Beregnede driftsutgifter for psykiatriske institusjonspasienter i kommunal omsorg

	Antall pasienter	Gjennomsnittlig utgift pr pasient pr år	Kommunal utgift pr år
Hjemmebaserte tj	1.438	213.500	307 mill kr
Dagaktiviteter	2.100	25.000	53 mill kr
Alders- og sykehjem	775	284.000	220 mill kr
Voksenopplæring	210	20.000	4 mill kr
Støttekontakter	1.600	28.500	46 mill kr
Hjelpeverger	2.000	7.000	15 mill kr
Transport	1.600	2.000	3 mill kr
Allmennlegetjenester	2.100	-	-
SUM	(2.376)	273.000	648 mill kr

Summen av antall pasienter som omfattes av ansvarsoverføringen (2.376) er basert på at dagpasientene er omregnet til døgnpasienter, se s 46.

Tabell 8.6: Beregnede driftsutgifter for psykiatriske privatpleiepasienter i kommunal omsorg

	Antall pasienter	Gjennomsnittlig utgift pr pasient pr år	Kommunal utgift pr år
Hjemmebaserte tj	33	212.000	7 mill kr
Dagaktiviteter	400	25.000	10 mill kr
Alders- og sykehjem	100	284.000	28 mill kr
Voksenopplæring	40	20.000	1 mill kr
Støttekontakter	400	28.500	11 mill kr
Hjelpeverger	400	7.000	3 mill kr
Transport	400	2.000	1 mill kr
Allmennlegetjenester	500	-	-
Privatpleie	374	168.000	62 mill kr
SUM	507	243.000	123 mill kr

De samlede driftsutgiftene for kommunene for de to gruppene er etter dette beregnet til 771 mill kr (1993-kr). I tillegg kommer et kommunalt behov for låneopptak til boliger på 360 mill kr, og til kommunale alders- og sykehjemsplasser eller tilsvarende boformer på 508 mill kr.

Fylkeskommunale utgifter

Fylkeskommunene skal fortsatt ha et ansvar for pasienter etter at de er utskrevet fra institusjon. Det vises til det som er skrevet i "*Psykiatriske tjenester i fylkeskommunene*" i underkapittel 6.6 om fylkeskommunenes oppgaver i form av polikliniske konsultasjoner, råd og veiledning til kommunene, korttidsinntak i institusjon, mv.

Fylkeskommunene skal ha betydelige oppgaver både overfor de langtidspatientene som skrives ut til kommunale tiltak, og overfor nye grupper som ikke får tilstrekkelige spesialisttjenester idag.

Det er i denne sammenheng viktig å være klar over at psykiatriske langtidspasienter idag vanligvis har et annet mønster når det gjelder forbruk av institusjonstjenester enn tidligere. Mens langtidspatientene tidligere var innlagt sammenhengende i institusjon i årevis, har dagens langtidspasienter mer typisk mange opphold i kortere perioder fordelt over flere år, etter hvordan svingningene i sykdomstilstanden skjer. Også de sistnevnte pasientene er langtidspasienter i den betydning at de lider av en kronisk, ofte livslang tilstand (f.eks. schizofreni). Men de trenger ikke opphold i institusjon annet enn i avgrensede perioder når tilstanden forverres, mens de mellom oppholdene er i stand til å leve utenfor institusjon med varierende behov for behandling, hjelp og støtte. Utviklingen for langtidspatientene fra langvarige institusjonsopphold til serier av korttidsopphold har skjedd i alle vestlige land, og det må anses for å være forholdsvis stor grad av internasjonal konsensus om at denne utviklingen har vært faglig riktig. Det er derfor uriktig å fremstille fenomenet med mange kortvarige innleggelse for langtidspatientene som ensidig et problem eller et tegn på at psykisk helsevern ikke fungerer, slik det av og til gjøres når ordet «svingdørspasienter» brukes. Men en viktig forutsetning for at disse pasientene skal få god nok behandling og tilfredsstillende livskvalitet, er at de kan få de tjenestene de trenger både fra kommunen (omsorgstjenester) og fra fylkeskommunen (spesialisttjenester). Fylkeskommunen må lokalt kunne stille opp med nødvendige polikliniske og ambulante tjenester, og ha tilstrekkelig med døgnplasser slik at pasienter som trenger innleggelse for kortere perioder kan tas imot på kort varsel.

Mange av langtidspatientene som er i de institusjonene som denne utredningen omhandler *er ikke kommet med* i utviklingen fra varige institusjonsopphold til kortere opphold etter behov, som ellers i stor grad er skjedd for psykiatriske pasienter, særlig i sykehusavdelinger. Forslagene i utredningen tar sikte på å rette opp dette, for at også langtidspatientene i psykiatriske sykehjem m.v. skal få tilfredsstillende omsorg og behandling. Men som nevnt forutsetter dette godt fungerende tjenester *både* fra kommunene og fylkeskommunene. Den fylkeskommunale kapasiteten kan derfor ikke trappes ned tilsvarende den ressursbruken som idag brukes til langtidspatienter som skal overføres til kommunene. Det er i stedet spørsmål om å omdisponere deler av den fylkeskommunale ressursbruken fra institusjonsomsorg til lokalt rettede distriktpsikiatriske tjenester. Anbefalingen fra statlige helsemyndigheter har siden begynnelsen av 80-tallet vært å bygge ut lokale psykiatriske sentre. Når kommunene overtar omsorgsansvaret for en vesentlig del av de psykiatriske langtidspatientene bør fylkeskommunene benytte frigjort kapasitet til å øke utbyggingen av distriktpsikiatriske tjenester. Men som nevnt forutsetter det at en del av ressursene som er gått til langtidspatientene beholdes i fylkeskommunene.

Ideelt burde en kunne beregne hva som er rimelige fylkeskommunale utgifter til desentraliserte psykiatriske tjenester. Som nevnt i "*Psykiatriske tjenester i fylkeskommunene*" i underkapittel 6.6 er det svært vanskelig å beregne slike utgifter fordi organiseringen av tjenestene varierer mye mellom fylkene, og fordi utgiftene til de desentrale tjenestene vil være helt avhengig av kapasitet og organisering av øvrige tjenester i fylkeskommunen og i kommunene i fylket. Det er ikke noe norsk fylke som har organisert de psykiatriske tjenestene på en slik måte at alle tjenester som ikke må være sykehusbasert er dekket av psykiatriske distriktsentre som arbeider utadrettet i forhold til kommunene uten at noe av driften er bundet opp til langtidsomsorg til pasienter som kommunene burde hatt ansvaret for. Fordi en ikke har sentre som fullt ut arbeider slik overfor en avgrenset opptakssektor, har en heller ikke mulighet til å innhente data om hva dette koster i forhold til befolkningsområder av

ulike størrelser. Det foreligger ikke norske empiriske undersøkelser som har tatt sikte på å belyse problematikken.

Norges forskningsråd arrangerte i juni 1993 en nasjonal konferanse om alvorlige psykiske lidelser etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Konferansen ble arrangert med et bredt sammensatt ekspertpanel som fikk i oppdrag å sammenfatte konferansens drøftinger, og på bakgrunn av disse komme med skriftlige anbefalinger. Anbefalingene er gitt i en egen rapport utgitt av Sosial- og helsedepartementet og Forskningsrådet i desember 1993.

Et av spørsmålene som konferansen skulle belyse var hvordan tjenestetilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser bør organiseres. Rapporten går gjennom de ulike formene for tjenestetilbud, og kommer med en del anbefalinger om kapasitet for de ulike typene av tilbud. Anbefalt kapasitet er gitt i form av antall senger pr 1.000 innbyggere. Når det gjelder desentrale bo- og behandlingsavdelinger eller psykiatriske sykehjem antas plassbehovet å være «rundt 1 pr 1.000 innbyggere, eller noe i underkant av dette». Tallet er fremkommet etter søk i internasjonal faglitteratur, men er vesentlig basert på tysk empiri. Som nevnt er det svært vanskelig å vurdere slike tall, da behovet for tjenester fra et ledd i behandlingsskjeden vil være helt avhengig av kapasitet og organisasjon av øvrige ledd i kjeden. En annen svakhet er at behovet ensidig er angitt i antall senger eller heldøgns plasser, da behovet for slike plasser ikke kan ses uavhengig av dagtilbud og ambulante tjenester. I vår sammenheng er det det totale ressursbehovet i en desentralisert psykiatrisk helsetjeneste som er relevant, og ikke antall døgnplasser alene.

Allikevel gir tallet en viss indikasjon på ressursbehov etter faglige vurderinger. Tallet kan vurderes opp imot de faktiske tallene for dekningen av lokalpsykiatriske senger i Norge. Ifølge rapporten «Samdata psykiatri 1992» fra Norsk institutt for sykehusforskning var kapasiteten ved norske psykiatriske sykehjem og sentre 0,89 senger pr 1.000 innbyggere i 1992. Vår kartlegging pr 1. mai 1993 av antall *belagte* døgnplasser viste 0,80 senger pr 1.000 innbyggere. Tar vi med dagplassene og regner en dagplass som 0,3 døgnplass blir dekningsgraden på kartleggingstidspunktet 0,85 plasser pr 1.000 innbyggere.

Den nåværende kapasiteten av lokalpsykiatriske plasser ligger altså noe under anbefalingen fra ekspertpanelet. Kapasiteten i lokalpsykiatrien må imidlertid som nevnt vurderes bl.a. i forhold til kapasiteten i sykehuspsykiatrien. Summerer vi ekspertpanelets anbefalinger for ulike typer av psykiatriske tjenester på sentralsykehusnivå, får vi et angitt behov på ca 0,7 senger pr 1.000 innbyggere. Dette tilsvarer omtrent dagens kapasitet i norsk sykehuspsykiatri som ifølge NIS-rapporten var 0,72 psykiatriske senger pr 1.000 innbyggere i 1992.

Situasjonen er altså den at antall plasser på sykehusnivå omtrent tilsvarer anbefalingene, mens plasstallet i lokalpsykiatrien er noe *lavere* enn anbefalingen. Mangelen på lokalpsykiatriske plasser er altså ikke kompensert ved at Norge har noe spesielt høyt antall senger på sentralsykehusnivå. Tvert imot er Norge blant de vestlige land som har den laveste psykiatriske sengekapasiteten ved sykehus.

Dersom overføringen av ansvar til kommunene med tilhørende økonomi skulle medføre at plasser eller ressurser i lokalpsykiatrien skulle gå ned i samme forhold som det andelen av pasienter som overføres til kommunalt ansvar tilsier rent matematisk, ville det bety et dramatisk fall i ressursene til den fylkeskommunale lokalpsykiatrien. Regnet som fall i antall plasser ville det bety en nedgang fra 0,85 plasser pr 1.000 innbyggere til 0,30 plasser pr 1.000 innbyggere.

En tilnærming til spørsmålet om lokalpsykiatrisk kapasitet er å se på variasjonen mellom norske fylker. Tabell 8.7 viser antall lokalpsykiatriske (belagte) plasser i fylkene basert på vår kartlegging pr 1. mai 1993. Antall plasser inneholder døgnplasser og omregnede dagplasser, se s 46. Tabellen viser også ressursbruken til

lokale plasser målt med antall kroner pr innbyggere til dette formålet, og ressursbruken til lokale plasser i fylket i prosent av ressursbruken til psykiatrien totalt i fylket.

Tabell 8.7: Plasser i lokalt psykisk helsevern pr 1.000 innbyggere i norske fylker, ressursbruk til lokale døgn- og dagplasser i antall kroner pr innbygger, og ressursbruken i % av fylkeskommunens totale ressursbruk til psykiatri. Rangering i parentes.

Fylke	Plasser pr 1.000innbyggere	Kr pr innbygger til lokale plasser	Kr til lokale plasser i % av kr til psykiatri totalt
Østfold	0,44 (18)	232 (10)	26 (15)
Akershus	0,65 (14)	324 (11)	36 (8)
Oslo	1,16 (3)	317 (12)	16 (19)
Hedmark	0,61 (16)	286 (15)	29 (12)
Oppland	0,93 (9)	381 (7)	37 (7)
Buskerud	0,82 (10)	410 (4)	37 (5)
Vestfold	1,10 (5)	506 (3)	59 (1)
Telemark	0,67 (12)	300 (13)	33 (9)
Aust-Agder	1,58 (1)	518 (2)	48 (3)
Vest-Agder	0,96 (7)	294 (14)	28 (14)
Rogaland	1,11 (4)	383 (6)	41 (4)
Hordaland	0,93 (8)	354 (8)	33 (10)
Sogn og Fjord	0,68 (11)	392 (5)	37 (6)
Møre og Roms	1,08 (6)	341 (9)	32 (11)
Sør-Trøndelag	0,64 (15)	277 (16)	29 (13)
Nord-Trøndelag	0,54 (17)	229 (18)	26 (16)
Nordland	0,42 (19)	208 (19)	23 (18)
Troms	0,67 (13)	238 (17)	24 (17)
Finnmark	1,38 (2)	759 (1)	55 (2)
Landsgj.snitt	0,85	337	34

Tabellen gir bare oversikt over dag- og døgnplasser i fylkene utenom sentralsykehus og fylkessykehus, og utgifter knyttet til disse. Poliklinikkene er holdt helt utenfor dette oppsettet, selv om de representerer viktige tilbud innen lokalpsykiatrien. Utgiftene til lokale plasser er basert på summen av institusjonsbudsjettene for 1993 for psykiatriske sentre, psykiatriske sykehjem og psykiatriske ettervernshjem i vår kartlegging pr 1. mai 1993. Utgifter til psykiatrien totalt i fylket i tabellens siste kolonne er derimot basert på «Samdata psykiatri» fra NIS, og gjelder tall fra 1992 som også inneholder poliklinikkene. På tross av at tallene i telleren og nevneren ikke er helt sammenliknbare når fylkenes relative ressursbruk til lokale plasser er regnet ut, mener vi at de oppgitte prosentandelene er godt egnet til å belyse fylkesvise variasjoner.

Tabellen viser at det med visse unntak er stor grad av sammenfall mellom antall plasser pr 1.000 innbyggere og kostnadene. Samtidig vet vi av innhentede informasjon fra de moderne psykiatriske sentrene som driver aktiv behandling at personellressursene ved disse sentrene ikke bare brukes til innlagte pasienter, men i stor grad også nyttes til utadrettede tjenester, konsultasjon til kommunene og oppfølging av pasienter etter utskrivning. Det gjør at vi med en viss rett kan bruke plasstallet

uttrykt ved antall plasser pr 1.000 innbyggere som en indikator på kapasiteten i lokalpsykiatrien mer generelt enn bare som å gjelde kapasiteten til å behandle innlagte pasienter.

Tabellen viser store variasjoner mellom fylkene. Antall lokalpsykiatriske plasser varierer fra 0,42 plasser pr 1.000 innbyggere i Nordland til 1,58 plasser pr 1.000 innbyggere i Aust-Agder. Gjennomgående er det slik at fylker som mangler psykiatrisk sykehus har flest lokalpsykiatriske plasser (gjelder Aust-Agder, Finnmark og Vestfold, men gjelder derimot ikke Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag). Oslo er spesiell ved at byen har mange «lokalpsykiatriske plasser» (eldre psykiatriske sykehjem utenfor byen) som har lave driftskostnader, mens sykehussektoren i byen er kostnadskrevende. Det gjør at Oslo på tross av forholdsvis mange lokalpsykiatriske plasser kommer lavest i landet når det gjelder de lokale plassenes andel av totalpsykiatriens budsjett.

Når en skal vurdere hvilken lokalpsykiatrisk kapasitet som det er rimelig å regne med, er et nærliggende standpunkt at kapasiteten uttrykt i antall plasser ikke bør være lavere enn i de fylkene som idag har lavest antall plasser. Det gjelder Nordland med 0,42 plasser pr 1.000 innbyggere og Østfold med 0,44 plasser pr 1000 innbyggere. Det er ingen ting som tyder på at psykisk helsevern generelt eller lokalpsykiatrien spesielt fungerer dårligere i disse to fylkene enn i øvrige fylker. Tvert imot har Nordland vært et foregangsfylke i å bygge ut distriktskykiatriske sentre, og psykiatrien i Østfold har gjennomgått en omfattende omstrukturering de siste årene. På den annen side har begge de to fylkene psykiatriske sykehus av en viss størrelse. Når det gjelder de fem fylkene som ikke har psykiatrisk sykehus, har tre av dem et antall lokale plasser som er høyere enn 1,0 pr 1.000 innbyggere (Aust-Agder, Finnmark og Vestfold). På den annen side har to av dem (Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag) et plass-tall som er lavere enn gjennomsnittet (0,68 og 0,54). Dessuten har også de fylkene som har lavest plass-tall opptil 70 % av sengene belagt med langtidspasienter som har vært innlagt over et år.

Dersom en tar det standpunkt at ressursbruken ikke bør være lavere enn i de fylkene som idag bruker minst til lokalpsykiatriske plasser, betyr det temmelig nøyaktig en halvering av dagens kapasitet på landsbasis som altså er 0,85 lokalpsykiatriske plasser pr 1.000 innbyggere. Det vil igjen bety en halvering av utgiftene som altså var 1.450 mill kr i 1993 når privatpleien holdes utenfor. Etter en slik regnemåte bør fylkeskommunene beholde totalt minimum 725 mill kr (1993-kroner) etter at ansvarsoverføringen til kommunene har skjedd. Av disse går 457 mill kr til å dekke utgiftene til de pasientene som *ikke* er omfattet av ansvarsoverføringen til kommunene (korttidspasienter og tvangsinnlagte pasienter), og som altså skal beholdes av fylkeskommunene utenom omfordelingen. For at en skal oppfylle en fylkeskommunal minimumskapasitet som det er regnet med her må altså fylkeskommunene få beholde ytterligere 268 mill kr av det de brukte i 1993 til langtidspasientene.

Vi vil presisere at denne regnemåten ikke innebærer noen anbefaling om plass-tall pr 1.000 innbyggere, og spesielt ingen anbefaling om sengetall. Den lokalpsykiatriske kapasiteten bør brukes til et vidt spekter av tjenester, hvorav døgn- og dagopphold bare utgjør en del. Fordelingen av den lokalpsykiatriske kapasiteten på ulike typer av tjenester må i stor grad være avhengig av lokale forhold og behov. Men vi antar at det utgiftsnivå i lokalpsykiatrien som korresponderer med et plass-tall på vel 0,40 pr 1.000 innbyggere er et absolutt minimums utgiftsnivå som trenge, enten utgiftene brukes til dag- eller døgnplasser eller andre tjenester.

Statlige utgifter Husbanken

Husbanken finansierer både nye boliger og nye alders- og sykehjemsplasser, og yter dessuten bostøtte.

Nye boliger. Ca 900 av de psykiatriske pasientene som omfattes av kommunal forslaget om ansvarsovertakelse er vurdert å trenge bolig, men har ikke egen bolig. Selv om en del av boligene kan skaffes ved kjøp eller leie på det vanlige boligmarkedet, beregnes her kostnadene ved nybygg. Det regnes ut fra det gunstigste av de to finansieringsalternativene som er presentert i "*Forvaltningsnivåenes utgifter etter ansvarsoverføringen*" i underkapittel 8.2.1 om statlige utgifter. Det regnes med en boligpris pr enhet på kr 570.000, fordelt på tilskudd fra Husbanken på kr 170.000 og rentesubsidiert lån kr 400.000. Dette gir 153 mill kr i tilskudd og 360 mill kr i lån fra Husbanken til nye boliger. Utgiftene til lån og tilskudd vil fordeles over de årene det tar å skrive ut pasientene og etablere dem i egne boliger. I tillegg kommer en årlig bostøtteutbetaling fra Husbanken på kr 15.000 pr pasient, til sammen 14 mill kr pr år når alle er etablert i egen bolig.

Nye alders- og sykehjem. Det er et beregnet behov for 875 nye alders- og sykehjemsplasser eller tilsvarende boformer for heldøgns omsorg og pleie for psykiatriske pasienter som foreslås utskrevet til kommunene. Disse plassene medfører et utlånsbehov for Husbanken på 508 mill kr, samt et behov for tilskudd på 105 mill kr.

Folketrygden

Omtrent alle de langtidspatientene som omtales her har krav på uføretrygd. Mens de er innlagt i fylkeskommunal institusjon eller privatpleie mottar enslige ugifte pasienter 25 % av folketrygdens grunnbeløp og 10 % av særtillegget, for tiden til sammen kr 11.820 pr år. Vi regner her med at det er få pasienter som mottar ektefelle tillegg eller særlige tillegg som følge av at de er blitt uføre i ung alder, eller har opptjente pensjonspoeng. Når pasienter utskrives fra fylkeskommunal institusjon eller fra privatpleie til egen bolig eller til kommunalt alders- eller sykehjem vil de ha krav på full uføretrygd. Pasienter som utskrives til kommunalt alders- eller sykehjem vil ikke få utbetalt hele trygden selv, idet en del av trygden blir trukket inn igjen til kommunen i form av egenbetaling for oppholdet.

Men den økte utgiften for trygden blir den samme enten en pasient skrives ut til egen bolig eller til kommunal institusjon. Full uføretrygd for enslig minstepensjonist utgjør for tiden kr 61.210 pr år. Hver utskrivning fra fylkeskommunal institusjon eller privatpleie til bolig eller til kommunal institusjon medfører en årlig utgift for folketrygden tilsvarende differansen mellom full trygd og redusert trygd, kr 49.390. Det er 2.213 heldøgnspatienter i psykiatriske institusjoner og 507 pasienter i psykiatrisk privatpleie som omfattes av forslaget om overføring av ansvar til kommunene. Hvis alle disse 2.720 pasientene skrives ut fra fylkeskommunal institusjon eller privatpleie til bolig eller til kommunal institusjon, gir det en merutgift pr år for folketrygden på 134 mill kr fra det år da alle pasientene er utskrevet.

Tabell 8.8: Plasser i lokalt psykisk helsevern pr 1.000 innbyggere i norske fylker, ressursbruk til lokale døgn- og dagplasser i antall kroner pr innbygger, og ressursbruken i % av fylkeskommunens totale ressursbruk til psykiatri. Rangering i parentes.

	Investeringsutgifter		Årligetilskudd
	Tilskudd	Lån	
Nye boliger	153	360	14
Sykehjems-plasser etc	105	508	

Tabell 8.8: Plasser i lokalt psykisk helsevern pr 1.000 innbyggere i norske fylker, ressursbruk til lokale døgn- og dagplasser i antall kroner pr innbygger, og ressursbruken i % av fylkeskommunens totale ressursbruk til psykiatri. Rangering i parentes.

Trygd			134
SUM	258	868	148

8.3.2 Fastsetting av pris for kommunal betaling

Det er foreslått at kommunene skal overta ansvaret for å gi nødvendig tilbud til frivillig innlagte psykiatriske pasienter som på kartleggingstidspunktet 1. mai 1993 hadde vært sammenhengende innlagt i visse institusjoner over et år. Når en slik pasient skrives ut fra fylkeskommunal institusjon, må kommunen ta ansvaret for å yte hjemmebaserte tjenester eller evt gi opphold i en kommunal institusjon (alders- eller sykehjem eller boform for heldøgns pleie og omsorg). Kommunen er ansvarlig for å dekke utgiftene forbundet med dette, og får av den grunn overført midler som tidligere gikk til fylkeskommunen.

Det spesielle kommunale ansvaret for de pasientene som omfattes av den nye ordningen må gjøres gjeldende fra et bestemt tidspunkt da den nye ordningen trer i kraft. En del pasienter vil være utskrevet etter kartleggingstidspunktet men før ikrafttredelsestidspunktet, og for disse får kommunene det økonomiske ansvaret for å yte kommunale tjenester. De tilføres midler for å dekke disse formålene. Men mange pasienter, antakeligvis et stort flertallet av de som omfattes av det nye kommunale ansvaret, vil fortsatt være innlagt i fylkeskommunal institusjon etter ikrafttredelsestidspunktet. Det foreslås at kommunene får tilført midler også for disse innlagte pasientene, og at grunnlaget for beregning av det som skal gå til den enkelte kommune blir kommunens andel av antall frivillig innlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende innlagt over et år, uansett om disse senere er utskrevet eller fortsatt er innlagt i fylkeskommunale institusjoner.

Videre foreslås det en *betalingsordning* som pålegger kommunene å betale til fylkeskommunene for opphold for pasienter som etter den endrede ansvarsfordelingen blir et kommunalt ansvar, men som fortsetter å være innlagt i fylkeskommunal institusjon.

Formålene med betalingsordningen vil være:

- Å gi fylkeskommunene inntekter for pasienter som de er trukket i rammetilskuddet for, men som fortsetter å være innlagt i fylkeskommunal institusjon.
- Sørge for at kommunene må betale for pasienter som de har fått ansvaret for og som de får tilført midler for.
- Virke som en økonomisk stimulans for kommuner og fylkeskommuner til å få skrevet ut de gruppene av langtidspasienter som omfattes av det nye kommunale ansvaret til kommunale tilbud.

Utformingen av en kommunal betalingsordning kan gjøres på mange måter, med forskjellig prisnivå på den kommunale betalingen som resultat. Når kommunene får tilført midler må størrelsen på overføringene være tilstrekkelige til at kommunene ikke påføres netto utgifter når de skal betale fylkeskommunene, i hvert fall ikke i noe særlig omfang. Hvordan betalingsordningen utformes vil derfor være avgjørende for størrelsen på overføringene til kommunene. Av denne grunn behandles prinsippene for den kommunale betalingsordningen først her, mens spørsmålene om hvor mye som skal trekkes ut av de fylkeskommunale rammene og hvor mye som skal tilføres kommunene behandles i senere underkapitler.

Når en kommunal betalingsordning skal fastsettes, blir det et problem at institusjonskostnadene varierer svært i landet.

Følgende tabell viser variasjonen mellom fylkeskommunene i årlige kostnader for de institusjonene som er omfattet av vår undersøkelse:

Som vi ser er det meget stor variasjon mellom fylkeskommunene i gjennomsnittlige driftskostnader pr plass pr år - fra kr 274.000 i Oslo til kr 576.000 i Sogn og Fjordane. Kostnadsforskjellene avspeiler store forskjeller i driftsmåte og tilbud mellom institusjonene.

Med en felles kommunal betalingssats for hele landet vil fylkeskommuner med godt bemannede og dermed dyrere institusjoner få lavere inntekter enn det som trengs for å drive institusjonene, mens fylkeskommuner med svakt bemannede og billige institusjoner vil få mer i inntekter for institusjonene enn det det koster å drive dem.

Tabell 8.9: Gjennomsnittlig kostnad i fylkene pr døgnplass pr år i psykiatriske sykehjem etc

Fylke	Gjennomsnittlig fylkeskommunal kostnad pr døgnplass i 1993
Østfold	521.000
Akershus	497.000
Oslo	274.000
Hedmark	469.000
Oppland	411.000
Buskerud	499.000
Vestfold	460.000
Telemark	446.000
Aust-Agder	329.000
Vest-Agder	307.000
Rogaland	345.000
Hordaland	379.000
Sogn og Fjordane	576.000
Møre og Romsdal	315.000
Sør-Trøndelag	433.000
Nord-Trøndelag	424.000
Nordland	489.000
Troms	354.000
Finnmark	549.000
Landsgjennomsnitt	395.000

Dette kan kompenseres dersom det settes en felles kommunal betalingssats for hele landet med følgende forutsetninger:

- Betalingssatsen settes lavere enn gjennomsnittskostnaden for institusjonene i det fylket som har lavest gjennomsnittskostnad.

På den måten vil ingen fylkeskommune tjene på å motta mer i kommunal betaling enn det det koster å drive institusjonene.

- Hver fylkeskommune trekkes bare for en prosentandel av det beløp som er brukt til de institusjonspasientene som kommunene skal overta omsorgsansvaret for, mens det resterende beholdes i fylkeskommunen.

Det foreslås at betalingsplikten utformes etter disse prinsippene.

Kommunenes utgifter vil gå til to ulike formål:

For det første til å yte kommunale tjenester til de pasientene som blir skrevet ut fra institusjon. Kommunenes utgifter til dette vil variere, både fordi utgiftsnivået i ulike deler av landet og mellom by og land er forskjellig, og fordi pasientene vil ha høyst ulike behov (alders- eller sykehjem eller varierende omfang av hjemmebaserte tjenester). For ikke å få et alt for komplisert og uoversiktlig system regnes det med et *felles gjennomsnittlig beløp* som skal tilføres kommunen for å dekke opp for utgifter til kommunale tjenester for utskrevne pasienter. Dette beløpet baseres på de beregninger av kommunale utgifter til ulike formål som er foretatt i under "*Kommunal betalingsplikt for pasienter i somatiske spesialsykehjem*" i 8.2.2. Beregningene er oppsummert i tabell 8.5, som viser at den gjennomsnittlige utgiften for kommunale tjenester pr institusjonspasient som tilbakeføres til kommunene er beregnet til ca kr 273.000 pr år i 1993-priser.

Konkret foreslås et *fast tilskudd* på kr 250.000 pr pasient pr år som utbetales til kommunen pr år fra det året det kommunale ansvaret trer i kraft. Kr 23.000 holdes tilbake og avsettes til *skjønnsmidler*. Skjønnsmidler utbetales etter søknad fra kommuner som får ekstra kostnadskrevene pasienter, og utbetales når disse utskrives til kommunal omsorg. Summen av disse to beløpene tilsvarer den beregnede gjennomsnittskostnaden ved å ha tidligere fylkeskommunale institusjonspasienter i kommunal omsorg - kr 273.000 pr år. Ordningen innebærer at den økonomiske belastningen ved høykostpasienter fordeles mellom kommunene ved de fleste får litt mindre pr pasient enn beregnet gjennomsnittlig kostnad.

Det foreslås videre at kommunene får overført det samme (med unntak av skjønnsmidler), enten pasienten er i kommunal omsorg eller i fylkeskommunal institusjon. Det foreslås at satsen for kommunal betaling settes lik den gjennomsnittlige overføringen til kommunene pr pasient - kr 273.000. Mens en pasient er innlagt i fylkeskommunal institusjon får altså kommunen overført kr 250.000 for pasienten, og må betale kr 273.000 til fylkeskommunen for oppholdet.

Dette innebærer en netto utgift for kommunen på kr 23.000 pr år, og er foreslått for å legge et press på kommunene i retning av å få lagt forholdene til rette for å få skrevet pasienter ut til kommunal omsorg.

Etter dette prinsippet foreslås det altså en *felles lik betaling* for alle kommunene i hele landet.

Den foreslåtte kommunale betalingen på kr 273.000 pr år pr pasient ligger lavere enn den laveste gjennomsnittlige driftskostnaden pr institusjonsplass i fylkene. Av denne grunn vil ikke noen fylkeskommune tjene på den kommunale betalingen ved å få høyere inntekter i betaling enn det det i gjennomsnitt koster å drive institusjonsplassene.

Den kommunale betalingen vil bare dekke en del av fylkeskommunenes institusjonskostnader. De øvrige kostnadene fåreslås dekket ved at fylkeskommunene beholder midler som de har brukt til institusjonsdrift for pasienter som kommunene overtar omsorgsansvaret for.

Det som kan anføres mot ordningen er at stimulansene for kommunene til å få skrevet ut pasienter til kommunal omsorg muligens ikke er differensiert nok når det gjelder pasienter med ulik kostnadsbelastning. Det vil bare være direkte økonomisk lønnsomt å ta pasienter til kommunal omsorg når det er mulig å lage kommunale tilbud som er rimeligere enn kr 250.000, som er det beløp som kommunen vil motta for pasienten. Når det gjelder pasienter som er dyrere i kommunal omsorg enn kr 273.000 pr år, vil det være mer lønnsomt rent økonomisk for kommunene å fortsette å betale for disse i fylkeskommunale institusjoner enn å påta seg kostnadene ved kommunal omsorg. Det ligger derfor en fare i at kommunene bare tar hjem de pasi-

entene som koster mindre enn det beløpet de får tilført pr pasient, mens de andre blir værende i institusjon. Dette kan bare til en viss grad motvirkes ved skjønnsmidlene, da disse ikke vil dekke utgifter utover gjennomsnittet fullt ut.

Det foreslås at den delen av rammetilskuddet som fylkeskommunene skal beholde også beholdes etter at pasientene er utskrevet til kommunene. Midlene forutsettes å brukes til å yte ambulante tjenester til pasienter i kommunene og til å utvikle lokalpsykiatriske tjenester, jfr "*Psykiatriske tjenester i fylkeskommunene*" i avsnitt 6.6 og "*Kommunal betalingsplikt for pasienter i somatiske spesialsykehjem*" i 8.2.2 om fylkeskommunale utgifter. Fordelingen av midler mellom kommuner, fylkeskommuner og staten behandles nærmere i "*Fordelingen mellom kommuner, fylkeskommuner og staten. Psykiatriske langtidspasienter*" i avsnitt 8.3.5.

Når fylkeskommunene beholder midler som kan brukes til andre lokalpsykiatriske formål, må vi anta at det fra fylkeskommunenes side vil bli utøvet et press for å få skrevet ut pasienter som en mener ikke trenger institusjonsopphold.

Det er foreslått at den pris som kommunene skal betale for pasienters opphold i fylkeskommunale institusjoner fastsettes av staten, og at den er felles for hele landet.

En kan også tenke seg at kommuner og fylkeskommuner *forhandler* seg fram til en pris, evt med utgangspunkt i en statlig anbefalt norm og med visse tillatte grenser for avvik fra denne. Dette er den løsning en har valgt i Sverige. Men i Sverige har staten bestemt seg for å bidra med 1,2 mrd svenske kr i forbindelse med ansvarsoverføringen. Statens bidrag utløses når partene er blitt enige, noe som utgjør et betydelig press på partene for å bli enige. Dersom en ikke har tilsvarende statlige midler å bidra med og norske kommuner og fylkeskommuner skal forhandle seg fram til en pris på egen hånd, kan dette bli en omfattende og tidkrevende prosess. Det er imidlertid mulig å sette en tidsfrist for forhandlingene og la statlig myndighet, f.eks. fylkeslegene, fastsette prisen på grunnlag av partenes framlagte materiale dersom partene ikke blir enige innen fristen. Fordelen med lokalt forhandlede priser er at prisfastsettingen kan ta hensyn til lokale forhold som en ikke har oversikt over sentralt. De sentrale beregningene er dessuten basert på kartleggingen pr 1. mai 1993, og utviklingen kan mange steder ha forandret forholdene betydelig etter dette tidspunktet.

8.3.3 Hva skal trekkes ut av rammen for den enkelte fylkeskommune for psykiatriske langtidspasienter

Det som skal trekkes ut av rammen for den enkelte fylkeskommune foreslås å være basert på hva hver fylkeskommune i kartleggingsåret 1993 brukte til de pasientene som kommunene skal overta ansvaret for.

Det er foreslått at kommunene bare får overført en del av dette beløpet, mens en del skal beholdes i fylkeskommunene. Det er foreslått at kommunene i gjennomsnitt skal få overført kr 273.000 pr pasient, som er den beregnede gjennomsnittsprisen for kommunale tjenester til tidligere institusjonspasienter. I tillegg kommer overføringen for pasienter i privat psykiatrisk forpleining.

Når en skal beregne hva som skal trekkes fra overføringen til den enkelte fylkeskommune, kan dette gjøres på to måter. Vi skal først se på en beregning der det som trekkes fra overføringen til den enkelte fylkeskommune settes likt med det prosentvise fradraget for fylkeskommunene under ett.

Antallet institusjonspasienter var under kartleggingen 2.376 når pasientene i privatpleien holdes utenfor og dagpasientene omregnes til heldøgns pasienter. For disse pasientene skal altså kommunene ha overført 648 mill kr. Dette beløpet utgjør ca 69 % av de 937 mill kr som fylkeskommunene brukte i 1993 til disse institusjons-

pasientene, jfr tabell 8.5. Resten av det fylkeskommunene brukte til disse pasientene, dvs ca 31 %, foreslås beholdt i fylkeskommunene. En kan da trekke den enkelte fylkeskommune med ca 69 % av det som fylkeskommunen brukte i 1993 til disse institusjonspasientene. I tillegg kommer det som skal overføres til kommunene for pasienter som har vært i psykiatrisk privatpleie.

Tabell 8.10: Fradrag i overføringen til den enkelte fylkeskommune etter samme prosentfradrag for alle

Fylke	Antall institusjonspasienter	Kostnad pr institusjonspasient i 1.000 kr	Sum kostnader inst-pasienter i mill kr	69,157 % av inst kostn mill kr	Fradrag for pas i privatpl mill kr	Sum fradrag i fylkeskommunalt rammetilskudd mill kr
Østfold	74	521	38,6	26,7	7,2	33,9
Akershus	150	497	74,6	51,6	5,2	56,8
Oslo	384	274	105,2	72,8	14,9	87,7
Hedmark	75	469	35,2	24,3	1,0	25,3
Oppland	115	411	47,3	32,7	2,6	35,3
Buskerud	112	499	55,9	38,7	8,1	46,8
Vestfold	107	460	49,2	34,0	3,1	37,1
Telemark	74	446	33,0	22,8	1,3	24,1
Aust-Agder	79	329	26,0	18,0	1,1	19,1
Vest-Agder	43	307	13,2	9,1	0,9	10,0
Rogaland	274	345	94,5	65,4	2,4	67,8
Hordaland	250	379	94,8	65,6	3,1	68,7
Sogn og Fj	48	576	27,6	19,1	1,3	20,4
Møre og R	179	315	56,4	39,0	0,8	39,8
Sør-Tr.lag	137	433	59,3	41,0	1,0	42,0
Nord-Tr.lag	49	424	20,8	14,4	0,6	15,0
Nordland	73	489	35,7	24,7	1,1	25,8
Troms	73	354	25,8	17,8	0,2	18,0
Finnmark	80	549	43,9	30,4	0,5	30,9
SUM	2.376	395	937,0	648,1	56,4	704,5

For utregningen av antall pasienter i første kolonne vises det til s. 46.

Ulempen med denne måten å beregne fradraget på er at de fylkeskommunene som har brukt mest til sine institusjoner får de største fradragene, mens fylkeskommuner som har brukt lite til sine institusjoner får forholdsvis mindre i fradrag. Skjevheten illustreres særlig klart når det gjelder Oslo som er både fylkeskommune og kommune. Fordi Oslo har brukt så lite som kr 274.000 kr pr år til sine institusjoner vil Oslo som fylkeskommune etter denne regnemåten bare bli trukket med kr 190.000 pr pasient, mens Oslo som kommune altså skal få overført minimum kr 250.000 pr pasient. De andre fylkeskommunene vil altså subsidiere hver pasient i Oslo med minst kr 60.000 pr år. Skjevheten for Oslos vedkommende kan løses ved å holde Oslo som både fylkeskommune og kommune utenfor den generelle omfordelingen mellom fylkeskommuner og kommuner. Men dette vil ikke løse skjevheten for de andre fylkeskommunene med denne måten å foreta fradraget på, ved at

fylkeskommuner som har brukt mye på sine institusjoner rammes forholdsvis sterkere enn de som har brukt lite.

En annen måte å foreta fradraget på er å trekke hver fylkeskommune med det samme beløp pr pasient som skal overføres til kommunene, altså kr 273.000. Dette vil gi følgende fordeling av fradraget på fylkeskommunene:

Tabell 8.11: Fradrag i overføringen til den enkelte fylkeskommune med samme beløp pr pasient

Fylke	Antall institusjonspasienter	Sum kostnader instpasienter i mill kr	Fradrag kr 273.000 prpasient mill kr	Fradrag forpas i privatpl mill kr	Sum fradrag i fylkeskommunalt rammetilskudd mill kr
Østfold	74	38,6	20,2	7,2	27,4
Akershus	150	74,6	41,0	5,2	46,2
Oslo	384	105,2	104,8	14,9	119,7
Hedmark	75	35,2	20,5	1,0	21,5
Oppland	115	47,3	31,4	2,6	34,0
Buskerud	112	55,9	30,6	8,1	38,7
Vestfold	107	49,2	29,2	3,1	32,3
Telemark	74	33,0	20,2	1,3	21,5
Aust-Agder	79	26,0	21,6	1,1	22,7
Vest-Agder	43	13,2	11,7	0,9	12,6
Rogaland	274	94,5	74,8	2,4	77,2
Hordaland	250	94,8	68,3	3,1	71,4
Sogn og Fj	48	27,6	13,1	1,3	14,4
Møre og R	179	56,4	48,9	0,8	49,7
Sør-Tr.lag	137	59,3	37,4	1,0	38,4
Nord-Tr.lag	49	20,8	13,4	0,6	14,0
Nordland	73	35,7	19,9	1,1	21,0
Troms	73	25,8	19,9	0,2	20,1
Finnmark	80	43,9	21,8	0,5	22,3
SUM	2.376	937,0	648,7	56,4	705,1

Vi ser at det blir store forskjeller for de enkelte fylkeskommunene mellom de to regnemåtene. For Oslos vedkommende er forskjellen hele 32 mill kr. Det skyldes at Oslos utgift pr institusjonsplass bare var 1000 kr høyere enn gjennomsnittlig beregnet kostnad i kommunal omsorg, slik at Oslo etter den siste regnemåten bare vil beholde 1000 kr pr pasient.

Den siste regnemåten kan sies å være «rettferdig» på den måten at hver fylkeskommune blir trukket for det som kommunene skal motta for de pasientene som kommer fra fylkeskommunens institusjoner. Fylkeskommuner som bare har brukt litt mer på institusjonsomsorg enn det pasientene vil koste i kommunal omsorg vil sitte igjen med lite midler til spesialisthelsetjenester - i overensstemmelse med hva de har brukt.

Ulempen med denne måten å regne ut fradragene på er at det vil være en del fylkeskommuner som vil ha svært lite midler igjen til å omstrukturere tjenestene for.

8.3.4 Særskilt om tvangsinnlagte psykiatriske pasienter

De tvangsinnlagte pasientene utgjør en særskilt problematikk. Ansvaret for tvangsinnlagte pasienter skal fortsatt være fylkeskommunalt. Utgiftene for de tvangsinnlagte langtidspasientene er således ikke regnet inn i omfordelingsbeløpet, eller det beløp som skal trekkes ut av rammetilskuddet for den enkelte fylkeskommune. Problemet er at antall pasienter innlagt over et år som er tvangstilbakeholdt varierer betydelig fra fylke til fylke. Disse forskjellene avspeiler antakelig først og fremst faglige og juridiske orienteringer og tradisjoner, og i mindre grad reelle forskjeller mellom pasientene i de enkelte fylkene. Fylkeskommuner som har vært raske med å oppheve tvangsvedtak og overføre pasientene til frivillig status vil ha forholdsvis mange langtidspasienter frivillig innlagt, og vil dermed få forholdsvis større fratrukk i rammetilskuddet. Motsatt vil fylkeskommuner som har beholdt en stor del av langtidspasientene tvangsinnlagt ikke få tilsvarende fratrukk i rammen. Dersom disse pasientene senere får omgjort sin status fra tvangsinnlagt til frivillig innlagt og så skal overføres til kommunal omsorg, er antallet slike pasienter ikke regnet inn i det beløpet som trekkes fra fylkeskommunens rammetilskudd eller i det beløp som skal overføres til kommunene. Uten en særordning for tvangsinnlagte pasienter vil således fylkeskommuner som har mange tvangsinnlagte langtidspasienter kunne spare betydelige beløp på dette.

En tabell over antallet tvangsinnlagte langtidspasienter i fylkene viser omfanget av problemet:

Tabell 8.12: Antall tvangsinnlagte pasienter med opphold over et år i psykiatriske sykehjem mv, fordelt på fylkene

Fylke	Antall tvangsinnlagte pasienter med opphold over et år	Antall tvangsinnlagte pasienter med opphold over et år i % av alle pasienter med opphold over et år
Østfold	4	5
Akershus	55	22
Oslo	91	17
Hedmark	25	21
Oppland	7	6
Buskerud	28	17
Vestfold	63	31
Telemark	13	14
Aust-Agder	38	25
Vest-Agder	74	39
Rogaland	54	15
Hordaland	75	19
Sogn og Fjordane	1	2
Møre og Romsdal	17	8
Sør-Trøndelag	1	1
Nord-Trøndelag	7	11
Nordland	2	3
Troms	8	10
Finnmark	2	2
Sum/gjennomsnitt	565	17

Vi ser at Østfold, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nordland og Finnmark har svært få tvangsinnlagte langtidspasienter i sine lokale psykiatriske institusjoner (under 5 %), mens Vest-Agder, Vestfold, Aust-Agder, Akershus og Hedmark har en betydelig andel av langtids pasientene innlagt med tvang (over 20 %). Når det gjelder Vest-Agder som har hele 39 % av pasientene tvangsinnlagt, betyr det at bare utgiftene for 61 % av langtids pasientene trekkes ut av rammetilskuddet, mens Sør-Trøndelag får trukket 99 % av utgiftene til langtids pasientene ut av sitt rammetilskudd. Hvis pasienter i Vest-Agder senere får sin status omgjort til frivillig innlagt og blir overført til en kommune, vil fylkeskommunen uten en særordning for tvangsinnlagte pasienter beholde den delen av rammetilskuddet som er gått til disse pasientene.

Det bør derfor innføres en særordning for tvangsinnlagte pasienter med institusjonsopphold over et år, slik at en ikke «belønner» de fylkeskommunene som har mange tvangsinnlagte langtids pasienter.

Særordningen bør ikke rukke ved det prinsipp at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for tvangsinnlagte pasienter. Derfor innregnes ikke utgifter for tvangsinnlagte pasienter i den omfordelingen mellom fylkeskommuner og kommuner som er foreslått her, som er foreslått å gjelde fra et bestemt tidspunkt for alle frivillig innlagte pasienter med opphold over et år på kartleggingstidspunktet.

Tvangsinnlagte langtids pasienter (opphold over et år) skal altså ikke regnes med i den generelle omfordelingen. I stedet foreslås det at tvangsinnlagte pasienter med opphold over et år i institusjon på kartleggingstidspunktet behandles individuelt. Når en slik pasient får vedtaket om tvangsopphold omgjort og overføres til en kommune, bør fylkeskommunen pålegges å overføre et beløp til kommunen. Beløpet bør tilsvare det beløp som kommunene ellers får overført for psykiatriske pasienter, altså kr 250.000. I tillegg bør kommunene også kunne søke om skjønnsmidler for disse pasientene. Fylkeskommunene bør betale kr 273.000 pr år for slike pasienter, slik at kr 23.000 innbetales til skjønnsmiddelfondet. Det må foretas en avkorting etter hvor stor del av året som gjenstår etter utskrivningen til kommunal omsorg, slik at kommunen får betalt for den resterende delen av året med kommunalt ansvar for pasienten. For senere år kan omfordelingen mellom fylkeskommuner og kommuner for slike enkeltpasienter gjøres på to måter. Fylkeskommunen kan enten fortsette å betale et årlig beløp til kommunen, eller staten kan justere sin årlige overføring til den aktuelle kommune og fylkeskommune.

Særordningen med overføring av midler fra fylkeskommune til kommune for individuelle pasienter foreslås å bli gjort gjeldende for alle tvangsinnlagte pasienter som hadde vært innlagt over et år på kartleggingstidspunktet. For andre tvangsinnlagte pasienter som senere skal utskrives til kommunal omsorg forutsettes de vanlige reglene for utskrivning å gjelde. Dvs at slike utskrivninger ikke medfører noen særskilt overføring av midler til kommunen. Grunnen til denne forskjellen mellom ulike grupper av tvangsinnlagte pasienter er at forslagene om overføring av ansvar til kommunene for visse grupper er ment å skulle fange opp de egentlige langtids pasientene som er blitt værende i institusjon over tid på tross av den utvikling som ellers er skjedd, jfr kap 7.5.

8.3.5 Fordelingen mellom kommuner, fylkeskommuner og staten. Psykiatriske langtids pasienter

Det foreslås at kommunene får overført kr 273.000 pr pasient som kommer fra psykiatrisk institusjon. Kr 250.000 av dette er et fast tilskudd som overføres pr pasient, mens kr 23.000 pr pasient fordeles som skjønnsmidler. Samlet betyr dette en overføring til kommunene på 648 mill kr pr år (1993-kroner) for de psykiatriske institu-

sjonspasientene. Beløpet kan bli noe mindre ved at det gjøres fradrag for pasienter som er døde etter kartleggingstidspunktet.

I tillegg foreslås det at kommunene får overført alt det fylkeskommunene brukte til pasienter i privat psykiatrisk forpleining, dvs 56 mill kr pr år (93-kroner). Beløpet kan bli noe mindre av to grunner. For det første gjøres det fradrag for pasienter som er døde etter kartleggingen. Derneft forutsettes det at situasjonen for de 23 pasientene som er tvangsinnlagt i privatpleien gjennomgås på nytt, med fornyet vurdering av om betingelsene for tvangsopphold er tilstede. Hvis en kommer til at noen av pasientene etter fornyet gjennomgang fortsatt må være i tvungen omsorg, beholdes også midlene for disse i de aktuelle fylkeskommunene.

Samlet reduseres overføringene til fylkeskommunene med 704 mill kr for psykiatriske pasienter, og overføringene til kommunene økes med det samme beløp. Fylkeskommunene beholder 289 mill kr av de 993 mill kr som de i 1993 brukte til psykiatriske langtidspasienter som kommunene etter forslaget skal overta omsorgsansvaret for.

De 704 mill kr til kommunene tildeles uendret hvert år bortsett fra oppjustering i henhold til prisstigningen, inntil beløpet evt gradvis legges inn i inntektsystemet, jfr "*Hvordan kan overføringene til kommunene skje?*" i avsnitt 8.4.

At fylkeskommunene kan beholde 289 mill kr derimot, gjelder ved ansvarsoverføringens teoretiske startpunkt når alle pasientene fortsatt er innlagt i fylkeskommunale institusjoner og ingen er utskrevet. Forutsetningen om at alle pasientene ved starten av ansvarsoverføringen fortsatt vil være innlagt i fylkeskommunal institusjon vil selvsagt ikke gjelde i praksis. En ukjent andel av pasientene vil være utskrevet mellom kartleggingstidspunktet og ikrafttreden av ansvarsoverføringen. Etterhvert som pasienter skrives ut må også folketrygdens økte utgifter dekkes. Vi foretar allikevel en oppstilling av det som skal beholdes av fylkeskommunene ved starten av ansvarsoverføringen under denne teoretiske forutsetningen. Videre settes det opp en oppstilling av fordelingen når alle pasientene er overført til kommunal omsorg. Dette er også en tenkt eller teoretisk situasjon, da vi ikke uten videre kan forutsette at alle pasienter kan eller bør overføres til kommunal omsorg. Det er ikke noe i veien for at en kommune kan fortsette å ha en pasient under kommunalt økonomisk ansvar innlagt i fylkeskommunal institusjon og fortsette å betale for dette, dersom pasienten selv, institusjonen og kommunen er enige om at dette er den beste løsningen. Men beregningsteknisk vil de to ytterpunktene vise grensene for hva som bør tildeles til de tre forvaltningsnivåene.

Når det gjelder de statlige utgiftene, regner vi bare med de økte utgiftene for Folketrygden. Husbankens utgifter til bostøtte, engangstilskudd og lån til boliger er ordninger som er rettighetsfestet og ses som statens bidrag til å få til en normalisert tilværelse for langtidspasientene, og regnes ikke her inn i den omfordeling som skal skje mellom forvaltningsnivåene.

De økte utgiftene i utbetalinger fra Folketrygden når alle de pasientene som kommunene skal overta ansvaret for er utskrevet fra fylkeskommunale institusjoner og privatpleie er beregnet til 134 mill kr pr år. Utgiftene til Folketrygden vil påløpe gradvis, og øker fra null da alle pasientene er innlagt til 134 mill kr når alle pasientene er utskrevet.

Tabell 8.13: Tabell 8.13. Oversikt over beregnede overføringer til kommuner, fylkeskommuner og staten ved ansvarsoverføringens «begynnelse» og «slutt». Alle tall i mill 93-kroner.

	Ved begynnelsen	Ved slutten
Til kommunene	704	704
Beholdes av fylkeskommunene	289	155
Reserveres Folketrygden	0	134
SUM	993	993

Dersom en ser bort fra Folketrygdens økende utgifter kunne fylkeskommunene fortsette å beholde 289 mill kr til omstrukturering og lokalpsykiatriske tilbud etter hvert som pasientene ble skrevet ut. I oppstillingen overfor er Folketrygdens utgift på 134 mill kr trukket fra overføringen til fylkeskommunene for å holde sluttsummen konstant og lik det beløp fylkeskommunene i 1993 brukte til de pasientene som kommunene foreslås å få omsorgsansvaret for. Det fylkeskommunene beholder er dermed redusert fra 295 mill kr til 155 mill kr. I "*Kommunal betalingsplikt for pasienter i somatiske spesialsykehjem*" i underkapittel 8.2.2 under avsnittet om fylkeskommunale utgifter er det beregnet at fylkeskommunene bør beholde 268 mill kr til lokale psykiatriske tjenester. I forhold til dette tallet er det altså en *underdekning på 113 mill 1993-kr* i avslutningsåret når alle pasientene er utskrevet. Dette kan løses ved overføring over statsbudsjettet til fylkeskommunene eller ved at en avstår fra full kompensering for Folketrygdens økte utgifter.

Det er i oppstillingen ovenfor regnet med at kommunene for pasientene i privatpleien bare får overført de 56 mill kr som fylkeskommunene brukte til disse pasientene i 1993. Kartleggingen har vist at tjenestetilbudet til disse pasientene er mangelfullt. Dersom de skal gis en bedre omsorg i kommunene blir dette nødvendigvis dyrere. I de meget usikre beregningene som er oppsummert i tabell 8.6 blir gjennomsnittlig utgift pr privatpasient som får omsorg i kommunene kr 243.000 pr pasient, eller totalt 123 mill kr. Dersom en regner de kommunale utgiftene pr pasient fra privatpleien likt med utgiftene for de øvrige psykiatriske pasientene eller kr 273.000, blir de totale kommunale utgiftene 138 mill kr. I forhold til overføringen fra fylkeskommunene på 56 mill kr er det altså en underdekning på henholdsvis 67 og 82 mill kr etter disse to regnemåtene. Bedringen for de psykiatriske pasientene i privatpleie kan enten finansieres ved statlige overføringer, ved ytterligere reduksjon i det beløp som fylkeskommunene skal beholde, eller ved en kombinasjon av disse to inndekningsmåtene.

Under gjennomføringen av ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede fikk de kommunene som mottok klienter det første året tilført et *utskrivningstilskudd* på kr 10.000 pr mnd den gjenværende delen av året etter at klienten var tatt imot. Ordningen med et slikt ekstra utskrivningstilskudd gjaldt bare det første året etter at reformen trådte i kraft, og skulle motivere kommunene til å etablere kommunale tilbud raskt. Et slikt ekstra statlig bidrag til å få fortgang i prosessen med å etablere kommunale tilbud kan også overveies for de gruppene som omfattes av denne utredningen.

8.4 HVORDAN KAN OVERFØRINGENE TIL KOMMUNENE SKJE?

De midlene som foreslås tatt ut av den fylkeskommunale rammen kan overføres til kommunene på flere måter. Hovedsaklig er det to prinsipielt ulike alternative metoder for overføring. Midlene kan i sin helhet legges inn i kommunenes rammetil-

skudd eller overføres som et øremerket tilskudd knyttet direkte til de pasientene som var innlagt i den fylkeskommunale langtidssorgen.

Denne utredningens forslag innebærer at midlene legges på en øremerket post og fordeles til kommunene ut fra kriterier om antall pasienter som skal overføres til kommunene. Det innebærer at en må registrere antall pasienter ved somatiske spesialiserte hjem og psykiatriske sykehjem m.v. som blir et kommunalt ansvar, og holde dette registeret ajour fra år til år. Ved å øremerke midlene ønsker staten å legge bindinger på bruken av dem, i motsetning til om midlene legges inn i inntektssystemet (IS) som er kommunenes frie inntekter.

Øremerking av midlene anbefales av følgende grunner:

1. Det ansvaret som overføres til kommunene innebærer kostnadskreven oppgaver som vil fordele seg svært ulikt mellom kommunene. Små kommuner som får overført ansvaret for flere pasienter vil få en uforholdsmessig stor utgift som ikke lar seg fange opp av de generelle kriteriene i IS. Kartleggingen har vist at mange av de somatiske pasientene er spesielt omsorgskrevende og at kommunale tjenester for disse er mer kostnadskrevende enn fylkeskommunale institusjonstilbud. Det vil derfor ikke være riktig at midlene spres utover til alle kommuner.
2. Vertskommuneproblematikken blir mindre tyngende ved at den kommunen som får ansvaret for pasienten også får tilskuddet. Så spesielle behov som her vil oppstå for enkeltkommuner vil ikke bli fanget opp tilfredsstillende ved et generelt overføringssystem.
3. Øremerking vil synliggjøre for kommunene at det følger midler med overføringen av ansvar, og motivere dem til å bygge ut tilbudene til de pasientene som de får ansvaret for. På bakgrunn av oppmerksomheten om manglende samsvar mellom pålagte oppgaver og reformer i kommunesektoren og økonomiske ressurser, vil det være hensiktsmessig med en øremerking som kanaliserer midlene til de enkeltkommunene som får det reelle ansvaret for pasientene.

En grunn som kan fremføres for å legge midlene direkte inn i IS uten øremerking er hensynet til kommuner som allerede har tatt imot mange pasienter og gitt kommunale tilbud. Etter det forslaget som er fremsatt her vil ikke kommuner som har mange hjemmeboende pasienter motta tilskudd for disse. Men dersom å legge midlene inn i IS skulle komme de kommunene til gode som har mottatt pasienter og fortsatt vil motta pasienter, måtte kriteriene i kostnadsnøkkelen i IS endres slik at de fanger opp antall mottatte pasienter i kommunene. Det vil imidlertid være svært vanskelig å finne kriterier som fanger opp dette på en god måte. Fordi det vil være uheldig om de beløpene kommunene mottar vil være vesentlig lavere enn kostnadene for de pasientene som de skal motta, vil styringsgruppen gå inn for øremerkede overføringer til kommunene.

Tilskudd for hjemmeboende pasienter bør evt løses på annen måte enn ved omfordeling av midler som fylkeskommunene har brukt til institusjonspasienter, jfr at det f eks over statsbudsjettet for 1995 er bevilget 100 mill kr til styrking av kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Vurdering av om midlene bør legges inn i inntektssystemet etter 5 år

Mye kan tale for at en bør vurdere om de øremerkede midlene som er overført til kommunene bør legges inn i kommunenes inntektssystem etter en 5-års periode. 5 år er den tiden som det antas å ta å skrive ut og gi kommunale tilbud til den alt overveiende delen av langtidspasientene. Å legge midlene inn i IS etter overgangsord-

ningen vil gi kommunene en gradvis overgang på ytterligere 5 år fra øremerket tilskudd til generell overføring.

Før en beslutter om øremerkingen skal utvikles og midlene gradvis legges inn i IS, anbefales det at situasjonen vurderes innen utgangen av 5-års perioden. En bør bl.a. analysere virkningen av ansvarsoverføringen mht hvordan pasientene er blitt fordelt i kommunene. Enkelte kommuner, særlig vertskommuner, kan bli ekstra belastet med at mange pasienter ønsker å bli boende etter ansvarsoverføringen. Etter forslaget skal pasientens ønske om å bli boende i kommunen tillegges avgjørende vekt. Dersom midlene legges inn i IS vil de kommunene som har mottatt mange pasienter spesielt merke at overføringene blir redusert. En bør særlig vurdere spørsmålet med tanke på enkelte kommuner som er vertskommuner for mange pasienter i privatpleien, samt for Oslo kommune særskilt.

Vertskommuner for pasienter i privat psykiatrisk forpleining

Pasientene i privatpleien er svært ujevnt fordelt mellom kommunene. Lier kommune er helt spesiell med 1/3 av alle privatpasienter, eller 166 pasienter. Pasientene i Lier er yngre og har vært i kortere tid i privatpleien enn privatpasienter i andre kommuner. Det er derfor lite trolig at alle de 166 pasientene vil slå seg ned i Lier. Det er også spørsmål om en del av de psykiatriske pasientene i korttids privatpleie under Dikemark og BSS bør forbli et fylkeskommunalt ansvar, jfr "[Den psykiatriske privatpleien](#)" i kapittel 5. Men dersom f eks halvparten av pasientene blir i kommunen, vil tilskuddet til Lier etter forslagene her kunne bli på fra 9 til 20 mill kr pr år. Nåværende helse- og sosialbudsjettet i kommunen er på totalt 130 mill kr. Det sier seg derfor selv at det må bli en særordning for Lier kommune.

Av de andre kommunene er det 4 som har fra 20 til 24 pasienter hver, og som altså vil få en overføring på fra 2 til 5 mill kr hver pr år. Den minste av disse kommunene har 3.300 innbyggere med et helse- og sosialbudsjett på 28 mill kr. Videre er det ytterligere 8 kommuner som har fra 10-19 privatpasienter, den minste av disse har 3.600 innbyggere. De minste kommunene kan maksimalt få overført i underkant av 10 % av sitt helse- og sosialbudsjett, dvs omtrent samme prosentandel som Lier. Det er nærliggende å vurdere særordninger også for disse.

Oslo kommune

Oslo er i den spesielle situasjon at den både er kommune og fylkeskommune. De aller fleste psykiatriske sykehjemmene er lokalisert utenfor byens grenser, og pasienter fra Oslo i psykiatrisk privatpleie er alle unntatt en plassert i andre kommuner. Det vil være fordelaktig for Oslo kommune om pasientene blir værende der de har vært i institusjon eller privatpleie i en årrekke hvis midlene legges inn i IS. Det bør vurderes om Oslo bør holdes utenfor omfordelingen av ansvar og økonomi mellom fylkeskommuner og kommuner, og om en eventuell betalingsordning mellom Oslo kommune sentrelt og bydelene bør overlates til Oslo kommune selv som eget forvaltningsnivå.

KAPITTEL 9

Behov for endringer i lover og forskrifter**9.1 INNLEDNING**

Utredningen går inn for at det iverksettes tiltak for å bidra til at somatiske og psykiatriske langtidspasienter som er innlagt i fylkeskommunale institusjoner overføres til en mest mulig normalisert tilværelse i kommunene. Virkemidlene for å oppnå dette er i stor grad økonomiske, jfr forslagene i "*Omfordeling av midler*" i kapittel 8 om omfordeling av midler mellom fylkeskommuner og kommuner og innføring av kommunal betalingsplikt for pasienter som har vært frivillig sammenhengende innlagt i visse fylkeskommunale institusjoner over et år.

Men det må også vurderes nøye hva slags endringer i lover og forskrifter som forslagene bør medføre. F eks vil forslaget om å innføre en kommunal betalingsplikt kreve en lovhjemmel. Forøvrig er det aktuelt med mindre endringer i sykehusloven og lov om psykisk helsevern, og forskriftsverket til disse lovene. Dette skyldes at de to lovene har bestemmelser om hvilke institusjonstyper som fylkeskommunene har ansvar for å drive, og institusjonstyper som somatiske og psykiatriske spesialsykehjem bør ikke lenger ha lovforankring i de lovene som regulerer fylkeskommunale spesialisthelsetjenester. Fylkeskommunene bør ikke fortsette å drive disse institusjonene på tradisjonell måte. Det har i lengre tid vært en prosess hvor kommunene gradvis har tatt på seg pleie- og omsorgsoppgaver for pasientgrupper som tidligere fikk tjenester i fylkeskommunale institusjoner, og utredningen foreslår særskilte tiltak for å få overført gjenværende langtidspasienter til kommunal omsorg. En rekke av de aktuelle forskriftene er mange år gamle og bærer preg av at de ikke er revidert i tråd med den utviklingen som er skjedd når det gjelder ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner. Mange av forskriftene gir misvisende signaler om hva slags tilbud som bør gis i fylkeskommunale institusjoner.

Behovet for endringer må imidlertid vurderes i forhold til det arbeidet som ellers er i gang i departementet med utkast til ny lov om spesialisthelsetjenester og ny lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Det er bare de mest presserende endringene som bør foretas sammen med de tiltakene som er foreslått her, mens andre endringer må avvente de nye lovene.

Lovarbeidet må følge de retningslinjene Regjeringen har fastsatt for gjennomgangen av særlovene fase II. Det såkalte særlovsprosjektet fase II omfatter gjennomgang av klagereglene og rettighets- og standardregler. Å oppheve eller endre eksisterende lov eller forskrift kan evt gjøres innen rammen av særlovsprosjektet fase II.

Her vil en redegjøre for de lov- og forskriftsendringer som synes å være nødvendige.

9.2 MIDLERTIDIG SÆRLOV OM KOMMUNALT ANSVAR FOR VISSE LANGTIDSPASIENTER

Det følger av den vanlige helse- og sosiallovgivningen at kommunene har ansvar for å yte pleie, omsorg og allmenne helsetjenester til somatiske og psykiatriske pasienter. Det anses således å være unødvendig med ytterligere lovfesting av kommunenes ansvar for disse pasientgruppene generelt. Men det er foreslått en «engangsoperasjon» for å få tilbakeført til kommunal omsorg visse grupper av langtidspasienter som historisk er blitt samlet opp i fylkeskommunale institusjoner, delvis fra

tiden før den nåværende ansvarsfordelingen mellom kommuner og fylkeskommuner gjaldt. For å bidra til at disse pasientene får tilfredsstillende kommunale tjenester og en mest mulig normalisert tilværelse, er det foreslått en særordning med kommunal betalingsplikt for den tiden de er innlagt i fylkeskommunal institusjon. Etter styringsgruppens oppfatning krever denne særordningen lovhjemmel.

Fordi ordningen med kommunal betalingsplikt ikke foreslås som en varig ordning, er det rimelig at den hjemles i en midlertidig særlov. Når den «historiske opprydningen» etter noen år er gjennomført, kan loven oppheves.

Den midlertidige loven skal for det første gi lovhjemmel for å pålegge kommunene å betale for pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært *frivillig* innlagt i visse fylkeskommunale institusjoner over et år, og som etter ikrafttredelsestidspunktet fortsetter å være innlagt.

Når det gjelder *tvangsinnlagte* psykiatriske pasienter er det foreslått en egen ordning, se "*Særskilt om tvangsinnlagte psykiatriske pasienter*" i avsnitt 8.3.4. Tvangsinnlagte pasienter omfattes etter forslaget ikke av det kommunale ansvaret og den kommunale betalingsplikten. Derimot er det foreslått at fylkeskommunen pålegges å overføre et beløp til kommunen når langtidspasienter får sin status omgjort fra spesielle tvangsinnlagt til frivillig innlagt og så skal utskrives til kommunal omsorg. Denne bestemmelsen bør også hjemles i særloven.

Loven bør videre gi retningslinjer for hvordan kriteriet for kommunal betalingsplikt skal forstås, hvordan saker skal behandles dersom det i enkeltsaker oppstår uenighet, og hvem som har myndighet til å avgjøre tvistespørsmål. Loven bør også angi hvordan størrelsen på den kommunale betalingen skal fastsettes, og hvem som har myndighet til å fastsette betalingssatsen. Videre bør loven inneholde regler som regulerer pasientenes rettigheter ved utskrivning.

Hvordan midler skal overføres til kommunene (jfr forslagene i "*Hvordan kan overføringene til kommunene skje?*" i underkapittel 8.4) trenger ikke hjemles i denne loven, og følger av de vanlige reglene for statlig økonomiforvaltning og overføringer til kommunesektoren. Men når det foreslås at kommunene skal få ansvar for å yte tjenester til et konkret antall enkeltpasienter og kommunene samtidig får overført midler på grunnlag av dette antallet, må det være juridisk helt klart hvilken kommune som blir ansvarlig hjemkommune.

Somatiske og psykiatriske langtidspasienter har ofte vært i institusjon eller i privatpleie i årevis, og vil ofte ha en svak tilknytning til hjemkommunen. Overføringen av ansvar til kommunene må ikke medføre at pasienter føler seg tvunget til å bosette seg i en kommune som de føler liten tilknytning til og hvor de ikke ønsker å være. Pasientenes valgfrihet til å kunne etablere seg der de ønsker må sikres et stykke på vei. Dette må innebærer en mulighet til å kunne velge å fortsette å bli i den kommunen der de har vært i institusjon eller privatpleie.

Valgfriheten utgjør imidlertid et problem i forhold til lovregler som regulerer hvilken kommune som har ansvaret for pasienten.

I lov om sosiale tjenester § 10-1 heter det: «Sosialtjenesten skal yte tjenester etter denne loven til alle som oppholder seg i kommunen. For den som oppholder seg i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester skal tjenestene likevel ytes av sosialtjenesten i den kommunen som var oppholdskommune forut for inntaket i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Dette gjelder også ytelser før utskrivning i forbindelse med utskrivning og etablering. Etter utskrivningen skal de sosiale tjenester ytes av sosialtjenesten i den kommune der vedkommende tar opphold, men utgiftene kan kreves refundert av oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen eller boligen med heldøgns omsorgstjeneste».

Etter gjeldende bestemmelse som regulerer hvilken kommune som har ansvaret for å yte sosiale tjenester er det altså slik at dersom en pasient etter utskrivning fra

institusjon bosetter seg i en annen kommune enn det som var oppholdskommunen forut for innleggelsen, så vil ansvaret for å yte sosiale tjenester til pasienten være delt mellom to kommuner. Den nye oppholdskommunen vil ha ansvaret for å yte tjenestene, inkludert faglige vurderinger av behovet for omfang og typer av tjenester. Oppholdskommunen forut for innleggelsen derimot vil ha det økonomiske ansvaret og skal betale kostnadene. Mye tyder på at ordlyden i bestemmelsen primært er utformet med tanke på innleggelser av mer normal varighet der pasienten tas inn fra hjemmet til et tidsavgrenset opphold og senere skal tilbake til hjemmet eller et kommunalt omsorgstilbud. For pasienter med årelange institusjonsopphold bak seg er ordningen uheldig. Den kan medføre at en kommune der pasienten ikke har vært på årtier og som således i det hele tatt ikke kjenner pasientens behov for tjenester allikevel må ta stilling til de kostnadmessige konsekvensene av de faglige vurderingene som skjer i en annen og kanskje fjern kommune. Satt på spissen kan antakelig den opprinnelige hjemkommunen nøye seg med å gi et billigere tilbud i denne kommunen, og dermed tvinge fram en flytting.

For kommunene vil de pasientene som omfattes av forslaget om kommunal overtakelse av omsorgsansvar i denne utredningen stå i en annen stilling enn andre pasienter som skrives ut fra institusjon. Siden det skal følge midler med utflyttingen, gjør ikke de hensyn som ligger bak § 10-1 annet ledd seg gjeldende i samme grad som ellers. Situasjonen er for så vidt parallell til ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede, og den samme løsningen bør velges i dette tilfellet, slik at den enkeltes valgrett med hensyn til tilflyttingskommune sikres. Det innebærer at pasienten kan søke om å få bosette seg i en bestemt kommune, og at pasientens eget ønske i såfall skal tillegges stor vekt. Pasienten bør ha en tilknytning til den kommunen som han søker seg til, enten i form av at han har bodd i institusjon eller privatpleie i kommunen over en viss tid, at det er hans tidligere hjemkommune, eller evt ved annen type tilknytning som f.eks familieband. Nærmere regler om hvordan slike søknader skal behandles forskriftsfestes, herunder regler om klageadgang.

Kommunehelsetjenesteloven har en annen ordning når det gjelder å bestemme hvilken kommune som er ansvarlig for å yte tjenester. I lovens § 2-1 første ledd sies det at «enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg».

Etter denne loven er det altså nåværende bostedskommune eller oppholdskommune som har ansvaret for å yte helsetjenester, inkludert det økonomiske ansvaret. Det kan altså tenkes situasjoner der én kommune vil ha det økonomiske ansvaret for sosialtjenester etter sosialtjenesteloven, mens en annen kommune får ansvaret for helsetjenester for samme pasient. Det sier seg selv at dette er meget uheldig og vil skape problemer for planlegging og rasjonell samordning av tjenestetilbudene, og at det vil kunne ramme pasientene i form av mangelfulle tilbud.

Ut fra ovenstående foreslås det at særloven får en bestemmelse som setter den generelle bestemmelsen i sosialtjenestelovens § 10-1 tilside for de spesielle gruppene som omfattes av særloven. Dette vil gjelde to grupper av pasienter:

1. Pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende *frivillig* innlagt lengre enn 12 måneder i somatisk spesialsykehjem eller psykiatrisk sykehjem eller ettervernshjem eller langtidspensjonat.
2. *Tvangsinnlagte* pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende innlagt lengre enn 12 måneder i psykiatrisk sykehjem eller ettervernshjem eller langtidspensjonat som senere får sin status omgjort til frivillig innlagt og blir utskrevet til kommunal omsorg.

Bestemmelsen i særloven om hvilken kommune som skal bli bostedskommune kan utformes på liknende måte som § 10 i den såkalte avviklingsloven i forbindelse med ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede.

Det forutsettes da at tilskuddene for pasientene etter den økonomiske omfordelingen, jfr "*Hvordan kan overføringene til kommunene skje?*" i underkapittel 8.4, går til de kommunene som faktisk mottar pasientene.

Særloven må få en ikrafttredelsesdato som bør være 1. januar det aktuelle året. Fra og med dette året får kommunene overført midler for de pasientene som de overtar ansvaret for. I tiden forut for ikrafttredelsen må søknader om bosetting avklares slik at det er klart hvilken kommune som skal få overført midlene og som blir pålagt betalingsplikten dersom pasienten ikke skrives ut. Fra ikrafttredelsesdatoen begynner den kommunale betalingsplikten å løpe for de pasientene som omfattes av ansvarsovertakelsen og som fortsatt er innlagt i fylkeskommunal institusjon. Den bør fortsette å løpe for pasienter som er innlagt i fylkeskommunal institusjon så lenge særloven gjelder.

9.3 ENDRINGER I SYKEHUSLOVEN

Sykehuslovens § 1 fastsetter hvilke institusjonstyper loven gjelder for, og regner deriblant opp spesialsykehjem. I lovens § 2 fastsettes det at hver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av slike institusjoner som er nevnt i § 1, altså også spesialsykehjem. I § 15 bokstav d defineres spesialsykehjem som «medisinsk institusjon som gir bestemte pasientgrupper opphold og i forbindelse hermed medisinsk pleie som ikke gjør opphold i de under bokstav a (sykehus) eller b (sykestue) nevnte institusjoner nødvendig».

Loven fastsetter altså et fylkeskommunalt ansvar for å drive spesialsykehjem, og gir i tillegg en innholdsdefinisjon av hva et somatisk spesialsykehjem skal være.

I tråd med tilrådinger fra statlige myndigheter har mange spesialsykehjem de siste årene lagt om driften slik at de er blitt sentre for habilitering/rehabilitering og opptrening, jfr "*Somatiske spesialsykehjem*" i kapittel 3. På dette grunnlag er både betegnelsen «somatisk spesialsykehjem» og definisjonen i sykehuslovens § 15 d blitt faglig avlegs. Loven bør derfor endres. Spørsmålet er om endringen kan avvende ny lov om spesialisthelsetjenester. Etter styringsgruppens oppfatning gir lovens betegnelse og definisjon viktige statlige signaler som har betydning for tjenestetilbudets utforming. De aktuelle lovendringene i sykehusloven vil være små og ikke kreve særlig omfattende saksforberedelse. Antakelig vil en ny lov om spesialisthelsetjenester ikke kunne tre i kraft før om 2-3 år. Det er derfor gruppens oppfatning at det bør fremmes forslag om mindre endringer i sykehusloven i den samme proposisjonen som foreslår en midlertidig særlov om kommunalt ansvar for visse langtidspasienter.

Lovendringene bør skje i sykehuslovens § 1 og § 15.

I § 1 bør betegnelsen «spesialsykehjem» utgå. En kan enten la være å ta inn noen betegnelse til erstatning for denne, eller finne en betegnelse som er tidsmessig og faglig dekkende for den institusjonstypen som en ønsker at fylkeskommunene skal ha ansvar for, f eks «habiliteringssenter», «rehabiliteringssenter», e l. Antakelig er det unødvendig å finne en betegnelse til erstatning for betegnelsen «spesialsykehjem», slik at ordet bare kan tas ut av lovteksten. Selv om institusjonstypen ikke nevnes i paragrafen, kan selvsagt fylkeskommunene allikevel drive slike institusjoner. De alminnelige regler om tilsyn mv med spesialisthelsetjenester vil allikevel gjelde.

Dersom en i § 1 ikke tar inn noen betegnelse til erstatning for spesialsykehjem, kan en i § 15 stryke bokstav d. Dersom en innfører en ny betegnelse i § 1, må denne defineres i § 15.

9.4 ENDRING I FORSKRIFT FOR SPESIALSYKEHJEM

Før 1989 da de vanlige somatiske sykehjemmene var fylkeskommunale og forankret i sykehusloven, hadde vi en felles sykehjemsforskrift for vanlige sykehjem og de somatiske spesialsykehjemmene. Da de vanlige sykehjemmene ble overført til kommunene ble det utarbeidet en ny forskrift for disse med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven. Den nye forskriften om somatiske sykehjem og boform for helseomsorg og pleie av 14. november 1988 innebar en betydelig forenkling i forhold til den tidligere sykehjemsforskriften, med langt mindre detaljerte krav til bygninger, utstyr og personell.

Samtidig ble den *gamle*, felles sykehjemsforskriften med minimale endringer ført videre som forskrift for de somatiske spesialsykehjemmene. Forskrift for spesialsykehjem av 14. november 1988 er så og si likelydende med den gamle sykehjemsforskriften fra 1984, bortsett fra at ordet «sykehjem» overalt er skiftet ut med «spesialsykehjem». Det sier seg selv at innholdet i denne forskriften er svært lite dekkende for den virksomhet som idag forventes ved sentre for rehabilitering/habilitering eller opptrening. Som en kuriositet kan nevnes at forskriften til og med har med en egen paragraf om skjermede avsnitt for senil demente uendret fra den gamle sykehjemsforskriften, en funksjon som helt åpenbart skal være et kommunalt ansvar. Habilitering, rehabilitering eller opptrening er overhodet ikke nevnt i forskriften.

Fordi den någjeldende forskriften er svært lite relevant og misvisende for den virksomheten som ønskes både i sentre og sengeinstitusjoner, bør den endres eller oppheves. Et alternativ er å lage en ny forskrift med forenklede krav til bygninger og utstyr, og med en kortfattet angivelse av hvilke funksjoner som bør ivaretas. Et annet alternativ er ganske enkelt å oppheve forskriften uten å lage noen ny. Det er en rekke institusjonstyper som ikke har egne forskrifter som regulerer virksomheten uten at det utgjør noe problem. Det finnes f.eks. ikke forskrifter for sykehus og poliklinikker. I stedet for å utarbeide en forskrift kan en evt. lage en faglig veileder som beskriver arbeidsmåter og -oppgaver for fylkeskommunale sentre og institusjoner, evt. for fylkeskommunal habilitering/rehabilitering generelt uten å knytte det til bestemte institusjonstyper. En bør også vurdere om Helsedirektoratets veiledningshefte om medisinsk rehabilitering fra 1991 er tilstrekkelig for formålet, evt. i en oppdatert form med et kortfattet supplement som tar opp spesielle problemstillinger som aktualiseres av herværende utredning om de somatiske spesialsykehjemmene.

9.5 ENDRINGER I LOV OM PSYKISK HELSEVERN

I lovens § 1 er det angitt hvilke institusjonstyper loven gjelder for, deriblant psykiatriske sykehjem og ettervernshjem og private forpleiningssteder. I § 2 sies det at hver fylkeskommune skal sørge for planlegging, oppføring og drift av slike institusjoner som er nevnt i § 1. Loven fastsetter altså et fylkeskommunalt ansvar for å drive psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og psykiatrisk privatpleie.

I § 10 er det bestemt at pasienter uten utskrivning kan overføres til psykiatriske sykehjem, daginstitusjoner, ettervernshjem og private forpleiningssteder fra psykiatriske sykehus og klinikker som de er knyttet til og står under tilsyn av. I § 11 er det gitt bestemmelser om at når noen er i privat psykiatrisk forpleining andre steder

enn de som er nevnt i § 10, skal offentlig lege godkjenne forpleiningsstedet og føre tilsyn med pasienten.

Det foreslåes en endring i lovens § 1, slik at betegnelse «ettervernshjem», «psykiatrisk sykehjem» og «psykiatrisk vern i privat forpleiningssted» tas ut av den oppregningen av institusjonstyper som loven gjelder for.

Endringen er begrunnet i den faglige utviklingen som er skjedd de siste årene, og de tilrådinger som tidligere er gått fra sentrale helsemyndigheter. Betegnelsen «psykiatrisk sykehjem» er faglig avlegs og gir assosiasjoner i retning av pleie- og omsorgstjenester som nå er en del av det kommunale ansvaret. «Ettervern» bør ikke skje i egne ettervernshjem, men være en del av den øvrige behandlingsskjeden og også inkludere botrening i kommunene. Det er foreslått at kommunene overtar ansvaret for pasienter i privat psykiatrisk forpleining. Det vil være misvisende og gi feil statlige signaler fortsatt å la psykiatriske sykehjem og ettervernshjem og psykiatrisk privatpleie være nevnt i lov om psykisk helsevern som et særskilt fylkeskommunalt ansvar.

Et spekter av ulike institusjonstyper er i ferd med å avløse sykehjemmene og ettervernshjemmene, kalt psykiatriske sentre, bo- og behandlingssentre, rehabiliterings- eller treningssentre, distriktpsikiatriske sentre, osv. Disse nye institusjonstypene skal fortsatt være fylkeskommunale og yte spesialisthelsetjenester, og lov om psykisk helsevern må gjelde for dem. Særlig for de av institusjonene som har døgnplasser er det av rettssikkerhetsgrunner viktig at faglig ansvar, inn- og utskrivninger osv, er tilfredsstillende regulert. De trenger imidlertid ikke være nevnt i lovens § 1 som en egen institusjonstype med en felles dekkende betegnelse. Paragrafen inneholder nemlig en kategori som heter «annen psykiatrisk institusjon», og en forskrift for psykiatriske sentre mv som skal regulere disse institusjonene nærmere kan vise til denne betegnelsen. Lovendringen i § 1 kan dermed begrense seg til at de nevnte institusjonsbetegnelser fjernes, uten at en trenger nye betegnelser til erstatning for disse. I forskriften (jfr *"Endringer i forskrifter til lov om psykisk helsevern"* i avsnitt 9.6) kan det derimot være god grunn til å ha en eller noen få definerte institusjonstyper, slik at det er klart hva en institusjon er godkjent som. Dersom en «slående betegnelse» gir seg, kan det være grunn til å ta denne direkte inn i lovteksten.

Lovens § 10 regulerer som nevnt overføringer av pasienter uten utskrivning mellom sykehus/klinikk og andre institusjoner, deriblant psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og private forpleiningssteder. Dersom disse betegnelse tas bort i § 1 må også § 10 endres. Det er usikkert hvor stort behov det generelt er for § 10. Noen fylkeskommuner har en rekke av sine psykiatriske sykehjem mv knyttet til et sykehus etter § 10, og i disse tilfellene blir overføring av pasienter mellom sykehus og sykehjem mv forenklet ved at innleggelsesdokumenter ved tvangsinnleggelse ikke trengs å utferdiges på nytt. Andre fylkeskommuner benytter ikke denne muligheten, i og med at psykiatriske sentre mv disse stedene er faglig selvstendige institusjoner og ikke knyttet til sykehus. Overføringer av pasienter mellom institusjoner i disse fylkene synes ikke å utgjøre noe stort problem, selv om vi har liten oversikt over om slike overføringer skjer i korrekte rettslige former. Det er således mulig at § 10 i sin helhet kan oppheves. Dersom en ikke velger å oppheve paragrafen må ordlyden endres. Det foreslås i såfall at den konkrete oppregningen av institusjonstyper i paragrafen erstattes med en formulering om at pasienter uten utskrivning kan overføres fra psykiatrisk sykehus eller klinikk til annen psykiatrisk institusjon som er knyttet til sykehuset eller klinikken, evt til annen godkjent psykiatrisk institusjon på fylkets helseplan.

§ 11 regulerer privat psykiatrisk forpleining på forpleiningssteder som ikke er knyttet til sykehus. I og med at det foreslås at kommunene skal overta ansvaret for

pasienter i privatpleie bør paragrafen oppheves. Dersom kommunene overtar privatforpleiningskontrakter vil forholdene reguleres av sosialtjenestelovens § 7-5 med tilhørende forskrift.

§ 11 har også vært brukt til å godkjenne selvstendige institusjoner i motsetning til den sykehustilknytning som § 10 innebærer. En trenger ikke opprettholde paragrafen eller en tilsvarende bestemmelse av denne grunn. Enhver psykiatrisk institusjon skal godkjennes med hjemmel i lov om psykisk helsevern § 2 femte ledd, og evt etter forskrift som regulerer institusjonstypen, slik som en ny forskrift som foreslått her.

Også når det gjelder de foreslåtte lovendringene i lov om psykisk helsevern kan det reises spørsmål om de må gjennomføres samtidig med gjennomføringen av særloven, eller om de kan vente til de varslede nye lovene fremlegges. Igjen må det anføres at det kan ta betydelig tid før proposisjonene om ny lov om spesialisthelsetjenesten og ny lov om psykisk helsevern uten samtykke kan legges fram. Etter styringsgruppens oppfatning er de foreslåtte endringene i nåværende lov om psykisk helsevern viktige når det gjelder å fastslå hva som er henholdsvis kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Heller ikke disse forslagene om lovendringer anses å kreve omfattende saksforberedelse, slik at de bør kunne legges fram i den samme lovproposisjonen som omhandler særloven.

9.6 ENDRINGER I FORSKRIFTER TIL LOV OM PSYKISK HELSEVERN

Det er et omfattende og uoversiktlig forskriftsverk til lov om psykisk helsevern som berører psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og private forpleiningssteder. Forskriftene er i liten grad oppjustert og modernisert i tråd med faglig og administrativ utvikling de siste årene. Departementet må gå igjennom hele forskriftsverket til lov om psykisk helsevern i forbindelse med arbeidet med ny lov om spesialisthelsetjenester og ny lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Spørsmålet er om endringer i de forskriftene som berører psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og private forpleiningssteder kan avvende den øvrige gjennomgangen av forskriftsverket, eller om det bør være nye regler klare når ansvarsoverføringen til kommunene med kommunal betalingsplikt trer i kraft.

Forskriftene vil gjelde den delen av tjenestetilbudet som fylkeskommunene skal fortsette å ha ansvaret for. At kommunene skal ta mer ansvar for psykiatriske langtidspasienter innebærer imidlertid også krav til de fylkeskommunale tilbudene. Det vil i en slik situasjon være uheldig om det gjeldende regelverket for de ulike typene av fylkeskommunale institusjoner ikke er tilpasset den nye virkeligheten, men gir misvisende signaler om hvordan institusjonene skal organiseres og hvilke oppgaver de bør dekke. At forskriftsverket er lite tidsmessig svekker generelt tilliten til regelverket, og kan dermed bidra til å svekke pasientenes rettssikkerhet.

På denne bakgrunn foreslås det at de forskriftene som angår psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og private forpleiningssteder gjennomgås, og at det utarbeides forslag til endringer innen særloven trer i kraft. Utarbeidelsen av utkast til nye regler antas ikke å bli svært tidkrevende, da en vesentlig del av endringene bør bestå i å oppheve uaktuelle bestemmelser.

Prinsippet for å utarbeide et nytt regelsett bør være at det lages en felles forskrift for de aktuelle fylkeskommunale institusjonene - dvs for psykiatriske sentre og for andre mer spesialiserte fylkeskommunale institusjoner. Psykiatriske sentre bør som hovedregel være faglig selvstendige institusjoner, og ikke være faglig underordnet psykiatrisk sykehus eller avdeling. Administrativt kan et senter være knyttet til andre enheter som f eks et lokalsykehus eller en psykiatrisk organisasjon annet sted

i fylket. Forskriften må regulere hvem som har overordnet faglig ansvar for institusjonen, si noe om arbeidsoppgaver og serviceinnretning mot kommunene, og regulere inn- og utskrivninger i de institusjonene som har døgnplasser.

Når det gjelder muligheten til å ta imot pasienter til tvangsinnleggelse etter §§ 3 og 5 i lov om psykisk helsevern, bør det ikke innføres nye prinsipper i forbindelse med dette arbeidet. Dvs at sentre og andre egnede institusjoner med døgnplasser bør få adgang til å motta tvangsinnlagte pasienter på samme måte som psykiatriske sykehjem har slik adgang idag. Det har imidlertid vært en uklarhet i gjeldende regelverk som en bør benytte anledningen til å avklare. Det gjelder spørsmålet om pasienter kan tvangsinnlegges etter lovens § 5 direkte i psykiatrisk sykehjem, eller tilsvarende institusjon, evt til og med direkte i privatpleie. En del forskrifter og rundskriv tyder på at myndighetene anser at det er en slik adgang, jfr Forskrifter om psykisk helsevern uten den sykes samtykke av 14.11.88 § 5-1 siste ledd og Rundskriv I-15/92 av 31.03.92 om veiledning om innleggelse og tilbakeholdelse av pasienter uten eget samtykke i medhold av lov om psykisk helsevern, s. 6 nederst ff. Spørsmålet er imidlertid juridisk tvilsomt.

Faglig og rettssikkerhetsmessig er det ikke betryggende at tvangsinnleggelser etter § 5 skal kunne skje i institusjoner uten tilstrekkelig psykiatrisk kompetanse. Den alminnelige regel bør derfor være at førstegangs tvangsinnleggelser etter § 5 bare skal kunne skje i sykehus eller klinikk. Etter at pasienten er tilfredsstillende vurdert her bør overføring kunne finne sted til andre psykiatriske institusjoner, på samme måte som idag. Forutsetningen er selvsagt at det må være institusjoner med tilstrekkelige kvalifikasjoner til å ta imot tvangsinnlagte pasienter, det vil i hvert fall si at kvalifikasjonene ikke må være lavere enn det som idag gjelder for psykiatriske sykehjem. Slike krav til institusjonen for at den skal kunne ta imot tvangsinnlagte pasienter forutsettes regulert i forskriften.

Med en felles forskrift for psykiatriske sentre og andre fylkeskommunale psykiatriske institusjoner utenom sykehus og klinikker vil denne delen av regelverket til lov om psykisk helsevern bli langt mer oversiktlig enn tidligere. Den usikkerheten som finnes om hvilke av de gamle forskriftene som fortsatt gjelder vil bli borte, og vi vil få en forskrift som er konsistent og i tråd med moderne faglige prinsipper og den utvikling i ansvarsfordeling for ulike oppgaver som er skjedd i senere år.

Følgende eldre forskrifter og rundskriv vil kunne oppheves:

- Forskrift om tilsyn med psykiatriske sykehjem av 1.07.78.
- Delegasjon av godkjenningsmyndighet for psykiatriske sykehjem av 15.12.77.
- Forskrift for oppføring, innredning og drift av psykiatriske sykehjem av 15.11.77, sist endret 18.01.94.
- Rundskriv av 1.04.81. Psykiatriske sykehjem. Forbud mot overbelegg.
- Forskrifter for psykiatriske ettervernshjem og langtidspensjonater av 1.11.74.
- Forskrifter for privatpleie av sinnslidende som ikke står under tilsyn av psykiatrisk sykehus av 15.12.69, sist endret 17. mars 1992.
- Forskrifter for privatpleie av sinnslidende som står under tilsyn av psykiatrisk sykehus av 15.12.69, sist endret 17. mars 1992.
- Forskrifter for privatpleie av sinnslidende. Tillegg av 26.11.72. Dispensasjonsadgang fra bestemmelsene om antall pasienter i samtidig pleie.
- Endring av 15.07.83 i forskrifter for privatpleie av sinnslidende. Delegasjon av dispensasjonsadgang til fylkeslegene.

En må også gå igjennom øvrige forskrifter til lov om psykisk helsevern som ikke direkte gjelder psykiatriske sykehjem, ettervernshjem og private forpleiningssteder for å sjekke om disse inneholder enkelte formuleringer som gjelder disse institusjonstypene.

Dersom det lages en ny felles forskrift for psykiatriske sentre og andre lokale fylkeskommunale psykiatriske institusjoner, bør eksisterende psykiatriske sykehjem og ettervernshjem kunne fortsette å være godkjent etter de gamle forskriftene i en overgangsperiode. Overgangsperioden bør imidlertid være begrenset til noen år, slik at institusjonene etterhvert må tilpasses de nye forskriftene.

KAPITTEL 10

Økonomiske og administrative konsekvenser

Utredningens forslag er begrunnet i ønsket om å gi langtidspasientene tilgang til de tjenester de trenger og tilfredsstillende livskvalitet. For å oppnå dette anses det nødvendig å rydde opp i ansvarsforhold som har vært opplevd som uklare, og gjennomføre spesielle tiltak overfor grupper som ikke har fulgt med i den allmenne utviklingen som ellers har skjedd når det gjelder fordelingen av ansvar for helse- og sosialtjenester mellom kommuner og fylkeskommuner. Grupper av langtidspasienter er blitt værende igjen i somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem mv og i psykiatrisk privatpleie, på tross av de hovedsaklig har behov for pleie, omsorg og allmenne helsetjenester, og i mindre grad spesialisthelsetjenester. Som følge av dette er gruppene rammet av uheldige konsekvenser av unødige institusjonsopphold, samtidig som de i for liten grad har fått tilgang til de helse- og sosialtjenester som de trenger.

På denne bakgrunn fremmes det forslag til spesielle tiltak for avgrensede grupper av langtidspasientene. Forslagene gjelder:

- Pasienter som på kartleggingstidspunktet 15. juni 1993 hadde vært sammenhengende innlagt i somatiske spesialsykehjem over et år.
- *Frivillig* innlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet 1. mai 1993 hadde vært sammenhengende innlagt i psykiatriske sykehjem, ettervernshjem eller langtidspensjonater over et år.
- *Alle* pasienter som er i privat psykiatrisk forpleining, med unntak av eventuelle pasienter som etter særskilt undersøkelse vurderes å trenge tvungen omsorg.
- *Tvangsinnlagte* pasienter i psykiatriske sykehjem, ettervernshjem eller langtidspensjonater som på kartleggingstidspunktet 1. mai 1993 hadde vært sammenhengende innlagt over et år og som senere får sin status omgjort fra tvangsinnlagt til frivillig innlagt og blir utskrevet til kommunal omsorg.

For *de tre første* av disse gruppene (frivillig innlagte pasienter) foreslås det at kommunene får ansvar for å yte pleie, omsorg og allmenne helse- og sosialtjenester. Mesteparten av de midler som fylkeskommunene har brukt til institusjonsomsorg for disse overføres til kommunene. Videre foreslås det at kommunene får plikt til å betale fylkeskommunene for slike pasienter så lenge de fortsetter å være innlagt i fylkeskommunale institusjoner.

For *tvangsinnlagte* pasienter foreslås det ingen overføring av ansvar eller midler til kommunene så lenge de er tvangsinnlagt. Det foreslås imidlertid en særordning for tvangsinnlagte pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende innlagt over et år, og som etter at den generelle ansvarsoverføringen er trådt i kraft får sin status omgjort fra tvangsinnlagt til frivillig innlagt og som da skal skrives ut til kommunal omsorg. Disse pasientene omfattes ikke av den generelle overføringen av midler fra fylkeskommuner til kommuner som er omtalt ovenfor, men det foreslås at fylkeskommunen i det enkelte tilfelle må yte et tilskudd til kommunen for slike pasienter. Særordningen med fylkeskommunalt tilskudd til kommunen ved utskrivning av tidligere tvangsinnlagte pasienter gjelder bare for de tvangsinnlagte pasientene som på kartleggingstidspunktet hadde vært sammenhengende innlagt over et år. For andre tvangsinnlagte pasienter vil de vanlige reglene gjelde når de skal utskrives til kommunal omsorg.

Forslagene har både administrative og økonomiske konsekvenser.

10.1 ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Forslagene tar ikke sikte på noen endring av den fastsatte ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene som bl a følger av kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester. Forslagene oppfattes heller som særtiltak som skal bidra til å sikre at de intensjonene om kommunalt ansvar som nevnte lover inneholder oppfylles. I tråd med disse intensjonene tar en sikte på å få overført ansvaret for pasienter som hovedsaklig trenger pleie, omsorg og allmenne helsetjenester til kommunalt nivå.

Forslagene medfører at kommunene pålegges ansvaret for å yte pleie, omsorg og allmenne helsetjenester, inkludert ansvaret for å skaffe bolig eller kommunal heldøgns omsorgstjeneste, for et bestemt antall fylkeskommunale institusjonspasienter. Det gjelder:

393 døgnpasienter og 30 dagpasienter i somatiske spesialsykehjem

2.213 døgnpasienter og 623 dagpasienter i psykiatriske langtidsinstitusjoner

507 pasienter i privat psykiatrisk forpleining

Det er foreslått en midlertidig særlov om kommunalt ansvar for visse langtidspasienter, bl a for å gi lovhjemmel for den kommunale betalingsplikten. Videre foreslås det enkelte mindre endringer i sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Det er i tillegg behov for endringer i forskrifter.

10.2 ØKONOMISKE KONSEKVENSER

10.2.1 Konsekvenser for kommunene

Utredningens forslag innebærer at det skaffes til veie boliger til anslagsvis 1.846 personer som er vurdert til å kunne skrives ut til hjemmebaserte tjenester. Kommunene kan enten finne ledige boliger eller bygge nye.

De aller fleste pasientene trenger hjemmebaserte tjenester, om enn i varierende omfang. Kartleggingene og beregninger viser at det er behov for om lag 2.080 årsverk i slike tjenester, dersom alle pasientene bor i egne boliger. En regner med at 30 % av disse dekkes av sykepleiere, og 70 % av hjelpepleiere.

Da en del pasienter vil trenge døgnkontinuerlig tilsyn, vil antakelig noen kommuner som ikke har slike tjenester idag måtte etablere døgn-tjenester. Det vil dessuten være kommunale oppgaver å tilby dagaktivisering, støttekontakter, hjelpeverger og voksenopplæring. Kommunene må koordinere og organisere tjenester og tiltak på formålstjenlig vis.

Videre antas det å være behov for ca 893 alders- eller sykehjemsplasser eller tilsvarende boformer for heldøgns omsorg og pleie når kommunene overtar ansvaret for de angitte langtidspatientene.

For å ivareta disse oppgavene foreslås det at kommunene får overført til sammen 891 mill 1993-kroner pr år, og at det samme beløpet trekkes ut av den fylkeskommunale rammen. Det som trekkes ut av rammen for den enkelte fylkeskommune beregnes ut fra hvor mye fylkeskommunen brukte i 1993 til institusjonsomsorg for de pasientene som omfattes av ansvarsoverføringen.

Overføringene til kommunene foreslås lagt på en øremerket post og tildelt den enkelte kommune etter hvor mange pasienter som kommunen får ansvar for. Midlene bør overføres via en slik øremerket post i minst 5 år. Mot slutten av perioden bør ordningen evalueres, og det bør vurderes om midlene etter det bør legges gradvis inn i det generelle inntektssystemet etter overgangsordningen.

Det foreslås innført en ordning med *kommunal betalingsplikt* for de pasientene som kommunene overtar ansvaret for, men som fortsetter å være innlagt i fylkeskommunale institusjoner. For pasienter i de *psykiatriske* langtidsinstitusjonene som omfattes av betalingsplikten foreslås en felles sats for den kommunale betalingen i

hele landet på kr 273.000 pr pasient pr år. For *somatiske* spesialsykehjem foreslås det en todelt sats. Et grunnbeløp på kr 270.000 pr pasient pr år fastsettes likt for hele landet. I tillegg kommer en variabel sats som skal tilsvare halvparten av differansen mellom grunnbeløpet og gjennomsnittlig pasientkostnad i den enkelte institusjon på kartleggingstidspunktet. Betalingssatsen for dagpasienter settes ved både somatiske og psykiatriske institusjoner til 0,3 av betalingen for døgnpasientene.

Når det gjelder de *psykiatriske* pasientene som omfattes av ansvarsoverføringen, anses det at kommunene i gjennomsnitt vil få sine utgifter til kommunale tjenester for disse dekket av de overføringer som de mottar. Det kan imidlertid være store forskjeller mellom de kommunale utgiftene for enkeltpasienter. Av denne grunn foreslås det at en del av midlene avsettes til skjønnsmidler og tildeles etter søknad på bakgrunn av spesielt store utgifter til enkeltpasienter. Konkret foreslås at hver kommune får overført kr 250.000 pr pasient pr år, og at kr 23.000 pr pasient avsettes til skjønnsmidler.

Når det gjelder pasientene i de *somatiske spesialsykehjemmene* er ikke overføringene fra fylkeskommunene tilstrekkelig til å dekke kommunenes utgifter når pasientene skrives ut. På bakgrunn av beregninger av kommunenes utgifter til tjenester for disse pasientene, blir det en underdekning på 380 mill kr pr år i driftsutgifter når alle pasientene er skrevet ut til kommunal omsorg, i forhold til det som trekkes ut av de fylkeskommunale rammene.

10.2.2 Konsekvenser for fylkeskommunene

Statens rammetilskudd til fylkeskommunene foreslås redusert med 891 mill (1993)-kr, for å dekke kommunenes økte utgifter. Når det gjelder de langtidspatientene ved de *somatiske spesialsykehjemmene* som omfattes av ansvarsoverføringen, er *alt* det som fylkeskommunene brukte til institusjonstjenester for disse i 1993 inkludert i fradraget (187 mill kr). For de *psykiatriske langtidspatientene* derimot får fylkeskommunene i begynnelsen beholde 289 mill kr pr år (ca 31 %) av de 937 mill kr som de i 1993 brukte til institusjonstjenester for disse pasientene. *Hele* beløpet på 56 mill kr som fylkeskommunene i 1993 brukte til *privatpleiener* inkludert i reduksjonen.

Fylkeskommunene beholder de midler som de har brukt til institusjonsdrift for pasienter som på kartleggingstidspunktet hadde vært kortere innlagt enn 12 måneder (203 mill kr for korttidspasientene i somatiske spesialsykehjem og 513 mill kr for korttidspasientene i psykiatriske institusjoner, tilsammen 716 mill kr). I tillegg beholder de altså 289 mill kr for de psykiatriske langtidspatientene som også i begynnelsen vil gå til å finansiere institusjonsdriften.

Utover dette vil fylkeskommunenes institusjonsdrift finansieres av den kommunale betalingsplikten inntil de aktuelle pasientene er skrevet ut.

De 289 mill kr som fylkeskommunene beholder for psykiatriske langtidspasienter som kommunene overtar omsorgsansvaret for, vil bli redusert etter som pasientene skrives ut. Dette skyldes at noe av midlene må benyttes til å dekke Folkestrygdens økte utgifter som følge av utskrivningene. 155 mill kr beholdes i fylkeskommunene også etter at pasientene er skrevet ut. Begrunnelsen for dette er at fylkeskommunene fortsatt skal ha et betydelig ansvar for de utskrevne langtidspatientene, i form av ambulante tjenester, konsultasjon til kommunalt personell, og korttidsplasser til bruk for midlertidige innleggelse ved kriser. Det forutsettes at fylkeskommunene omstrukturerer tjenestetilbudet fra institusjoner som psykiatriske sykehjem til lokalpsykiatriske tjenester rettet mot kommunene. I forhold til beregnede behov for midler til lokalpsykiatriske tjenester i fylkeskommunene innebærer den

summen som er foreslått beholdt i fylkeskommunene en underdekning på 113 mill kr pr år i driftsutgifter.

Når fylkeskommunale institusjoner må bygges ned som følge av at pasienter skrives ut, vil en kunne risikere at utgiftene pr pasient for gjenværende pasienter øker. Det forutsettes at fylkeskommunene selv dekker slike eventuelle pukkeeffekter. Det vil også kunne påløpe utgifter ved at ansatt personell ikke lar seg omplassere til annet arbeid i fylkeskommunen, eller ikke kan gis tilsetning i kommunene. Dersom det innføres spesielle pensjonsrettigheter for slikt personell slik det ble gjort ved ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede, forutsettes staten å medvirke på samme måte.

10.2.3 Konsekvenser for staten

Staten får flere økte utgifter som følge av at pasienter skrives ut.

Økte utgifter for Folketrygden

Økt utgifter for trygden skyldes bl a at pasienter som skrives ut til bolig eller til kommunal institusjon får utbetalt hele trygden istedenfor avkortet trygd som de får mens de er innlagt i fylkeskommunal institusjon. De økte utgiftene vil påløpe gradvis etter som pasientene skrives ut. De økte utgiftene pr år når alle pasientene er skrevet ut er beregnet til 168 mill kr. Folketrygdens økte utgifter foreslås helt eller delvis dekket innenfor de reduserte tilskuddene til fylkeskommunene.

Økte utgifter for Husbanken

Husbanken yter tilskudd og lån på særskilt gunstige betingelser til boliger for funksjonshemmede. Det er regnet med at alle pasienter som omfattes av overføringen av ansvar til kommunene og som trenger bolig vil komme inn under disse gunstige boligfinansierings-ordningene. Videre er det foretatt beregninger ut fra at boliger til tidligere institusjons-pasienter skaffes ved nybygging. Ut fra disse forutsetninger vil det være behov for engangs *boligtilskudd* fra Husbanken på totalt 216 mill kr, og et øket *utlånsbehov* på 508 mill kr.

I tillegg kommer utbetaling av årlig *bostøtte* på 20 mill kr. Det vil dessuten være behov for tilskudd og lån til kommuner for bygging av sykehjem eller boformer for heldøgns omsorg og pleie. Husbankens *tilskudd* til dette formålet er beregnet til 107 mill kr, og det er et beregnet *utlånsbehov* på 518 mill kr. Når det gjelder Husbankens økte utgifter, foreslås det at staten selv i form av økte bevilgninger over statsbudsjettet tar på seg disse.

Skjønnsmidler for pasienter fra de somatiske spesialsykehjemmene

Pasientene fra de somatiske spesialsykehjemmene er dyrere i kommunal omsorg enn det de fylkeskommunale institusjonstjenestene kostet for denne gruppen. Av denne grunn er ikke omfordelingen av midler fra fylkeskommunene tilstrekkelig til å dekke kommunenes utgifter for disse pasientene. Departementet må vurdere om det skal foreslås at staten dekker det kommunale merbehovet på 378 mill kr. Det foreslås i såfall at dette settes av som *skjønnsmidler*, og fordeles til kommuner etter søknad om tilskudd for pasienter som er dyrere enn det som dekkes av de ordinære overføringene.

Ordningen med å administrere tildelinger til kommunene fra en øremerket post vil medføre merarbeid for Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og fyl-

keslegene. Omfanget av merarbeidet i form av behov for nye stillinger er ikke beregnet.

Forslagene om omfordeling av midler og merbehov oppsummeres i tabell 10.1

Tabell 10.1: Omfordeling av midler og merbehov i mill 1993-kr

	Fylkeskom. totale utgifter langtidsomsorg i 1993	Av dette brukt til pasienter som kommunene får ansvaret for	Overføres til kommunene fra den fylkeskom- munale rammen	Beregnete kostnader i kommunal- omsorg	Merbehov
Som.sp.sykehj.	390	187	187	566	378
Ps. sykehjem	1.450	937	648	648	0*
Privatpleien	56	56	56	123**	67/82**
SUM	1.896	1.180	891	1.337	445-573

* Etter beregningene er det ikke noe udekket merbehov i kommunene. Når pasientene skrives ut og Folketrygdens utgifter påløper, vil det imidlertid oppstå en underdekning som vil øke til 113 mill kr når alle pasientene er utskrevet. Dette under forutsetning av at *fylkeskommunene* skal beholde 268 mill kr av det de brukte til langtidspasientene til spesialisthelsetjenester, jfr kap 8.3.1. Underdekningen kan dekkes med statlig bevilgning, eller ved at fylkeskommunene får beholde mindre enn det beregnede behovet.

** De beregnede kostnadene i kommunene for pasienter fra privatpleien på 123 mill kr er *meget* usikre. Dersom en baserer seg på dette tallet er det et merbehov på 67 mill kr pr år i kommunale driftsutgifter. Dersom kommunene skal tilføres et beløp på kr 270.000 pr pasient pr år for disse pasientene som for de andre psykiatriske pasientene, blir merbehovet på 82 mill kr pr år.

Folketrygdens merutgifter er ikke tatt med i tabellen da disse vil variere over tid etter som pasientene skrives ut.

Vedlegg 1

Institusjoner godkjent som somatisk spesialsykehjem

Østfold

Kure Gård Norsk Folkehjelp
Habiliteringstjenesten i Østfold (tidl. Furutun Cp-hjem)
Østfoldheimen (nedlagt)

Oslo

Manglerud Nevrohjem
Furuset MS-hjem
Vestli MS-hjem
Hjemmet for døve Nordstrand
Høyenhall Bo-og rehabiliteringssted

Akershus

Eikåsen MS-hjem
MS-senteret i Hadadal

Hedmark

Lille Kjonerud
Sangenhagen habiliteringssenter for barn

Oppland

Røysumtunet Bo- og behandlingssenter

Buskerud

Buskerud Vanførehjem
Blentenborg Cerebral Parese hjem

Vestfold

Solvang senter
Østegaard MS-senter

Telemark

Menstad Habiliteringssenter
Vest-Agder
Kongsgårdsheimen
Lillebølgen bo- og behandlingshjem for kronisk syke barn

Rogaland

Rogalandstunet Bo- og aktivitetssenter
Røde Kors nevrohjem «Lassa»
Østerlide Habiliteringssenter
Rikatun Bo- og behandlingssenter

Hordaland

Nordåstunet
Møre og Romsdal
Haug behandlingssted for Cerebral Parese
Nevrohjemmet i Ålesund
Mork Senter for funksjonshemma

Sør-Trøndelag

Trondsletten habiliteringssenter
Munkvoll Gård

Troms

Mellomveien bo- og behandlingssenter

Vedlegg 2

Psykiatriske langtidsinstitusjoner.

Østfold

Sarpsborg psykiatriske bo- og behandlingssenter
Konglelunden psykiatriske senter
Fredrikstad psykiatriske bo og behandlingssenter

Akershus

Elvestad sykehjem
Moenga bo- og treningssenter
Sikta sykehjem
Finstadtunet psykiatriske sykehjem
Lurud bo- og behandlingssenter
Rælingen sykehjem
Aurskog-Høland sykehjem
Solgården sykehjem
Storenga psykiatriske senter
Berger sykehjem
Vilberg helsetun
Lørenskog sykehjem

Oslo

Bakketun sykehjem
Birkelund sykehjem
Fagerli sykehjem
Herregårdshuset sykehjem
Hvalheim sykehjem
Leirvoll/Granlund sykehjem
Nøstret sykehjem
Solstad sykehjem
Tyrifjordheim bo- og behandlingssenter
Hygiea sykehjem
Furukollen psykiatriske senter
Grefsenlia sykehjem
Nesset sjukeheim
Rishaugen sykehjem
Skjelfoss sykehjem

Hedmark

Sangen sykehjem
Løbakk sykehjem
Myrvoldheimen
Psykiatrisk senter avd. Norø
Brumunddal sykehjem
Skyrund sykehjem

Oppland

Bredebygden sykehjem
Petershagen sykehjem
Kløverhagen sykehjem
Elling Fekjærs psykiatriske sykehjem

Aurdal psykiatriske sykehjem
Psykiatrisk sykehjemsavd. Jevnaker
Psykiatrisk sykehjemsavd. Gran

Buskerud

Brøholt bo- og behandlingssenter
Fiskumlia bo- og behandlingssenter (nedlagt)
Røysetoppen bo- og behandlingssenter
Torsberg bo- og behandlingssenter
Hallingdal sjukestugu, bo- og behandlingssenter
Fossanåsen bo- og behandlingssenter
Bergfløtt bo- og behandlingssenter
Lerberg bo- og behandlingssenter

Vestfold

Furubakken psykiatriske sykehjem
Hauanskogen psykiatriske sykehjem (nedlagt)
Preståsen psykiatriske sykehjem
Bjønnesåsen psykiatriske sykehjem
Hof psykiatriske sykehjem

Telemark

Psykiatrisk sykehjem, Notodden sykehus
Bamble sykehjem
Gjerpen alders- og sykehjem
Sanvoll sykehjem
Seljord psykiatriske senter

Aust-Agder

Mauråsen psykiatriske senter
Aas psykiatriske senter
Ljosland psykiatriske sykehjem (Nedlagt)
Kalvild psykiatriske sykehjem (Nedlagt)
Egra psykiatriske senter
Byglandsfjord psykiatriske senter

Vest-Agder

Lovisenlund sykehjem
Heslandsheimen
Aasen sykehjem
Solvang psykiatriske sykehjem
Vollan bo- og behandlingssenter

Rogaland

Engelsvoll psykiatriske sjukeheim
Klokkergarden psykiatriske sjukeheim
Lysskar psykiatriske senter
NKS psykiatriske sykehjem
Soltun psykiatriske sjukeheim
Varatun psykiatriske senter
Kopervik bu- og behandlingsheim
Stølen psykiatriske senter
Lassahagen
Eigersund psykiatriske sjukeheim
Randaberg psykiatriske senter

Tysvær psykiatriske senter
Suldal sjukeheim
Strand psykiatriske senter

Hordaland

Askviknes sjukeheim
Betanien psykiatriske senter
Bjørkelig psykiatriske sjukeheim
Domkirkehjemmet III
Fitjar sjukeheim
Jondal psykiatriske sjukeheim
Knappentunet
Lindås sjukeheim
Olavsviken psykiatriske sjukeheim
Radøy sjukeheim
Åstveit sjukeheim

Sogn og Fjordane

Fylkessjukeheimen Tronvik
Psykiatrisk senter, Nordfjord
Psykiatrisk senter, Sogndal, avd. Gaupne

Møre og Romsdal

Romsdal helseheim (nedlagt 1994)
Tingvoll bu- og rehabiliteringssenter
Kløvertun bu- og rehabiliteringssenter
Sandetun bu- og behandlingssenter
Solhagen psykiatriske sjukeheim
Nordlandet bu- og rehabiliteringssenter
Halsa bu- og rehabiliteringssenter
Eide bu- og behandlingssenter
Vedsund bo- og rehabiliteringssenter

Sør-Trøndelag

Haltdalen sykehjem
Hemne psykiatriske sykehjem
Melhus psykiatriske sykehjem
Betania bo- og behandlingssenter
Ringvål sykehjem (Nedlagt)
Åfjord sykehjem
Tiller bo- og behandlingssenter
Brudalen bo- og behandlingssenter

Nord-Trøndelag

Betania sykehjem
Halsen sykehjem
Nærøy sjukeheim

Nordland

Ofoten psykiatriske senter
Kløveråsen psykiatriske sykehjem
Røsvik bo- og behandlingssenter
Yttern psykiatriske sykehjem
Vefsn psykiatriske senter

Troms

Midtfylkets sykehjem

Kløvertun psykiatriske sykehjem

Sandnessundet psykiatriske sykehjem

Finnmark

Jansnes psykiatriske sykehjem

Tana helsesenter

Posanger helsetun

Betania psykiatriske sykehjem

Andre utgaver av dokumentet

Hent opp dokumentet i HTML-format

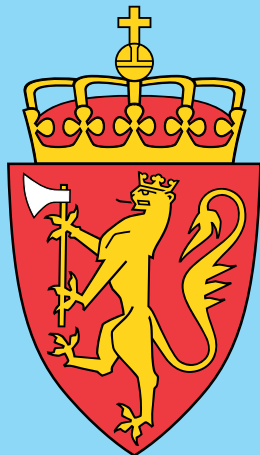
Slik ser det ut med Internett browser mot CD-ROM'en

 NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER NOU 1994:4
Kontrollen med «de hemmelige tjenester»
Instilling fra EØS-kommisjonen, oppnevnt ved Kgl. resolusjon 24. september 1993 Avgitt 7. februar 1994
<ul style="list-style-type: none">• Utsendelsesrett• Innholdsfortegnelse
<small>Utgiver: STATENS FORVALTNINGSTJENESTE SEKSJON STATENS TRYKKING</small>
<small>Trykt utgave: ISSN: 0333-2306 ISBN: 82-583-0279-5 Trykk: Falch Hartvigrykk as, Oslo OSLO 1994</small>
<small>Elektronisk utgave: ISSN: 0806-2633 (NOU Computerfile) = ISBN: 82-583-0279-5 / DOCUMENT NOU 1994: 4/NO HTML-versjon: Falch Infotek as, Oslo</small>

Du må ha en Internett browser for å gjøre dette

Hent opp i tekstformat (RTF)

 NOU NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER
TITTEL
INNLEDNING
KAPITLER
VEDLEGG



NOU

NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

1994

1995

1996

ODIN

HVIS DU HAR INTERNETT

HJELP

BRUKERDOKUMENTASJON

