



DET KONGELEGE
SOSIALDEPARTEMENT

St.meld. nr. 45

(2002–2003)

Betre kvalitet i dei kommunale
pleie- og omsorgstenestene

Innhold

1	Innleiing	5	5.11	Individuelle tenester uavhengig av språk, kultur og religion	38
2	Samandrag	8			
2.1	Status og utfordringar	8	6	Styrkt leiing og betre organisering	41
2.2	Enklare og betre	8	6.1	Leiings- og kvalitetsutvikling	41
3	Status og utfordringar	13	6.2	Organisering av tenestene i kommunane – tingarrolla og konkurranseutsetjing	41
3.1	Utviklingstrekk	13	6.3	Satsing på elektronisk samhandling	44
3.1.1	Status for dei kommunale tenestene	13	6.4	Samhandling mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta	47
3.1.2	Status for personellinnsats	17	6.5	Omsorgslønn og ordinær hjelpestønad	48
3.1.3	Status for kvaliteten i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene	18			
3.2	Utfordringar	21	7	Betre kompetanse og auka rekruttering	52
4	Kvalitet i dei kommunale tenestene	26	7.1	Bemanningsnormer	52
5	Samordna regelverk og større rettstryggleik	30	7.2	Rekruttering	54
5.1	Innleiing	30	7.3	Nye arbeidstidsordningar	56
5.2	Større rettstryggleik i institusjonar	32	7.4	Eit styrkt legetenestetilbod i pleie- og omsorgstenestene	56
5.3	Saksbehandling og rettstryggleiken til brukaren ...	32	7.4.1	Auka kapasitet	57
5.4	Rettstryggleik for brukarar utan samtykkekompetanse	33	7.4.2	Vurdering	59
5.5	Kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift	34	7.5	Holdningar og yrkesutøving	60
5.6	Harmonisering av regelverket for dei kommunale helse- og sosialtenestene	35	8	Finansiering og eigenbetaling ..	63
5.7	Samordning av det statlege tilsynet med dei kommunale helse- og sosialtenestene	35	8.1	Innleiing	63
5.8	Brukarane sin rett til å flytte til ein annan kommune	36	8.2	Dei nogjeldande betalingsordningane	63
5.9	Heimel for individuell plan i sosialtenestelova	37	8.3	Vurdering	65
5.10	Utviding av pasientombodsordninga	38	8.4	Vidare arbeid	65
			9	Økonomiske og administrative konsekvensar	67
			Litteraturliste		68

St.meld. nr. 45

(2002–2003)

Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene

*Tilråding frå Sosialdepartementet av 27. juni 2003,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Bondevik II)*

1 Innleiing

Regjeringa sitt mål for pleie- og omsorgstenestene i kommunane er at den einskilde skal sikrast tenester av god kvalitet. Tenestene skal utformast med utgangspunkt i ønske hos den einskilde og dekkje individuelle behov på ein forsvarleg måte, uavhengig av sosial status, personleg økonomi, bustad eller buform. Alle som ønskjer det, skal få høve til å bu heime så lenge som råd og ta i mot nødvendige tenester der.

I St.meld. nr. 31 (2001–2002) «Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen», varsla regjeringa at ho våren 2003 ville leggje fram ei stortingsmelding om betre kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Handlingsplanen for eldreomsorga hadde som utgangspunkt at ei opprusting av den kommunale eldreomsorga måtte begynne med investeringar i bygningar og ein auke av personellressursane. Gjennomføringa av handlingsplanen har lagt dei ytre rammene for ei god eldreomsorg gjennom auka kapasitet og betra bygningsmessig standard, med nye omsorgsbustadar, moderniserte sjukeheimar og einarom til alle som ønskjer det. Regjeringa vil med denne meldinga rette fokus mot innhaldet og kvaliteten i tenestene og føreslår mål, strategiar og tiltak for å utvikle betre pleie- og omsorgs-

tenester i tråd med ønske og behov hos den einskilde.

Regjeringa legg til grunn og byggjer vidare på Stortinget si behandling av St.meld. nr. 28 (1999–2000) Innhald og kvalitet i omsorgstenestene, sjå Innst. S. nr. 99 (2000–2001), der kvalitet blei definert som det å sikre grunnleggjande behov, som

- grunnleggjande fysiologiske behov
- helse
- tryggleik
- sjølvstende, å kunne meistre eigen kvardag og styre sitt eige liv
- respekt, individualitet og privatliv
- fellesskap
- aktivitet
- valfridom og fleksibilitet

Regjeringa ønskjer spesielt å fokusere på brukaropplevd kvalitet, valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbodet. Kva ein opplever som kvalitet, varierer frå menneske til menneske, og er avhengig av personlege verdiar og erfaringar. Det er derfor viktig at behova og ønska til kvar einskild brukar blir lagde til grunn når tenestene skal utformast. Den einskilde har også sjølv ansvar for å ta

vare på sitt eige liv og si eiga helse, halde ved like sosiale nettverk, og så langt det lèt seg gjere ta i bruk eigne materielle og menneskelege ressursar for å skape eit godt omsorgstilbod.

Grunnlaget for at den einskilde skal oppleve kvalitet, ligg i å bli møtt med respekt og å få høve til å vere med på å velje, bestemme og styre sjølv. Behova til den einskilde og respekten for integriteten og menneskeverdet til brukaren er grunnleggjande verdiar i pleie- og omsorgstenestene. All omsorg er avhengig av ein grunnleggjande og gjensidig tillit mellom tenesteytarane på den eine sida og brukarane på den andre sida. For å halde tilliten ved like, må den som yter tenester setje brukaren i stand til å realisere sine eigne behov, verdiar og ønske, og brukaren må i størst mogleg grad få vere med på å bestemme over sitt eige liv og utforminga av tenestetilbodet. Tenesteapparatet må sjå heile mennesket, ikkje berre forstå til dømes sjukdommen. Eit godt samspel med brukaren og pårørande vil skape tillit og er med på å betre den brukaropplevde kvaliteten.

Hjelpeapparatet skaper tryggleik når dei syter for tenester av stort nok omfang og brukarane kjenner seg trygge på at hjelpa kjem til rett tid. Dette gjeld for alle delar av tenestene.

Ansvar for å kunne tilby pleie- og omsorgstenester av god kvalitet ligg på fleire nivå:

- den einskilde tenesteutøveren har ansvar for å utøve yrket sitt i samsvar med gjeldande lover og reglar og i tråd med fagetiske retningslinjer. Møtet mellom tenesteutøveren og brukaren er ofte avgjerande for korleis brukaren opplever det samla tenestetilbodet.
- kommunane har ansvar for utbygging, utforming og organisering av eit forsvarleg og godt tenestetilbod til kvar einskild borgar som treng pleie og omsorg, i tråd med dei reglane som er gitt gjennom lover og forskrifter. Dei har ansvar for å utforme skriftlege kvalitetsprosedyrar som skal sikre at grunnleggjande behov blir dekte. God saksbehandling og klare einskildvedtak med reelle høve til å klage, er tiltak som gjer at brukaren får tillit til systemet og vil kjenne seg tryggare.
- staten har ansvar for å sikre like rammevilkår for tenesteproduksjonen gjennom utforming av regelverk og økonomiske rammer. Andre statlege oppgåver er å sikre tilgang på nok personell og føre tilsyn og kontroll med at tenestetilbodet er forsvarleg og blir utført i samsvar med gjeldande reglar. Staten skal leggje til rette for kvalitetsutvikling og kompetanseheving i kommunane.

I Sem-erklæringa er det slått fast at at det er eit sentralt mål for samarbeidsregjeringa å styrkje det lokale sjølvstyret. Kommunane må få handlingsrom til å utvikle eit tenestetilbod som er tilpassa lokale tilhøve og ønske i befolkningen.

Statlege styresmakter skal leggje til rette for kommunal utvikling og lokal tilpassing. Regjeringa vil gi kommunane auka handlingsrom til å utforme gode pleie- og omsorgstenester ut frå lokale tilhøve og behov. Statleg regelverk må ikkje vere til hinder for at ein utviklar gode løysingar lokalt med utgangspunkt i lokale tilhøve og dei behova innbyggjarane måtte ha.

Regjeringa vil auke kommunane sin del av dei frie inntektene gjennom ein monaleg reduksjon av øyremerkte tilskot. Lokaldemokratiet blir styrkt gjennom høge frie inntekter og lokale folkevalde får større handlingsrom. Tenesteproduksjonen blir òg meir effektiv gjennom betre tilpassing til lokale tilhøve. I Kommuneproposisjonen for 2004 (St.prp. nr. 66 (2002–2003)) foreslår regjeringa å styrkje kommunane sine inntekter med 2 pst. Om lag 2 ¼ milliardar av veksten er frie inntekter.

Regjeringa vil forenkle det statlege regelverket som er retta mot kommunesektoren. Detaljerte statlege reguleringar kan gjere det lokale ansvaret uklart og gi løysingar som er dårleg tilpassa dei lokale tilhøva. Regjeringa vil òg utvikle det statlege systemet for tilsyn slik at det sikrar rettstryggleiken til den einskilde og at tenestene held tilstrekkeleg kvalitet.

Det avgjerande for brukarane si oppleving av kvalitet er forholdet mellom tenesteytar og tenestemottakar. Kommunane må få handlingsrom til å utvikle den einskilde medarbeidar og den tenesteytande delen av organisasjonen. Regjeringa meiner derfor at det er behov for å utvikle nye samhandlingsformer mellom stat og kommune.

Staten og kommunesektoren kjem nærmare ei felles forståing av situasjonen i kommunesektoren gjennom dialog, til dømes gjennom konsultasjonsordninga med Kommunenes Sentralforbund. Konsultasjonsordninga kan og nyttast på ulike sektorområde som grunnlag for avtaler mellom staten og kommunane om kva for mål ein skal nå, og kva for oppgåver ein skal prioritere. Regjeringa og Kommunens Sentralforbund har inngått ein avtale om samarbeid for å betre kvaliteten i pleie- og omsorgstenesten gjennom lokalt utviklingsarbeid. Partane skal saman leggje til rette for betre saksbehandling, betre organisering og styrkt leiing. Dei skal utvikle vidare arbeidet med kvalitet gjennom Effektiviseringsnettverka. Utvikling av kvalitetsindikatorar, gjennomføring av brukarundersøkingar

og system for offentleggjering av kvalitetsresultat er ein del av dette arbeidet.

Regjeringa føreslår i denne meldinga ei heilskapleg satsing på innhald og kvalitet i pleie- og omsorgstenestene for å fremje betre kvalitet, valfridom og individuelle tenester ut frå desse hovudpunkta:

- samarbeid med kommunane
- styrkt leiing og betre organisering
- tilfredsstillande rekruttering og betre kompetanse
- større valfridom og styrkt rettstryggleik
- betre tilsyn og kontroll
- eit enklare og betre regelverk

Dagens statlege regelverk fremjar i for liten grad valfridom og individuelle løysingar. Tenestene er regulerte i fleire lovverk som i liten grad er harmoniserte, og betalinga for tenestene er ulik alt etter kvar brukaren bur, sjølv om behovet for og nivået på tenestene er det same. Dette hindrar heilskaplege løysingar og fleksibilitet, og gjer det vanskeleg å utforme individuelt tilpassa og skreddarsydde tenester. Regjeringa har som mål at den einskilte brukaren i større grad skal få høve til å velje tenester og tenestearena. Samstundes skal kommunane kunne gi eit tilbod tilpassa brukaren sitt behov, uavhengig av kvar tilbodet blir gitt. Dette vil ein oppnå ved å forenkle og samordne dei reglane og administrative systema som i dag hindrar kommunane i å organisere tenestetilbodet i tråd med ønske og behov hos brukarane.

Forenkling og samordning av regelverk og ordningar vil gjere den kommunale administrasjonen

og forvaltninga meir effektiv og styrkje leiingsfunksjonen, slik at ein større del av dei offentlege midlane kan kome brukarane til gode i form av betre tenester. Det er eit mål for regjeringa at dei framtidige reglane skal skape betre oversikt, struktur og samanheng i den kommunale tenesteproduksjonen og sikre ei målretta utnytting av dei samla ressursane.

Regjeringa har som mål å harmonisere føresegnene for tenestetilbodet i pleie- og omsorgstenestene slik at dei i større grad tek omsyn til dei individuelle behova brukarane har og er like uavhengig av kvar brukaren bur. Dei individuelle behova skal imøtekomast ved at ein presiserer tenestetilbodet i einskildvedtak.

Dette vil skape betre kvalitet i tenestetilbodet ved at

- rettstryggleiken blir styrkt gjennom spesifiserte og konkrete einskildvedtak som gjer det lett for brukaren og pårørande å kontrollere om lovfesta rettar blir oppfylte
- det blir lagt opp til auka effektivitet ved at ressursane ikkje blir bundne opp mot visse tenestearenaer
- kommunane får større fridom til å styre ressursane dit behova på eit gitt tidspunkt er størst

Brukarbetalingsordningar er sentrale for å skape gode løysingar i høve til kvalitet. Regjeringa har som mål at desse, på same måten som vedtak om tenester, bør harmoniserast og gjerast uavhengige av buform.

2 Samandrag

2.1 Status og utfordringar

Dei kommunale pleie- og omsorgstenestene er bygde kraftig ut i dei siste åra, i tråd med måla i «Handlingsplan for eldreomsorgen». Bemanninga er auka med over 12 000 årsverk, og sektoren utfører no meir enn 90 000 årsverk. Dei ytre rammene er lagde til rette, og regjeringa ønskjer i tida framover å endre hovudfokus frå rammer til innhald og frå kvantitet til kvalitet når det gjeld tenestetilbodet. Regjeringa ønskjer spesielt å leggje brukaropplevd kvalitet, valfridom og individuell tilpassing til grunn for utforminga av tenestene.

Det kan forventast ein moderat vekst i talet på eldre over 80 år dei nærmaste åra. Utfordringa kjem for fullt når vi nærmar oss 2020. Det er dette som representerer den største utfordringa når behovet skal vurderast for åra framover. Det har også blitt fleire unge brukarar av heimetenester og omsorgsbustader. Behovet for pleie- og omsorgstenester må også sjåast i nær samanheng med utviklinga i sjukehussektoren og spesialisthelsetenestene. Regjeringa viser i denne samanhengen til tidlegare overslag over behov, jf. St.meld. nr. 34 (1999–2000) og St.meld. nr. 31 (2001–2002) «Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen».

Det er no nødvendig å rette merksemda mot kvaliteten på tenestene. Undersøkingar viser at kvaliteten gjennomgåande er god, men at det er skilnader mellom kommunane. Svikt i grunnleggjande rutinar, saksbehandling og dekking av psykososiale behov er det som oftast blir peika på som manglar. Det er òg avdekt mangelfull medisinsk diagnostisering og oppfølging. Saksbehandlinga, som skal sikre rettane til brukarane og gjere det mogleg for dei å klage på einskildvedtak, er svak i altfor mange kommunar. Pleie- og omsorgssektoren har mykje å hente ved å styrkje leiarsfunksjonane, byggje opp kompetanse og betre rekrutteringa, og samtidig må regelverk og betalingsordningar samordnast og forenklast. Regjeringa ser dette som nokre av dei viktigaste utfordringane i tida framover, og vil i denne meldinga leggje fram målretta tiltak for å betre kvaliteten og gjere ordningar enklare.

Fleksible og individuelle løysingar er det viktigaste svaret på utfordringane vi står overfor når vi

skal utforme omsorgstilbodet i eit moderne samfunn. Eit slikt grep krev mellom anna

- tenestetilbod ut frå behov og uavhengig av bustad
- individuelle planar og spesifiserte einskildvedtak
- harmonisering av helse- og sosiallovgevinga

Regjeringa har på denne bakgrunn sett i gang eller vil setje i gang ulike tiltak som skal gjennomførast i perioden 2003–2006.

2.2 Enklare og betre

Regjeringa vil betre kvaliteten og innføre enklare ordningar i den kommunale pleie- og omsorgstenesta gjennom ulike tiltak som kvar på sin måte er med på å utvikle kvaliteten på desse viktige kommunale tenestene.

Samarbeid med kommunane om kvalitetsutvikling

Regjeringa vil i samarbeid med kommunesektoren leggje til rette for systematisk kvalitetsarbeid gjennom utvikling av kvalitetsindikatorar, brukarundersøkingar og offentleggjering av resultat. I ein eigen avtale om kvalitetsutvikling av pleie- og omsorgstenestene mellom Kommunenes Sentralforbund og regjeringa er det lagt vekt på lokalt basert kvalitetsutvikling med sikte på å utvikle brukarretta og omstillingsdyktige pleie- og omsorgstenester.

Samordna regelverk og større rettstryggleik

Spesifiserte einskildvedtak

Slik saksbehandlingsreglane knytte til vedtak om plass i institusjon blir praktiserte i dag, får brukaren berre eit vedtak om plass, utan at det blir gjort greie for det konkrete innhaldet i tenestetilbodet. Det gjer det vanskeleg for brukaren å få nødvendig informasjon om opplegget, og det gjer det også vanskeleg å kontrollere om lovfesta rettar er sikra gjennom vedtaket. Det er også tungvint for kommunane å ha til ulike regelverk å ta omsyn til.

Regjeringa vil føreslå at pleie- og omsorgstenestetilbodet i institusjon blir spesifisert i individuelle einskildvedtak, slik det no blir gjort for heimebuande og bebuarar i omsorgsbustader. Regjeringa vil fremme dei nødvendige endringane i kommunehelsetenesteloven og sosialtenesteloven i samanheng med lovframlegget som skal følgje harmoniseringsutvalets innstilling.

Eit enklare og betre harmonisert regelverk

Regjeringa har sett ned eit eige lovutval der mandatet er å forenkle og harmonisere den kommunale helse- og sosiallovgevinga. Siktemålet er

- å sikre einsarta regulering av likearta tenester
- å sikre heilskaplege tilbod til brukarar med samansette behov
- å hindre ansvarsfråskriving mellom tenester og sektorar
- å forenkle regelverket for brukarar, tenesteytarar og kommunar

Lovforslaget skal leggje til grunn at kommunane skal ha stor fridom til å velje korleis dei vil organisere tenestene, og at samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta skal styrkjast. Utvalet skal leggje fram si innstilling våren 2004.

Felles kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift

Sosialdepartementet har utarbeidd ei felles kvalitetsforskrift for tenester etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova, med utgangspunkt i den gjeldande forskrifta etter kommunehelsetenestelova. Forskrifta skal vere med på å sikre kvalitet i tenesten til kvar einskild brukar, både i og utanfor institusjon, og innanfor både helsetenestene og sosialtenestene. Forskrifta skal tre i kraft 1. juli 2003. Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide ein ny rettleiar til forskrifta i 2004.

Kommunenes Sentralforbund og Sosialdepartementet vil gjennom avtalen som er inngått, utvikle gode kvalitetsindikatorar og system for å måle kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Dette inneber også å gjennomføre brukarundersøkingar og ta i bruk andre reiskapar for kvalitetsutvikling som kan nyttast av alle kommunar. Det er eit mål at alle kommunar skal ha etablert eit kvalitetssystem for pleie- og omsorgstenestene innan utgangen av 2004, og at kommunal resultatoppnåing skal offentliggjast og setjast inn i eit system for systematisk samanlikning via ein nasjonal web-portal.

Sosialdepartementet har fastsett ny felles forskrift om internkontroll for sosial- og helsetenes-

tene. Internkontrollforskrifta gir nærmare føreseger om korleis innhaldet i internkontrollen skal vere. Forskrifta tok til å gjelde frå 1. januar 2003.

Saksbehandlarrettleiar

Fleire tilsyn har avdekt nokså alvorleg svikt i saksbehandlinga i kommunane, særleg på det området som har med pleie- og omsorgstenestene å gjere. Eit av dei viktigaste tiltaka for å sikre brukarane betre informasjon og styrkje rettstryggleiken deira er å syte for betre saksbehandling i kommunane. Valfridommen skal sikrast ved at brukarane får høve til å medverke ved utforminga av eit individuelt tilpassa tenestetilbod.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidd ein rettleiar for saksbehandling etter sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova. Som ein del av den vidare oppfølginga av rettleiaren har Sosial og helsedirektoratet bede fylkesmennene om tilbakemelding når det gjeld kva erfaringer kommunane og regional stat har med rettleiaren. Tilbakemeldinga skal skje gjennom fylkesmennene sine årsmeldingar til direktoratet. Dei vil og støtte og sette igang kurs- og andre opplæringstiltak i saksbehandling. Sosial- og helsedirektoratet vil skipe til ein erfaringskonferanse våren 2004.

Rettstryggleik for brukarar utan samtykkekompetanse

For å sikre alle brukarar nødvendige tenester har regjeringa lagt fram forslag til nye reglar om rettstryggleik ved bruk av tvang overfor visse personar med psykisk utviklingshemming (Ot. prp. nr. 55 (2002–2003)). I tillegg har Sosialdepartementet lagt fram eit høringsnotat med forslag om lov om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens. Bruk av tvang for å gjennomføre medisinsk behandling er førebels ikkje omfatta av dette forslaget. Regjeringa tek sikte på å fremje ein proposisjon for Stortinget i 2004 om medisinsk behandling utan samtykke. Proposisjonen skal etter planen gjelde fleire grupper av pasientar utan samtykkekompetanse.

Brukaren sin rett til å flytte

Regjeringa vil presisere at dagens regelverk sikrar kvar einskild pleietrengande retten til å flytta mellom kommunar. Kommunar kan difor ikkje nekte å ta imot pleietrengande som ønskjer å flytte til ein anna kommune for å ta imot tenester der. Brukaren kan ikkje krevje å få det same tenestetilbodet i den nye opphaldskommunen som i den tidlegare.

Det er opphaldskommunen som sjølv vurderer kva som er eit teneleg tilbod for den einskilde brukaren, såframt tenestene er forsvarlege.

I einskilde tilfelle vil eit dårleg utbygd sjukeheimstilbod eller mangel på omsorgsbustader føre til at sterkt pleietrengande faktisk ikkje kan flytte til ein ny kommune. Regjeringa vil påpeike at dette ikkje er eit rettsleg problem, men eit problem som relaterer seg til omfanget av tenestetilbodet i den einskilde kommune. Regjeringa legg til grunn at utbygginga i samband med handlingsplanen for eldreomsorga vil redusere dette problemet.

Individuell plan

Regjeringa har i Ot. prp. nr. 54 (2002–2003) fremja forslag om å innføre rett til individuell plan for brukarar som har behov for langvarige og koordinerte tenester etter sosialtenestelova, på linje med føresegnene i pasientrettslova, som sikrar slik rett innfor helsetenestene.

Pasientombod for heile helse- og sosialtenesta

Ei utvida pasientombodsordning vil kunne sikre at brukarane får dekt sine behov og interessene og rettstryggleiken til brukar av helse- og sosialtenesta. Pasientombodet kan være ein meklar mellom brukaren og helse- og sosialtenesta og hjelpe brukarane i møte med tenesta. Å utvide den gjeldande ordninga til også å gjelde kommunehelsetenester og sosialtenester krev lovendringar, og det vil vere behov for å greie ut praktiske forhold knytte til endringane. Regjeringa vil greie ut desse spørsmåla vidare. Eit eventuelt lovforslag vil måtte sendast på høyring.

Samordning av statlege tilsyn

Frå 2003 er Statens helsetilsyn overordna fagleg tilsynsmakt både for helsetenestene og for sosialtenestene. Som ei følgje av samordninga av fylkesmanns- og fylkeslegeembetet er forholda også lagde godt til rette for eit meir samordna og heilskapleg tilsyn med dei kommunale helse- og sosialtenestene.

Språk, kultur og religion

Individuell tilpassing av tenestetilbodet er også det beste svaret på utfordringar som oppstår på bakgrunn av det kulturelle mangfaldet. Pleie- og omsorgstenestene skal i størst mogleg grad vere tilrettelagde med respekt for og i samsvar med språket og den kulturelle og religiøse tilhøyrsla til

tenestemottakaren. Å halde i hevd ritual og tradisjonar i samband med sjukdom, død og gravferder er viktige føresetnader for eit kvalitativt godt tenestetilbod. I arbeidet med ny rettleiar til kvalitetsforskrifta, skal det synleggjerast at regjeringa fokuserer på individuelle tenester og auka valfridom. Omsynet til brukarar med anna språkleg, kulturell og religiøs bakgrunn skal også omtalast i rettleiaren. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å settje i gang ei kartlegging av ressursar og behov i kommunane når det gjeld tilrettelegging av pleie- og omsorgstenester for minioritetar.

Omsorgslønn og hjelpestønad

Regjeringa vil vurdere å slå saman ordninga i folketrygda for ordinær hjelpestønad og den kommunale ordninga for omsorgslønn. Omsorgslønn og ordinær hjelpestønad dekkjer i stor grad dei same behova, og dei burde liggje på same forvaltningsnivå, kommunane. Ein kan tenkje seg at kontantyttingar kan nyttast på fleire ulike måtar i samarbeidet mellom kommunane og tenestemottakarar og pårørande når det skal utarbeidast individuelle planar og omsorgspakkar. Spørsmålet skal utgreiast nærmare som ein del av det vidare arbeidet med ein meir heilskapleg gjennomgang av velferdsordningane.

Styrkt leiing og betre organisering

Leiings- og kvalitetsutvikling

Regjeringa ser det som heilt nødvendig å styrkje leiingsfunksjonen i pleie- og omsorgstenestene, og har lagt til rette for eit utviklingsarbeid i perioden 2003–2007, med fokus på kvalitet og leiing i regi av Kommunenes Sentralforbund. Prosjektet har fått namnet «Flink med folk». Satsinga skal byggjast nedanfrå, og målet er at om lag halvparten av alle kommunar i landet skal delta i dette arbeidet.

Tingarkompetansen i kommunane

Kommunane står fritt med omsyn til korleis dei vil organisere tenestene. Mange kommunar har gjennomført eit organisatorisk skilje mellom den offentlege maktutøvinga og produksjon av tenester, og har lagt forholda til rette for konkurranseutsetjing. Regjeringa vil leggje til rette for utprøving av nye organisasjonsløyningar i kommunane og vil tilby kommunane ein erfaringsbank som dei kan vende seg til for å få hjelp, og som kan kvalitetssikre og lette gjennomføringa av slike tiltak. Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere og utvikle ein slik erfaringsbank. Det blir arbeidd med

ein tilbodsportal der kommunane kan hente informasjon om tilbodsreglar, døme på løysingar osv., i eit samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet og Kommunenes Sentralforbund.

Elektronisk samhandling

Regjeringa vil følgje opp den statlege tiltaksplanen om elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Si@-planen blei avslutta i 2003 og blir følgt opp av ein ny plan der mellom anna samhandling i pleie- og omsorgssektoren blir eit viktig område. Informasjonssystemet IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) vil vere ferdig utvikla hausten 2003, og skal vere landsdekkjande frå 2006.

Samarbeid med spesialisthelsetenesta

På oppdrag frå Sosial- og helsedirektoratet har Fafo utarbeidd dømesamlinga «Når pasienten kommer først». Her er døme på gode samarbeidsløysingar mellom første- og andrelinjetenesta. Regjeringa vil vidare, i eit eige utgreiingsarbeid, kartleggje oppgåvefordelinga mellom spesialisthelsetenestene og dei kommunale helse- og sosialtenestene. Denne vil vere grunnlag for vurdering av andre tiltak for å betre samarbeider mellom forvaltningsnivå.

Bemanningsmål, rekruttering og kompetanseheving

Rekrutteringsplan

Kvalitetsprogrammet må sjåast i samanheng med rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell for 2003–2006. Regjeringa vil særleg understreke tiltaka for rekruttering av hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar som er svært avgjerande for den kommunale pleie- og omsorgstenesta i åra som kjem.

Bemanningsmål

Regjeringa viser til at det er behova til den einskilde som må styre ressursinnsatsen og bemanninga. Det er gjennom einskildvedtak etter helse- og sosiallovgevinga tenestetilbodet til den einskilde blir fastsett. Regjeringa ønskjer derfor å sikre at også dei som bur i sjukeheimar får einskildvedtak der tenestetilbodet er spesifisert, slik andre får det. Regjeringa vil samarbeide med Kommunenes Sentralforbund om eit opplegg for samanlikning mellom kommunane og offentleggjering av kommunevise resultat- og samanlikningstal i forhold til bemanning og andre kvalitetsindikatorar.

Holdningar og fagetikk

Regjeringa ønskjer å styrkje arbeidet med fagetisk refleksjon og etiske holdningar, og vil be både kommunane og yrkesorganisasjonane om å leggje til rette for opplæring og rettleiing på det yrkesetiske området. Det vil bli gitt ressursar til opplæringsverksemd og utviklingsarbeid gjennom fylkesmennene. Tiltaket er ei konkret oppfølging av St.meld. nr. 28 (1999–2000) «Innhald og kvalitet i omsorgstenestene». I kvalitetsavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og staten er dette eit sentralt punkt. Etablering av erfaringsgrupper er døme på måtar ein kan setje holdningar i fokus på.

Betre medisinsk oppfølging

Både tilsynslege og fastlege

Det har vore ei positiv utvikling i legedekninga i kommunane sidan fastlegeordninga blei innført. Tilgangen på legar i kommunehelsetenesten er i dag tilfredsstillande. Det er likevel behov for å auke omfanget av legehjelp i sjukeheimane. Då fastlegeordninga blei innført, blei det vurdert som tenleg, m.a. ut fra faglege, kvalitetsmessige og ressursmessige omsyn, at legehjelp i sjukeheimane blei dekt gjennom ei tilsynslegeordning. Den einskilde bebuar kan likevel be om å få fastlegen sin til å følgje opp dersom dei ønskjer det. Regjeringa tek utgangspunkt i at dagens ordning med tilsynslege i institusjon blir ført vidare, men vil gå gjennom regelverket for å klargjere at alle som ønskjer det skal få legehjelp av fastlegen sin uavhengig av kvar dei bur.

Sosialdepartementet vil i samarbeid med Helsedepartementet få gjennomført ei kartlegging av legetenester til brukarar av pleie- og omsorgstenester, der legetenester i sjukeheimar også skal takast med, og der ein og ser på økonomiske konsekvensar av ulike løysingar. Kartlegginga vil danne grunnlaget for å vurdere ei framtidig tenleg og forsvarleg organisering av desse tenestene, og vil også danne grunnlaget for tilrettelegging av fagutvikling, forskning og undervisning på området aldersmedisin. Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å stå for kartlegginga.

Kompetanseoppbygging i aldersmedisin

Det er behov for at både fastlegar og tilsynslegar aukar kompetansen sin i aldersmedisin og geriatri. Sosialdepartementet og Helsedepartementet vil i samarbeid med aktuelle miljø vurdere korleis fagutvikling og forskning på dette feltet skal organiserast.

Tenestebasert eigenbetaling

Regjeringa vil arbeide for ei enklare finansierings- og brukarbetalingsordning i pleie- og omsorgstenesta. Regjeringa ønskjer eit system for eigenbetaling som er uavhengig av kvar brukaren bur. Ei harmonisering av dagens ordningar vil innebere endringar på fleire felt. Konsekvensar av ei omlegging i retning av tenestebasert eigenbetaling har blitt utreda våren 2003. Ei endring av regelverket vil ha konsekvensar for forholdet mellom stat og kommune, mellom kommunane og dei einskilde brukarane. Regjeringa vil derfor kome tilbake til dette som eiga sak og sende eit forslag på høyring slik at eit nytt system kan presenterast i kommuneproposisjonen for 2005.

Nasjonal strategi for kvalitet

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn fått i oppdrag å utarbeide ein ny samla kvalitetsstrategi for sosial- og helsetenestene for tiårsperioden fram til 2013. Regjeringa sitt arbeid med betre kvalitet og enklare ordningar blir dermed sett inn i ein meir langsiktig samanheng, og det blir lagt eit grunnlag for varige endringar.

Økonomiske og administrative konsekvensar

Endringane som følgje av forslaget om å innføre einskildvedtak uavhengig av kvar brukaren bur, vil kunne føre med seg høgre administrative kostnader. Konsekvensane vil vere avgrensa fordi kommunane også i dag har saksførebuingsplikt, og fordi den utvida grunnngivingsplikta er avgrensa til delar av tenestetilbodet.

3 Status og utfordringar

3.1 Utviklingstrekk

3.1.1 Status for dei kommunale tenestene

Kommunane har ansvaret for tenester til menneske med behov for helse- og sosialtenester, utan omsyn til alder. Ein vesentleg del av dette er pleie- og omsorgstenester. I 2001 utgjorde driftsrekneskapen for pleie- og omsorgstenestene 43 milliardar kroner, det vil seie mellom ein tredel og ein firedel av dei kommunale budsjetta. Det blei utført 90 000 årsverk, og i overkant av 200 000 personar fekk hjelp.

Fram til 1997, då «Handlingsplanen for eldreomsorgen» blei vedteken, blei det registrert ein nedgang i den samla kapasiteten i dei tradisjonelle pleie- og omsorgstenestene målt i forholdet til talet på personar på 80 år og over. Tenestene hadde ikkje halde tritt med den generelle utviklinga i alderssamansetjinga i befolkninga. Parallelt med at dekningsgraden i dei tradisjonelle pleie- og omsorgstenestene viste ein fallande tendens i byrjinga av 1990-åra, blei det i aukande grad satsa på andre buløysingar som alternativ til institusjonsplassar. Ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma førte til framveksten av tilrettelagde husvære, men det blei også satsa på servicebustader og andre tilrettelagde husvære til eldre med varierende grad av omsorgsbehov, jf. tabell 3.2.

Gjennom «Handlingsplanen for eldreomsorgen» og opptappingsplanen for psykisk helse er det blitt teke eit stort nasjonalt lyft for å byggje ut kapasiteten i tenestene. Dette har ført til at pleie- og omsorgstenestene er blitt styrkte med vel 12 000 årsverk i perioden 1998–2001 (tal frå «Handlingsplan for eldreomsorgen»). Det er gitt tilsegn om 39 400 sjukeheimplassar og omsorgsbustader.

Boks 3.1 Hellerud bydel

Agenda gjennomførte i 2001 ei undersøking om effektivitet og kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. I rapporten frå undersøkinga blir mellom anna Hellerud bydel i Oslo trekt fram som ein bydel som har organisert tenestene på ein måte som gjer at ein oppnår høg kvalitet og effektiv ressursutnytting. Bydelen legg vekt på å utvikle tenestene. Hellerud prøver ut ulike former for organisering, arbeidsmetodar osv., og har eiga tingareining. Bydelen har samlokalisert omsorgsbustadene, og har integrert tenestene. Organiseringa i bydelen er dessutan tverretatleg og områdeorientert. Hellerud bydel har mellom anna gjennomført at ein brukar møter berre éin saksbehandlar, same kor mange instansar brukaren treng hjelp frå. Ein samla innsats frå alle delar av tenesteapparatet fører til at brukarane opplever betre kvalitet, samtidig som det gir økonomiske gevinstar. Dessutan har bydelen få problem med rekruttering av personell.

Kapasiteten er auka, og ikkje minst er den bygningsmessige standarden vesentleg forbetra. Når investeringsprogrammet er ferdig i 2005, vil 96 prosent av sjukeheimplassane vere på einerom (St.meld. nr. 31 (2001–2002)).

I tillegg til ei opprusting av bygningsmassen og utviding av den samla kapasiteten i tenestene, har det skjedd ei endring i samansetjinga av tenestetilbodet. Medan tilbodet tidlegare i vesentleg grad bestod av sjuke- og aldersheimsplassar, er alders-

Tabell 3.1 Plassar i sjukeheimar, aldersheimar og omsorgsbustader

	1994	1997	2001	Prognose for 2005
Sjukeheimar	32 329	34 291	36 958	40 100
Aldersheimar	10 741	8 302	5 240	3 100
Omsorgsbustader		5 350	16 150	26 000

Boks 3.2 Trondheim kommune

Trondheim er i ferd med å omorganisere dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Det blir oppretta eit servicekontor med tverrfagleg kompetanse som vurderer kva behov brukarane har, og gjer vedtak om kva tenester som skal ytast. Kvar sjukeheim skal ha ein eigen leiar og eit einingsstyre, og kvar sone i heimetenesta skal ha eigen leiar og einingsstyre. Dei andre helsetenestene blir organiserte som byovergripande, spesialiserte einingar. Alle einingsleiarane får rådmannen ved kommunaldirektøren som nærmaste overordna. Det skal opprettast interne einingar som støtiefunksjonar, og det skal setjast opp avtalar mellom rådmannen og einingsleiarane som tydeleggjer dei pliktene partane har overfor kvarandre.

Bystyret har vedteke desse krava når det gjeld heildøgns omsorgstenester for Trondheim:

- brukaren skal få dekt sine grunnleggjande behov og få nødvendig helsehjelp.
- det skal vere tilstrekkeleg med kompetanse blant personalet, slik at tenestene blir utførte på ein fagleg forsvarleg måte.
- det skal vere personell til stades som ved tilkalling kan vere hos brukaren på under fem minutt.
- brukaren skal vere sikra tilsyn og hjelp heile døgnet, også når vedkomande sjølv ikkje er i stand til å tilkalle hjelp.

Trondheim har også innført eit nytt sentralt produksjonskjøkken som eit ledd i effektiviseringa av tenestene. Kommunen opplyser at både matproduksjonen og distribusjonen er blitt billigare enn før. Bemanninga er redusert med 40 årsverk, men ingen er oppsagde – folk har gått over i andre stillingar. Effektiviseringsgevinsten har gått til styrking av eldreomsorga. Alle sjukeheimar har fått nærkjøkken i avdelingane, og bebuarane har fått vesentleg betre forhold å innta måltida under.

heims plassane i dag i stor grad blitt erstatta av omsorgsbustader. Dette er ei utvikling som held fram, som er ønskt, og som kjem til å bli endå tydelegare når investeringsprogrammet innanfor «Handlingsplanen for eldreomsorgen» er avslutta. Det kommunale tilbodet av pleie- og omsorgstenester er blitt meir mangefasettert. Gjennom hand-

lingsplanen for eldreomsorga har kommunane vidareført denne trenden. Kommunane har stått fritt til å utforme og byggje ut eit tenestetilbod tilpassa lokale forhold og behov, og kan sjølv velje organisatoriske løysingar og tenestemodellar. Dette har resultert i at somme kommunar har valt å satse på sjukeheimar, medan andre har valt å byggje ut omsorgsbustader og heimetenester også for menneske med behov for heildøgns pleie og omsorg. Heile 80 prosent av kommunane meiner at dei under «Handlingsplan for eldreomsorgen» har kome fram til ein rimeleg balanse i tilbodet mellom sjukeheimar og omsorgsbustader. Dei grunnane kommunane oppgir for å satse på omsorgsbustader er først og fremst at det gir større fleksibilitet når det gjeld å organisere tenestene ut frå brukarane sine behov, og at det gir ein større omsorgsarena å spele på. To tredelar av kommunane oppgir at dei som har flytta inn i omsorgsbustad, har fått tilbod om døgnteneste frå første dag ved behov, og meir enn fire av fem kommunar har rutine på at alle som flyttar inn i omsorgsbustad, får tildelt tenester gjennom einskildvedtak.

Skilnadene mellom moderne, små sjukeheimseiningar med høg bustandard og lokale bu- og servicesenter med omsorgsbustader er i mange samanhengar liten. Omsorgsbustadene blir no bygde med fellesareal og gjerne saman med lokale for helse- og sosialpersonell. Samtidig blir det utvikla nye modellar for bygging og drift av sjukeheimar med gode einarom organiserte i små bugrupper med eigne fellesfunksjonar. På denne måten kombinerer ein erfaringane frå institusjon og meir open omsorg.

Endringane i tenestestrukturen får også verknader for måten kommunane organiserer tenestene på. I dag er det eit fåtal av kommunane (under 10 prosent) som framleis har ein organisasjonsmodell der heimhjelp, heimesjukepleie og institusjonstenester (i hovudsak alders- og sjukeheimar) fungerer som sidestilte einingar med eigne leiarar. Dei fleste kommunane har integrert institusjons- og heimetenestene i éi organisatorisk eining. (Opplysningar m.a. frå Ressurssenter for omstilling i kommunar)

Eit sentralt mål i «Handlingsplanen for eldreomsorgen» var å utjamne dei store skilnadene i nivået på tenestene mellom kommunane.

Ei undersøking utført ved Norsk institutt for by- og regionforskning som eit ledd i evalueringa av «Handlingsplan for eldreomsorgen» (Brevik, NIBR 2002), viser at to tredelar av kommunane meiner at vekt på det kommunale sjølvstyret når det gjeld utbygging og utforming av omsorgstenestene, er

Boks 3.3 Thranesgate bofellesskap, Sarpsborg kommune

Tiltaket består av fire bufellesskap med til saman 32 bebuarar. Somme bebuarar er lettare demente.

Ein har lagt vekt på ei tverrfagleg personalgruppe, med sjukepleiarar, vernepleiarar, hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og aktivistar. Alle desse går i turnus. Ein miljøarbeidar med «husmorfunksjon» og ein sekretær i 50 prosent stilling arbeider berre på dagtid. Verksemdsleiar kjem i tillegg. Reinholdstenesta i kommunen tek seg av reinhold i fellesareala i bufellesskapet.

Bufellesskapet blei teke i bruk i 2001. Bygningen inneheld også 52 sjølvstendige omsorgsbustader. I 1. etasje er det kafé og hjelpemiddellager som blir drive av ASVO. Det er vidare lokale for frivilligsentral, helsestasjon og fysioterapite neste, med aktivitetar som bebuarane kan ha nytte av. Omsorgsbustadkomplekset fyller eit heilt kvartal i Sarpsborg sentrum og ligg like ved eit stort kjøpesenter.

Kvar bebuar får eit individuelt vedtak der det går fram kva omfang av tenester vedkomande skal få av heimesjukepleie, heimehjelp, vask av ty (blir sendt til reinseri) og matservering.

Husleige blir fakturert direkte frå bustadbyggjelaget til bebuaren eller ein pårørande, alt etter kva avtale som er gjort. Krav om eigenbetaling for kommunale tenester, vaskeritenester og matservering blir sendt på samlefaktura frå økonomiavdelinga. Om lag halvparten av bebuarane har valt å tinge fullt mattilbod (alle måltid) og får måltida serverte i fellesareala. Andre har sjølve tørrmat i sitt eige husvære og tingar mid-

dag i fellesareala etter ønske. Varm mat blir tillaga på ein av sjukeheimane i kommunen. Brukar-senteret, som gjer vedtak om tildeling av leilegheit i bufellesskapet, gir bebuarane/pårørande orientering om bustønsordninga og hjelper med søknad.

Bebuarane har eigendelskort, og i samarbeid med pårørande og primærkontakt blir eigendelar til medisinar, legebesøk osv. registrerte.

Alle bebuarane nyttar sin eigen fastlege. Pårørande følgjer bebuarane til lege, men når det ikkje lèt seg gjere, blir dei følgde av personalet. Dei tilsette ved bufellesskapet har fått god oppfølging frå fastlegar og spesialisthelsetenesta i arbeidet med bebuarar med spesielle sjukdommar, til dømes kreftbehandling i terminalfasen.

Medisinar blir kjøpte av bebuarane, pårørande eller personalet etter avtale. For ikkje å bruke for mykje tid på tildeling av medisinar har sjukepleiaren samla medisinarne til dei fleste på medisinsrommet. Medisinarne blir lagde i dosettar av personell med høgskuleutdanning. Der-som medisinar må delast ut av hjelpepleiar/omsorgsarbeidar, har dei fått nødvendig opplæring/godkjenning frå kommunelegen.

Tekniske hjelpemiddel blir skaffa frå hjelpemiddellageret etter individuelle behov. Hjelpemiddellageret til Sarpsborg kommune held til i same bygg som bufellesskapet.

I Sarpsborg kommune har ein skilt forvaltning og drift. Verksemdsleiaren meiner at dette gjer det mogleg å halde tydeleg fokus på det faglege arbeidet.

ein av dei beste garantiane for utvikling av kvalitativt betre omsorgstenester.

Agenda Utredning & Utvikling har i ein rapport laga for Husbanken (Agenda 2002) mellom anna sett på eigarform og bebuarsamansetjing i nye omsorgsbustader. Utgreiinga er basert på ei undersøking i 108 kommunar og viser at 73 prosent av bebuarane i kommunalt utleigde omsorgsbustader er eldre med kroniske sjukdommar, aldersdemens og omfattande eller moderat funksjonssvikt, medan berre 3 prosent er «friske» eldre. Dei resterande 24 prosentane er bebuarar med funksjonshemming, utviklingshemming eller psykiske lidningar. Det er visse skilnader i bebuarsamansetjinga mellom eigarformene, først og

fremst ved at eldre med moderat funksjonssvikt utgjer ein større prosentdel i ikkje-kommunale utleigebustader og burettslag.

Prognosane for 2005 frå «Handlingsplan for eldreomsorgen» viser at nær 200 av kommunane i landet vil ha redusert sjukeheimsdekninga i forhold til nivået i 1997. Samtidig er det bygd ut mange omsorgsbustader. Det er grunn til å tru at behovet for heildøgnsstilbod held seg uendra eller aukar i forhold til 1997. Dette tilseier at nærmare halvparten av kommunane i tida fram til 2005 kjem til å gi heimebasert omsorg eller tilbod i omsorgsbustad til brukarar som tidlegare ville ha motteke sjukeheims plass. Kommunane erstattar altså tilbod i sjukeheim med tilbod utanfor. Eit femtital

Boks 3.4 Nytt bu- og servicesenter i Os kommune

Os kommune sitt nye bu- og servicesenter med 80 omsorgsbustader på Luranetunet blir kalla ein sjukeheim, men senteret er bygd og drive som omsorgsbustader. Bebuarane er vurderte som sjukeheimspasientar. Senteret har fast bemanning og blir drive av kommunen og Norlandia Omsorg på 50/50-basis. Bebuarane er leigetakarar som betaler husleige og eigendelar for heimetenester.

Anlegget blei opna i september 2001 og blei bygd ut i handlingsplanperioden. Samtidig blei Os aldersheim, Mobergslia lagd ned og bebuarane flytta til Luranetunet. Os kommune har elles Os sjukeheim, som no har 53 plassar, og tre andre omsorgsbustadprosjekt med til saman 20 plassar. Rapporten frå Fylkesmannen i Hordaland fortel at Os kommune per 31.12.97 hadde ei sjuke- og aldersheimdekning på 18,2 plassar per 100 innbyggjarar over 80 år. Per 31.12.2001 hadde denne dekningsgraden minka til 11,6, som var den lågaste i Hordaland. Aldersheimsplassane er lagde ned og talet på sjukeheimsplassar redusert. I staden har kommunen bygd ut omsorgsbustader.

kommunar byggjer ned sjukeheimstilbodet med 20 prosent eller meir i perioden frå 1997 til 2005.

Kommunane har som følgje av «Handlingsplan for eldreomsorgen» satsa på ein bustadmasse som

er tilpassa dei lokale behova, og som samla sett gir rom for fleksibilitet i tenestetilbodet.

Opp gjennom 1990-åra har kommunane fått utvida ansvar for pleie- og omsorg. Tidlegare var det i stor grad snakk om kommunal eldreomsorg. Gjennom forvaltningsreformer som ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma og opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunane fått ansvar for tiltak for personar i ulike aldrar og med ulike behov. Desse gruppene har ofte behov for både helsetenester og sosialtenester, og eit samspel mellom desse tenestene er ofte avgjerande for å kunne gi brukarane nødvendig hjelp. Det er også ei vedteken målsetjing at desse gruppene så langt råd er skal ha tilbod om tenester i sin eigen heim. Det føreset at kommunane kan tilby tilrettelagt husvære dersom det ikkje lenger er mogleg for ein brukar å bu i sitt eige, opphavlege husvære.

Liggjetida ved somatiske sjukehus går ned, og pasientane får i større grad enn tidlegare etterbehandling og andre meir spesialiserte helsetenester frå kommunehelsetenesta («Mellom to senger?», SNF-rapport 2001). Samla sett inneber dette at kommunen skal ta seg av ei rad til dels nye funksjonar, som spenner frå relativt omfattande helsetenester, som kreftbehandling, smertelindring og dialysebehandling, til tiltak for menneske med behov for eit tilrettelagt butilbod og hjelp til ein aktiv kvardag på lik linje med andre i same livsfase, til dømes unge funksjonshemma. Som følgje av den medisinske og teknologiske utviklinga er det i dag i mykje større grad enn før mogleg å behandle alvorlege sjukdomstilfelle i eller i nærleiken av pasienten sin eigen heim. Mange kommunar har teke i bruk edb-baserte system i pasientbehandlingen i primærhelsetenesta. Den teknologiske utviklinga vil føre til at fleire pasientar med alvor-

Tabell 3.2 Bebuarar i bustader til pleie- og omsorgsformål etter alder. Bueiningar

	1994	1997	2001
I alt	30 260	38 140	46 025
Under 67 år	9 013	10 783	14 079
67–74 år	4 118	5 096	5 429
75–79 år	4 319	6 037	6 558
80–84 år	5 859	7 031	8 517
85–89 år	4 183	5 987	7 266
90 år og over	2 070	2 912	4 176
Ikkje oppgitt alder	698	294	0
Bueiningar	28 695	39 987	46 126

Kjelde: Statistisk Sentralbyrå

lege sjukdommar (kreftsjuke, pasientar med nyresvikt o.l.) kan få behandling i kommunane.

Størstedelen av brukarane av pleie- og omsorgstenestene er menneske over 80 år. Vi ser likevel at det i dei yngre aldersgruppene har vore ein klar auke i talet på brukarar av heimetenestene, jf. tabell 3.3. Nyare statistikk for pleie- og omsorgstenestene seier ikkje noko om kor omfattande tenester kvar einskild brukar av heimetenestene får, eller over kor lang tid. Det vil vi først kunne seie noko nærmare om når IPLOS blir innført, sjå omtale i kapittel 6. Einskildundersøkingar, til dømes statusrapporteringa når det gjeld tilbodet til menneske med psykisk utviklingshemming (rundskriv I-19/2000), viser at talet på tildelte timar heimetester til menneske med utviklingshemming har auka i dei siste åra. Tal per 1.1.99 viser at utviklingshemma som bur for seg sjølve, i gjennomsnitt får 51 timar heimetester per veke. Det har vore ein auke i prosentdelen av dei som tek imot svært mykje hjelp (over 60 timar) frå 28 prosent i 1995 til 33 prosent i 1999. Tala viser at 8 prosent av dei utviklingshemma som tek imot heimetester og som bur i eige husvære, tek imot 151 timar eller meir per veke, og at 19 prosent tek imot meir enn 90 timar. Dette viser at hjelpebehovet blant dei som bur i eige husvære, i mange tilfelle er svært stort (rundskriv I-19/2000).

At det er blitt fleire unge brukarar av heimetenestene, og at fleire bur i husvære lagde til rette for omsorgsformål, jf. tabell 3.2 og 3.3, kan ha fleire årsaker. I arbeidet med gjennomføring av «Handlingsplan for eldreomsorgen» la ein til grunn at det var behov for å auke tilbodet av plassar med heildøgns pleie- og omsorgstenester også til menneske med psykisk utviklingshemming som på det tidspunktet framleis budde heime hos foreldra, til menneske med psykiske lidningar og for dei som blei sendt heim som følgje av redusert liggjetid i sjukehus, jf. St.meld. nr. 50 (1996–1997) og St.meld.

nr. 34 (1999–2000). Den generelle utvidinga av kapasiteten som har skjedd gjennom «Handlingsplanen for eldreomsorgen» og gjennom opptrapingsplanen for psykisk helse, har gjort at fleire unge brukarar har fått eit tenestetilbod.

Pleie- og omsorgstenestene er ein kvinnedominert sektor. Kvinner lever lenger enn menn, derfor er dei fleste av dei aller eldste kvinner. Det er i denne aldersgruppa hjelpebehovet er størst. I tillegg er dei fleste tilsette i sektoren kvinner.

3.1.2 Status for personellinnsats

I perioden 1997–2001 var det ein årleg vekst i talet på utførte årsverk i helse- og sosialsektoren på om lag 3 prosent. Pleie- og omsorgsstatistikken viser at talet på årsverk i pleie- og omsorgstenestene har auka nokså sterkt i dei siste åra, heile landet sett under ett. Tabellen nedanfor viser at auken også har vore sterkare enn auken i talet på eldre.

Sjølv om det skjer ei utjamning av personellinnsatsen, viser rapportar frå fylkesmennene framleis geografiske skilnader, både i veksten i utførte årsverk og når det gjeld kompetanseutvikling. Medan Oslo kommune hadde ein nedgang i talet på utførte årsverk i helse- og sosialtenestene på nesten 5 prosent i perioden 1997–2001, var det ein vekst på mellom 17 og 20 prosent i Rogaland, Troms, Østfold, Telemark og Akershus. Skilnadene kan kome av faktorar som ulik etterspørsel og ulik vurdering av behov, skilnader når det gjeld fordelinga av tung og lettare pleie, ulike bygningsmessige forhold, skilnader når det gjeld høve til å skjerme demente, og skilnader i organiseringa av og oppgåvefordelinga blant dei tilsette. Når det gjeld bemanning målt i forhold til talet på innbyggjarar over 80 år, skjer det likevel ei utjamning.

Den delen av helsepersonellet som ikkje har fagutdanning, ligg på 22 prosent for heile landet

Tabell 3.3 Mottakarar av heimetenester etter alder per 100 innbyggjarar i same aldersgruppe

Heimetenester	1994	1997	2001
Under 67 år	0,72	0,83	1,00
67–74 år	7,24	7,26	7,06
75–79 år	18,37	17,26	17,07
80–84 år	32,96	31,84	31,19
85–89 år	45,63	44,65	46,82
90 år og eldre	45,19	44,56	50,50

Kjelde: Statistisk Sentralbyrå

Tabell 3.4 Årsverk¹ innanfor pleie- og omsorgstenestene i perioden 1994–2001

	1994	1997	2001
Årsverk i alt	68 331	79 435	91 820
Årsverk per brukar ²	0,36	0,41	0,45
Årsverk per 100 innb. 80 år og over	39,4	43,1	45,6

1 Årsverk er summen av heiltidsstillingar og deltidsstillingar rekna om til heiltidsstillingar.

2 Årsverk per brukar er rekna ut frå summen av brukarar av praktisk hjelp og heimesjukepleie og talet på plassar i institusjonane.

Kjelde: © Statistisk sentralbyrå 2002

(2001). I dei siste åra har prosentdelen personell utan fagutdanning gått ned. Dette viser at det skjer ei kompetanseheving i sektoren. Men redusert tilgang på hjelpepleiarar har gjort at denne utviklinga no har stoppa opp. Manglande rekruttering av unge menneske til hjelpepleiaryrket blir i nokon mon kompensert ved at yrkesutøvarar med minst fem års praksis tek fagprøve i omsorgsarbeid. Å rekruttere fleire til hjelpepleiar- og omsorgsarbeidaryrka er derfor ei stor utfordring i tida framover.

Talet på personar med universitets- og høgskuleutdanning kan forventast å stige i åra framover. Tal frå Statistisk sentralbyrå viser at det kan bli overskot for somme grupper og underskot for andre grupper av høgskuleutdanna helse- og sosialpersonell fram til 2020, jf. «Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006». Talet på sjukepleiarar viser ein vekst på 9 prosent i kommunane og 14,6 prosent i fylkeskommunane i perioden 1997–2001. På grunn av den sterke veksten i opptaket til sjukepleiarutdanninga, kjem det til å vere nokolunde balanse i høve til etterspørselen etter sjukepleiarar fram mot 2010 (SHDir, SSB).

I følgje «Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006», har rekrutteringa av legar i perioden 1997–2001 vore tilfredsstillande – både til kommunehelsetenesta og til sjukehusa. Reguleringa av legemarknaden, i kombinasjon med aukande tilgang på legar, har ført til ei omdispensering av veksten i legeårsverk frå sjukehusa til kommunehelsetenesta. Ein nærmare omtale av legetenestene blir gitt i kapittel 7.

3.1.3 Status for kvaliteten i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene

Å gi ei fullstendig oversikt over kvaliteten på dei pleie- og omsorgstenestene som blir ytte i dag, er uråd. Kvalitet er vanskeleg å måle. Ulike forskarar kjem til ulike resultat alt etter kva slags kvalitetsmål ein har brukt (Slagsvold 1995, Næss 2002). Resultata vil også variere alt etter kven ein spør. Brukarar, pårørande og tilsette kan vurdere kvaliteten ulikt.

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (I-13/97) blir kvalitet definert som ivaretaking av grunnleggjande behov, jf. kapittel 1. Regjeringa ønskjer å fokusere på den brukeropplevde kvaliteten. I det framtidige kvalitetsarbeidet vil dette ha ein sentral plass, også i det samarbeidet som er etablert mellom Kommunenes Sentralforbund og staten om kvalitetsutvikling i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

«Handlingsplanen for eldreomsorgen» har ført til at kommunane er blitt meir like når det gjeld

kapasitet. Ei rad undersøkingar viser at det framleis er store variasjonar frå kommune til kommune når det gjeld kvaliteten på tilbodet, og også mellom ulike tilbod i ein og same kommune. Trass i mykje godt arbeid kan mange pleietrengande eldre oppleve å få eit tilbod som ikkje er forsvarleg, og som i for liten grad er utforma på den einskilde brukaren sine premisser og derfor i for liten grad sikrar at den einskilde blir møtt med vørnads. Skilnader i kvalitet i og mellom kommunar kan i hovudsak førast tilbake til bemanning, kompetanse, leiding og organisering og til bygningsmessige forhold. Auka satsing på rekruttering, leiingsutvikling, saksbehandling, holdningsskapande arbeid, kommunal kontroll med eigne tenester og statleg tilsyn vil vere viktig for å utvikle kvaliteten på tenestene i åra framover.

Ei brukarundersøking blant eldre i sjukeheimar og omsorgsbustader og blant eldre heimebuande i dei fem største byane i landet viser at eldre ikkje er blitt meir fornøgde med tenestene, sjølv om ressursinnsatsen har auka vesentleg i dei siste fem åra (Næss 2002). Det var likevel nokså få (11 prosent) som var direkte misnøgde med tenestene. Det er grunn til å understreke at undersøkinga er gjennomført før «Handlingsplanen for eldreomsorgen» er avslutta. Det er også slik at dei store byane har hatt behov for noko lenger tid for å få gjennomført tiltaka i planen enn andre kommunar.

Kommunane tek i aukande grad i bruk brukarundersøkingar for å måle kor fornøgde innbyggjarane er med tenestene. Til dømes har Bergen kommunerevisjon i sitt arbeid med forvaltningsrevisjon valt å sjå på innhaldet i og kvaliteten på ein del av pleie- og omsorgstenesta (Bergen kommunerevisjon, Forvaltningsrevisjonsrapport 2002). Formålet med prosjektet var å kartlegge kor fornøgde brukarar og pårørande er med sjukeheimstilbodet i Bergen, og samanlikne kostnader for å sjå om det er systematiske samanhengar mellom ressursinnsats og korleis det sjukeheimsbaserte omsorgstilbodet for eldre blir vurdert. Undersøkinga viser at dei pårørande er mest fornøgde med arbeidsinnsatsen til dei tilsette, med den respektfulle behandlinga av brukarane og med den serviceinnstillinga dei blir møtte med frå dei tilsette si side. Ventetida for å få institusjonsplass eller omsorgsbustad er eit av dei aspekta dei pårørande er mest misnøgde med. Andre forhold som dei pårørande uttrykkjer stor misnøye med, er kor ofte bebuarane får dusje og bade og høvet for bebuarane til å vere med og fastsetje reglar, rutinar og liknande. Undersøkinga viser at svarfordelinga på alle spørsmåla varierer mykje mellom dei ulike sjukeheimane, men pårørande til bebuarar med einarom eller eiga leileg-

heit er gjennomgåande meir fornøgde med alle forhold i spørjeundersøkinga enn pårørande til bebuarar på to- eller fleirsengsrom. Undersøkinga avdekkjer forbedringspotensial ved dei einskilte sjukeheimane, og gir også informasjon som kan nyttast av den politiske og administrative leiinga i kommunen og bydelane når dei skal utvikle tenestetilbodet vidare. Dette dømet frå Bergen viser at slike undersøkingar er av stor nytteverdi for kommunane når dei skal føre kontroll med kvaliteten på eigne tenester, og eventuelt leggje om kursen.

Ei undersøking (Høyland, SINTEF 2002) viser at bygningsmessige forhold og organiseringa av tenestetilbodet har mykje å seie for at bebuarane skal kjenne at dei blir respektert og ivaretekne, og for holdningane blant dei tilsette. Undersøkinga viser at dei gamle, store og sjukehusliknande institusjonane har klare ulemper for bebuarane. Dei lange korridorane gjer at ein kjenner seg utrygg og ikkje får eit særleg nært forhold til personalet. Ei organisering i mindre grupper gjer at brukarane blir meir fornøgde. Omgivnadene blir rolegare, og det blir lettare å leggje til rette for individuelle behov. Gjennom «Handlingsplanen for eldreomsorgen» er ein stor del av bygningsmassen blitt fornya, noko som vil føre til betre trivsel både for brukarar, pårørande og tilsette. I 1996 var kvalitet i eldreomsorga ikkje minst knytt til kravet om einerom. Når investeringsprogrammet for handlingsplanen blir avslutta i 2005, kan alle som ønskjer det, få einerom med bad og WC, og romma er store nok til at brukaren kan ha med private eigneluter. Saman med bygging av 25 000 nye omsorgsbustader vil dette heve kvaliteten på dei fysiske rammene for pleie- og omsorgstenestene vesentleg.

I 2001 gjennomførte fylkeslegane tilsyn med helsetenester til aldersdemente. 62 kommunar var med i undersøkinga. Rapporten viser at kommunane ikkje sikrar at heimebuande brukarar av heimetenestene blir fanga opp eller sende til lege ved mental svikt, og at svært mange kommunar heller ikkje sikrar at bebuarar i skjerma einingar blir forvarleg utgreidde. 28 av 61 kommunar oppfyller ikkje lovbestemte krav til einskildvedtak, og 16 av kommunane har ikkje gode nok ordningar for å sikre brukarmedverknad ved utforming av tilbodet. Statens helsetilsyn meiner at det er behov for auka satsing på systematisk styring og leiing for å sikre kvaliteten på tenestene til demente. I tillegg meiner Helsetilsynet at det er behov for auka satsing på opplæring og etterutdanning.

Ei anna undersøking (Agenda 2001) har med utgangspunkt i vel 20 kommunar sett på forholdet mellom kvalitet og produktivitet, og kva faktorar som fører til skilnader i produktivitet. Resultatet

viser at det er til dels store skilnader mellom kommunane når det gjeld korleis tilsette og brukarar vurderer kvaliteten. Undersøkinga viser òg at god leiing og eit godt arbeidsmiljø kan vere avgjerande dersom ein skal kunne levere gode tenester på ein kostnadseffektiv måte. Vilje og evne til å arbeide med å utvikle tenestene og til å ta i bruk nye arbeidsmetodar er sentrale faktorar for å oppnå god kvalitet på tenestene.

Erfaringane så langt gir ikkje noko eintydig bilete av om konkurranseutsetjing av tenestene gir betre kvalitet. Svenske og norske undersøkingar, (m.a. Bogen 2002), viser likevel at fokusering på konkurranse gir betre kvalitet.

Undersøkingar utførte av Asplan Analyse i 2002 viser at konkurranseutsetjing av sjukeheimar i Trondheim førte til ei kvalitetsheving eller ei vida-reføring av det tidlegare nivået. Undersøkinga viste at

- kvaliteten gjennomgåande var betre ved konkurranseutsette sjukeheimar enn ved kommunale sjukeheimar som ikkje hadde vore utsette for konkurranse
- informasjonen til dei pårørande og bebuarane var betre ved dei konkurranseutsette sjukeheimane
- dei sosiale aktivitetane, medverknaden og innverknaden på eigen kvardag var betre ved dei konkurranseutsette sjukeheimane
- dei tilsette ved dei konkurranseutsette sjukeheimane behandla bebuarane med større respekt

Undersøkinga viste at årsakene bak skilnadene i kvalitet først og fremst låg i korleis bygningane var konstruerte, talet på bebuarar ved sjukeheimen og tenestebehovet blant bebuarane, altså forhold som ikkje nødvendigvis har noko med konkurranseutsetjing å gjere. Likevel konkluderer rapporten med at ein bør ta i bruk konkurranseutsetjing av sjukeheimar som eit verkemiddel for mellom anna å få heva kvaliteten på tenestene.

SINTEF har på oppdrag frå Norsk Sykepleierforbund gjennomført ei spørjeundersøking blant sjukepleiarar og nokre legar i 150 kommunar om kvaliteten på eldreomsorga (Hofseth, Norvoll, Unimed Helsetjenesteforskning 2003). Ein intervjuar også 41 tilsette i tre kommunar, av dei fire legar. Rapporten peikar innleiingsvis på problema med å måle kvalitet, og understrekar at undersøkinga byggjer på subjektive vurderingar frå respondentane si side. Det er store skilnader på kvaliteten på tenestene i sjukeheimane, og også mellom ulike avdelingar ved sjukeheimane. Jamvel innanfor éin og same sjukeheim varierte kvaliteten frå god til til-

nærma fagleg uforsvarleg. Kvalitetsmanglar fann ein særleg når det gjaldt ernæring, aktivisering og psykososial omsorg.

Sosialdepartementet viser til at brukarundersøkingar kan vere eit nyttig instrument for kommunane med tanke på å måle den brukaropplevde kvaliteten og kor fornøgde innbyggjarane er med tenestetilbodet. Det er likevel grunn til å understreke at ein ikkje kan stole fullt ut på slike undersøkingar, mellom anna fordi ein ikkje fangar opp grupper som demente eller menneske med utviklingshemming som sjølv ikkje er i stand til å svare. Det er viktig å finne fram til meir objektive kvalitetsindikatorar som gjer at både kommunane og staten jamnleg kan følgje med i utviklinga og setje iverk tiltak når det er behov for det. Denne informasjonen må også vere tilgjengeleg for innbyggjarane i kommunene. IPLOS vil vere eit instrument som kan nyttast i ein slik samanheng. I tillegg er det også viktig at kommunane etablerer system som gjer det mogleg å føre eigenkontroll med kvaliteten på tenestene. Staten vil gjere sitt for å fremje kvalitetsutvikling og sikre kvaliteten på tenestene til den einskilde. Det skal gjerast i dialog med kommunesektoren og gjennom rettleiing og tilsyn med tenestene.

Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetenesta

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn fått i oppdrag å utarbeide ein ny samla kvalitetsstrategi for sosial- og helsetenesta. Den nye kvalitetsstrategien med arbeidstittel, «Forbedring og fornyelse i sosial- og helsetjenesten» har som utgangspunkt at alle innbyggjarane i Noreg etter gjeldande lovgiving har krav på offentlege sosial- og helsetenester av høg kvalitet. Det inneber:

- at tenestene er fagleg gode; det vil seie at dei er tufta på påliteleg kunnskap som viser at tiltaka gjer meir nytte enn skade
- at tenestene blir leverte på ein menneskeleg sett god måte. Det er i møtet mellom brukar/pasient og tenesteytar at ein opplever god kvalitet. Det inneber at folk må kjenne seg sett og at dei kjenner seg godt mottekne når dei kjem i kontakt med hjelpeapparatet, og at dei har reell kontroll over viktige vedtak som gjeld eige liv og helse.
- at tenestene er godt organiserte. Det vil seie at folk må møte eit system som sikrar heilskap og tek ansvar for heile tenestetilbodet i den tida det blir gitt. Heilskapelege tiltakskjeder er eit nøkkelord i strategien og er særleg viktige for

dei som har samansette behov, til dømes menneske med psykiske lidningar.

Det er behov for ei utdjupeing av det mangtydige omgrepet kvalitet. I strategien er det god kvalitet når:

- vedtak om behandling, førebyggjande tiltak, pleie og omsorg er baserte på påliteleg kunnskap om effekt av tiltak
- risikoen for feil og uønskte hendingar er redusert til eit minimum
- tiltak er samordna og prega av kontinuitet
- erfaringar og synspunkt frå brukaren påverkar tenestene
- ressursane er nytta på ein slik måte at brukaren og samfunnet får størst mogleg gevinst
- innsatsen og ressursane i det samla tenestetilbodet er rettferdig fordelt

Den nye kvalitetssatsinga omfattar både sosialtenesta og helsetenesta på alle nivå. Ho vil rette seg inn mot dei to tenestekområda samla der dette er naturleg og kvar for seg der skilnadene mellom tenestekområda krev ulike tiltak. Utfordringa ligg først og fremst i å utforma teneste som eit samanhengande heile for brukarar med behov for tenester på tvers av tenestekområda.

Kravet om ei teneste som er heilskapeleg og i pakt med formålet gir utfordringar fordi

- vi er alle heile menneske med ulike ressursar og eigenskapar, og vi har samansette behov.
- heilskap handlar om samarbeid på tvers av ulike sektorar.
- heilskap handlar om samarbeid på tvers av teneste- og forvaltningsnivå. Dette inneber mellom anna at spesialisthelsetenesta ved sjukehusavdelingar og poliklinikkar må samarbeide med kommunale tenester for å sikre eit heilskapeleg tilbod.
- heilskap handlar om brukarperspektivet. Alle tilbod må ta utgangspunkt i behova hos brukarane og deltaking frå brukarane si side. Utan deltaking frå brukarane kan tenester og tilbod aldri bli anna enn haltande.

Strategien går ut frå ei forståing av at tenester av høg fagleg kvalitet byggjer på god og fagleg fundert kunnskap, godt teknisk utstyr, klare retningslinjer og prosedyrar som grunnlag for tenesteutøvinga. Kvaliteten på tenestene blir i dei fleste tilfelle likevel ikkje betre enn det kvar einskild tenesteytar er i stand til å yte gjennom den relasjonen som vert skapt mellom brukar og tenesteytar i «service-augeblikken». Kompetente tenesteytarar er derfor ein viktig innsatsfaktor i dette utviklingsarbeidet. Ver-

diar og holdningar er viktige sidan dei til sjuande og sist vil avgjere korleis ein handlar i møte med brukaren/pasienten. Vektlegginga av holdningar og verdiar gjer at tenesteytarar og deira leiarar er dei viktigaste målgruppene for strategien.

Strategien tek som utgangspunkt at tenesteytarane er innstilte på å gjere ein så god fagleg jobb som mogleg innanfor dei eksisterande rammene, samtidig som dei også er opptekne av å utvikle og forbetre seg fagleg og personleg.

Strategien vil fokusere på dei prioriterte tiltaka på fleire måtar som å få med brukarane aktivt med som premissleverandørar, styrke kunnskaps- og ferdighetsgrunnlaget til tenesteytarane gjennom kontinuerleg opplæring og refleksjon, og systematisk evaluering av tenestene og utprøving av nye metodar for betring av tenestene. Gjennom strategien vil ein legge forholda til rette for at alle desse vegane kan følgjast systematisk i åra framover. I første rekkje vil vi utvikle tiltak på følgjande områda:

- Styrkje deltaking og medverknad frå brukarane.
- Styrkje kompetansen og beslutningane hos utøvarane
- Leiingsutvikling og kvalitet i leiinga
- Kvalitetsutvikling i utdanningane
- Monitorering av utviklinga lokalt og sentralt

Tiltaka på desse områda vil rette seg inn mot både form og innhald i tenestene. Mange aktørar vil på ulike måtar bli involverte i implementeringa av strategien på ulike måtar; kommunar, regionale helseføretak/helseføretak, fylkesmenn, utdannings- og forskingsmiljø.

Strategien har ein tidshorisont på 10 år. Dette inneber at ein òg kan fokusere nye område undervegs, gjennom kontinuerleg evaluering og justering av strategien. Det er òg eit mål at den nye kvalitetssatsinga skal gi metodisk og kvalitetsfagleg støtte til andre handlingsplanar og utviklingsprogram i sosial- og helsetenesta.

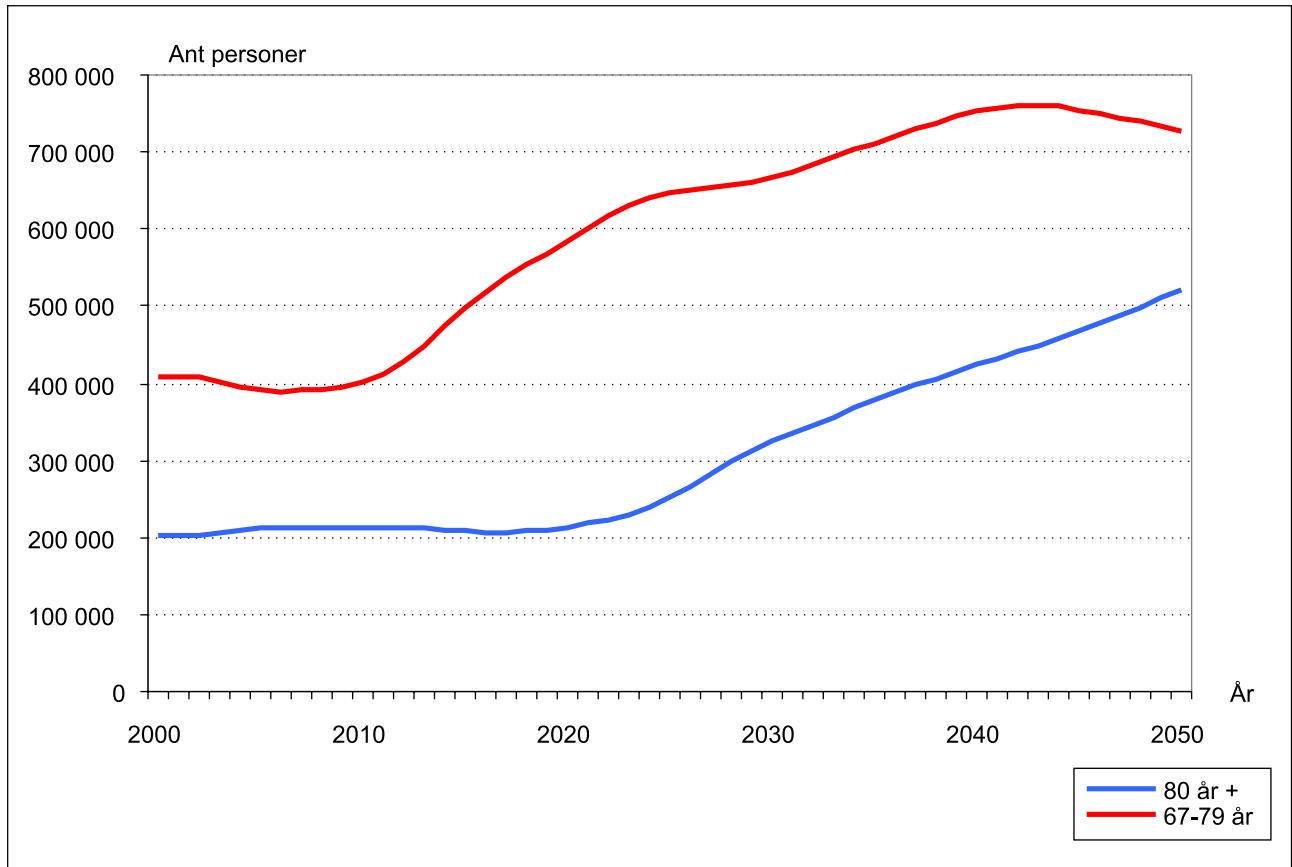
3.2 Utfordringar

Sjølv om «Handlingsplanen for eldreomsorgen» verka positivt når det gjaldt å løyse utfordringane på kort sikt, må det nye grep til for å møte den samfunnsmessige utfordringa i denne sektoren når vi ser 30–40 år fram i tid. Tal frå OECD viser at Noreg, som dei fleste industriland, står overfor store demografiske utfordringar. Vi kjem til å få fleire eldre, og eldre med høg alder, som følgje av

høgre levealder. Samtidig vil det som følgje av lågare fødselstal bli færre yrkesaktive til å forsyte dei eldre. Sjølv om yngre brukarar med samansette tenestebhov representerer ei utfordring for desse tenestene i tida framover, vil det likevel vere dei stadig fleire eldre i forhold til befolkninga totalt sett som kjem til å representere den store utfordringa. Dei siste befolkningsframskrivingane frå Statistisk sentralbyrå viser at talet på personar over 67 år kjem til å minke noko fram til 2005 eller 2006, som følgje av små fødselskull i 1930-åra. Deretter kjem talet til å vekse raskt, til mellom 1,1 og 1,4 millionar i 2050, om lag dobbelt så mange som i dag. På same tid forventar ein at talet på eldre over 80 år kjem til å auke frå 190 000 til 400 000. Det er særleg frå 2020 og utover at auken i talet på eldre kjem til å bli ei stor samfunnsmessig utfordring, både når det gjeld utgifter til pensjonar og når det gjeld å tilby tenester. Ein usikker faktor er at helsa til dei eldre ser ut til å betre seg, slik at behovet for hjelp blir mindre enn det tradisjonelt har vore. Nye behandlingsmetodar vil kunne utsetje eller hindre lidningar knytte til alder, til dømes sjukdomar som fører til demens. Dette kan få store verknader når det gjeld behovet for tenester og kostnadene knytte til å yte tenestene, sjå figur 3.1.

Samtidig som det blir fleire eldre, ser vi konturane av ei ny gruppe eldre. Aldersgruppa mellom 50 og 60 år, morgondagens 80- og 90-åringar, kjem til å ha høgre inntekter, mellom anna som følgje av opptente tilleggspensjonar. Dei har òg høgre formue og høgre utdanning enn tidlegare eldregenerasjonar. I tillegg er det ei gruppe som har god bustandard (SSB, OECD).

Fleire eldre inneber normalt fleire menneske med demenssjukdommar. Korleis dette vil utvikle seg i åra framover vil vere avhengig av den medisinske utviklinga. Det å utvikle gode tilbod til menneske med demens i ulike fasar blir ei stor utfordring for samfunnet i åra framover. Det vil vere stort behov for god og tidleg diagnostisering og for medisinsk oppfølging. Dette stiller krav til strukturert organisering og samordning av fagressursane. Det blir stadig større behov for tilbod med tilrettelegd aktivisering, avlastingstilbod, tilrettelegging av skjerma bueiningar og rekruttering av personell med den rette kompetansen og gode holdningar. Godt samarbeid med pårørande er avgjerande for ei god demensomsorg. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har dokumentert eit stort omfang av bruk av tvang og av tiltak som innskrenkar rettane til demente bebuarar på eldreinstitusjonar. Det vil derfor også bli ei utfordring å få avgrensa og regulert bruken av tvang og tiltak som innskrenkar rettar, både når det gjeld omsorgste-



Figur 3.1 Utvikling i talet på eldre i aldersgruppa 67–69 år og aldersgruppa over 80 år

Framskrivning antall innbyggere 67–79 år og 80 år+ i perioden 2000–2050

Kjelde: SSB

nestene og i samband med medisinsk behandling og undersøking, jf. kapittel 4.

Vi står overfor særlege utfordringar når det gjeld å leggje pleie- og omsorgstenestene til rette for funksjonshemma slik at dei kan leve eit aktivt og sjølvstendig liv. Mange av dei treng omfattande hjelp. Analysar gjorde av Statistisk sentralbyrå viser at gruppa 0–66 år utgjer ca. 22 prosent av brukarane i 1998, medan gruppa står for om lag 33 prosent av utgiftene til heimebaserte tenester. Dette reflekterer at det i denne gruppa er mange brukarar med samansette og omfattande behov for hjelp, og at dei tek imot mykje hjelp målt i timeverk per veke. For kommunane vil dette vere noko ein må planleggje for også i åra framover.

Med aukande velstand kjem endringar i forbruksmønsteret og høgre krav til tenestene. Morgondagens eldre vil ha evne til å betale meir for tenestene, men samtidig må vi forvente at dei stiller høgre krav til dei tenestene som blir leverte, både når det gjeld omfang, kvalitet og punktleg levering.

Noreg er i dag blitt eit fleirkulturelt land. Dette får stadig større verknader også for pleie- og omsorgstenestene. Nokre av utfordringane er mellom anna å syte for tilgjengeleg informasjon og faglitteratur om aktuelle sjukdommar og behandlingsmetodar på mange språk, å utdanne helse- og sosialpersonell med minoritetsbakgrunn, slik at helse- og sosialtenestene på landsbasis kan dra nytte av dei språkkunnskapar og den kulturforståing dei har, å leggje til rette for tenestetilbod og for brukar-medverknad for personar med ulike kulturelle bakgrunnar og etablering av samarbeid med pårørande med ulike kulturelle bakgrunnar.

Den medisinske og teknologiske utviklinga gjer det mogleg å gi pasientar meir spesialiserte medisinske tenester i deira eigen heim eller i kommunale omsorgsbustader – tenester som ein tidlegare måtte leggjast inn i sjukehus for å få utført. Dette skaper store utfordringar for kommunehelsetenesta, både når det gjeld å skaffe kompetanse og medisinsk utstyr, og når det gjeld å vite kva ein har i vente, og såleis kunne planleggje bruken av

ressursane på ein god måte. Det er nødvendig å sjå på samhandlingssystem, innretningane av finansieringsordningane og tilrettelegginga av dei medisinske funksjonane i skjeringspunktet mellom dagens førstelinjeteneste og andrelinjeteneste, jf. kapittel 6.

Kravet om individuelt tilpassa tenester og omsynet til rettstryggleik og valfridom kjem i større grad enn tidlegare til å stille krav til korleis tenestene skal utformast. Den finansielle utfordringa for samfunnet, kombinert med utviklinga når det gjeld den økonomiske situasjonen til dei eldre, gjer at fordelinga av det økonomiske ansvaret vil måtte vurderast på nytt. Den forventade aldersutviklinga inneber også ei vesentleg utfordring med omsyn til både kapasiteten og kvaliteten på framtidige pleie- og omsorgstenester. Sjølv om satsinga gjennom dei statlege handlingsplanane gjer at ein kan takle utfordringane dei nærmaste åra, blir det ikkje tilstrekkeleg på lang sikt. Vi ser at frå ca. 2020 kjem talet på eldre over 80 år til å auke radikalt. Sjølv om helsetilstanden framleis vil betre seg, kjem det likevel til å representere ei stor utfordring. Dette gjer at ein må søkje nye og alternative løysingar, der ein også ser på fordelinga av ansvaret mellom det offentlege og den einskilde når det gjeld til dømes planlegging av bustader og investeringar i husvære tilpassa eit liv som hjelpetrengande. Likeins blir det ei utfordring på driftssida, både å sikre nok personell og å finne fram til tenlege måtar å organisere tenestene på.

Samtidig som kommunane gjennom mange år har arbeidd med å utforme alternative organisasjonsmodellar for tenestene, er dei statlege styringsverkemidla prega av eit fragmentert og lite samordna lovverk og ulike finansierings- og brukarbetalingsordningar. Dersom dette blir ført vidare, kjem dei statlege rammevilkåra for utforming av tenestene til å hindre ei heilskapleg tilnærming, og vil kome til å stå i vegen for samordning og effektivitet i den kommunale tenesteproduksjonen. Dette er uheldig for brukarane, og det hindrar også ei effektiv utnytting av ressursane.

Aktivitet og førebygging

Dei framtidige utviklingstrekk, der det viktigaste er dei stadig fleire eldre, gjer det nødvendig å fokusere på tiltak for å halde folk i aktivitet og dermed førebyggje omfattande hjelpebehov. Gjennom dei tiltaka som er føreslått i St.meld. nr. 16 (2002–2003) «Resept for et sunnere Norge», vil regjeringa gjere sitt for at folk skal få fleire leveår med god helse. Dette er viktig for den einskilde, men også for befolkninga som heilskap. Det er også viktig for

å kunne gi eit godt og forsvarleg pleie- og omsorgstenestetilbod også i åra framover. Tiltak for å redusere beinskøyrlleik hos kvinner og tiltak for å redusere røykjerelaterte lidningar er døme på tiltak som vil ha stor effekt i denne samanhengen.

Når det gjeld førebyggjande tiltak for eldre, har Stortinget bede regjeringa «igangsette prøveprosjekt med oppsøkende, forebyggende hjemmebasert eldreomsorg i et representativt utvalg av kommuner» (Innst. S. nr. 157 (2000–2001) om Dok 8:29 (2000–2001)).

Sosialdepartementet bad i 2002 Sosial- og helsedirektoratet om ei fagleg vurdering og tilråding.

På bakgrunn av denne tilrådinga foreslo departementet i St.prp. nr. 1 (2002–2003) å gjennomføre eit prosjekt i 2003–2004 som skulle kartleggje systematisk kva tiltak som var planlagde og sette i gang når det gjaldt førebyggjande heimebesøk til eldre i norske kommunar. I prosjektet skal resultatene frå desse tiltaka samanhaldast med resultatene frå forsøk i Sverige og Danmark. Som første ledd i kartlegginga vil det hausten 2003 bli sendt ut eit spørreskjema til alle kommunane i landet. Det er Sosial- og helsedirektoratet som gjennomfører prosjektet. Sosialdepartementet vil halde Stortinget orientert om den vidare oppfølginga.

Avlasting for pårørende

Ei undersøking av familieomsorga for eldre som blei gjennomført i 1997, viser kor viktig det er at familien stiller opp og yter hjelp (Gautun 1999). For brukaren sin del er det svært viktig at samspelet mellom den offentlege innsatsen og innsatsen frå familie/pårørende blir styrkt og halde ved like.

Det er ikkje mogleg å seie noko generelt om omfanget av og innhaldet i tilbod om avlasting, til det er behova til dei pårørende for varierte. Samstundes er det viktig at avlastinga blir lagd til rette slik at dei ønska og behova dei pårørende måtte ha, blir imøtekomne så langt råd er. Det vil vere store skilnader i behov mellom ein eldre som treng tilrettelagd avlasting for den demente ektemaken sin, og foreldre som har behov for avlastingsiltak fordi dei har ansvaret for eit multifunksjonshemma barn.

Avlastingsiltak kan givast på mange ulike måtar, så framtidige tiltaka avlastar den som er omsorgsgivar. Tradisjonelt blir pårørende avlasta ved at den som har hjelpebehovet, får opphald i institusjon for ein kortare periode.

Avlasting for pårørende som har særleg tyngjande omsorgsoppgåver, er heimla i sosialtenestelova § 4–2 bokstav b. Det kan ikkje etter den gjeldande betalingsforskrifta krevjast betaling for

avlasting. For korttidsopphald i institusjon kan kommunane krevje betaling for opphald etter kommunehelsetenestelova § 2–3. Tilsyn med pleie- og omsorgstenestene i kommunane gir indikasjonar på at det ofte blir gitt korttidsopphald i helseinstitusjon som svar på behov for avlasting. Det er viktig at dei som arbeider i pleie- og omsorgstenestene er kjende med retten til å få avlastingsstilbod og praktiserer dette slik det er meint å verke.

Skilnaden i betaling for korttidsopphald etter kommunehelsetenestelova og avlastingsopphald etter sosialtenestelova kan føre til at kommunane gir korttidsopphald i institusjon i staden for andre høvelege løysingar. Dette vil bli vurdert i samband med gjennomgangen av finansierings- og brukar-betalingsordningane.

Det er behov for å harmonisere regelverket som styrer avlastningstenestene, slik at brukarane lettare kan setje seg inn i og forstå kva rettar dei har, og slik at dei som tildeler tenester, vurderer tenestetilbodet ut frå behovet og ikkje ut frå økonomiske vurderingar. Regjeringa har sett ned eit lovutval som skal greie ut spørsmålet og føreslå betre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivinga. Forholdet mellom avlasting og korttidsopphald i institusjon vil bli teke opp av dette utvalet. Vi viser til nærmare omtale i kapittel 5.

Dagopphald og «tryggleiksopphald»

Tilbod om opphald, i form av dagopphald eller nattopphald, kan vere viktig som eit ledd i å førebyggje funksjonssvikt og utsetje eller hindre behov for omsorgstenester på eit «høgre nivå». Mange eldre åleinebuande som har problem med angst, vil kunne kjenne seg tryggare om dei får tilbod om til dømes nattopphald for ein kortare eller lengre periode. Ved å få eit slikt tilbod kan dei bli buande lenger i sin eigen heim.

Fleire kommunar har gode erfaringar med å tilby denne typen tenester i form av spesielt tilpassa tilbod med stasjonær bemanning. Eigne avdelingar for dette er etablert mellom anna i Bærum, Trondheim, Stavanger og Oslo kommune. Tilbodet er retta mot eldre som bur i sin eigen heim, og som i det alt vesentlege greier seg heime når dei har eit tilbod om heimetenester. Ved behov kan dei på eige initiativ utløyse «tryggleiksopphald» for ein kortare periode, vanlegvis ikkje lenger enn 14 dagar. Erfaringane er at det tryggingssynet som tryggleiksavdelingane representerer, og den tryggleiken som ligg i å vite at ein kan få hjelp når ein treng det, gjer det lettare for eldre å bli buande i sin eigen heim.

Eldresenter som førebyggingsarena

Eldresenter er eit viktig førebyggjande tiltak for eldre. I dag er det ca. 350 eldresenter rundt om i Noreg.

Daatland, Guntvedt og Slagsvold (NOVA-rapport 17/00) peikar på at eldresenter i framtida truleg må pregast av større pluralisme og mangfald og av ein sterkare vilje til endring enn det som har prega eldresentra fram til no. I rapporten blir «torget» lansert som ein god metafor – ein stad som er lett tilgjengeleg og har låg terskel for deltaking. Eldresenteret har to funksjonar, ein som omsorgs-senter for dei hjelpetrengande, og den andre som seniorsenter for spreke pensjonistar. Til liks med det som kom fram i Nasjonalforeningen si undersø-

Boks 3.5 Bruk av eldresenter

Nasjonalforeningen for folkehelsen gjennomførte i 2000 ei undersøking der bruk av eldresenter blant heimebuande eldre blei kartlagt (Laake og Pettersen 2000). Undersøkinga baserer seg på intervju med 431 personar i aldersklassa 67 år og eldre. Lett tilgjenge og god helse og funksjonsevne verka positivt med tanke på bruk av eldresentra. Uavhengig av alder var kvinner dobbelt så ofte brukarar som menn. Dei «middels gamle» var oftare brukarar enn dei yngste og dei eldste. Brukarar som rekna seg sjølve som utovervende personar, brukte eldresentra meir aktivt enn andre. Det hadde ikkje noko å seie for omfanget av bruken om ein følte seg einsam eller ikkje. Sosioøkonomiske forhold hadde heller ikkje noko å seie. Undersøkinga avdekte at eldresentra utfordrar den holdninga den enskilde har til eigen alder. Dei som utan omsyn til kronologisk alder aksepterte seg sjølve som eldre, oppgav at det hadde gått greitt å forsere den terskelen dei kunne ha opplevd ved dei første besøka på senteret. Andre tok ikkje senteret i bruk, ettersom dei rekna seg sjølve som for unge. Ikkje-brukarane forklarte at dei ikkje hadde behov for eldresenteret. Nasjonalforeningen føreslår på bakgrunn av undersøkinga fleire utviklingstiltak for eldresentra, mellom anna meir aktiv opplysningsverksemd, betra tilgjenge, tilpassing av aktivitetar og program for å trekkje til seg grupper som er underrepresenterte, og å involvere meir av den frivillige innsatsen i lokalsamfunnet i eldresentra.

king, trekkjer NOVA-rapporten fram at kommunane bør synleggjere den rolla eldresentra spelar i planane sine for den kommunale tiltakskjeda, stimulere til samarbeid med andre kommunale etatar og få til samspel med andre organ, som eldreråd, pensjonistforeiningar og frivilligsentralar.

Sosialdepartementet vil samarbeide med Norsk Pensjonistforbund og Kommunenes Sentralforbund om å finne fram til gode eldresentermodellar, og vil formidle slike erfaringar til kommunane.

4 Kvalitet i dei kommunale tenestene

Regjeringa ønskjer å prioritere kvalitet, valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbodet.

Regjeringa legg fem hovudmål til grunn for utforminga av dei statlege verkemidla:

- Brukarane sine behov for tenester skal imøtekomast gjennom individuelle, fleksible og heilskaplege løysingar.
- Det bør utformast like reglar for likearta tenester.
- Reglane skal vere enkle å forstå for brukarane og enkle å praktisere for kommunane.
- Kommunane skal som hovudregel stå fritt til å organisere tenestene slik dei finn det tenleg.
- Statlege reglar må ikkje føre til utilsikta vridningseffektar og uønskte tilpassingar frå kommunane si side eller frå tenestemottakarane si side.

Utgangspunktet er at kvar einskild brukar skal få vurdert sitt behov for tenester, og at tenesteapparatet skal finne fram til løysingar tilpassa dette behovet. Regelverket for dei kommunale helse- og sosialtenestene skal vere oversiktleg og tilgjengeleg for brukarar, pårørande, tenesteytarar og andre brukarar av regelverket. Brukarane skal ha høve til å halde seg orienterte om kva rettar dei har, og alle skal ha høve til å sikre seg mot at rettane blir krenkte. Kunnskap om eigne rettar er ein viktig faktor når det gjeld å styrkje rettstryggleiken til brukarane i møtet med helse- og sosialtenestene.

Vidare må regelverket og finansieringssystemet vere utforma slik at kommunane står mest mogleg fritt til å velje organisasjonsmodell ut frå lokale behov, og dei økonomiske finansieringssyste- tema må vere nøytrale i forhold til dette.

Å sikre eit kvalitativt godt tenestetilbod er eit ansvar for både stat, kommune og kvar einskild tenesteutøvar. Den kommunale leiinga og organiseringa, og kompetansen og holdningane til tenesteutøveren er sentrale faktorar når det gjeld å sikre god kvalitet.

Kommunane har ansvaret for å byggje ut, utforme og organisere tenester til alle med behov for pleie- og omsorgstenester, utan omsyn til alder, diagnose eller bustad. Å behandle søknader, gjere vedtak, sikre system for klagebehandling og føre tilsyn med eiga verksemd er også eit ansvar som

ligg til kommunen. Når kommunane organiserer tenestetilbodet, skal dei mellom anna finne løysingar som tilfredsstiller behova til ulike brukarar, og som tek omsyn til at brukarane er i ulike livsfasar og har behov som endrar seg over tid. Desentralisering av oppgåver og delegering av avgjerds- makt til kommunane legg forholda til rette for lokalt sjølvstyre. Slik legg ein også forholda betre til rette for ein større grad av brukarorientering i tenes- tene. Kommunane er, med sin nærleik til dei tenes- tene som skal ytast, betre i stand til å prioritere res- sursane i samsvar med lokale behov og føresetna- der enn det staten er.

Regjeringa vil leggje til rette for kommunal utvikling og lokal tilpassing. Kommunane skal givast tenlege statlege rammevilkår, med tilstrek- keleg handlingsrom. Regjeringa ønskjer å leggje til rette for dette mellom anna gjennom forenkling av regelverket, forenkling av rapporteringsrutinar og samordning av tilsyn.

Regjeringa ønskjer å styrkje partnarskapsper- spektivet i forholdet mellom stat og kommune og utvikle nye samhandlingsformer. Dei tradisjonelle verkemidla for statleg styring skal erstattast av nye styringsformer som byggjer på dialog og partnar- skap.

Samarbeid mot same mål

Dei krava staten stiller til kommunane, må vere utforma på ein måte som understøttar arbeidet med å forenkle, rasjonalisere og målrette den kom- munale tenesteproduksjonen. Gode tenester på individnivå føreset at ein fokuserer på dei ram- mene som påverkar kvaliteten i dei tenesteprodu- serande ledda i organisasjonen.

Kostnadene i samband med drift av pleie- og omsorgstenestene skil seg frå kommune til kom- mune. Det kan vere mange forklaringar på dette, men ei av forklaringane er at ulike styrings- og administrasjonsmodellar utløyser ulike kostnader. Dersom tenestene blir produserte meir effektivt, kan tenestetilbodet omfatte fleire. Kommunane og staten har i fellesskap ansvar for å syte for at dette skjer.

Staten har, i tillegg til å fastsetje dei økono- miske rammevilkåra, ansvar for å sikre tilgangen

Boks 4.1 Avtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstenestene*Avtale mellom Regjeringa og Kommunenes Sentralforbund om utvikling av dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*

Siktemålet med avtalen er at staten og kommunesektoren, representert ved Kommunenes Sentralforbund, i fellesskap skal syte for å betre kvaliteten og etablere enklare ordningar i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Regjeringa og Kommunenes Sentralforbund er samde om at kommunane skal kunne gi innbyggjarane pleie- og omsorgstenester i nødvendig omfang og med forsvarleg og god kvalitet. For å møte framtidige utfordringar og behov må kommunane utvikle pleie- og omsorgstenestene vidare, slik at dei blir mest mogleg brukarretta, effektive og omstillingsdyktige.

Lokalt basert kvalitetsarbeid er vesentleg for ei vidare utvikling av tenestene. Individbaserte tenester er eit hovudmål. Dette føreset aktiv medverknad frå brukarane og dei tilsette si side, og sterkare fokus på valfridom og opplevd kvalitet.

Partane vil i fellesskap

- leggje til rette for betre saksbehandling, organisering og leing, og samarbeide om ei satsing på leiings- og kvalitetsutvikling for leiarar i pleie- og omsorgstenestene i perioden 2002–2005
- leggje til rette for at arbeidet i fornying- og effektiviseringsnettverka blir vidareført og vidareutvikla
- arbeide for å kome fram til gode kvalitetsindikatorar og system for å måle kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Dette inneber å utvikle kvalitetsindikatorar, gjennomføre brukarundersøkingar og ta i bruk andre reiskapar for kvalitetsutvikling. Reiskapane skal kunne nyttast av alle kommunar. Det er eit mål at kommunane har etablert eit kvalitetsystem for pleie- og omsorgstenestene innan utgangen av 2004, og at dei resultata kommunane oppnår, blir offentleggjorde og sett inn i eit system for systematisk samanlikning, til dømes via ein nasjonal web-portal.
- gjere sitt for at det skal bli etablert system i kommunane som gir brukarane informasjon om tenestene

Kommunenes Sentralforbund vil

- stimulere til at kommunane etablerer kvalitetssystem for pleie- og omsorgstenestene som sikrar god internkontroll
- gi kommunane høve til å delta i nettverksgrupper for fornying og effektivisering av tenestene
- hjelpe kommunane med å etablere gode opplæringstilbod, styrkje arbeidet med fagetikk, holdningar og yrkesutøving, og formidle verkty og gode organisasjonsformer som kan styrkje kommunane sin kompetanse som arbeidsgivarar
- oppmode kommunane om å utnytte dei høva fastlegeavtalane gir når det gjeld å påleggje legane offentlig legearbeid, slik at legetenesta i pleie- og omsorgstenestene blir styrkt

Regjeringa vil

- utforme reglane for tenestene slik at dei både sikrar rettstryggleiken til brukarane og gir kommunane auka rom for å finne effektive lokale løysingar som tilfredsstillar lokale behov
- at kommunane ikkje skal påleggjast unødig detaljert regelverk og bindande nasjonale normer
- leggje til rette for eit enklare og meir harmonisert regelverk for kommunale helse-, sosial-, pleie- og omsorgstenester, mellom anna ved oppfølging av innstillinga frå det nedsette lovutvalet («Bernt-utvalet»), som skal vere klar i 2004
- leggje til rette for enklare finansierings- og brukarbetalingsordningar i pleie- og omsorgstenestene

Partane er samde om å arbeide innanfor dei måla og med dei midla som her er skisserte, i førebels tre år, fram til 1. juli 2006. Arbeidet skal evaluerast årleg av partane i samband med konsultasjonsordninga mellom regjeringa og kommunesektoren. Dersom samarbeidet og resultata ikkje blir vurderte som tilfredsstillande av éin av partane, kan vedkomande part avbryte samarbeidet etter ei rimeleg førehandsvarsling.

på nok personell, stille krav til tenestene gjennom regelverket og føre tilsyn og kontroll med tenestene. Regjeringa har som følgje av dette sett i gang fleire ulike tiltak for å oppnå betre kvalitet og enklare ordningar.

For å oppnå ei pleie- og omsorgsteneste med høg kvalitet trengst det eit kontinuerleg utviklings- og forbetningsarbeid. Som omtalt i kapittel 3, har det skjedd ei vesentleg utvikling og styrking av desse tenestene dei siste åra. Likevel er det framleis nødvendig med tiltak for å betre kvaliteten.

Regjeringa meiner at kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstenestene blir best sikra gjennom systematisk samarbeid og dialog mellom stat og kommune, og ikkje gjennom detaljerte normkrav. Derfor ønskjer regjeringa å gå inn i eit gjensidig samarbeid med kommunane for å klarleggje kva mål ein skal nå, og kva oppgåver som skal prioriterast innanfor dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Regjeringa og Kommunenes Sentralforbund har inngått ein forpliktande avtale om framtidig utvikling av dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, sjå boks 4.1. Avtalen byggjer på det gjeldande ansvarsforholdet mellom staten og kommunane. Det regelverket som i dag regulerer brukarane sin rett til tenester og innhaldet i tenestene, er lagt til grunn for avtalen. Den vil bli følgd opp i konsultasjonane mellom kommunesektoren og staten, og partane skal lage ein konkret oppfølgingsplan.

Ulike kvalitetsutviklingstiltak frå regjeringas side inngår som tiltak i denne avtalen. Avtalen inkluderer mellom anna tiltak for kompetanseheving og rekruttering, kvalitets- og leiarutvikling, utvikling av regelverket, saksbehandling og oppfølging og rådgiving overfor kommunane. Regjeringa vil leggje dette til grunn for det vidare kvalitetsarbeidet og supplere avtalen med ytterlegare tiltak for å sikre betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

Effektiviseringsnettverka

Samanlikning av kommunens egne resultat med andre kommunar er viktig for å oppnå god kvalitet. Eit viktig verkemiddel i gjennomføringa av avtalen mellom KS og staten er Effektiviseringsnettverka som er etablert i regi av KS i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet. Med mål om å kartleggje og diskutere produktivitet, tilgjenge til tenester og kvalitet, både i form av målt (objektiv) kvalitet og i form av brukarane sine vurderingar av tenestene, har 143 kommunar i 2002 delteke i 25 nettverk. Dei fleste kommunane har gjennomført brukarundersøkingar, og samla har nettverksar-

beidet fått inn svar frå om lag 85 000 brukarar og foreldre/pårørande. Innføringa av KOSTRA-systemet har gjort det mogleg å gjennomføre inngående analysar av kvaliteten og kostnadene i tenesteproduksjonen og av omfanget av dei tenestene som blir ytte, samtidig som ein kan samanlikne situasjonen i eigen kommune med situasjonen i andre kommunar. Ein kan dermed danne seg eit bilete av det forbetningspotensialet som finst i eigen kommune. Regjeringa trur at kommunane har mykje å lære av kvarandre, og at slike analysar kan vere tenlege i denne samanhengen.

Fase 1 er no avslutta for dei fleste nettverka. Kommunane har vurdert forbetningspotensialet i egne tenester og sett mål for utviklinga av desse tenestene. Dei fleste kommunane går no inn i fase 2, der nettverka vil halde fram arbeidet med forbetningar for å heve kvaliteten i tenestene og nå andre mål.

Arbeidet har fått konstruktiv merksemd frå kommunar, fagmiljø og dei departementa som har med dette å gjere. Spesielt har ein følgd kartlegging og kartleggingsresultat med stor interesse.

For å kunne lykkast med omfattande forbetningsarbeid i komplekse organisasjonar, som kommunane er, er det viktig å setje fokus på nokre kritiske suksessfaktorar, som

- forankring i toppleiinga, med prioritering og vilje i arbeidet
- informasjon i organisasjonane og til innbyggjarar og brukarar
- medverknad i organisasjonen
- informasjon til og involvering av det politiske nivået
- motivasjon for å lære av andre og lære bort til andre

Det blir sett i gang ei rad nye nettverk i år, og suksessfaktorane dannar grunnlaget for forbetningar i nettverksarbeid og læring mellom kommunane.

Brukarundersøkingar gjennomførte i dei kommunane som har delteke, viser at brukarane av mellom anna pleie- og omsorgstenester er svært godt fornøgde med tenestene. På alle tenesteområde er det brukarmedverknad som scorar dårlegast. Indikatorar som gjeld det fysiske miljøet, det vil seie bygningar, anlegg osv., scorar også svakt.

På alle tenesteområde er ein svært fornøgd med innsatsen til personalet, det vil seie på dei indikatorane som relaterer seg til den direkte kontakten og relasjonen mellom brukar og tilsett. Ein er altså mest fornøgd med dei kvalitetsindikatorane som i stor grad er avhengige av engasjement hos medarbeidarane og hos leiinga og av samarbeidet med brukarane.

Kommunane har gjennom nettverksarbeidet fått innsikt i at ressursinnsats åleine ser ut til å ha mindre å seie for korleis brukarane opplever og vurderer dei einskilde tenestene. Mange av spørsmåla i brukarundersøkingane fokuserer på samspelet mellom brukar og tenesteleverandør, tilsette i sjukeheimar og heimeteneste eller tilsette i andre kommunale sektorar. Kartleggingane vil derfor nokså sikkert føre til auka fokus på «overleveringa av tenestene» og på brukarmedverknad. Tilsette med direkte brukarkontakt og brukaransvar har fått eit grunnlag for korreksjon.

Ved å bruke dei data kommunane sjølve har registrert, mellom anna i KOSTRA, set ein også fokus på kvalitet og kunnskap i samband med registreringar. Ved å ta i bruk desse data for samanlikning blir kommunane meir motiverte til å registrere korrekte tal, noko som igjen gir dei overordna styresmaktene eit meir korrekt bilete av situasjonen i kommunal sektor.

I rapporten er arbeidet i prosjektet oppsummert, og ein peikar på desse resultatane:

- ein har fått auka innsikt i statusen i tenestene
- dei fleste kommunane ønskjer å vidareføre arbeidet og gjennomføre nye målingar
- kartleggingane gir dei folkevalde eit betre grunnlag å ta avgjerder ut frå
- arbeidet og kartleggingane gir grunnlag for å setje mål for verksemdar og verksemdsleiarar
- nettverksarbeidet fører til auka brukarmedverknad og betre dialog med brukarane
- ein er blitt meir merksam på korleis tenestene blir overleverte
- fokus er blitt retta mot resultatet for brukaren
- ein har fått betre styringsverktøy
- ein har fått kartlagt ulikskapar i frie inntekter og i tilgangen på tenester
- det ser ikkje ut til å vere nokon samvariasjon mellom ressursinnsats og kor fornøgde brukarane er

Prosjektet har i samråd med dei deltakande kommunane offentleggjort kartlegginga av målt kvalitet og resultatane av brukarundersøkingane. I tillegg er det lagt ut interaktive rekneark på Internett som gjer det mogleg å samanlikne resultat mellom ein-skildkommunar.

Gjennom dette prosjektet er det utvikla eit tilbod som dei deltakande kommunane opplever som nyttig, lærerikt og engasjerande.

Vi har sett ei rad døme på at kommunane bruker prosjektet aktivt i dialogen med eigne tilsette, politikarar og brukarar, og dessutan overfor lokale medium.

Gjennom samanlikning med andre kommunar og undring over likskapar og skilnader aukar kunnskapen om kva som er dei gode løysingane lokalt, og kompetansen til å gjennomføre endringane blir heva. Ved å samanlikne seg med andre kommunar er det lettare å betre effektiviteten i og kvaliteten på det arbeidet som blir utført i eigen kommune, med sikte på å gi innbyggjarane eit betre tenestetilbod. I avtalen mellom regjeringa og KS er det derfor lagt til grunn at dei kvalitetsresultata kommunane oppnår blir offentleggjorde og sett inn i eit system for systematisk samanlikning, til dømes via en nasjonal web-portal.

Satsinga/arbeidet blir opplevd som vellykka nettopp fordi analysane og forbetringane skjer lokalt i kvar kommune og på eigne premissar. Det skjer ei forankring gjennom kartlegging og analyse av eiga verksemd. Kommunane kjenner seg att i analysane og får ein nærleik og eit eigarforhold til sine eigne data og tal. Kommunane, dei tilsette i kommunane og innbyggjarar/brukarar ser resultatane lokalt.

Det er utløyst eit stort engasjement i mange av dei deltakande kommunane, og det er sett i gang effektiviseringstiltak i kvar einskild kommune/bydel og som del av samarbeidstiltak i nettverka.

5 Samordna regelverk og større rettstryggleik

Regjeringa vil auke den einskildes rettstryggleik og leggje til rette for tenester som er utforma med utgangspunkt i behov og ønske hos den einskild. Pleie- og omsorgssektoren yter tenester til mange ulike brukargrupper med ulike og samansette behov. Ei god oppfølging av den einskilde krev derfor differensierte og individuelt tilpassa tenestetilbod. Dette stiller store krav til kommunane. Regjeringa ønskjer å leggje forholda til rette slik at kommunane sjølve kan velje den mest tenlege organiseringa av tenestene. Berre på den måten er det mogleg å nå målet om at tenestene i framtida skal vere betre tilpassa behov og ønske hos brukarane.

Etter kommunelova står kommunane fritt til å organisere tenestene slik at dei er best mogleg tilpassa lokale prioriteringar og behov. Kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova legg også som hovudprinsipp til grunn at kommunane står

fritt til å bestemme korleis tenestene skal givast. Men det finst visse føreseigner som legg føringar for korleis kommunane skal løyse oppgåvene. Kommunehelsetenestelova pålegg mellom anna kommunen plikt til å syte for sjukeheim eller anna buform for heildøgns omsorg og pleie. Tilsvarende er kommunane i sosialtenestelova pålagde å syte for plass i institusjon eller husvære med heildøgns omsorgstenester.

5.1 Innleiing

Kommunane skal syte for nødvendige og forsvarlege tenester til sine innbyggjarar, slik at brukarane får dekt dei behova dei måtte ha for pleie, omsorg, medisinsk behandling og sosial tryggleik. Kommunen kan velje å gi pleie- og omsorgstenester i den opphavlege heimen til brukaren, i

Tabell 5.1 Oversikt over regelverket for pleie- og omsorgstenesta

Bustad	Funksjon/ tenester	Lovheimel/reglar	Finansiering/ brukarbetaling	Klage	Tilsyn
Sjukeheim	Døgndekkjande tenester: helse-, rehab., pleie- og omsorgstenester Personell til stades heile døgnet	Lov av 19.11.82 nr. 66 om helse-tjenesten i kommunene, med forskrifter	Vederlagsfor-skrifta Betaler vederlag, får behalde «lommepengar»	Frå 01.01.03 Helsetilsynet i fylket Statens helse-tilsyn	Frå 01.01.03 er Statens helsetilsyn overordna fagleg ansvarleg for tilsynet med tenestene
Aldersheim	Døgndekkjande tenester til omsorgsformål Personell normalt til stades heile døgnet	Lov av 13.12.91 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., med forskrifter	Som ved sjukeheimar	Fylkesmannen	
Omsorgsbustad/ eigen heim	Individuelt tilpassa tenester tilgjengelege heile døgnet	Utleigeforholdet blir regulert av husleigelova Tenesteforhold blir regulert av kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova	Personleg hjelp gratis Eigenbetaling for praktisk hjelp	Helsetilsynet i fylket etter kommunehelse-tenestelova Fylkesmannen etter sosialtenestelova	

Boks 5.1 Gjeldande ordningar

Regelverket som får verknad for pleie- og omsorgssektoren, er nedfelt i lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetenestelova) og lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtenestelova). Etter kommunehelsetenestelova § 1–3 første ledd nr. 4 skal helsetenestene i kommunen omfatte pleie og omsorg. For å løyse oppgåvene knytte til ansvaret for pleie og omsorg skal kommunen etter § 1–3 andre ledd syte for heimesjukepleie og sjukeheimar eller anna buform for heildøgns omsorg og pleie. I sosialtenestelova § 4–2 blir det definert kva dei sosiale tenestene i kommunen skal omfatte, mellom anna praktisk hjelp og opplæring, avlastings tiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller husvære med heildøgns omsorgstenester og lønn til personar med særleg tyngjande omsorgsoppgåver.

Brukaren sin rett til helsehjelp går fram av kommunehelsetenestelova § 2–1, som seier at alle har rett til helsehjelp i den kommunen der han eller ho bur eller mellombels oppheld seg. Brukaren sin rett til helsetenester går også fram av pasientrettslova § 2–1. Etter sosialtenestelova § 4–3 har dei som ikkje kan dra omsorg for seg sjølve, krav på hjelp etter § 4–2. Kommunen skal yte sosiale tenester til alle som oppheld seg i kommunen, jf. § 10–1.

Reglane i forvaltningslova gjeld ikkje for vedtak om helsehjelp etter kommunehelsetenestelova § 2–1, til dømes vedtak om legetenester. For vedtak om heimesjukepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sjukeheim eller anna buform for heildøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetenestelova gjeld reglane i forvaltningslova. Det same gjeld for tenester etter sosialtenestelova kapittel 4. Det vil seie at ein ved tildeling av slike tenestene må følgje dei saksbehandlingsreglane som går fram av forvaltningslova. I praksis vil dette seie at vedtak om tildeling av tenester må følgje reglane om einskildvedtak i kapittel 4 til 6 i forvaltningslova. Desse reglane knyter visse viktige rettsverknader til vedtaket, mellom anna krav til grunngiving for vedtaket, klagerett og ein avgrensa omgjeringsrett for klageorganet.

omsorgsbustad, i anna tilpassa husvære, i aldersheim eller i sjukeheim.

Det er relativt stor skilnad i regelverket for tenester i institusjon og i eigne heimar. Det kjem av at regelverket blei utforma i ei anna tid, då skiljet mellom tenester i og utanfor institusjon var klårare enn i dag.

Det har vore ein diskusjon over noen år om kva som er det beste tilbodet for personar med omfattande hjelpebehov. I «Handlingsplanen for eldreomsorgen» la ein vekt på at det var brukarane sitt behov for pleie- og omsorgstenester som er det viktige ved tildeling av tenester, og at kommunane sjølve må ta stilling til korleis dette behovet skal møtast. Mange ser på sjukeheimane som den tryggeste staden å bu når ein blir hjelpetrengande, fordi det er etablert ein fast struktur knytt til daglege gjeremål, og det er folk til stades heile døgnet. Denne tryggleiken opplever somme som noko svært positivt, medan andre kan oppleve at dei i unødig grad mister råderetten over eige liv. Mange av dei nye omsorgsbustadane er bygde med fellesareal, mellom anna med plass til personalrom for tilsette. Det inneber at omsorgsbustader fyller dei same behova for tryggleik som sjukeheimane gir.

Kommunane skal gi tenestetilbod til menneske i alle aldrar og i ulike livsfasar, og med mange ulike behov. Dette krev ein stor grad av individuell tilpassing og valfridom i tenestetilbodet. Kommunane har i aukande grad satsa på husvære og heimetenester, dels som tillegg til og dels som erstatning for tradisjonelle institusjonstenester. Kommunane har som følgje av «Handlingsplan for eldreomsorgen» satsa på ein bustadmasse som er tilpassa dei lokale behova, og som samla sett gir rom for fleksibilitet i tenestetilbodet (Thoresen, 2003). Dette viser at kommunane ønskjer å utforme fleksible tenesteløysingar tilpassa behov og forventningar hos brukarane, uavhengig av bustad. Regelverket som styrer tenestene, bør vere lagt til rette for den satsinga kommunane har gjort som følgje av «Handlingsplanen for eldreomsorgen», og imøtekomme brukarane sine forventningar om større grad av individualisering av tenestene.

Det knyter seg ulike rettsverknader til opphald i ulike buformer. Regelverket gir ulike rettar alt etter kvar tenestene blir ytte, trass i at menneske med heildøgns pleiebehov i dag bur og tek imot tenester både i sine eigne, opphavlege heimar, i omsorgsbustader og i sjukeheimar. Dette er lite rasjonelt så lenge tenestene som blir ytte er likeverdige og gjer det vanskeleg for brukarane og pårørande å orientere seg om kva rettar dei har, og å hevde desse rettane gjennom klageordningane. Manglande harmonisering og nøytralitet mellom

tilbod som i stor grad er likeverdige, gjer at reglane er vanskelege å forstå for brukarar og pårørande. Det kan derfor synast lite tenleg å halde oppe eit skilje i regelverket basert på ulike buformer.

Dagens praksis ved vedtak om plass for langtidsopphald i kommunale institusjonar gir ikkje spesifisert omtale av innhaldet i tenestetilbodet. Dette gjer det vanskeleg for brukarar og pårørande å vurdere om det tilbodet som blir gitt i institusjon oppfyller brukaren sitt behov for tenester. Brukaren vil ikkje vite kva tenester ho eller han vil få, og rettstryggleiken blir svekt ved at det ikkje ligg føre eit konkret utforma tilbod som kan gi grunnlag for klage.

Det er kommunane som sjølve skal avgjere korleis tenestetilboda skal organiserast. Det statlege regelverket bør ikkje påverka kommunane sitt val på ein uheldig måte.

Regjeringa ønskjer derfor å tilpasse regelverket som regulerer pleie- og omsorgstenestene og gjere noko for å oppnå eit meir samordna og harmonisert regelverk for tenestene ved å regulere likearta tenester likt.

5.2 Større rettstryggleik i institusjonar

Ved tildeling av tenester i eigen heim eller i eit tilrettelagt husvære, medrekna omsorgsbustad, har brukaren krav på eit einskildvedtak som spesifiserer kva slags heimetenester som skal ystast. Dette gjeld praktisk hjelp etter sosialtenestelova og heimesjukepleie etter kommunehelsetenestelova. Andre helsetenester etter kommunehelsetenestelova skal det ikkje gjerast einskildvedtak for. Brukaren kan påklage einskildvedtaket og få klageinstansen si vurdering av om dei tenestene som er omfatta av vedtaket, oppfyller lovheimla rettar og er i samsvar med brukaren sine behov.

For opphald i institusjon både etter sosialtenestelova og etter kommunehelsetenestelova, gjer kommunane etter gjeldande praksis berre vedtak om tildeling av plass. Dersom brukaren ikkje får tildelt plass i ein kommunal institusjon, kan dette påklagast. Klageinstansen vurderer då om brukaren sine behov tilseier at vedkomande skal ta imot tenester i institusjon, eller om kommunen kan tilby forsvarlege tenester ein annan stad, til dømes i vedkomande sin eigen heim. I tillegg er det stor skilnadar i eigenbetaling avhengig av buform, jf. kap. 8.

Regjeringa ønskjer å endre kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova slik at vedtak om plass i institusjon, blir erstatta av spesifiserte einskildvedtak der det tenestetilbodet brukaren skal få, blir konkretisert. Dette styrkjer rettstryggleiken

til brukaren, fordi det blir lettare å få oversikt over kva tenestetilbodet faktisk omfattar, og såleis også enklare å vurdere spørsmålet om klage. Kravet om spesifiserte einskildvedtak omfattar sjukepleietenester og sosiale tenester etter sosialtenestelova kapittel 4.

Forslaget frå regjeringa vil sikre ei einsarta regulering av tenestene og sikre at det er dei behova brukaren har, og ikkje buforma, som blir styrande for innhaldet i tenestetilbodet. Dette vil gi den nødvendige fleksibiliteten i forhold til brukaren sine behov, samtidig som det gir kommunen fridom til å organisere tenestene slik ein finn det mest tenleg.

For at kravet om forsvarleg tenesteutøving i regelverket skal vere oppfylt, må dei behova brukaren har, vurderast jamleg av personalet på kvar einskild tenestestad. Slik sett blir det ytt individuelt tilpassa tenester uavhengig av kravet om einskildvedtak i regelverket. Men kommunane må etter forslaget utarbeide spesifiserte einskildvedtak for alle brukarar, same kvar dei bur. Slik vil brukarane og dei pårørande få betre høve til å vurdere om dei einskilde delane av tenestetilbodet tilfredsstiller hennar eller hans behov, og om dei lovfesta rettane blir sikra på ein tilfredsstillande måte gjennom einskildvedtaket. Brukaren blir vidare i større grad sikra at dei rettane han eller ho har, blir oppfylte, gjennom høvet til å klage.

Spesifiserte einskildvedtak gjer det lettare for kommunane, å få oversikt over individuelle behov hos brukarane, og det blir då lettare å utnytte ressursane på best mogleg måte.

Regjeringa meiner at forslaget vil sikre omsynet til brukaren sin sjølvråderett på ein betre måte enn dei noverande ordningane, og såleis vere med på å heve kvaliteten på tenestene.

5.3 Saksbehandling og rettstryggleiken til brukaren

Betre kunnskap om saksbehandlingsreglane og betre saksbehandlingsrutinar er grunnleggjande for å sikre rettane til brukarane. Einskildvedtak som gjer greie for kva tenestetilbod som skal givast, må vere utforma slik at brukaren enkelt kan skaffe seg oversikt over om retten til tenester er oppfylt gjennom vedtaket.

Vedtak om tildeling av tenester etter sosialtenestelova og nokre av føresegnene i kommunehelsetenestelova skal gjerast etter reglane i forvaltningslova. Det er kommunane som skal syte for at saksbehandlarane har den nødvendige kompetansen til å etterleve dei krava som forvaltningslova

stiller. Saksbehandlingsreglar er viktige for å styrkje rettstryggleiken til brukarane, mellom anna skal dei sikre brukaren rett til å vere med og bestemme når det skal takast avgjerder som gjeld hans eller hennar liv (partsrettar). Dei skal også sikre at saksbehandlinga går føre seg på rett måte, og at brukaren får vite korleis han eller ho står rettsleg. Saksbehandlingsreglane skal også hindre vilkårleg forskjellsbehandling. Fleire tilsyn har avdekt svikt i saksbehandlinga i kommunane på helse- og sosialtenesteområdet. Det er derfor nødvendig med meir kunnskap om saksbehandling i kommunane. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidd ein rettleiar for saksbehandling etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova.

Det overordna målet med rettleiaren er å styrkje kompetanse om saksbehandling og dokumentasjon i kommunane. Rettleiaren gir ein grundig gjennomgang av heile saksbehandlingsprosessen i kommunane, frå saksutgreiing til tildeling eller avslag på tenester og klagebehandling. Krava til dokumentasjon i tenesteytinga blir også gjennomgått. Dei mest sentrale lovene og forskriftene blir gjengitt, og det blir gitt rettleiing om korleis dei skal brukast.

Sosial- og helsedirektoratet har bede landets fylkesmenn følgje opp rettleiaren i sakshandsaming ved å støtte og sette i gong kurs- og opplæringstiltak, rettleiing og rådgjeving for dei som driv med saksbehandling i pleie- og omsorgstenesta. Alle kommuner skal gjennom dette få eit opplæringstilbod om sakshandsaming på dette området formidla gjennom fylkesmannen, der målet er å auke kompetansen og betre rettstryggleiken for brukarane.

Betre saksbehandling er og eit sentralt mål i den samarbeidsavtalen som er inngått med Kommunenes Sentralforbund.

5.4 Rettstryggleik for brukarar utan samtykkekompetanse

Utgangspunktet for all behandling, pleie og omsorg er at det krevst samtykke for å gjennomføre tenestene. Dersom brukaren ikkje er i stand til å vurdere eigne behov, må regelverket sikre at rettane blir oppfylte og grunnleggjande behov dekte. Rettstryggleiken for brukarar med manglande evne til å hevde eigne rettar må styrkjast. Regelverket må leggje til rette for at alle brukarar blir sikra rett til tenester.

Når det gjeld helsehjelp, er hovudregelen om samtykke lovfesta i pasientrettslova. Pasientretts-

lova inneheld reglar om kva form samtykket skal ha, og om kven som har samtykkekompetanse. Lova inneheld også representasjonsreglar (samtykke frå representant), som blir gjorde gjeldande i dei tilfella der pasienten ikkje har samtykkekompetanse. Utgangspunktet er at det også må stillast krav til gyldig samtykke for å gi sosiale tenester. For sosialtenestene, som for helsetenestene, må det liggje føre eit rettsleg grunnlag for tenesteytinga, men reglar om samtykke og representasjon er ikkje lovfesta for sosialtenestene.

For å styrkje rettstryggleiken til brukarar utan samtykkekompetanse og sikre retten til nødvendige tenester, har regjeringa i Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) fremja forslag til nye reglar om rettstryggleik ved bruk av tvang overfor visse personar med psykisk utviklingshemming. Reglane skal erstatte dei gjeldande mellombels reglane i kapittel 6A i sosialtenestelova. Verkeområdet er avgrensa til å gjelde bruk av tvang som ledd i pleie- og omsorgstenester. Tvang skal berre brukast for å hindre eller avgrense vesentleg skade, og berre når det er fagleg og etisk forsvarleg. I tillegg skal andre løysingar vere prøvde først. Rettstryggleiksgarantiar i form av reglar om vedtak, høve til å klage og obligatorisk overprøving av vedtaka blir vidareført i det nye lovforslaget. Bruk av tvang for å gjennomføre medisinsk behandling er førebels ikkje omfatta, men Helsedepartementet greier ut desse problemstillingane og tek sikte på å fremje ein proposisjon for Stortinget i 2004 om medisinsk behandling utan samtykke. Proposisjonen skal etter planen gjelde fleire grupper av pasientar utan samtykkekompetanse.

Då reglane om avgrensing og kontroll med bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma blei vedtekne i 1996, blei det frå fleire hald peika på at det var behov for tilsvarende reglar også for personar med demens. Det er etter det gjeldande regelverket uklart i kor stor grad ein kan gripe inn med tvang overfor demente. Tenesteytarane vil i mange tilfelle mangle rettsleg grunnlag for tiltak som det ut frå ei fagleg og etisk vurdering er nødvendig å setje i verk for å sikre demente nødvendig pleie og omsorg og hindre at dei utset seg sjølve eller andre for skade. Det gjeldande, uklare regelverket gir også dårleg vern mot overgrep og vilkårleg behandling, og gir ikkje demente god nok rettstryggleik.

Sosialdepartementet sende derfor i mai 2002 på høyring eit forslag om ei lov om rett for personar med demens. I lovforslaget er det teke med føresegner om avgrensing av og kontroll med bruk av tvang overfor demente. Eit hovudmål med forslaget var å førebyggje og avgrense bruken av tvang i

omsorga for demente og styrkje rettane til dei pårørande. Det blei føreslått reglar på desse felta:

- samtykke og representasjon
- styrking av retten til informasjon for pårørande
- bruk av tvang i samband med tiltak for å avverje skade i naudsituasjonar
- bruk av tvang for å dekkje grunnleggjande behov for personleg hygiene, påkleding, mat, drikke og kvile
- bruk av vernetiltak
- flytting til husvære for personar med behov for heildøgns tenester
- tilbakehalding i husvære som nemnt ovanfor
- bruk av inngripande varslings- og peilesystem med tekniske innretningar

Forslaget omfatta ikkje bruk av tvang for å gjennomføre medisinsk behandling, medrekna tvangsmedisinering. Helsedepartementet er som nemnt i gang med å greie ut problemstillingar knytte til medisinsk behandling utan samtykke. I det vidare arbeidet med reglar for bruk av tvang i tenesteyting til demente vil Sosialdepartementet leggje til grunn tilbakemeldingane frå Stortinget i samband med behandlinga av Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) og vurdere om det er ønskjeleg å lage eit felles regelverk for psykisk utviklingshemma og demente.

For å betre kvaliteten i tenestetilbodet til demente har Kompetansesenteret for aldersdemens, med midlar frå det tidlegare Sosial- og helsedepartementet, sett i gang eit prosjekt der undervisning er eit hovudelement. Prosjektet skal kartlegge bruk av tvang før intervensjon og bruk av tvang i etterkant. Som ein del av prosjektet er det utarbeidd læremateriell om demenssjukdommar og konsekvensar av slike sjukdommar for åtferd, om vanskeleg åtferd og dei dilemma slik åtferd reiser, og om regelverket på området. Det vil også bli utarbeidd ei samling med døme med forslag til alternative løysingar i gitte situasjonar.

Sosialdepartementet har som det går fram av kapittel 5.5, føreslått ei ny felles forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. I samband med arbeidet med ein ny rettleiar til kvalitetsforskrifta vil det bli vurdert om det er nødvendig å utdjupe krav i samband med tenestetilbodet til demente spesielt.

5.5 Kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene skal vere med på å sikre at personar som tek imot

pleie- og omsorgstenester, får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov. Kommunane skal etablere eit system av prosedyrar med sikte på å sikre at kvar einskild brukar får dei tenestene vedkomande har behov for til rett tid, at det blir gitt eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod, og at brukaren medverkar ved utforming og endring av tenestetilbodet.

Den gjeldande kvalitetsforskrifta er heimla i kommunehelsetenestelova. Når det gjeld sosialtenestene, er det gitt retningslinjer med tilnærma likt innhald. Etter at sosialtenestelova fekk heimel for kvalitetsforskrift, har Sosialdepartementet føreslått ei felles forskrift for tenesteyting etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova. Siktemålet med å forskriftsfeste krava også for sosiale tenester er først og fremst å få til ei harmonisering av regelverket i helse- og sosialtenestene. Det skal bli enklare både for kommunane og brukarane å sjå kva forventningar ein kan ha til kvaliteten på pleie- og omsorgstenestene, uavhengig av heimen for tenesten. Forskrifta skal vere med på å sikre kvalitet i tenesteutøvinga overfor kvar einskild brukar, både i og utanfor institusjon, og både i helsetenestene og i sosialtenestene. Ein tek sikte på at forskrifta skal tre i kraft 1. juli 2003.

Forskrifta framhevar i føremålsparagrafen at respekten for eigenverdet, livsførselen og sjølvråderetten til den einskilde skal stå sentralt i tenesteytinga. Forskrifta er utforma som ei internkontrollforskrift som gir kommunane eit godt verkty når det gjeld å stille krav til kvalitet på kommunale tenester og tydeleggjere for brukarane kva dei kan vente seg av tenestene. Sosial- og helsedepartementet sende i mars 1997 ut eit rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Rettleiaren gir utfyllande kommentarar om korleis forskrifta skal forståast, og tilvising til korleis kommunane kan sikre at forskrifta blir etterlevd i tenesteutøvinga. Tilbakemeldingar i samband med tilsyn utført av fylkesmennene og fylkeslegane viser at kvalitetsforskrifta og det tilhøyrande rundskrivet har vore ein viktig faktor i arbeidet med å finne meir konkrete vurderingskriterium for tilsyna når ein skal vurdere om kommunane driv ei forsvarleg verksemd.

Likevel kan det stillast spørsmål ved om forskrifta og rundskrivet er godt nok kjende i kommunane, om kommunane i tilstrekkeleg grad har gjennomført arbeidet med å setje opp skriftlege prosedyrar med tanke på å sikre at dei grunnleggjande behova til brukarane blir tilfredsstilte, og om kunnskapen og prosedyrane blir reflekterte i tenesteytarane sine møte med brukarane i det daglege arbeidet.

For å sikre at kommunane får betre kjennskap til kvalitetsforskrifta, og for å lette arbeidet med å betre kvaliteten, lagar Sosial- og helsedirektoratet ein rettleiar til den nye forskrifta. Avtalen mellom regjeringa og KS, som er omtalt i kapittel 4, har som mål at alle kommunar har etablert eit kvalitets-system for pleie- og omsorgstenestene innan utgangen av 2004. Forskrifta vil vere ein del av arbeidet med bakgrunn i avtalen mellom regjeringa og KS.

Felles internkontrollforskrift

Det er også fastsett ei ny felles forskrift om internkontroll for sosial- og helsetenestene, jf. kgl. res. 20. desember 2002. Forskrifta tok til å gjelde frå 1. januar 2003. For sosialtenestene gjeld forskrifta verksemd etter sosialtenestelova kapittel 4 og kapittel 6A. Internkontrollforskrifta gir nærmare føresegner om kravet til innhald i internkontrollen. Forskrifta gir verksemdene ein stor grad av fridom til å etablere internkontroll tilpassa storleiken på og eigenarten til verksemda. Statens helsetilsyn vil gi ut meir detaljert rettleiingsmateriell til hjelp ved etablering og vedlikehald av internkontroll i verksemdar i sosial- og helsetenestene.

5.6 Harmonisering av regelverket for dei kommunale helse- og sosialtenestene

Skilja i det statlege regelverket mellom helsetenester og sosialtenester, og mellom heimetenester og institusjonstenester, gjer det uoversiktleg og er til hinder for gode og tenlege løysingar i kommunane.

Regjeringa meiner at ei harmonisering og betre samordning av kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova er viktig for å sikre heilskap i tenestetilbodet og ei heilskapleg tilnærming til brukarane sine behov.

Regjeringa har derfor sett ned eit lovutval som skal greie ut og kome med forslag om ei betre harmonisering av den kommunale helselovgivinga og sosiallovgevinga. Siktemålet med harmoniseringa er

- å sikre einsarta regulering av likearta tenester
- å sikre heilskapelege tilbod til brukarar med samansette behov og setje kommunane betre i stand til å gjennomføre dette
- å hindre ansvarsfråskrivning mellom tenester og sektorar
- å forenkle regelverket for brukarar, tenesteytarar og kommunar

Lovutvalet har fått i oppdrag å ta standpunkt til om forslaga til harmonisering skal byggjast inn i dei eksisterande lovene, eller om det skal lagast ei ny felles lov for dei kommunale helse- og sosialtenestene. Utvalet skal utarbeide forslag til lovtekst, basert på at kommunane skal ha stor fridom til å velje korleis dei vil organisere tenestene, og ein skal ta omsyn til behovet for og plikta til samarbeid mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelse-tenesta.

Utvalet skal etter mandatet ha ferdig si innstilling i 2004.

5.7 Samordning av det statlege tilsynet med dei kommunale helse- og sosialtenestene

Det har skjedd ei vesentleg styrking av tilsynet med pleie- og omsorgstenestene i kommunane i den seinare tid. Frå 1. januar 2003 er Fylkesmannen sitt tilsynsområde overfor sosialtenesta utvida frå tilsyn avgrensa til institusjonar etter sosialtenestelova og tiltak etter same lov kapittel 6A, til også å gjelde tilsyn med det tenestetilbodet kommunane yter i omsorgsbustader, og med andre heimebaserte tenester etter sosialtenestelova. Samtidig er metoden for tilsyn frå Fylkesmannen si side endra frå inspeksjonstilsyn til systemrevisjon. Vidare blei det innført føresegner om internkontroll med verksemdar og tenester etter sosialtenestelova kapittel 4 og kapittel 6A. Tilsynsverksemda er også styrkt ved at Statens helsetilsyn frå 1. januar 2003 har fått det overordna faglege ansvaret for tilsyn etter sosialtenestelova. Statens helsetilsyn er etter dette overordna fagleg ansvarleg for tilsyn med både sosialtenesta og helsetenesta. For sosialtenesta er Helsetilsynet sitt ansvar regulert i sosialtenestelova § 2–7.

Med eit overordna sentralt tilsynsorgan blir det lettare å nå målet om harmonisering av helse- og sosialtenestene. I dei delane av sosialtenesta som har hatt føresegner om tilsyn i nokre år, er tilsynet som hovudregel blitt utført regionalt av fylkesmennene. Store delar av regelverket om internkontroll og tilsyn har nyleg teke til å gjelde innanfor dei sosiale tenestene, og det er lite erfaringsmateriale å byggje eit overordna tilsyn på. Den lange erfaringa Helsetilsynet har med sentralt tilsyn i helsesektoren er derfor nyttig i arbeidet med å utvikle det sentrale tilsynet med sosialtenesta.

Tilsynet med sosialtenestene blir som tidlegare utført av fylkesmennene. Det er ikkje gjort endringar i fylkesmennene sin kompetanse som tilsynsmakt etter sosialtenestelova, og fylkesmannen

kan som før gi pålegg om å rette opp uheldige eller uforsvarlege forhold. Fylkesmennene vil, saman med fylkeslegane, framleis spele ei viktig rolle når det gjeld den faktiske utøvinga av tilsynet med sosial- og helsetenestene i kommunane.

Statens helsetilsyn har etter 1. januar 2003 mellom anna nasjonalt ansvar for

- det overordna faglege tilsynet med all verksemd etter sosialtenestelova, også dei områda der fylkesmennene ikkje fører tilsyn
- å utvikle nasjonale føringar for tilsynet
- å syte for ei harmonisering av det statlege tilsynet med sosiale tenester og det statlege tilsynet med helsetenester
- å vere ein fagleg ressurs for fylkesmennene i deira tilsyn med tenestene i kommunane
- å vere ein fagleg ressurs for kommunar og fylkesmenn i internkontrollarbeid etter sosialtenestelova

På regional stat-nivået er det fylkesmennene som utfører og har ansvar for tilsynet med sosialtenestene. Ansvar er inneber mellom anna

- å føre utvida og endra tilsyn med dei kommunale tenestene etter sosialtenestelova kapittel 4
- å føre tilsyn med den kommunale verksemda etter sosialtenestelova kapittel 6A
- å føre tilsyn med rusinstitusjonar etter sosialtenestelova, jf. § 7–9
- å vere ein fagleg ressurs for kommunar når det gjeld internkontrollarbeid etter sosialtenestelova
- å syte for samordning av internkontrollarbeidet i helse- og sosialtenesta

Erfaring viser at kommunane set i verk tiltak når tilsynsmakta påpeikar avvik frå krav styresmaktenes set. For å sikre ei effektiv oppfølging av pålegg frå tilsynsmakta si side har somme teke til orde for å gi tilsynsmakta høve til å ileggje tvangsmulkt overfor kommunane, tilsvarende den ordninga som blei innført frå 1. januar 2003 for spesialisthelsetenesta.

Høvet til å gi pålegg har vore lite brukt. I perioden frå 1. januar 1997 til 10. mai 2002 har Statens helsetilsyn gitt eitt pålegg om retting og fem varsel om pålegg knytte til kommunehelsetenesta. Også det høvet fylkesmennene har til å gi pålegg etter sosialtenestelova, er svært sjeldan brukt.

På bakgrunn av dei få pålegga som til no er gitt, er det etter regjeringa si vurdering ikkje no nødvendig å utvide verkemidla til tilsynsmakta til også å omfatte høve til å ileggje tvangsmulkt. Det viktige no er å få innarbeidd ordningane knytte til styrkinga av tilsynet som er omtalt i dette kapittelet.

Når det gjeld det generelle statlege tilsynet med kommunesektoren, viser vi til St.prp. nr. 66 (2002–2003) «Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2004» (kommuneproposisjonen) kapittel 17. Regjeringa vil samordne det statlege tilsynet med kommunesektoren. Det vil bli sett ned eit utval som skal gå nærmare igjennom korleis tilsynet er organisert, og vurdere det regelverket som dannar grunnlaget for statleg tilsyn med kommunane i dei ulike sektorane, basert på prinsippet om ei heilskapleg tilnærming og samordning gjennom fylkesmennene.

Utvalet bør evaluere det statlege tilsynet med kommunesektoren i eit heilskapleg perspektiv. Når det gjeld statleg tilsyn med helsetenestene, er dette nyleg gjennomgått og omorganisert. Prinsippa som ligg til grunn for desse endringane, ligg fast. Det vidare arbeidet vil derfor på dette området bli avgrensa til grensesnittet mellom tilsynet med helsetenester og tilsynet med sosialtenester.

5.8 Brukarane sin rett til å flytte til ein annan kommune

I Innst. S. nr. 263 (2001–2002) «Avslutning av handlingsplanen for eldreomsorgen», jf. St.meld. nr. 31 (2001–2002), ber Sosialkomiteen regjeringa sjå nærmare på dei vanskane eldre i dag har med å flytte over kommunegrensene på grunn av manglande kapasitet når det gjeld heildøgns omsorg og pleie i tilflyttingskommunen. Komiteen peikar på at lover og regelverk må utformast på ein slik måte at alle eldre sjuke fritt skal kunne flytte til ein annan kommune. Komiteen meiner at fritt val av omsorgskommune bør sidestillast med fritt val av sjukehus.

Endringar i regelverket må vurderast ut frå kor stort det reelle behovet for å flytte er, og om det finst andre måtar å gå fram på for å bøte på dei hindringane som finst i dag. Ut frå kommunane sine svar på spørsmål frå fylkesmennene i 2000 og 2001, er ikkje flytteproblematikken i eldreomsorga eit omfattande problem. Ein svensk rapport frå 2002 viser at svært få pleietrengande faktisk nytta seg av retten til å flytte til ein ny kommune. Det blir vist til at ønsket om å flytte i høg alder, bort frå kjende omgivnader, ikkje var så utbreidd som ein trudde.

Ein kan ikkje sjå bort frå at det ligg føre ei underrapportering ved at personar som ønskjer å flytte, blir rådde ifrå dette fordi kommunen vedkommande ønskjer å flytte til, gir signal om at ein ikkje kan gi eit godt nok tenestetilbod i utgangspunktet.

Regjeringa vil derfor presisere at det i den gjeldande lovgivinga ikkje blir lagt hindringar i vegen for at pleietrengande som ønskjer det, skal kunne flytte mellom kommunar. Hovudregelen både i lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtenestelova) og i lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetenestelova) er at kommunen der ein person for tida oppheld seg, har plikt til å yte kommunale pleie- og omsorgstenester, jf. sosialtenestelova § 10–1 og kommunehelsetenestelova § 2–1. Dette inneber at dersom pleietrengande vel å flytte, så skal tilflyttingskommunen overta ansvaret for å yte og finansiere tenestene.

I Rundskriv I-43/97 understrekar Sosialdepartementet denplikta tilflyttingskommunen har til å behandle ein søknad om tenester til ein sterkt pleietrengande frå ein annan kommune. For å sikre denne gruppa ein reell fri rett til å flytte er det ein føresetnad at den kommunen ein ønskjer å flytte til, behandlar søknaden om tenester slik at tenestetilbodet står klart på flyttetidspunktet. Kommunen kan ikkje avvise ein søknad om tenester til ein sterkt pleietrengande fordi søkjaren ikkje «oppholder seg i kommunen», jf. sosialtenestelova § 10–1 første ledd. Tilsvarende plikt for kommunen gjeld også i samband med søknad om tenester etter kommunehelsetenestelova.

Ved vurderinga av søknader avgjer kommunen i samarbeid med klienten kva tenester som skal ystast i kvart enkelt tilfelle. Lokale forhold, ulike prioriteringar og skilnader i ressursar gjer at tenestene varierer både i kvalitet og kvantitet kommunane imellom. Sjukeheimsbebuarar i éin kommune har såleis ikkje krav på tilsvarende plass i ein annan kommune, med mindre eit anna tilbod er uforsvarleg. Låg dekningsgrad når det gjeld sjukeheimplassar eller omsorgsbustader kan såleis gjere det vanskeleg for somme å flytte.

Slik regjeringa ser det ligg ikkje eventuelle hindringar for å flytte i sjølv reguleringa av ansvaret for tenestene. Regjeringa vil derfor ikkje gjere endringar i regelverket på dette området. Ulik utbygging av tenestetilbodet kan gi ønske om å flytte. Gjennom finansieringa av «Handlingsplanen for eldreomsorgen» har regjeringa i samarbeid med kommunane sytt for å auke dekningsgraden for både omsorgsbustader og sjukeheimplassar vesentleg. Med auka dekningsgrad er det grunn til å tru at det blir mindre skilnader i tenestetilbodet i ulike kommunar også for eldre pleietrengande, og at behovet for å flytte blir mindre også av denne grunnen.

5.9 Heimel for individuell plan i sosialtenestelova

I helselovgevinga er det lovfesta ein rett til individuelle planar. Etter pasientrettslova § 2–5 har pasientar som har behov for langvarige og koordinerte helsetenester, rett til å få utarbeidd ein individuell plan i samsvar med føresegnene i kommunehelsetenestelova, spesialisthelsetenestelova og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Det er gitt forskrift til helsetenestelovene og gitt ut ein rettleiar for utarbeiding av individuell plan.

Dei brukargruppene som det er aktuelt å utarbeide ein individuell plan for, vil ofte ha behov for tenester både frå sosialtenesta, kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Med heimelen i pasientrettslova § 2–5 er desse behova sikra innanfor helsetenestene, men brukarane til nå har ikkje hatt den same retten i forhold til sosialtenesta i kommunen.

Mange brukarar av kommunale sosialtenester vil ha behov for å få samordna tenestetilbodet frå ulike etatar, sektorar og forvaltningsnivå. Blant desse vil personar med fysisk funksjonshemming, utviklingshemming, psykiske lidningar og rusproblem vere grupper som har behov for betre samordning av tenestene gjennom ein individuell plan. Personar som treng tenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tenester frå fleire etatar, og som ikkje sjølv er i stand til å syte for å få dekt det behovet dei har for tenester, krev særskild merksemd og særskilde tiltak frå tenesteapparatet si side. Personar med langvarige og samansette behov for tenester bør få eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod. Sosialdepartementet erfarer at sosialtenestene i kommunane har etterlyst eit verkty for samarbeid på linje med det individuelle plan representerer innanfor helsetenestene. Regjeringa har på bakgrunn av dette fremja forslag i Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) om å innføre rett til individuell plan også i sosialtenestelova.

Innføring av heimel for individuell plan i lov om sosiale tjenester m.v. vil føre til aktiv brukarmedverknad og gjere at brukarane kjenner seg trygge og veit kva dei kan vente seg. Det vil også føre til avklaring av ansvarsforhold og til samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike delar av tenesteapparatet. Arbeidet med individuell plan skal også styrkje samhandlinga mellom tenesteytarane og brukaren og eventuelle pårørande til brukaren. Formålet med å innføre ein heimel for individuell plan i sosialtenestelova er å få til ei meir langsiktig og heilskapleg tenking i forhold til bru-

karar som har behov for langvarige og koordinerte tenester.

Siktemålet med individuelle planar er også å utforme eit verkty for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå og mellom ulike etatar og sektorar. Den nye føresegna i sosialtenestelova vil gi sosialtenesta i kommunen plikt til å samarbeide med andre tenesteytarar om planen. I dette ligg ikkje berre ei samarbeidsplikt, men også ein føresetnad om at det skal utarbeidast éin felles individuell plan som dekkjer tenester etter kommunehelsetenestelova, spesialisthelsetenestelova, lova om psykisk helsevern og sosialtenestelova.

5.10 Utviding av pasientombodsordninga

Spørsmålet om pasientombodsordninga også skal omfatte kommunehelsetenesta, har lenge stått på dagsordenen. I Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) «Lov om pasientrettigheter» uttaler departementet:

«Det er på lengre sikt imidlertid ønskelig at en pasientombudsordning også omfatter kommunehelsetjenesten. Dette reiser imidlertid en rekke spørsmål mht ansvars plassering, finansiering, fysisk plassering og tilgjengelighet. Det foreslås derfor å vente med en slik lovhjemmel inntil man har fått flere erfaringer med ordningen innen spesialisthelsetjenesten.»

I Innst. O. nr. 91 (1998–99) frå sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter føreslo eit mindretal (Framstegspartiet) at ansvars- og arbeidsområdet til pasientomboda også skulle omfatte primærhelsetenesta. I Dok. nr. 8:70 (2000–2001) fremja stortingsrepresentantane John I. Alvheim og Harald T. Nesvik frå Framstegspartiet forslag om endringar i pasientrettslova for å utvide pasientomboda si rolle til også å dekkje primærhelsetenesta. I Innst. S. nr. 272 (2000–2001) heiter det i tilrådinga frå komiteen:

«Stortinget ber Regjeringen på egnet måte om å legge frem en sak som viser resultatene fra pågående forsøk vedrørende omsorgstjenestene, og i den sammenheng komme med forslag om eventuelt en utvidet pasientombudsordning til også å omfatte kommunehelsetjenesten og sosialsektoren.»

Tankegangen som ligg til grunn for oppnemninga av eit lovutval med sikte på å oppnå større grad av harmonisering mellom dei kommunale helse- og sosialtenestene, er omtalt i kapittel 5.6. At det blir etablert eit felles tilsyn for helse- og sosialtenestene og utarbeidd ei felles kvalitetsforskrift

for helse- og sosialtenestene, bør også leggjast til grunn når brukarane sine behov for pasientombod skal vurderast. Eit eventuelt forslag om å utvide verkeområdet for pasientomboda til å omfatte dei kommunale helsetenestene og sosialtenestene er i samsvar med dei andre harmoniseringstiltaka.

For ei vidare drøfting av spørsmålet om utvida verkeområde for pasientomboda visast det til St.meld. nr. 40 Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

5.11 Individuelle tenester uavhengig av språk, kultur og religion

Under behandlinga av St.meld. nr. 31 (2001–2002) bad fleirtalet i Sosialkomiteen «Regjeringen vurdere tiltak for tilrettelegging av en kvalitativt god eldreomsorg også for eldre innvandrere».

Vi står overfor store utfordringar når det gjeld å leggje forholde til rette slik at alle brukarar av pleie- og omsorgstenestene får eit tenestetilbod som er lagt til rette etter ei vurdering av individuelle behov, også når dei individuelle behova reflekterer at brukaren har ein annan språkleg og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkninga. Regjeringa ønskjer at dei individuelle behova skal danne grunnlaget for tenesteytinga uavhengig av om behova har med den kulturelle og språklege bakgrunnen å gjere, eller om det er andre særskilde behov som gjer seg gjeldande hos brukaren.

Ein anna kulturell, religiøs og språkleg bakgrunn kan føre til manglande tryggleik i samband

Boks 5.2 Nordreisa

Mange av innbyggjarane i kommunen har finsk eller samisk som hovudspråk. Tenestene legg derfor vekt på å bruke finske ord og setningar til personar som har mist det norske språket, men framleis meistarar det finske. Ein sjukepleiar i geriatrisk team har fått støtte til opplæring i finsk og er ein ressurs i arbeidet. Bebuarar og frivillige blir også brukte som tolkar i dialog mellom personale og bebuarar. I minnegrupper blir det teke opp tema som til dømes korleis det var å gå på skule og ikkje få snakke finsk, finske mattradisjonar o.a. Ein syng songar frå «gamle dagar», også finske. I spørjeskjemaet til pårørande er det mellom anna lagt inn spørsmål om den demente har ein finsk eller samisk bakgrunn.

med demens og anna kognitiv svikt. Brukarane av pleie og omsorgstenester hugsar ofte ikkje anna enn hovudspråket sitt ved ein slik svikt. Tenestetilbodet må utformast med tanke på dei ekstra utfordringane dette skapar, til dømes må det brukast tolk og/eller sikrast tilstrekkeleg kompetanse hos personalet.

Pasientrettslova sikrar at informasjon om helse-tenestetilbodet skal vere tilpassa dei individuelle føresetnadene hos mottakaren, til dømes språk- og kulturbakgrunn. Sosialtenestelova gir sosialtenesta plikt til å rådføre seg med brukaren, og tenestetilbodet skal så langt råd er utformast i samarbeid med brukaren. Dette føreset at brukaren får

informasjon på ein måte som gjer at vedkomande i praksis kan utøve medverknadsretten sin. Fleire kommunar har teke denne utfordringa på alvor og utvikla tenestetilbod som er tilpassa brukarar med ulike minoritetsbakgrunn. Bruk av kvalifiserte tolkar er nødvendig for å gi nasjonale minoritetar, flyktningar og andre innflyttarar eit godt pleie- og omsorgstilbod. Dette gjeld særleg i dei første åra etter at dei har kome til landet.

Språk og kultur er viktige faktorar når det gjeld å gi eit tenestetilbod som er lagt til rette for minoritetar. Situasjonar kan bli trugande og farlege når ein ikkje kan kommunisere og forklare kva det er som verkar skremmande. Manglande kulturforståing kan også føre til store problem, som til dømes angst for å ete når ein ikkje kjenner til korleis maten er tillaga eller kva han inneheld. Mange kommunar har erfaring med å yte pleie- og omsorgstenester til minoritetsspråklege grupper.

I tråd med intensjonane i St.meld.nr. 33 (2001–2002) «Om norsk samepolitikk» vil Regjeringen også følge opp «Handlingsplan for helse- og sosialtenester for den samiske befolkning i Norge 2002–2005», som blei lagd fram høsten 2001. Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører i 2003 ein evaluering av Undervisningssjukeheimprosjektet. Undervisningssjukeheimen i Karasjok er med i denne evalueringa. Prosjektet er ein del av gjennomføringen av dei statlege tiltak etter Handlingsplanen. Handlingsplanen listar elles opp tiltak som kommunene bør følgje opp for at samiske eldre og funksjonshemma skal få pleie- og omsorgstenester ut frå eit samisk brukerperspektiv.

Boks 5.2 og 5.3 viser døme frå kommunar som har bygd opp tilbod til grupper med finsk og samisk som hovudspråk. Erfaringane frå desse kommunane kan truleg overførast til andre kommunar, som har andre minoritetsspråklege grupper.

Det er kvar einiskild kommune som må vurdere behovet for særskilde tenestetilbod for grupper med minoritetsbakgrunn. Mangfaldet av grupperingar, ulike befolkningssamansetjing frå kommune til kommune og andre lokale tilhøve gjer det vanskeleg å utforme nærmare retningslinjer for korleis kommunane skal organisere tenestetilbodet for desse gruppene. Kommunane skal ta omsyn til brukaren sine behov, og må derfor også leggje forhold som språk, etnisitet og religion til grunn når tenestetilbodet blir utforma.

Moen (NOVA-rapport 8/02) føreslår som eitt av fleire tiltak for å betre kvaliteten i tenestene til eldre innvandrarar å styrkje rekrutteringa av tospråkleg helse- og sosialpersonell. I rapporten er det også peika på at det å utføre ritual og halde

Boks 5.3 Karasjok

I samarbeid med Undervisningssjukeheimprosjektet (USP) har Karasjok kommune gjennomført ei kartlegging av opplæringsbehov for tilsette i pleie- og omsorgstenestene. Eitt av satsingsområda har vore opplæring i demens. Det er vidare starta grunnutdanning på samisk for helse- og sosialpersonell innanfor hjelpepleie og sjukepleie, og det er utvikla ein språkopplæringspakke der ikkje-samisktalende personell lærer samisk både teoretisk og i praksis. Tiltaka har vist gode resultat. Kommunen ønskjer no å finne fram til gode samarbeidsformer mellom sjukehus og helse-, pleie- og omsorgstenestene. Karasjok kommune har bygd omsorgsbustader som har nærleik til naturen og er i tråd med samisk byggeskikk. Det er brukt lokale materiale og lagt vekt på innreiing og spesielle romløyser. Eldstaden utgjer ein sentral del av fellesrommet. Kommunen ønskjer å etablere eit samisk aktivitetstun som skal vere eit samarbeidsprosjekt mellom bebuarar, tilsette, barnehage, barne- og ungdomsskule, kulturskule, frivillige organisasjonar og einiskildpersonar. Aktivitetane blir planlagde med utgangspunkt i samisk kultur. Det er lagt vekt på å finne fram til aktivitetar som stimulerer sansane, og som fører til fysisk aktivitet i kjende omgivelser. Målet er å gi personar med demens gode kjenslemessige opplevingar. Kommunen er ein av fleire deltakarar i «Sanshage-prosjektet» i regi av Nasjonalt senter for aldersdemens. Prosjektet har som mål å leggje til rette uteområde i samband med utbygging av husvære til personar med demens.

oppe tradisjonar i samband med sjukdom, død og gravferder, er føresetnader for eit kvalitativt godt tenestetilbod.

Regjeringa vil gjennom rekrutteringsplanen satse på tilbod til minoritetsspråklege som treng supplerande opplæring for å oppnå autorisasjon som hjelpepleiar eller sjukepleiar. Dette vil betre sjansane for at brukarar som treng informasjon tilpassa ein annan språkbakgrunn, faktisk får det, og vil styrkje kompetansen mellom anna når det gjeld kulturforståing og religionsutøving.

I arbeidet med ny rettleiar til kvalitetsforskrifta skal det synleggjerast at regjeringa vil rette fokus mot individuelle tenester og auka valfridom. Omsynet til brukarar med anna språkleg, kulturell og religiøs bakgrunn skal også omtalast i rettleiaren, jf. omtale også i kapittel 5.5. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag i settje i gang ei kartlegging av ressursar og behov i kommunane når det gjeld tilrettelegging av pleie- og omsorgstenester til minoritetar.

Boks 5.4 Oppsummering av tiltak

Regjeringa vil

- sikre rettstryggleiken for bebuarar i institusjonar ved at dagens vedtak om plass i institusjon blir erstatta av spesifiserte einskildvedtak der det tenestetilbodet brukaren skal få, blir skildra og konkretisert
- syte for at saksbehandlinga i kommunane blir styrkt. Sosial- og helsedirektoratet har bede fylkesmennene i landet om å følgje opp rettleiaren i saksbehandling ved å støtte og settje i gang kurs- og opplæringstiltak, rettleiing og rådgiving for dei som driv med saksbehandling i pleie- og omsorgstenesta. Alle kommunar skal gjennom dette få eit opplæringstilbod om saksbehandling på dette området formidla gjennom fylkesmannen. Målet er å auke kompetansen og betre rettstryggleiken for brukarane
- sikre alle brukarar nødvendige og forsvarlege tenester, sjølv om dei ikkje kan uttrykke kva behov dei har for tenester, gjennom nye reglar om rettstryggleik ved bruk av tvang overfor visse personar med psykisk utviklingshemming (Ot.prp. nr. 55 (2002–2003). I tillegg har Sosialdepartementet lagt fram eit høyringsnotat med forslag om Lov om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens. Regjeringa vil også fremje ein proposisjon for Stortinget i 2004 om medisinsk behandling utan samtykke
- sikre kvaliteten i tenestetilbodet til kvar einskild brukar gjennom felles forskrift om kvalitet som gjeld både helsetenester og sosialtenester. Forskrifta gjeld både i heimetenesta og i kommunale institusjonar. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide ein ny rettleiar til forskrifta
- settje i verk informasjonstiltak for å sikre at dei grunnleggjande krava til kvalitet blir kjent i alle ledd i dei kommunale organisasjonane og blant brukarane av tenestene
- sikre ei betre harmonisering av regelverket for dei kommunale helse- og sosialtenestene. Det utvalet regjeringa har sett ned, vil levere si innstilling i 2004
- sikre ei styrking av kontrollen med tenestene gjennom felles statleg tilsyn med både helse- og sosialtenester
- sikre brukarane rett til individuelle og heilskaplege tenester gjennom innføring av heimel for individuell plan i sosialtenestelova
- sikre alle brukarar individuelle tenester uavhengig av språk, kultur og religion gjennom arbeidet med ny rettleiar til kvalitetsforskrifta og ei kartlegging av kva ressursar og behov kommunane har når det gjeld tilrettelegging av pleie- og omsorgstenester for minoritetar. I rekrutteringsplanen vil det bli utarbeid tilbod til minoritetsspråklege som treng opplæring for å oppnå autorisasjon som hjelpepleiar eller sjukepleiar

6 Styrkt leiing og betre organisering

Dei store og komplekse organisasjonane i pleie- og omsorgstenestene representerer ei av dei største utfordringane når det gjeld organisering og leiing i den offentlege sektoren i Noreg. Eit driftsbudsjett på 43 mrd. kroner, 200 000 brukarar og over 90 000 årsverk viser at dette er dominerande arbeidsplassar i lokalsamfunnet, med verksemd som går kontinuerleg døgnet rundt. Samtidig er det ein sektor med til dels lågt utdanningsnivå, der leiingsfunksjonen ofte er dårleg utvikla og blir lite verdsett.

Det er få leiarar i forhold til talet på tilsette i pleie- og omsorgssektoren. Dei fleste leiarane har ansvaret for organisasjonar på storleik med små eller mellomstore norske bedrifter. Det reiser særlege utfordringar at det er mange tilsette, at det er vanskeleg å rekruttere fagutdanna personell, at ein opererer med mange deltidstillingar, og at drifta er kontinuerleg gjennom heile døgnet og heile året. Personane som ein skal yte tenester til, er ofte i ein vanskeleg situasjon, med stor grad av fysisk og psykisk helsesvikt.

6.1 Leiings- og kvalitetsutvikling

Kommunenes Sentralforbund, Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har i 2002 innleidd eit samarbeid om leiings- og kvalitetsutvikling innanfor den kommunale helse- og sosialtenesta. Satsinga har fått namnet «Flink med folk», og inngår som ein del av avtalen mellom KS og staten. Målet med prosjektet er at det skal bli betre leiing og høgare kvalitet på tenestetilbodet, basert på desse verdiane:

- tilretteleggjande leiing
- kommunikasjon med brukarar (brukardialog)
- myndiggjorde medarbeidarar
- heilskapleg og tverrfagleg tenking

Ein premiss for utforminga av aktivitetane i satsinga er at dei skal vere lokalt drivne og forankra i leiinga i kommunen. Satsinga blir «bygd nedanfrå» i den forstand at kommunane er dei nærmaste til å definere behova. Innanfor ramma av satsinga skal kommunane sjølve kunne bestemme kva som vil vere det best eigna innsatsområdet.

Gjennomføringa av satsinga skjer både lokalt, regionalt og sentralt, og føreset individuell og organisatorisk læring. Satsinga handler om leiingsutvikling, kompetanseutvikling og organisasjonslæring i dei organisasjonane som deltek. Målgruppa i kommunane er den direkte arbeidsleiinga, arbeidsgrupper eller arbeidslag.

Målet er at om lag halvparten av alle kommunar i landet skal delta i satsinga gjennom den fireårsperioden prosjektet skal vare. Kor lenge kvar einskild kommune ønskjer å delta i satsinga, vil variere. Satsinga vil i første rekkje gi kommunane rettleiing og tilgang til kompetanse gjennom mellom anna delta i nettverk.

6.2 Organisering av tenestene i kommunane – tingarrolla og konkurranseutsetjing

Ein viktig føresetnad for å løyse dei framtidige utfordringane i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene er ei tenleg kommunal organisering av tenestene. Den tradisjonelle organisasjonsstrukturen representerer i så måte ei utfordring når det gjeld å gi innbyggjarane eit meir variert tenestetilbod.

For å oppnå målet om betre kvalitet på tenestene, fleksibilitet og tettare kontroll med kostnadene, har fleire kommunar skilt organisatorisk mellom utøving av offentlig avgjerdsrett og produksjon av tenester. Eit slikt skilje fører kort sagt til at kommunen, som den som er ansvarleg for å yte forsvarlege og nødvendige helse- og sosialtenester, tingar tenester frå den kommunale driftseininga, eventuelt frå ein privat leverandør.

I undersøkingar (SNF-rapport 59/00, Nygård 2000) blir det vist til at denne organiseringa

- avklarar roller og ansvarsforhold i kommunen
- føreset at tingaren av tenestene definerer innhaldet i og kvaliteten på dei tenestene som skal leverast
- tydeleggjer den fremste rolla styresmaktene har, nemleg å ta avgjerder om prioriteringar, rettar og plikter

- tydeleggjer samanhengen mellom kvalitetsnivå, kva ressursar som blir avsette til sektoren, og dei reelle avgjerdene som blir tekne
- på ein gjennomsiiktig måte viser forholdet mellom borgarane sine rettar og politiske prioriteringar

På denne måten blir det etablert kvalitetskrav som tenesteytarane må rette seg etter og tenestemottakarane kan bruke som grunnlag for å vurdere kvalitetsnivået på dei tenestene som blir ytte.

Fokus på forholdet mellom tenestekvalitet og kostnad kan på sikt føre til at brukarane i større grad vil vite kva dei kan forvente seg.

I ei utgreiing som Ressurssenter for omstilling i kommunene har laga på oppdrag av Sosialdepartementet, kjem det fram at ein slik måte å organisere tenestene på føreset eit klart skilje mellom tingarsida og leverandørsida. I kommunar der dei tilsette både må utføre tingaroppgåver og stå for utføringa, vil denne forma for organisering vere mindre aktuell.

Erfaringane frå dei kommunane som har gjennomført eit skilje mellom tingarrolla og utførarrolla, er delte. Organisasjonsmodellen krev ein ny type kunnskap om korleis verksemda skal styrast. Forholdet mellom tingar og utførar vil i stor grad vere bestemt av kontraktar og økonomiske rammer, ein type styringsinstrument som denne sektoren til no har lita erfaring med. Tenestene som blir tinga må vere godt nok definerte, slik at det ikkje oppstår ulike oppfatningar hos tingar og utførar om kva som ligg til grunn for oppdraget. Uklare tingingar inneber ein risiko for redusert kvalitet og svekkjer kommunen sine føresetnader for å kunne styre og kontrollere verksemdene, jf. Asplan Analyse 2003.

Meir omfattande krav til dokumentasjon for å kontrollere måloppnåing og kvalitet kan også føre til høgre administrative utgifter. På den andre sida fører dei meir omfattande dokumentasjonskrava til ei sterkare fokusering på kvalitet. Ved å fastsetje målbare kvalitetskriterium for tenestene blir kommunane tvinga til å ta stilling til kva som er god kvalitet, og dermed kva som er målet med utviklinga av tenestene.

Undersøkingar Asplan Analyse har gjort i Trondheim kommune og Oslo kommune, viser at skiljet mellom tingarfunksjonen og utførarfunksjonen fører til ei vesentleg kompetanseheving i den kommunale organisasjonen når det gjeld tingarrolla og kvalitets- og prismedvit. Denne kompetansen vil vere nyttig for kommunen også i andre samanhengar.

Konkurranseutsetjing

Stadig fleire kommunar vel å konkurranseutsette utføringa av pleie- og omsorgstenestene. Ønsket om å redusere utgiftene og å betre kvaliteten på tenestene er årsakene til utviklinga. Den rådande tanken er at konkurransen på marknaden vil effektivisere tenestene og føre til betre kvalitet.

Med konkurranseutsetjing i offentlig sektor meiner vi i denne samanhengen å innføre ein marknad i produksjonen av offentlege tenester. Private bedrifter blir inviterte til å gi tilbod på utføringa av pleie og omsorgstenester. Det vanlege har til no vore å overta konkrete driftsoppgåver, til dømes å drive ein sjukeheim. Ein del byar har i dei siste åra også innført konkurranse, for å oppnå såkalla friare brukarval, til dømes når det gjeld heimetenester.

Konkurranseutsetjing er ikkje privatisering. Sjølv om tenester blir konkurranseutsette, vil regjeringa understreke at det framleis er eit offentlig ansvar å syte for at innbyggjarane får dei nødvendige tenestene ved behov. Kommunen har ansvaret for å finansiere tenestene, i tillegg til å kontrollere og følgje opp tenestene i forhold til eventuelle krav til kompetanse og kvalitet. Kommunen har også ansvaret for å tildele tenester og for å avgjere om brukarane skal betale for tenestene. Det offentlege monopolet når det gjeld å utføre tenestene, blir derimot oppheva. Det kommunale tenesteapparatet må sjølv konkurrere med private tenesteytarar om kven som skal utføre tenestene. Poenget er å utnytte konkurranseelementet til å skaffe fram så gode og omfattande tenester som råd for brukarane. Modellen føreset, av omsyn til like konkurransevilkår, eit skilje mellom den kommunale tingarrolla og utførarrolla. Det er utførarrolla som blir utsett for konkurranse.

Ein anbudskonkurranse om drifta av eit tenesteområde eller ei tenesteeining skaper ein konkurranse på pris mellom dei ulike tilbydarane. I kva grad konkurransen er med på å redusere kostnadene i tenesteproduksjonen, varierer. Det er derfor vanskeleg å seie noko eksakt om potensialet for kostnadsreduksjonar i kommunesektoren på generelt grunnlag.

I Sverige reknar ein med at kommunane har spart 10–20 prosent av kostnadene ved å konkurranseutsette egne tenester. Ei evaluering av konkurranseutsetjing av eldreomsorg i Stockholm viser ein gjennomsnittleg kostnadsreduksjon på 11,8 prosent.

Ei undersøking som ECON har gjort (ECON-rapport 39/01) med utgangspunkt i eldreomsorga i Sverige, Danmark og Noreg viser at det kan være ein kostnadsmessig gevinst i samband med kon-

kurranseutsetjing av pleie- og omsorgstenester. Men det er store variasjonar mellom landa. ECON konkluderer likevel med at anbodskonkurranse i seg sjølv utløyser kostnadmessige gevinstar. Innsparingane blir utløyste fordi det oppstår ein konkurranse om tenesteleveransen; om driftsoperatøren er privat eller offentleg, spelar inga rolle. Dei hevdar vidare at innsparingane i hovudsak blir utløyste gjennom betre og flatare organisering og betre utnytting av arbeidskrafta.

Asplan gjennomførte ei evaluering av konkurranseutsetjing av drifta av to nye sjukeheimar i Trondheim. Undersøkinga viser ingen vesentleg kostnadsreducerande effekt av konkurranseutsetjinga. Kommunane valde her eit tilbod som låg om lag på same pris som det interne kommunale bodet. Ein konkluderer likevel med at dei kommunale verksemdene har høgre budsjettdisiplin i dag enn før vedtaket om konkurranseutsetjing blei gjort. Asplan vurderer det slik at den betra budsjettdisiplinen delvis kan tolkast som eit resultat av konkurranseutsetjinga.

Bærum kommune valde tre ulike former for konkurranseeksponering. Anbod blei gjennomført for drifta av éin sjukeheim, for heimebaserte tenester i éi sone, for prosjektleiartenester, for reinhald og for vaktmeistertenester. «Benchmarking» blei gjennomført for éin sjukeheim, medan det blei innført fritt brukarval for heimebaserte tenester i éi sone. Nytte/kostnad-analysen viser ein samla gevinst på 53,7 millionar kroner i 2001-kroner for perioden 2001–2005. I dette reknestykket er transaksjonskostnadene (utgreiings-, gjennomførings- og oppfølgingskostnader) trekte frå.

Asplan si evaluering av konkurranseutsetjinga i Oslo kommune konkluderer med at dei tre bydelane som sette ut drift av omsorgstenester på anbod, samla har spart 44 millionar kroner samanlikna med før-situasjonen.

Vurdering

Undersøkingane det her er vist til, viser at det er grunnlag for å seie at bruk av konkurranse i pleie- og omsorgssektoren kan føre til innsparingar og auka effektivitet. Konkurranse og samanlikning fører til at ein blir oppteken av pris og effektivitet også i eigne einingar. Gjennom læring kan ein oppnå større effektivitet. Fleire potensielle tilbyddarar kan trekkje i retning av billigare og meir effektiv drift, uavhengig av om det er ein privat eller ein offentleg aktør som får tilslaget. Når det gjeld bruk av anbodskonkurransar, indikerer dei fleste studier at dette har størst effekt på kostnadene på kort sikt. Det er meir usikkert om effekten varer ved, og

mykje tyder på at skilnadene i kostnader mellom offentlege og private leverandørar minkar med tida. Dels kjem dette av at offentlege etatar lærer nye arbeidsmåtar av dei private, dels er årsaka å finne i at dei private kan ha sett ein for låg pris i utgangspunktet for å vinne kontrakten, slik at kontraktsprisen ved neste utlysing av anbod blir høgre, (jf. Bogen og Nyen, 1998). I tillegg viser det materialet som ligg føre, at det er variasjonar mellom ulike sektorar, og også innanfor sektorar, når det gjeld potensialet for innsparingar. Dette viser at det er ei rad føresetnader knytte til gjennomføring av anbodskonkurransen, kontraktsstyring, kompetanse og liknande som avgjer om ein oppnår innsparingar.

Trass i ein del veikskapar i forskingsmaterialet synest det likevel klart at det å bringe inn konkurranseelementet i tenesteproduksjonen verkar inn på kostnadene. Dette blir gjerne omtalt som «konkurransestrusseffekten». Erfaringane både frå Sverige og frå Noreg, jf. ECON 39/01, viser at anbodskonkurransar, friare brukarval og «benchmarking» kan betra effektiviteten. Trugsålet om sjølv å bli utsett for konkurranse fungerer som eit incentiv til å drive verksemda meir effektivt. I tillegg vil ein i tilfelle der private aktørar tek over drifta av eit tenesteområde, oppleve at offentlege einingar kan lære av den private, og dermed kunne effektivisere si eiga drift.

Auka kvalitet er ein av grunnane for å ta i bruk konkurranseutsetjing i pleie- og omsorgssektoren. Tanken er at konkurranse sporar til innsats og set fokus på kvalitet, som igjen skal føre til ei kvalitetsheving. Til dømes kan samspelet mellom private og offentlege aktørar i ein konkurranse situasjon føre til at begge partar betrar si evne til å halde høg kvalitet på tenestetilbodet.

ECON sine analysar viser ikkje signifikante funn i høve til endringar i «objektiv» målbar eller brukardefinert kvalitet. Vurderingane er gjennomførte både som «før og etter»-vurderingar, og som samanlikningar («benchmarking») mellom private og offentlege aktørar innanfor det same feltet etter ei konkurranseutsetjing. I somme tilfelle er det registrert betre kvalitet, i andre tilfelle dårlegare.

I Asplan si undersøking frå Trondheim fann ein på bakgrunn av brukarundersøkingar at to av sjukeheimane som var sette ut på anbod, og som var i privat drift, hadde den høgste kvaliteten. Men undersøkinga avslørte også at det som i størst grad påverkar den opplevde tenestekvaliteten, er strukturelle forhold som alder og storleik på sjukeheimen, og dessutan individuelle forhold som alderen til brukarane og om dei har einarom. Kontrollert for desse variablane var det ingen signifikante skil-

nader mellom dei private og dei offentlege sjukeheimane. Asplan sine brukarundersøkingar frå Oslo viste at sjukeheimar som hadde gjennomført ei omstilling av drifta utan å konkurranseutsette tenesta, hadde betre brukaropplevd kvalitet enn dei som var blitt konkurranseutsette. Også i Oslo blir det konkludert med at variablar som mellom anna kor stor sjukeheimen er, alderen på dei pleie-trengande og tilbodet av einarom, er viktigare for den brukaropplevde kvaliteten enn om tenesta er konkurranseutsett eller ikkje.

NOU 2000: 19 Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? konkluderer også med at det kørkje i norske eller i internasjonale erfaringar er råd å finne nokon systematisk samanheng mellom bruk av anbod og kvaliteten på tenestene.

Ei oppsummering av tilgjengelege data når det gjeld konkurranseutsetjing i pleie- og omsorgssektoren, viser heller ingen eintydig samanheng mellom bruk av konkurranse og kvalitet. Når det gjeld bruk av anbod og den variasjonen ein finn i oppnådd kvalitet, kan det for ein stor del tilskrivas at oppdragsgivarane i ulik grad har meistra utformings- og kontrolloppgåva overfor dei verksemdene som står for produksjonen. Blir desse oppgåvene løyste tilfredsstillande, er også føresetnadene gode for å oppnå den kvaliteten ein tingar. Der kvaliteten blir dårlegare som følge av anbodsutsetjing, ser dette i første rekkje ut til å vere avhengig av det arbeidet som blir gjort i framkant av ei anbodsutlysing. Dette illustrerer kor viktig det er med godt gjennomførte anbodsprosessar, og at det er behov for kompetanse på området.

Det kan også sjå ut til at anbodskonkurransar kan brukast som eit verkemiddel for å betre kvaliteten på tenestene dersom det blir konkurrert om å tilby best mogleg kvalitet innanfor ei gitt budsjett-ramme. Denne måten å anbodsutsetje på blei mellom anna brukt av Trondheim kommune.

Undersøkingar frå mellom anna Sverige, viser at sjølve anbodsprosessen aukar kunnskapen om kva for krav som skal stillast til innhald og kvalitet i tenesta også i dei tenestene kommunen utfører. Klar avgrensing av oppgåver og spesifisering av kvalitetskrav er ein føresetnad for ein vellykka anbodsprosess. Det skaper igjen behov for klare og målbare kvalitetsindikatorar. På den måten vil sjølve anbodsprosessen føre til ein fokusering på kvalitet som vil vere positiv uavhengig av om private eller offentlege einingar får tildelt oppgåva. I forhold til kvalitet er dette kanskje den viktigaste effekten av konkurranseutsetjing – krava til kvalitet kjem opp og drøftast politisk. På den måten vil det klarare kome fram kva slags kvalitet på tenesta kommunen ønskjer å yte. Dette gjer det igjen

lettare for brukarane å vite kva dei skal forvente av tenesta.

Norske kommunar har liten tradisjon for å måle eigen kvalitet, men ser ut til å vere meir medvitne om dette no enn for berre nokre få år sidan. Dette kan truleg mellom anna tilskrivas all merksemda omkring konkurranseutsetjing generelt, brukarundersøkingar og utvikling av kvalitetsindikatorar i offentlig sektor. I tillegg kjem at stadig fleire kommunar organiserer verksemda si i «tingar-» og «utførar»-einingar. Dette i seg sjølv gjer at det i større grad blir utvikla system for å definere og måle kvalitet i tenesteproduksjonen.

Regjeringa ønskjer at kommunane skal stillast fritt når det gjeld måten å organisere dei kommunale tenestene på. Kommunar som ønskjer å utsetje pleie- og omsorgstenestene for konkurranse, skal ha høve til å gjere det. Regjeringa ser på eit større innslag av private aktørar i den offentlege pleie- og omsorgssektoren som eit positivt bidrag til større mangfald og utvikling av nye og betre organisasjonsformer. Kommunar som ønskjer å konkurranseutsette pleie- og omsorgstenestene, kan ha behov for verkemiddel som lettjar gjennomføringa av organisasjonsutviklinga.

Regjeringa føreslår å etablere og utvikle ein erfaringsbank som skal gi kommunane hjelp til å utvikle eigen tingarkompetanse. Regjeringa føreslår at Sosial- og helsedirektoratet får oppfølgingsansvaret for ein slik erfaringsbank. Erfaringar med denne vil kunne danne grunnlaget for utvikling av ein eventuell rettleiar for kontraktsstyring i kommunane.

Regjeringa føreslår å utvikle ein Internett-basert kunnskapsbank om samarbeid om kommunale velferdsoppgåver mellom kommunar og private aktørar. Internettsida skal tilby fagleg og praktisk kunnskap om bruk av konkurranse i kommunesektoren, mellom anna anbodsprosessar, friare brukarval og samarbeid mellom det offentlege og det private om kommunal tenesteproduksjon.

Utvikling av kvalitetsindikatorar, samanlikning av resultat og offentliggjerding av resultat er viktig for å auke kvaliteten. Regjeringa vil derfor i samarbeid med KS ta i bruk Effektiviseringsnettverka for å systematisere samanlikning av kvalitetsresultat og offentliggjere dei, til dømes gjennom ein nasjonal web-portal.

6.3 Satsing på elektronisk samhandling

Det blir stilt store krav til effektivitet og kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Både brukarar og

pårørande til brukarar blir stadig meir vane med å bruke Internett og hente informasjon elektronisk. Brukarane er meir medvitne om informasjon, effektivitet og kvalitet, og dei forventar rask saksbehandling. I tillegg har pleie- og omsorgssektoren stort behov for samhandling og utveksling av informasjon både internt i tenestene, og med andre tenestetilbydarar. Mangelfull informasjonsflyt og samhandling kan hindre ei effektiv utnytting av ressursane i sektoren og svekkje kvaliteten på tenestene. Bruk av IKT og elektronisk samhandling gjer det mogleg å få til enkle standardiserte saksbehandlings- og meldingsrutinar som kan gi stor effektiviseringsgevinst, betre rettstryggleiken og heve kvaliteten på tenestene.

«Si @»-planen er den statlege tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren i perioden 2001–2003. Tiltaka i planen skal primært stimulere til elektronisk samhandling som styrker og effektiviserer samarbeidet internt i sektoren, betrar kontakten med brukarane og hever kvaliteten på tenestene.

Det har samtidig vore sett i gang viktige og nødvendige førebuingar for å leggje til rette for elektronisk samhandling i og med pleie- og omsorgstenestene. Desse tiltaka er gjennomførte eller sette i gang:

- behov for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstenestene og andre aktørar i helsestellet blir kartlagt
- det er utarbeidd ein kravspesifikasjon for dokumentasjon av tenesteytinga i pleie- og omsorgstenestene. Denne kravspesifikasjonen vil bli send på høyring sommaren 2003. Kravspesifikasjonen tek utgangspunkt i dokumentasjonskrava i den nye helselovgivinga, forskrifta om individuelle planar, og blir samordna med IPLOS
- det blir utarbeidd løysingsmodellar for sikker tilknytning og kommunikasjon mellom kommunale IT-system og helsenettet. Desse modellane blir testa ut og evaluerte i Alta kommune. Dokumentasjon kjem deretter til å bli gjord tilgjengeleg for alle kommunar i landet
- innføring av mobile løysingar for bruk av elektronisk pasientjournal i heimetenesta blir evaluert i Vindafjord kommune

Det skjer ei kontinuerleg kartlegging av behova for meldingsutveksling, og det blir utvikla og utprøvd meldingsstandardar. Det er sett i gang arbeid for å spesifisere innhaldet og utarbeide meldingsstandardar for dei viktigaste meldingane som det er behov for å sende mellom pleie- og omsorgstenes-

tene og sjukehus og legekontor. Pilotprosjekt er under oppstartning.

Sosial- og helsedirektoratet vil gjennom IT-tiltaksplanen støtte utviklingsarbeid og prøveprosjekt for å få tilpassa dokumentasjonssystema til elektronisk samhandling, for å få etablert rutinar og for å vinne erfaringar med nye måtar å samhandle på i tiltakskjeda.

Ny teknologi gjer pleie, behandling og konsultasjonar heime hos pasienten meir aktuelt enn tidlegare, opnar for betre samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta og gjer at nye grupper av pasientar kan bli meir sjølvhjelpete. Telemedisinske tenester gjer det mogleg å utnytte medisinske ressursar på ein ny og betre måte. Behandling som tidlegare berre skjedde i sjukehus, kan i aukande grad utførast heime hos pasienten. Pasientar i heimesjukepleia vil kunne få intravenøs væsketilførsel, sondeernæring, avansert smertebehandling og cytostatikabehandling i heimen, og dei kan bli medisinsk overvakte eller få rettleiing frå spesialist gjennom datanettet. I staden for å flytte pasienten, flyttar ein tenesta.

Bruk av telemedisinske løysingar er førebels lite utbreidde i kommunane. Sosialdepartementet vil derfor vurdere å sette i gang eit prosjekt i samarbeid med mellom anna Telemedisinsk Senter i Tromsø. Samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta, styrkt kommunikasjon mellom dei kommunale tenestene og oppkopling mot det nasjonale helsenettet vil vere aktuelle tema.

Nytt statistikk- og informasjonssystem

Mange kommunar har mangla, og manglar framleis, mykje av det verktøyet som er nødvendig for å drive systematisk kvalitetsutvikling.

I tillegg manglar dei fleste kommunane viktig styringsinformasjon, til dømes dokumentasjon for tenestebehov og tenesteproduksjon i pleie- og omsorgssektoren. Dette gjer det vanskeleg å få til langsiktige styringsstrategiar.

Statistikken som finst på området er mangelfull og gir eit dårleg grunnlag for kommunane og statlege styresmakter når dei skal ta avgjerder. Statistikken gir berre summarisk oversikt over brukarar i ulike aldersgrupper, og gir berre i grove trekk informasjon om kva tenester brukarane tek imot. For å få statistikk som kan gi tilfredsstillande kunnskap om sektoren, må informasjonen byggje på registreringar av situasjonen, funksjonsnivået og helsetilstanden til einskildpersonar, og desse registreringane må knytast til kva slags tenester den einskilte tek imot, og kor lenge tenestene blir ytte.

Etter utgreiing og utprøving gjennom fleire år førebur no Sosial- og helsedirektoratet gjennomføringa av eit nytt informasjonssystem basert på individdata: IPLOS – Individbasert Pleie- og Omsorgs-Statistikk. IPLOS består av 50 variablar som gir informasjon om mellom anna persondata, funksjonsvariablar og diagnose, om brukaren er vurdert av lege/tannlege, og om brukaren får kommunale tenester, og i tilfelle kva slags tenester, eller om brukaren får andre tenester. Variablane som er

lagde inn i IPLOS, systematiserer og synleggjer relevant og nødvendig dokumentasjon for både saksbehandling og tenesteproduksjon. Opplysningane i IPLOS skal registrerast av saksbehandlarar og tenesteutøvarar som har plikt til å dokumentere dei tenestene dei yter, og dei skal gi informasjon om brukarane uavhengig av om dei tek imot tenester i heimen eller i institusjon, og uavhengig av alder og diagnose.

Boks 6.1 Breibandsteknologi i heimetenesta i Alta

Alta kommune var ansvarleg for eit prosjekt, som blei gjennomført i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin og Telenor Forskning og Utvikling. I tillegg blei prosjektet knytt til ei lokal forskargruppe ved NORUT Finnmark. Prosjektperioden varte frå våren 2000 til 2002.

Dei tre fasane i prosjektet

1. Eit breibandsradionett blei etablert i Alta, og det blei utvikla og testa ei mobil utgåve av eit elektronisk pasientjournalssystem. Dermed var det etablert mobil tilgang til skriftleg pasientinformasjon.
2. Det blei utvikla ei løysing som gjorde det mogleg å kople biletinformasjon til pasientjournalar og sende førespurnader til kommunelegar og hudspesialist. Målet var å styrkje kvaliteten på sårbehandling i heimetenesta ved hjelp av digitale bilete.
3. Det blei lagt til rette for kommunikasjon via e-post mellom heimetenesta, legar og apotek for tinging av medisinar.

Resultat

Fase 1: Mobilt journalssystem

Sjukepleiarane sine erfaringar med å ha tilgang til pasientdata ute i felten er positive. Dei framhevar det å kunne skaffe fram oppdaterte data som svært positivt. Når dei har med seg maskinen, treng dei ikkje setje andre i sving for å leite fram denne typen data, og dei slepp å køyre til sonekontoret for å leite fram data sjølve. Lettare tilgang til informasjon styrkjer avgjerdsgrunnlaget. Det reduserer belastninga med å «måtte» hugse mange ting samtidig, og det reduserer bruken av «hugselapp»-system og dermed også potensielle feilkjelder.

Erfaringane viser også at det er mogleg for brukarane å delta i rapportskrivinga saman med sjukepleiarane. Brukarar som ønskjer det og er i stand til det, kan delta i rapportskrivinga og dermed praktisere innsyn i eigen journal utan at det fører til ekstra belastningar for dei i form av annan kontakt, som gjennom telefon, brev eller fysiske møte.

Fase 2: Styrking av kvaliteten på sårbehandlinga i heimetenesta

Gjennom bruk av bilete knytte til journalen kunne sjukepleiarane dokumentere sårutviklinga. Dei fekk sjå endringar frå første til siste bilete, og har dokumentert sårslækking og forverring ved hjelp av bilete og tekst. Løysinga har også gjort det mogleg å vurdere eit sårbilete i fellesskap. Visualisering av sår ved hjelp av digitale bilete fører til ei auka fagleg bevisstgjerings når det gjeld sårbehandling. Løysinga kan også danne grunnlag for intern evaluering og kompetanseutvikling, blei det hevda.

Fase 3: Kommunikasjon gjennom e-post

Ei årsak til at det er enkelt å ta kontakt gjennom e-post, er at sjukepleiarane slepp å vente i «telefonkø». Ved bruk av e-post kan dei sende førespurnader asynkront, og legane kan svare på førespurnader etter at pasientkonsultasjonane ved legekontoret er ferdige for dagen. Systemet blei evaluert som praktisk; svar er tilgjengeleg for sjukepleiarane neste dag, og dei slepp å bli sitjande i telefonkø. Erfaringane med kommunikasjon via e-post med apoteket i Alta var også positive.

I og med at IPLOS skal vere eit obligatorisk og standardisert system for dokumentasjon i saksbehandlinga og dei løpande tenestene, vil systemet føre til kvalitetsforbetringar på mange område:

- dokumentasjonen og saksbehandlinga vil bli betre
- det tverrfaglege samarbeidet vil bli styrkt
- det blir enklare å styre ressursane etter behov
- kva brukargrupper som tek imot kva slags tenester, blir synleggjort
- samanlikningsgrunnlaget internt i kommunen blir forbetra
- ein får eit betre grunnlag for å vurdere situasjonen og utviklinga av tenestene
- ein får eit betre grunnlag for utarbeiding av handlingsplanar og budsjett
- ein får eit betre grunnlag for å ta politiske avgjerder
- ein får eit betre grunnlag for å samanlikne seg med andre kommunar

Systemet vil dokumentere samanhangen mellom funksjonsnivå/tenestebestand og kva tenester som faktisk blir ytte. Systemet vil gi sikker informasjon om brukarar av pleie- og omsorgstenestene. I tillegg vil informasjonen kunne danne grunnlaget for kommunale vedtak om kva tenester som skal ystast.

Arbeidet med å utvikle IPLOS er planlagt å vere ferdig i august 2003. Implementering av systemet i kommunane, som vil bestå av opplæring i klassifisering og teknisk handtering av systemet, reknar ein med kjem til å strekkje seg over to år, slik at IPLOS vil vere operativt og landsdekkjande frå 2006.

Det er også utvikla eit internasjonalt multidimensjonalt instrument til bruk i geriatri, kalla RAI (Resident Assessment Instrument). Dette instrumentet inneheld medisinske data om bebuarane i institusjonar og kartlegg også opplysningar om funksjon, emosjonell tilstand og kognitive og sosiale forhold hos pasientane. RAI er retta inn mot eldre brukarar og vil i liten grad kunne brukast for heile pleie- og omsorgstenesta. Innføring av IPLOS vil ikkje vere til hinder for at kommunar som ønskjer det, kan ta i bruk RAI.

6.4 Samhandling mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta

For den einskilde brukar og pasient som treng eit heilskapleg tilbod, kan delinga av ansvar mellom ulike forvaltningsnivå vere uheldig. Ansvars- og oppgåvefordelinga mellom forvaltningsnivåa blir

stadfesta av kva som blir definert som primærhelseteneste, og kva som blir definert som spesialisthelseteneste. Den faglege og teknologiske utviklinga gjer at grensa endrar seg over tid. Større grad av kompleksitet har ført til eit aukande behov for spesialisering og arbeidsdeling, noko som igjen gjer samhandling mellom ulike verksemdar viktigare enn tidlegare. Sosialdepartementet får signal om at utskrivingspraksisen i spesialisthelsetenesta og meir omfattande bruk av poliklinisk behandling skaper problem for mange kommunar. Omsynet til ei effektiv drift av sjukehusa gjer at kommunane i stadig større grad må ta ansvar for menneske med behov for omfattande og til dels spesialiserte helse-tenester. Samtidig er det i dag mogleg å behandle pasientar poliklinisk i eigne heimar eller i sjukeheimar der det før ville vore nødvendig med innlegging i sjukehus. Utviklinga av telemedisin, nye behandlingsmetodar og betre infrastruktur gjer at tilfredsstillande behandling i større grad kan skje lokalt.

Forskrifta om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar skal medverke til betre ressursutnytting i helsesektoren ved å redusere talet på liggjedøgn for utskrivingsklare pasientar i sjukehus og sikre eit betre og meir tilpassa tilbod i tråd med ønsker og behov hos pasientane. Eit god samspel mellom forvaltningsnivåa er nøkkelen til eit godt tilbod til pasienten. Forskrifta tek sikte på å balansere dei ulike interessene frå sjukehusa og kommunane si side på ein god måte. Kommunane skal etter forskrifta betale for pasientar som oppheld seg i sjukehus i påvente av eit kommunalt tilbod, men kommunen skal gjerast kjent med den vurderinga som blir gjort i sjukehuset av når ein pasient er klar for utskriving. Forskrifta skal berre gjerast gjeldande der det ikkje er inngått avtale om overføring av utskrivingsklare pasientar mellom sjukehuset og kommunen.

Køyrereglar for samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane lyt ein finne fram til ved å få til samarbeid lokalt, der dei partane det gjeld i rimeleg grad blir trekte med i prosessen. Frå statleg hald blir det viktig å leggje til rette for slik samhandling ved å syte for å utvikle og spreie kunnskap om gode modellar for samhandling.

Som ledd i vidareføringa av SNF-rapport 57/01: «Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet» har Fafo på oppdrag frå Sosial- og helsedirektoratet utarbeidd dømesamlinga «Når pasienten kommer først» som viser døme på gode samarbeidsformer mellom første- og andrelinjetenesta. Vektlegging på brukarperspektiv, bruk av individuelle planar, «påskjøning» som verkemiddel, tydeleg organisert sam-

beid og ro i utskrivingssituasjonen er vesentlege faktorar for å få til eit godt samarbeid. Det er store skilnader mellom kommunane og sjukehusa når det gjeld kor langt ein har kome i arbeidet med å styrkje samarbeidet. Mange kommunar og sjukehus vil derfor kunne dra nytte av ei slik samling med døme. Dømesamlinga er send til alle kommunar og sjukehus i landet.

For å gi hjelp til sjølvhjelp, og for å ta vare på tannhelsa til brukarane, er ein også avhengig av eit nært samarbeid mellom den kommunale pleie- og omsorgstenesta og den fylkeskommunale tannhelsetenesta. Det såkalla Krona-prosjektet i Buskerud har vist at eit systematisk samarbeid på fleire nivå skaper større forståing for dei funksjonane ulike utøvarar har, og er med på å sikre ei oppbygging av kompetanse og ei tenleg oppgåvefordeling med tanke på å kunne yte nødvendig og forsvarleg tannhelsehjelp til brukarane. Eit toårig forsøksprosjekt er sett i gang av Helsedepartementet i tre fylke for å prøve ut nye samarbeidsformer, der også privatpraktiserande tannlegar er med. Forsøket omfattar alle brukarar av kommunale heimetenester, og skal mellom anna gi svar på kva behov for tannhelsetenester som finst hos desse brukarane.

Spesialisthelsetenesta har også rettleiingsplikt overfor kommunehelsetenesta etter spesialisthelsetenestelova § 7–4. Behovet for rettleiing frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta aukar. Helsetenesta blir stadig meir spesialisert og utviklinga går fort. Dette fører til aukande krav om fagleg oppdatering i alle deler av helsetenesta. Den teknologiske og faglege utviklinga fører til at tenestene i større grad kan ytast nær bustaden til brukaren. Det må givast nødvendig rettleiing dersom kommunehelsetenesta skal kunne yte gode tenester til brukaren der ho eller han bur. For brukaren fører dette til auka tryggleik, og for samfunnet fører det til at ein sparar ressursar ved at det blir færre innleggingar i sjukehus. Målet med rettleiingsplikta i spesialisthelsetenestelova er å freiste å skape ei heilskapleg teneste, og å motverke ressursløsing og kvalitetsbrot i samhandlinga mellom forvaltningsnivåa. Det einskilte helseforetak og kommunane skal i samarbeid finne tenlege ordningar ut frå dei lokale behov.

Det er ikkje gjennomført noka systematisk kartlegging av omfanget av overføring av oppgåver frå andrelinjetenesta til kommunane etter sjukehusreforma, og det er heller ikkje klarlagt kva for konsekvensar dette har for kommunane økonomisk og kompetansemessig. Sosialdepartementet meiner at det vil vere tenleg med ei kartlegging av omfanget og ei vurdering av konsekvensar før ein vurderer eventuelle tiltak utover dei som allereie er

gjennomførte. Sosialdepartementet vil ta initiativ til eit samarbeid med Helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund om ei slik kartlegging.

6.5 Omsorgslønn og ordinær hjelpestønad

Fleirtalet i sosialkomiteen har i Innst. S. nr. 189 (2001 – 2002) bede «Regjeringen foreta en gjennomgang av ordningen med omsorgslønn for å se på hvordan denne fungerer i dag, og på hvilke områder den bør forbedres». Departementet har på bakgrunn av dette gjennomført ein gjennomgang av ordninga. Departementet har også sett på hjelpestønadsordninga i samband med dette.

Omsorgslønn

Kommunane har etter sosialtenestelova § 4–2 bokstav e plikt til å ha ei ordning med omsorgslønn til «personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid». Ordninga gjeld både ektemake og andre frivillige omsorgsytarar utan omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for mindreårige born. Kommunen kan ikkje avslå ein søknad om omsorgslønn fordi det ikkje finst ei slik ordning. Ein søkjar har likevel ikkje noko rettsleg krav på omsorgslønn.

KOSTRA-tal viser at det på landsplan var 6286 pårørande som tok imot omsorgslønn eller lønn som heimhjelp (det blir ikkje skilt mellom desse to kategoriane i statistikken) per 31.12.2001. Av kommuneundersøkinga frå 2002 går det fram at halvparten av mottakarane av omsorgslønn er foreldre med funksjonshemma born. Ektemakar er den andre store kategorien av omsorgslønns-mottakarar. Til saman utgjer dei to nemnde kategoriane 80 prosent av mottakarane av omsorgslønn. Kartleggingsundersøkingar (Skollerud 2003, Løwe, NOVA-rapport 2/97) viser ein nedgang på 9 prosent frå 1996 til 2001 blant dei eldste omsorgsmottakarane som er omfatta av ordninga. Berekning tyder på at det har vore ein auke i utgiftene til omsorgslønn. Kommuneundersøkinga frå 2002 meiner at beløpet på landsnivå var på 390 mill. kroner i 2002, mot 120 mill. kroner i faktiske utgifter i 1995.

Departementet viser til to kartleggingsundersøkingar (Løwe, NOVA-rapport 2/97, Skollerud 2003) og til modellforsøk med omsorgslønn til familiar med funksjonshemma born under 18 år (Andersen, Askheim, Eriksen 2003). Undersøkingane og modellforsøka viser dels at det er noko uklart kva omsorgslønn er meint å vere, og dels at

det er uklart korleis ordninga skal forvaltast i praksis. Eit særleg problem er dei store skilnadene i bruk av omsorgslønn mellom kommunar, og også innanfor ein og same kommune.

I Rundskriv I-42/98 gir departementet særskilde merknader til omsorgslønn som ei rettleiing til kommunane. Der tilrår departementet at kommunane fastset timelønna likt med timelønna for hjelpepleiarar, men at kommunen bør setje lønna høgre når omsorgsyta er spesielt kvalifisert. Kommuneundersøkinga frå 2002 viser at nesten alle kommunane nyttar rundskriv I-42/98 aktivt under saksbehandlinga. Oversikta frå Sosial- og helsedirektoratet over klagesaker hos fylkesmenene viser at berre 3 prosent av klagenes gjaldt lønns plassering. Klagenes dreier seg i hovudsak om avslag på søknad (54 prosent) og om klage på utmåling av omsorgslønna når det gjeld timetal (38 prosent).

Hjelpestønad

Hjelpestønad skal kompensere for eit særskilt pleie- og tilsynsbehov som følgje av sjukdom, skade eller lyte, jf. folketrygdlova §§ 6–1, 6–4 og 6–5. Det krevst individuell vurdering, som i stor utstrekning må baserast på skjønn. Det er personar med nedsett funksjonsevne som sjølve får utbetalt stønaden. For mindreårige er det foreldra eller verja som disponerer pengane. Formålet er at den som yter pleie og tilsyn, skal få godtgjersle frå mottakaren av hjelpestønaden. Stønaden skal ikkje kompensere for inntektsbortfall hos omsorgspersonane. Etter folketrygdlova § 6–4 sjetle ledd kan ein gi hjelpestønad samtidig som det er høve til å gi omsorgslønn. Hjelpestønad blir ytt til medlem av folketrygda som på grunn av varig sjukdom, skade eller lyte har behov for særskilt tilsyn og pleie. Hjelpestønad blir gitt berre dersom det ligg føre eit privat pleieforhold. Stortinget fastset satsane for hjelpestønad. Dersom det kan tildelast både hjelpestønad og kommunal omsorgslønn, skal hjelpestønad tildelast først. Kommunen kan ta omsyn til hjelpestønaden ved tildeling og utmåling av omsorgslønn.

Born og unge under 18 år som har funksjonshemmingar og som har eit omfattande behov for ekstra tilsyn og pleie, kan få forhøgd hjelpestønad. Eit krav er at barnet/ungdommen har ei varig liding og eit større behov for tilsyn og pleie enn det som gir rett til ordinær hjelpestønad. Stønaden må dessutan gje barnet/ungdommen høve til å bli buande heime i større grad enn det som elles ville vore tilfellet. Det er den totale arbeidstyngda for den som utfører pleia, som er avgjerande for retta

til forhøgd hjelpestønad. Forhøgd hjelpestønad kan givast samman med kommunale avlastningstiltak. Forhøgd hjelpestønad utgjer 2, 4 eller 6 gonger ordinær hjelpestønad, som i mai 2003 utgjer kr 11 724 per år.

Tal frå Rikstrygdeverket viser at det i 2002 var 89 770 mottakarar av hjelpestønad. Dette talet har vore stabilt sidan 1997, medan prosentdelen av kvinnelege mottakarar har gått ned og prosentdelen av mannlege mottakarar har gått opp. Talet på mottakarar i aldersgruppene mellom 30 og 79 år har gått noko ned. Talet på mottakarar over 80 år har auka med 8,4 prosent. Den største auken har vore blant mottakarar i aldersgruppa 0–15 år, med 25 prosent, frå 20 814 til 25 978 mottakarar. Overslagsløyvinga til hjelpestønad på statsbudsjettet for 2003 var på 1,450 milliardar kroner.

Vurdering av ordningane

Sentrale problemstillingar er knytte til kva omsorgslønn er betaling for, og om kriteria bør standardiserast. Mange brukarar og representantar for brukarar oppfatter det slik at omsorgslønn i praksis blir brukt som ein viss kompensasjon for inntektsbortfall hos den som yter tenestene (Andersen, Askheim, Eriksen 2003).

I den same rapporten viser ein til at ein hadde gode resultat med «utradisjonelle» kommunale hjelpetiltak. Ein kan tenkje seg at kontantytningar kan nyttast på fleire ulike måtar i samarbeidet mellom kommunane og tenestemottakarar og pårørande i samband med utarbeiding av individuelle planar og samansetjing av omsorgspakkar. Som vist i modellforsøka, kan dette vere eit tenleg tiltak ut frå dei mange oppfatningane av og behova knytte til omsorgslønnsordninga. Dette er argument som støttar opp under ei eventuell sterkare samordning av omsorgslønn og ordinær hjelpestønad.

Dei undersøkingane som er innhenta, viser ein tendens til at kontantytningar blir gitt som ein del av ein «omsorgspakke». Mykje tyder på at omsorgslønn blir gitt som ei «påskjøning» for arbeid som pårørande ville ha utført sjølv om dei ikkje hadde fått desse kontantytningane. Til dømes når det gjeld foreldre til funksjonshemma born, er det sjeldan at det finst offentlege tenestetilbod som på ein god måte kan erstatte den innsatsen foreldra gjer. Så lenge kommunen ikkje trekkjer ut sine tenester, som avlastning, støttekontakt osv., er det vanskeleg å sjå at kommunane sparar noko vesentleg på å ta i bruk omsorgslønn i desse sakene. Det vil vere i strid med formålet med omsorgslønn dersom ord-

ninga blir brukt for å redusere utgiftene når det gjeld tenestetilbodet i kommunane.

For eldre omsorgsmottakarar kan auka bruk av omsorgslønn og innsats frå pårørande utsetje eit behov for kommunal plass med heildøgns tilbod. Samtidig viser statistikken at dei tre nordlegaste fylka både har høgst dekningsgrad av institusjonsplassar målt i forhold til befolkninga over 80 år, og dei fleste mottakarane av omsorgslønn i landet sett i forhold til folketalet.

Eit av dei forholda somme har peika på som problematisk ved tildeling av omsorgslønn, er at kriterium for tildeling av ytinga i for stor grad har vore prega av skjønn. Kommuneundersøkinga frå 2002 viste at dei fleste kommunar hadde utarbeidd, eller var i ferd med å utarbeide, eigne reglar for tildeling av omsorgslønn. Rapporten om modellforsøka tyder på at tildeling av omsorgslønn skjer på éin av to måtar. Store kommunar bruker gjerne ein byråkratisk prosedyre med skjema og skriftlege retningslinjer. Andre kommunar tildeler omsorgslønn etter ei meir skjønnsmessig vurdering basert på mykje mindre spesifikke kriterium. Den sistnemnde metoden blir ofte nytta av små kommunar som har god kjennskap til totalsituasjonen for brukaren. Somme kommunar har valt å løyve omsorgslønn for lengre periodar, ettersom brukarane dermed kan kjenne seg trygge på at det ikkje skjer brå endringar. Ei standardisering av tildelingskriteria, som nemnt ovanfor, kan gjere ordninga meir føreseieleg og sikre meir lik behandling, men vil vanskeleggjere ei individuell og konkret tilpassing til kvar einskild brukar og familie.

Ordninga med lønn til omsorgsyttar viser at ein har ønskt å oppvurdere det ubetalte omsorgsarbeidet, samtidig som ein står samla i synet på kva rolle familien og dei nære nettverka spelar i omsorgspolitikken (Andersen, Askheim og Eriksen 2003). På den andre sida er somme redde for at ordninga skal knyte foreldra til heimen og til eit familieliv som er sentrert rundt den omsorgstrengande. Forsking viser at der éin av foreldra reduserer yrkesaktiviteten sin av omsyn til eit funksjonshemma barn, er det i hovudsak mødrene som gjer det. Omsorgslønna er samtidig så låg at ho sjeldan kompenserer fullt ut for inntektsbortfall og redusert karriereutvikling. Omsorgslønn blir først og fremst ei påskjøning av det omsorgsarbeidet dei pårørande gjer. I familiar med born er mottakaren av omsorgslønn i dei fleste tilfelle kvinner. I dei tilfella der omsorgsmottakaren er ein ektemake, er 40 prosent av mottakarane av omsorgslønn menn (Skollerud 2003). I den vidare oppfølginga av omsorgslønnsordninga og hjelpestønsordninga vil regjeringa leggje vekt på å sjå på korleis ein kan

Boks 6.2 Oppsummering av tiltak

Regjeringa vil

- syte for betre leing og høgre kvalitet i tenestetilbodet gjennom den 4-årige satsinga «Flink med folk» i samarbeid med KS
- i samarbeid med KS utvikle kvalitetsindikatorar, gjennomføre brukarundersøkingar og offentleggjere kvalitetsresultat via ein nasjonal internettbasert kvalitetsportal
- bruke Effektiviseringsnettverka aktivt for systematisk samanlikning av kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene
- etablere og utvikle ein erfaringsbank som skal gi kommunane hjelp til å utvikle eigen tingarkompetanse og knyte denne saman med arbeidet med ein Internett-basert kunnskapsbank om samarbeid om kommunale velferdsoppgåver mellom kommunale og private aktørar. Erfaringar skapte gjennom eit slikt prosjekt vil kunne danne grunnlag for utvikling av betre kunnskap om kontraktstyring i kommunane
- implementere eit nytt statistikk- og informasjonssystem (IPLOS) til bruk i alle kommunar i landet. IPLOS skal vere operativt og landsdekkjande frå 2006
- ta initiativ til eit samarbeid med KS om ei kartlegging av omfanget av oppgåver overførte frå andrelinjetenesta til kommunane etter sjukehusreforma
- gå gjennom det gjeldande regelverket og verkemiddelapparatet, med sikte på å gi det ei utforming som i større grad sikrar at det er i samsvar med måla i velferdspolitikken. Regjeringa ønskjer å kome tilbake med ei vurdering av hjelpestønsden og omsorgslønna i samband med ei slik samla vurdering av velferdsordningane

motverke at ordningane sementerer tradisjonelle kjønnsroller.

Forslagsstillarane i Dok 8:61 (2001–2002) føreslår ei bindande norm for lønnsnivået i omsorgslønnsordninga og statleg refusjon av 50 prosent av dei kommunale utgiftene. Ei innføring av normerte lønssatsar vil ikkje automatisk føre til lik behandling av likt omsorgsarbeid, slik intensjonane i forslaget er. Vidare viser fylkesmennene sin gjennomgang av klagesaker frå 2001 at klagen i hovudsak gjeld timetalet eller avslag på søknad, ikkje lønns-

nivået. Dersom ein skulle innføre faste satsar med 50 prosent statleg refusjon, ville det innebere ei innskrenking av det kommunale ansvaret og høvet til å utvise skjønn når det gjeld denne eine tenesta. Sosialdepartementet meiner at ei statleg refusjonsordning for éin type av pleie- og omsorgstenester vil kunne føre til at det vil vere finansieringsordninga, og ikkje brukaren sine behov, som blir avgjerande for vedtak i kommunane. Det vil skape rom for at kommunane tilpassar tenestetilbodet i forhold til kvar det statlege finansieringsansvaret er sterkast.

Omsorgslønn og ordinær hjelpestønad dekkjer i stor grad dei same behova og kan erstatte eller supplere kvarandre. Mykje tilseier derfor at ansva-

ret for desse tenestene og stønadene burde liggje på det same forvaltningsnivået. Det mest aktuelle alternativet er å overføre ansvaret for ordinær hjelpestønad til kommunane. I praksis ville dette innebere ei ordning der omsorgslønn og ordinær hjelpestønad blir slått saman og praktisert med eit felles regelverk.

Regjeringa ønskjer ein meir heilskapleg gjennomgang av det gjeldande regelverket og verkmiddelapparatet, med sikte på å gi det ei utforming som i større grad sikrar at det er i samsvar med måla i velferdspolitikken. Regjeringa ønskjer derfor å kome tilbake med ei vurdering av hjelpestønden og omsorgslønna i samband med ei slik samla vurdering av velferdsordningane.

7 Betre kompetanse og auka rekruttering

Ei kvalitativt god pleie- og omsorgsteneste er avhengig av god leiing og god organisering, og av dei faglege og personlege kvalitetane hos dei tilsette. Ei stabil grunnbemanning blir i fleire undersøkingar framheva som viktig. Pleie- og omsorgsstatistikken viser at talet på årsverk i pleie- og omsorgstenesta har auka nokså mykje dei siste åra for heile landet. Som omtalt i kapittel 3, har auken i talet på årsverk vore sterkare enn auken i talet på eldre.

«Handlingsplan for eldreomsorgen» har hatt eit sterkt fokus på å auke talet på årsverk, i tillegg til investeringar. Det blei også gjennomført ein fire-årig personellplan (1998–2001) for å auke kompetansen og stimulere til betre rekruttering til tenestene.

Det er skilnader mellom kommunane når det gjeld personelldekning, og det kan også vere skilnader mellom institusjonar i ein og same kommune. Skilnadene har mellom anna samanheng med organiseringa, til dømes om ein har ein såkalla integrert tenestemodell der dei tilsette arbeider både i institusjon og i heimetenestene. Skilnadene har også med bygningsmessige forhold og med storleiken på institusjonane å gjere. I St.meld. nr. 34 (1999–2000) «Handlingsplan for eldreomsorgen etter to år» rekna ein med at det var behov for 5000 nye årsverk fram til 2007 for å møte veksten i talet på eldre over 80 år. Det er grunn til å understreke at slike overslag er svært usikre, og at dette må reknast som gjennomsnittstal. Variasjonane i behov kommunane imellom vil framleis vere store og avhengige av lokale faktorar som geografiske forhold, alderssamansetjinga i befolkninga, organiseringa av tenestene osv. Frå 2007 og fram til om lag 2020 kjem talet på eldre over 80 år til å halde seg stabilt. Deretter blir det ein kraftig auke.

Regjeringa vurderer rekruttering til pleie- og omsorgstenestene i åra framover som ei stor utfordring. Utfordringa ligg både i rekruttering til utdanningane på dette feltet og i rekruttering til sjølve tenestene. Tilgangen på høgskuleutdanna helse- og sosialpersonell og legar blir vurdert som tilfredsstillande dei nærmaste åra framover. Hovudutfordringa vil vere å auke tilgangen på hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar og redusere prosentdelen ufaglærte i pleie- og omsorgstenestene.

7.1 Bemanningsnormer

Ved behandlinga av St.meld. nr. 31 (2001–2002) bad Stortinget om at

«regjeringen i neste års Stortingsmelding utreder hvilke alternativer som vil være aktuelle for å sikre en tilstrekkelig rekruttering til og bemanning i pleie- og omsorgstjenestene. Utredningen må også omfatte spørsmålet om bemanningsnormer både når det gjelder sykehjem og den øvrige pleie- og omsorgstjenesten knyttet til forskjellige organisasjonsmodeller. Denne utredningen skal også omfatte godkjenningssordninger og godkjenningsmyndighet.»

(Dok 8:114/Innst. S. nr. 258 (2001–2002)). Vidare bad Stortinget om at

«regjeringen under arbeidet med rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell også bør se på avlønning og avansement som en viktig del av rekrutteringsstimuleringen. Komiteen mener planen også bør se på turnusordninger, herunder bl.a. større fleksibilitet.»

Sosialdepartementet har på bakgrunn av Stortinget si innstilling til St.meld. nr. 31 (2001–2002) vurdert spørsmålet med utgangspunkt i gjeldande føresegner, tilgjengeleg forskning og utgreiingsarbeid, og i dialog med yrkesorganisasjonar, brukarorganisasjonar og representantar for arbeidsgivarane.

Lov om helsetjenesten i kommunane pålegg kommunane ansvar for å tilsetje personell med nødvendige kvalifikasjonar. Sjukeheimsforskrifta pålegg kommunane å syte for at ein ved sjukeheimane har dette personellet:

- ein administrativ leiar
- ein lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlinga
- ein offentleg godkjend sjukepleiar som skal ha ansvaret for sjukepleia
- så stort personale som elles er nødvendig for å sikre bebuarane nødvendig omsorg og hjelp

I merknadene til den sistnemnde føresegna nemner departementet aktuelle yrkesgrupper: «sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleier, barnevernspedagog, psykolog etc.»

I 1991 blei kommunehelsetenestelova endra slik at den dåverande ordninga med godkjenning av sjukeheimar og buformer med heildøgns omsorg blei oppheva. Grunngivinga var at ein i større grad ønskte å samordne sjukeheimane med andre pleie- og omsorgstenester.

Sosialtenestelova pålegg kommunane ansvar for nødvendig opplæring av personell i sosialtenesta og opnar for at ein kan gi rettleiande retningslinjer når det gjeld krav som må stillast til institusjonar og heildøgns omsorgstenester. Departementet har berre gitt rettleiande retningslinjer for barnebustader. Der blir det stilt krav til organisering og nødvendig fagutdanning og kompetanse. Det krevst òg at det er nattevakt til stades, men det er ikkje oppgitt bemanningsnorm.

Sosialtenestelova kapittel 6A stiller krav om at det skal vere minst to tenesteytarar til stades ved gjennomføring av tiltak etter dette lovkapitlet. I forskrifta blir det også stilt visse krav til kompetansenivået hos desse tenesteytarane. I Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) føreslår Sosialdepartementet i hovudsak å vidareføre desse krava.

Brukarorganisasjonane og yrkesorganisasjonane har ved fleire høve teke opp spørsmålet om bemanningsnormer i pleie- og omsorgstenestene. Norsk Sykepleierforbund og Helse- og sosialforbundet har peika på at for låg grunnbemanning mange stader gjer kvaliteten på tenestene sårbar eller uforsvarleg, og at slitasjen på personellet bli for stor. Organisasjonane er derfor i stor grad positive til normer. Arbeidsgivarsida, representert ved Kommunenes Sentralforbund, peikar på at bemanningsnormer vil gi stive og rigide system, og at det vil kunne bremse opp den kvalitetsutviklinga som no går føre seg i mange kommunar.

Fleire utgreiingar og forskingsrapportar kastar lys over forholdet mellom bemanning og kvalitet. SINTEF gjennomførte som nevnt i kapittel 3.1.3, ei undersøking på oppdrag frå Norsk Sykepleierforbund i 2002 om sjukepleiarar både i sjukeheimar og i heimebaserte tenester. Delar av undersøkinga var avgrensa til tre kommunar. Respondentane i undersøkinga var sjukepleiarar og nokre legar. I undersøkinga såg ein særleg på kva det er som kjenneteiknar helsetilstanden til ein del av dei eldre tenestemottakarane, men ein såg også på bemanning og andre forhold. Det var skilnader mellom sjukeheimane i dei tre kommunane både når det gjaldt total bemanning og når det gjaldt sjukepleiarstillingar. Vidare viste undersøkinga store skilnader i heimesjukepleia når det gjaldt sjukepleiarstillingar i forhold til innbyggjartalet. Både i heimesjukepleia og i sjukeheimane var det i gjennomsnitt dobbelt så mange pasientar per sjuke-

pleiar i helgane som i resten av veka. Det var samtidig svært store variasjonar mellom einingane. I undersøkinga blei det også spurt om kva organisatoriske faktorar sjukepleiarane meinte spelte noka rolle når det gjaldt å sikre forsvarleg oppfølging av dei eldre pasientane. Tilstrekkeleg grunnbemanning og kompetanse, særleg på kveldstid og i helgane, blei framheva. Men undersøkinga viste også at til dømes bygningsmessige forhold, organisering og leing har mykje å seie for kvaliteten på tilbodet. Mange ufaglærte blei vurdert som eit nokså stort problem.

Ressurssenter for omstilling i kommunane (RO) har sett på tilgjengelege data frå to norske sjukeheimar som har om lag same brukargruppe/«pleietyngd» og om lag same bemanning. Materialet viser klare skilnader mellom dei to sjukeheimane når det gjeld opplevd tenestekvalitet frå brukarane og dei pårørande si side. Vurderingar blant dei tilsette stadfestar og underbyggjer vurderingane frå brukarar og pårørande. Den sjukeheimen som scorar best, ligg godt under den andre når det gjeld fråvere og gjennomtrekk av personale. Andre studiar viser at spesifikke forhold ved organisering, leing og kompetanse gir betre kvalitet under forhold som kan samanliknast reint ressursmessig. Det blir peika på at kvaliteten på tenestene har samanheng med fleire faktorar, til dømes

- organiseringa, inkludert utvikling av nye arbeidstidsordningar
- leinga (Moland 1999, Agenda 2001)
- kompetansen hos personalet
- behandlingsfilosofien i personalgruppa
- målsetjinga for avdelinga og oppslutninga om målsetjinga (Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2001)

God leing ser ut til å danne grunnlaget for at ulike organisatoriske og tenestemessige tiltak skal føre til resultat som fremjar kvaliteten. I dette ligg leinga si evne til å opparbeide seg legitimitet hos dei tilsette, til å skape oppslutning om mål, til å verdsetje dei tilsette og til å byggje ein kultur som er løysingsorientert.

Ei vurdering som Sosial- og helsedirektoratet har gjort, viser at samanhengen mellom bemanning og kvalitet er lite dokumentert. Direktoratet understrekar kor viktig det er med tilstrekkeleg bemanning, men viser til at dei ut frå det vi veit i dag, ikkje kan fastslå kva ei norm skulle vere for å oppnå betre kvalitet. Andre forskingsresultat kan tyde på at omfanget av bemanning følgjer prinsippet «avtakande grensenytte» når det gjeld aldersinstitusjonar. Det vil seie at det i institusjonar med bemanning under eit visst nivå kan vere ein saman-

heng mellom personelldekning og kvalitet, men at det ikkje kan påvisast nokon eintydig samanheng ved høgre bemanningsnivå (Slagsvold 1995).

Vurdering

Regjeringa meiner at det er eit kommunalt ansvar å vurdere behovet for personell, og at kommunane må vurdere dette ut frå lokale forhold, mellom anna kva for organisatoriske løysingar som er vald, og ut frå det hjelpebehovet som finst i befolkninga. Rettane til dei mest pleietrengande brukarane blir best sikra ved at ein tek omsyn til alle sider av behovet når ein utformar tenestetilbodet, og då også vurderer kor høg bemanningsfaktor som krevst for å tilfredsstille dei individuelle behova til brukaren. Regjeringa meiner at samanhengen mellom kvalitet og normering av bemanning ikkje er godt nok dokumentert til at det er mogleg å fastsetje ei statleg norm for bemanning i den samla pleie- og omsorgstenesta. Regjeringa meiner at slike normer ikkje vil sikre fleksibel og effektiv ressursutnytting i kommunane, og ønskjer derfor ikkje å fastsetje slike normer. Slike normer vil heller ikkje sikre tilgang på nok og kvalifisert personell. Bemanningsnormer kan lett gjere at ein blir altfor oppteken av talet på tenesteytarar framfor mellom anna å sjå på kompetansen hos kvar einskild tenesteytar og på kvaliteten på dei tenestene som blir ytte. I tillegg kan ei norm lett bli oppfatta som ei maksimumsnorm, også i dei tilfella der det reelle personellbehovet er større enn det norma føreset.

Det er også svært usikkert om det er mogleg å finne nasjonale normer for bemanninga i heimetenesta, ettersom tenesta er knytt til individuelle behov hos kvar einskild tenestemottakar. Bemanningsnormer i institusjon vil også føre til at ein låser fast den eksisterande tenestestrukturen og bind ressursar til éin del av tenestene – institusjonstenesta. Det vil vere lite heldig i ein situasjon der stadig fleire eldre med til dels omfattande pleiebehov får eit betre tilbod gjennom tenester i eigne heimar eller i omsorgsbustader.

Bemanninga må heile tida vurderast ut frå dei individuelle behova til ulike brukarar, og ut frå summen av individualiserte og spesifiserte einskildvedtak ved tildeling av tenester, jf. kapittel 5.2. Gjennom dette systemet vil brukarane sine behov kunne imøtekomast meir treffsikkert enn gjennom statleg fastsette bemanningsnormer. Samtidig blir det ansvaret kommunane har for å gi innbyggjarane eit forsvarleg tenestetilbod, tydeleggjort. Regjeringa vil på bakgrunn av dette ikkje føreslå bemanningsnormer i pleie- og omsorgstenestene.

I staden må det fokuserast på organisering og leiing, og ikkje minst på tiltak for å rekruttere kvalifisert personell til sektoren. Vidare er det viktig å utvikle kvaliteten på tenestene i eit samarbeid mellom stat og kommune heller enn gjennom statlege normkrav. Regjeringa vil betre kunnskapsgrunnlaget når det gjeld samanhengen mellom bemanning og kvalitet gjennom arbeidet i Effektivitetsnettverka, og i eit samarbeid med KS ta i bruk brukarundersøkingar og utvikle kvalitetsindikatorar for å måle kvaliteten i tenestene. Desse resultatane skal offentleggjerast for å auke innbyggjarane kunnskap om kvaliteten på tenestene i eigen kommune.

7.2 Rekruttering

Sosialministeren og helseministeren la i november 2002 fram ein ny rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell, «Rekruttering for betre kvalitet», som skal verke i perioden 2003–2006. Planen baserer seg på erfaringar og oppnådde resultat frå handlingsplanen «Rett person på rett plass 1998–2001». I arbeidet med planen er det også teke utgangspunkt i innspel frå yrkesorganisasjonane, arbeidsgivarar og forskingsmiljø. Hovudfokus for satsinga er dei kommunale helse- og sosialtenestene.

Det overordna målet for planen er å betre kvaliteten i tenestene gjennom god rekruttering og ved å sikre stabil arbeidskraft med nødvendig kompetanse.

Det er eit mål å vidareføre den årlege veksten i personell med universitets- og høgskuleutdanning, som ligg på 4–5 prosent. Regjeringa går inn for å auke den årlege veksten i personell med fagutdanning frå vidaregåande skule frå 2,4 til om lag 5 prosent. Målet er at prosentdelen av tilsette utan fagutdanning skal bli vesentleg redusert i planperioden.

Regjeringa legg i rekrutteringsplanen opp til eit tiltaksprogram med desse elementa:

- ein vil auke tilgangen på hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar ved å stimulere fylkeskommunane til å gi tilbod om vidaregåande opplæring i helse- og sosialfag for vaksne. Målet er å auke bruttotilgangen på hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar til eit nivå på om lag 4500 per år i planperioden, det vil seie ein auke på 1500 kandidatar i året. Regjeringa vil også prioritere å lage tilbod til minoritetsspråklege som treng supplerande opplæring for å oppnå autorisasjon som hjelpepleiarar eller sjukepleiarar.
- ein vil auke tilgangen på personell med høgare utdanning. Det høge opptaksnivået til helse- og

sosialfaga ved høgskulane skal vidareførast i planperioden. Det skal stimulerast til meir fleksibel bruk av helse- og sosialpersonell. Særleg er det ønskjeleg å rekruttere fleire sosionomar, barnevernspedagogar og vernepleiarar til dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Som følgje av stor tilgang på norske medisinstudentar frå lærestader i utlandet ventar ein at legeområdet kjem i balanse rundt 2005.

- regjeringa vil vidareføre den noverande løyvinga til desentralisert sjukepleiarutdanning og rette tiltaket særskilt inn mot hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar som har erfaring frå pleie- og omsorgstenestene i kommunane.
- ein vil etablere vidareutdanning for hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar. For å gjere det lettare for hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar å gjere karriere i yrket, vil regjeringa føreslå å innpasse vidareutdanningar i helse- og sosialfag i den nye fagskuleordninga. Forslaget frå regjeringa til lov om fagskoler, Ot.prp. nr. 32 (2002–2003) er no vedteke av Stortinget.
- ein vil styrkje helse- og sosialfaga i den vidaregåande opplæringa når det gjeld rekruttering, fagstruktur og yrkestitlar. Regjeringa meiner at det er behov for ei modernisering av fagstrukturane og yrkestitlane i helse- og sosialfaga i den vidaregåande opplæringa. Utdanningsstyresmaktene vil greie ut dette spørsmålet i samband med moderniseringa av strukturen i utdanningsløpet.
- ein vil satse på vidareutdanning av høgskuleutdanna personell. Regjeringa vil stimulere til vidareutdanning ved å vidareføre dei eksisterande tilskotsordningane.
- ein vil setje i gang eit program for etterutdanning i samarbeid med sjukehusa. I planperioden skal det utviklast eit program for samarbeid om etter- og vidareutdanning av helse- og sosialpersonell mellom sjukehus og sosial- og helsetenestene i kommunane. Målet er å styrkje integrasjonen mellom dei ulike nivåa i tenestene og betre kvaliteten på tenestene.
- undervisningssjukeheimsprosjektet vert evaluert i 2003. Formålet med prosjektet er å utvikle sjukeheimane til å bli arenaer for forskning, å betre undervisninga av studentane og få til ei kompetanseheving i pleie- og omsorgstenestene. Det skal utarbeidast ein plan for vidare tiltak.
- ein vil støtte intensjonsavtalen om eit inkluderande arbeidsliv og tiltak retta mot arbeidsmiljøet. Regjeringa har oppmoda kommunane om å underteikne intensjonsavtalen om eit meir inkluderande arbeidsliv.

Desse elementa i rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell skal sikre auka rekruttering til dei kommunale pleie- og omsorgstenestene og styrkje kompetansen til personellet som arbeider i tenestene. Som følgje av dei demografiske utviklingstrekk kjem likevel rekrutteringssituasjonen til å bli ei stor utfordring på lengre sikt.

Mange deltidsstillingar gjer at vi har ein viss arbeidskraftreserve. Spørsmålet er korleis kommunane utnyttar denne reserven. Agderforskning og Fafo har på oppdrag frå Kommunenes Sentralforbund gjennomført to undersøkingar om dette (Moland, Fafo-rapport 395/2002, og Hallandsvik og Olsen, Agderforskning 2000). Rapportane konkluderer med at denne arbeidskraftreserven ikkje er så stor som ein til no har trudd, og at det heller ikkje er enkelt å utløyse reserven. Til grunn for deltidsproblematikken ligg det faktum at mange deltidsstilsette i helsestellet ikkje vil arbeide meir enn dei allereie gjer. For mange ser det ut til at fleksibilitet, det å kunne variere jobbmengda i forhold til endringar i familiesituasjonen og det private omsorgsansvaret, har ein del å seie for sjølve yrkesvalet.

Ein del av dei deltidsstilsette er likevel positive til nye ordningar. Forskarane slår fast at det er nokså mange som er villige til å auke stillingsprosenten dersom kommunane endrar arbeidsgivarpolitikken. Fafo-undersøkinga viser at få deltidsstilsette er direkte negative til stillingsendringar eller nye måtar å organisere arbeidstida på. Rapporten viser også til ulike tiltak som vil gjere det lettare å utnytte arbeidskraftreserven, til dømes «bemanningspool» og fleksibel stillingsprosent.

Alle som ønskjer det, bør få tilbod om heile stillingar. Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet vil i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund følgje opp denne saka.

Yrkesutøvarane i sektoren er for ein stor del profesjonsutdanna, men det er også mange ufaglærte. Det vil vere viktig å få ny kunnskap om begge gruppene, til dømes korleis utdanningane gjer dei førebudde på å møte arbeidssituasjonen, og kva som bør vere område for vidareutdanning. Når det gjeld dei ufaglærte, vil det vere interessant å sjå korleis dei greier å møte brukaren i ein kultur prega av ulike profesjonar, men der innslaget av ufaglærte til dels har vore og framleis er stort.

Regjeringa ønskjer å kartlegge korleis desse forholda påverkar kvaliteten i tenestene. Det vil ein gjere ved å gå igjennom dei studiane som finst av dei ulike yrkesgruppene i helse- og sosialsektoren. Kartlegginga har også som mål å gi eit godt grunnlag for å avgjere kva verkemiddel som skal takast i bruk i den vidare satsinga på kompetanseutvikling for dei tilsette i sektoren. Sosial- og helsedirektora-

tet vil gjennomføre ei slik kartlegging. I tillegg er det eit arbeidsgjivaransvar å sikre at dei tilsette har gode holdningar og nok kunnskap om dei etiske sidene av arbeidet. Avtalen mellom KS og staten fokuserer derfor på å styrkje arbeidet med fage-tikk, holdningar og yrkesutøving.

7.3 Nye arbeidstidsordningar

Arbeidslivet endrar seg stadig raskare og etterspør arbeidstakarar med evne og vilje til omstilling. Pleie- og omsorgstenestene møter stadig nye utfordringar når det gjeld krav om fleksibilitet. Det er ulike syn som kjem til uttrykk når det gjeld de nye arbeidstidsordningar, men førebels er det forska lite på korleis slike ordningar verkar. Det som kjenneteiknar nye arbeidstidsordningar, er at dei oppstår lokalt og blir utforma lokalt. Dette fører også til at arbeidstidsordningane får ulike namn, som oljeturnus, ønsketurnus, rørleg arbeidstid, verksemdstilpassa eller individtilpassa turnus osv. Utgangs-

punktet for nye arbeidstidsordningar er at arbeidstakarane sjølve i større grad skal få velje arbeidstid. Det sentrale i samband med utvikling av nye arbeidstidsordningar er at dei tilsette, i eit forpliktande fellesskap, får rett til å bestemme over eiga arbeidskraft, samtidig som dei får ansvar for å vurdere når og kvar deira kompetanse best kan imøtekomme brukarane sine behov. Slik kan nye arbeidstidsordningar vere ein faktor som påverkar kvaliteten i tenestene (Arbeidsforskningsinstituttet 1996), sjå både boks 7.1 og 7.2.

7.4 Eit styrkt legetenestetilbod i pleie- og omsorgstenestene

I kap. 3 i denne meldinga er det vist til at brukarar av pleie- og omsorgstenestene er i alle aldersgrupper og i ein livssituasjon med nedsett helse og funksjonsevne. Mange har ein sjukdomssituasjon som kan innebere eit nokså stort behov for helsehjelp i form av utgreiing og diagnostikk, sjukdoms-

Boks 7.1 Nye arbeidstidsordningar – erfaringar

Ressurssenter for omstilling i kommunane har i ei samling dømme utarbeidd for Sosialdepartementet gjort greie for ei ny arbeidstidsordning kalla behovsrelatert arbeidstid.

Målsetjinga med denne modellen er at dei tilsette i større grad skal kunne påverke når dei skal jobbe, og at arbeidstida skal relaterast til brukarane sine behov for tenester. Institusjonen i dømet har ingen grunnturnus i botnen; all planlegging skjer på eit møte der tilsette i fellesskap forhandlar seg fram til og planlegg arbeidstida dei neste seks vekene. Brukarperspektivet står sentralt, og det er brukarane sine behov som skal ha førsteprioritet når dei tilsette skal fastsetje arbeidstida. Som andreprioritet kjem personalet sine behov. Det blir lagt vekt på at behovet for rekreasjonstid for dei tilsette er viktig for motivasjon og innsats i arbeidstida. Drifta av institusjonen kjem som tredjeprioritet i planlegginga av turnusen.

Ein kan mellom anna vise til gode tilbakemeldingar frå ei brukarundersøking, og det er blitt nedgang i sjukefråvere, redusert behov for vikarar og ein stor grad av kontinuitet i personalgruppa. Arbeidstidsordninga er i denne institusjonen blitt eit verkty for organisasjonsutvikling. Tid er blitt eit nøkkelomgrep, og spørs-

mål som «Korleis bruker vi tida?», «Kvifor er vi her?» og «Korleis kan eg best mogleg bruke min kompetanse?» pregar diskusjonane og planlegginga av arbeidstida. Dei tilsette sjølve skildr endringane i sine egne holdningar slik:

«Før ny arbeidstidsordning diskuterte vi ofte arbeidstida ut fra et rettighetsperspektiv, mens nå diskuterer og planlegger vi arbeidstida ut fra riktig bruk av kompetanse ut fra brukerperspektiv, og ut fra de ansattes behov for egen rekreasjon.»

Dei tilsette opplever å bli verdsette når dei blir gitt ansvar og får rett til å bestemme over eiga arbeidskraft og over korleis oppgåvene skal løysast best mogleg ut frå brukarane sine behov.

Tradisjonell turnusplanlegging er ofte prega av «beredskapsprosenttenking», som går ut på å sikre at det er mange nok tilsette på jobb dersom noko uventa skulle skje. På denne måten kan «verstefallsdøma» bli det som styrer kva som er rett bemanning. Behovsrelatert arbeidstidsplanlegging skil seg frå tradisjonell turnusplanlegging ved at dei tilsette får høve til å sjå sin eigen kompetanse i forhold til innhaldet i jobben og brukarane sine behov.

Boks 7.2 Bemanningsplanar i pleie- og omsorgssektoren i Stokke kommune

Stokkeprosjektet er eit samarbeid mellom Stokke kommune og Høgskolen i Vestfold. Prosjektet har som mål å omstille helsetenestetilbodet i kommunen, med fokus på kostnadseffektivitet og skreddarsydd omsorg med høg kvalitet for brukarar med omfattande behov.

Det er eitt av fleire prosjekt, der siktemålet er å utarbeide verkty for å organisere pleie- og omsorgsteneste slik at ressursane blir utnytta effektivt. Bemanningsplanar og turnusplanar skal vere i samsvar med behova for tenester og kompetanse hos brukarane. Samstundes skal dei tilsette oppleve gode arbeidsforhold.

Målet er at bemanninga skal vere sett saman og organisert slik at

- pasientane sine behov for kompetanse er dekte
- krava til rettleiing av pasientar, pårørande, studentar og elevlar blir oppfylte
- dei tilsette opplever å kunne gi eit fagleg og etisk forsvarleg tilbod til pasientane
- dei tilsette opplever gode arbeidsforhold og sosiale forhold som oppfyller krava i lov- og avtaleverk
- det blir rom for korttidsfråvere og ferieavvikling
- det blir mogleg å få til ei generell kompetanseheving og eit stimulerande fagmiljø
- leiinga får tilstrekkeleg handlingsrom

Dei nye bemanningsplanane skal settast i verk og evaluerast hausten 2003.

Meir informasjon om Stokkeprosjektet er lagt ut på nett under valknappen «Stokkeprosjektet» på kommunen si heimeside <http://www.stokke.kommune.no>

overvaking, hjelp i akutte sjukdomsfasar, behandling, rehabilitering og pleie.

Det har vore reist spørsmål ved om kommunane yter legetenester i pleie- og omsorgssektoren som i tilstrekkeleg grad tilfredsstiller behova til brukarane. Fylkeslegane sitt felles tilsyn med helsetenester til aldersdemente i 2001 avdekte mellom anna alvorlege manglar i tilbodet om medisinsk utgreiing for denne gruppa i mange kommunar. Det dreidde seg både om manglande utgreiing av pasientar med teikn på mental svikt, og om tvil

når det gjaldt om utgreiingane heldt ein forsvarleg fagleg standard. Dette reiser spørsmål i forhold til både kapasitet og kompetanse.

Stortinget uttalte i Innst. S. nr. 263 (2001–2002) mellom anna:

«Komiteen mener det i fremtiden må stilles større krav til legetjenesten, sykepleietjenesten og fysioterapitjenesten i sykehjemmene. Komiteen er også opptatt av førstelinjetjenestens bidrag i landets samlede helsetjeneste ved bedre dekning av leger, sykepleiere og hjelpepleiere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.»

Dessutan uttalte komiteen dette i samband med behandlinga av budsjettet for 2003:

«Dette flertallet (Ap, FrP, Sp) krever en bedre legedekning i sykehjemmene.»

Og vidare:

«Stortingsmeldinga (om kvalitet og innhold i eldreomsorgen) må inneholde en vurdering av økonomiske konsekvenser av de tiltak som må iverksettes for å bedre legedekningen i eldreomsorgen, og uttrykke vilje til å kompensere disse utgiftene i kommunene fra statens side.»

I 1999 gjennomførte Statens helsetilsyn ei kartlegging av legetenester i sjukeheimar (Statens helsetilsyn, Utgreiingsserie 8–99, IK–2698). Kartlegginga, som var gjort med utgangspunkt i situasjonen før fastlegereforma vart innført, avdekkjer at det er behov for ei vesentleg styrking av denne tenesta. I tillegg til det reine kapasitetsproblemet blir det lyfta fram ei rad problemstillingar knytte til fagleg utvikling, utdanningssystemet, spesialistordningane og det som blir omtalt som ein struktur rundt legen. Dette omfattar organisatoriske forhold, utstyr, rammevilkår som arbeidet blir utført innanfor, og lønnsutvikling. Kartlegginga konkluderer med at legetenestene i sjukeheimane bør aukast med 25 prosent.

7.4.1 Auka kapasitet

Det har vore ei positiv utvikling i legedekninga i kommunane sidan fastlegeordninga blei innført i 2001. Ved innføringa av fastlegeordninga var det 297 ledige av i alt 3 858 legeheimlar. Fastlegeregistret i Trygdeataten viser at det per 1. april 2003 var 118 ledige heimlar eller lister, av i alt 3 850 heimlar. Statistikk for kommunehelsetenesta utarbeidd av SSB viser at det var ein vekst i legeårsverk i kommunane på 15 prosent frå 1997 til 2001. Dette inneber at kapasiteten i allmennlegetenesten overfor brukarar/pasientar med behov for pleie og

omsorg er blitt vesentleg betre dei siste par åra. Betinginga i legedekninga har i stor grad samanheng med tre faktorar:

- det har vore ein stor auke i netto tilgang på legar (nyutdanna og legar frå utlandet)
- det har vore gjennomført ei stram statleg regulering av legemarknaden (les: sjukehusa) frå 1. januar 1999
- rammeverket når det gjeld arbeidsforholda for legane i fastlegeordninga fall på plass hausten 2000

Etter opprettinga av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling er det blitt sett årlege kvotar for kor mange nye stillingar/heimlar som kan etablerast i kommunehelsetenestene og spesialisthelsetenestene. Kommunar og spesialisthelsetenester som ønskjer å opprette nye stillingar, må søkje om godkjenning frå rådet. Samtidig har talet på ferdigutdanna legar auka nokså mykje. Dette har gjort det mogleg for kommunane å rekruttere turnuslegar til arbeid i kommunehelsetenesta.

Auken i talet på allmennlegar og det høvet kommunane har til å styre ressursane for å få dekt behovet for legehjelp i pleie- og omsorgstenestene, gir kommunane gode føresetnader for å syte for nødvendig og forsvarleg legehjelp. Alt etter storleiken på kommunen, geografiske tilhøve, kommunikasjonar og organiseringa av tenestetilbodet kan legetenestene sikrast anten av fastlegar eller av tilsynslegar. Det vil vere opp til kommunen i samarbeid med fastlegane å utnytte den vekst i kapasitet som allereie er til stades.

Gjeldande ordningar

Tilsynslegefunksjonen

Etter sjukeheimsforskrifta skal sjukeheimar og buformer for heildøgns pleie og omsorg ha knytt til seg ein lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlinga. Kommunane har som hovudregel organisert dette gjennom tilsetjing av fastlegar i deltidsstillingar. I praksis blir dette kalla tilsynslegefunksjonen. Sjukeheimsforskrifta definerer ikkje innhaldet i funksjonen. Viktige oppgåver vil likevel vere å delta i vurderinga av behov for sjukeheimplass, å stå for medisinsk undersøking ved innlegging (spesielt av pasientar som får sjukeheimplass for korttidsopphald) og å greie ut og behandle bebuarar/pasientar. Ei anna oppgåve er å overvake system for utdeling av medisin og andre forhold av systemkarakter som omfattar medisinske aspekt. Vidare er det ønskeleg at sjukeheimslegen deltek i opplæring av personellet.

Det er ikkje fastsett noka norm for dimensjonering av legetenestene i sjukeheimar. I tillegg til tilsynslege nyttar mange sjukeheimar også legevakttenester. Behovet for legetenester er avhengig av mange forhold, mellom anna kva tilbod sjukeheimen dekkjer, pasientbelegget og tilbodet i heime-tenestene og i spesialisthelsetenestene. Kvar kommune må ut frå plikta til å organisere nødvendig og forsvarleg helsehjelp, avgjere kor store legeressursar det er behov for i sjukeheimane, og sikre at legane kan utøve verksemda si på ein fagleg forsvarleg måte, jf. mellom anna kommunehelsetenestelova § 6–3 første ledd og helsepersonellova § 4.

Fastlegeordninga

Etter innføringa av fastlegeordninga frå 1. juni 2001 har alle innbyggjarar rett til å stå på liste hos ein fastlege som har avtale med kommunen. Formålet med fastlegeordninga er å betre kvaliteten i allmennlegetenesta ved at alle som ønskjer det, skal kunne få ein fast lege å vende seg til. Fastlegeordninga skal gi befolkninga større tryggleik gjennom betre tilgjenge til legetenesta. Reforma skal også gi større grad av kontinuitet i lege-pasientforholdet, noko som er særleg viktig for personar med kroniske sjukdommar, funksjonshemmingar og psykiske lidningar, og for pasientar under rehabilitering.

Alle som er busette i ein norsk kommune har rett til å stå på liste hos ein lege med fastlegeavtale, jf. § 2–1 a første ledd i kommunehelsetenestelova. Etter fastlegeforskrifta § 7 har fastlegen ansvaret for allmennlegetilbodet til dei personane han eller ho har på si liste.

Hovudprinsippet er at fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbodet, jf. fastlegeforskrifta § 7. I fastlegeforskrifta § 8 er det gjort unntak dersom pasienten er innteken i helseinstitusjon etter spesialisthelsetenestelova eller kommunehelsetenestelova, og at denne institusjonen har organisert legeteneste. Det inneber at dersom institusjonen har organisert nødvendig legeteneste på annan måte enn ved at fastlegane syter for å dekkje behovet for legehjelp, vil institusjonslegen overta det ansvaret fastlegen har. Føresegna er likevel ikkje til hinder for samarbeid mellom fastlegen og legen ved institusjonen når det er behov for det.

Bebuarar på institusjon blir under institusjonsopphaldet, same kor lenge opphaldet varer, ståande på lista til fastlegen, og ved utskriving blir ansvaret overteke av fastlegen. Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbodet ved utskriving må institusjonen kontakte fastlegen før utskri-

vinga. Med mindre personen motset seg det, skal epikrise og opplysningar som er nødvendige for å kunne gi forsvarleg legehjelp og oppfølging, givast fastlegen ved utskriving, jf. helsepersonellova § 45. Eventuelt skal opplysningar givast så lang tid i førevegen som er nødvendig for at fastlegen skal kunne leggje til rette for vidare oppfølging.

Allmennmedisinsk offentleg legearbeid

Kommunane har etter fastlegeforskrifta høve til å stille vilkår når dei inngår fastlegeavtalar med ein-skildlegar. Det kan til dømes setjast som vilkår at fastlegen deltek i allmennmedisinsk offentleg legearbeid, til dømes som tilsynslege ved ein sjukeheim. Det er ein fordel for tenesteytinga at legane på frivillig basis inngår avtale om slik deltidstilling innanfor offentleg legearbeid, men kommunane kan påleggje legen deltidstilling innanfor allmennmedisinsk offentleg legearbeid, avgrensa til 7 1/2 time per veke ved fulltids verksemd. Slikt pålegg kan givast når som helst i kontraksperioden og er ikkje avgrensa til tidspunktet for inngåing av avtale. Før kommunane kan gi pålegg skal dei prøve å få til frivillige avtaler om å utføre desse oppgåvene. På oppfordring frå Helsedepartementet har Senter for helseadministrasjon innhenta informasjon frå eit utval på 35 kommunar om omfanget av offentleg legearbeid i fastlegeavtalane. Av denne kartlegginga går det fram at over 70 prosent av legane i utvalet arbeider mindre enn 7 1/2 time i veka med kommunalt legearbeid. Mykje tyder dermed på at kommunane ikkje bruker det høvet fastlegeavtalane gir til å styrkje dei offentlege allmennmedisinske tenestene.

I samband med førebuingane til innføringa av fastlegereforma vende det dåverande Sosial- og helsedepartementet seg i fleire omgangar til kommunane og oppmoda dei om å rekne ut nødvendige legeheimlar eller årsverk for å få dekt både samfunnsmedisinsk arbeid, offentleg allmennmedisinsk arbeid og listesystemet. Kommunar med behov for fleire legeheimlar blei oppmoda om å søkje Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling om nødvendige heimlar. Etter etableringa av den statlege reguleringa av legemarknaden har det ikkje vore avgrensingar overfor kommunane når det gjeld tildeling av nye heimlar.

Boks 7.3 NOKLUS

Eit aukande omfang av behandling og oppfølging utanfor sjukehus stiller nye og større krav til medisinsk kompetanse i kommunehelsetenesta. Analyse og tolking av laboratorieprøver utgjer ein viktig del av grunnlaget for medisinske avgjerder. Det har sidan 1992 vorte utført eit omfattande arbeid i regi av NOKLUS – Norsk kvalitetsforbetring av laboratoriearbeid utanfor sjukehus, for å sikre og betre kvaliteten på den laboratorieverksemd som vert utført utanfor sjukehus. For at ein skal kunne nytte analysesvar som eit ledd i utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar, er det heilt nødvendig å vite at prøveresultata som vert lagde til grunn er å lite på. Kunnskap knytte til kvalitetssikring og kvalitetskontroll er svært varierende hos personell som utførar laboratoriearbeid utanfor sjukehus. I dag deltek 99 % av legekontora i NOKLUS gjennom sentral tilknytning og finansiering frå Legeforeningens Kvalitetssikringsfond III. Andre einingar, mellom anna sjukeheimar, deltek i eit langt mindre omfang til sjølvkost. Av ca. 1 100 sjukeheimar i landet med laboratorieteneste deltek i dag 168 i NOKLUS. Arbeidet gir svært gode resultat.

7.4.2 Vurdering

Dei sentrale spørsmåla når det gjeld nødvendig allmennlegehjelp til brukarar som får kommunale pleie- og omsorgstenester, er

- om kommunane har sytt for nødvendig kapasitet når det gjeld allmennlegetenester for brukarar som er i ein livsfase der dei ikkje maktar å oppsøkje sin eigen fastlege på eiga hand, til dømes demente eller utviklingshemma
- om pleiepersonellet, utan omsyn til buforma til brukaren, har nødvendig kompetanse til å observere og varsle allmennlegane om det skulle vere behov for det
- om allmennlegane har nødvendig kompetanse til å møte dei faglege utfordringane sjukdomsmønsteret til brukarane representerer, og om det er lagt til rette for kunnskapsutvikling og fagleg utviklingsarbeid
- kva som er forsvarleg, tenleg og kostnadseffektiv organisering av allmennlegetenestene til alle brukarar av pleie- og omsorgstenester, uavhengig av buform

- kva som vil vere dei ressursmessige implikasjonane av aktuelle alternativ

Som omtalt i kapittel 7.4.1 er tilgangen på legar i kommunehelsetenesta tilfredsstillande. Utfordringa i åra framover vil ligge i å utnytte legeårswerka på ein måte som er godt tilpassa dei lokale behova. Det er kommunane sjølve som har dei beste føresetnadene for å finne fram til gode lokale løysingar, og nye ordningar må gi rom for lokale tilpassingar. Kommunane skal sikrast høve til å organisere tenestene slik at dei er best mogleg tilpassa lokale forhold, og slik at dei individuelle behova brukarane har for legetenester, blir imøtekomne.

Ei god legeteneste til brukarar av pleie- og omsorgstenester er avhengig av stabilitet og kompetanse hos dei tilsette. Dette er spesielt viktig for brukarar som har behov for heildøgns pleie og omsorg. Mange brukarar med behov for slike tenester vil også i framtida bu i sjukeheimar. Omsynet til kontinuitet i kontakten mellom sjukepleiarar og lege, og omsynet til behovet for god kompetanse i aldersmedisin og geriatri, kan tale for at mange kommunar ønskjer å halde fram med ordninga med tilsynslegar. Det kan likevel stillast spørsmål ved om ein ny lege skal stå for legetenestene til menneske som er i fasar av livet der det er særlege behov for utvida legetenester, til dømes ved opptrening etter ein sjukdom, der det oppstår forverring i ein sjukdomstilstand, eller ved slutten av livet. Omsynet til kontinuiteten i forholdet mellom brukaren og legen kan derfor tilseie at brukarar som ønskjer det, bør kunne velje å ta imot legetenester frå fastlegen sin også om dei bur i sjukeheim. For å betre kvaliteten i legetenestene til alle brukarar av pleie- og omsorgstenester, bør kontinuiteten i behandlinga sikrast. Kommunane bør også givast høve til å organisere legetenestene slik at dei tek omsyn til dei lokale tilhøva på best mogleg måte.

Regjeringa legg til grunn at ordninga med tilsynslegar i sjukeheim blir ført vidare, men vil klargjere regelverket slik at det går klart fram at alle brukarar som ønskjer det skal få behalde fastlegen sin uavhengig av kvar dei bur.

Som det er vist til tidlegare, er rekrutteringa til fastlegeheimlane i kommunane tilfredsstillande. For å auke rekrutteringa til offentleg legearbeid vil regjeringa gjennom avtalen med KS oppmode kommunane om å utnytte dei høva fastlegeavtalane gir når det gjeld å påleggje legane offentleg legearbeid, slik at legetenesta i pleie- og omsorgstenesta blir styrkt.

Dei fleste sjuke, eldre menneske blir utgreidde, diagnostiserte og behandla av sin eigen fastlege.

Fastlegane er allmennlegar, og om lag 55 prosent av dei er spesialistar i allmennmedisin. Dei er generalister med vid, generell kunnskap og med eit godt utgangspunkt for å vurdere kva behov eldre brukarar har for medisinsk hjelp. Dette er eit godt grunnlag å byggje vidare på når ein ønskjer å betre kunnskapen i helsetenestene til eldre. Det er eit mål å inkludere kunnskap om dei spesielle helse- og sjukdomsforholda blant eldre i all etter- og vidareutdanning av allmennlegar. Dette vil regjeringa følge opp overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, Den norske lægeforening og andre som fyller funksjonar i etter- og vidareutdanning av allmennlegar.

Eit fagområde med aktivt forskings- og fagutviklingsmiljø verkar rekrutterande for legar. I universitetsbyane er det prosjekt med undervisningssjukeheimar og det finst aktive forskingsmiljø innanfor geriatri og sjukeheimsmedisin, til dømes ved Bergen Røde Kors sykehjem og Geriatriisk avdeling ved Ullevål sykehus. Sosialdepartementet og Helsedepartementet vil i samarbeid med aktuelle miljø vurdere korleis ei langsiktig utbygging av forskning og fagutvikling på området kan organiserast og setjast i gang. Spørsmålet om korleis opplæring i aldersmedisin og teneste i pleie- og omsorgssektoren kan kvalifisere for ulike kliniske spesialitetar, og om ulike kliniske spesialitetar, inkludert allmennmedisin, skal kunne kvalifisere for arbeid med geriatri, vil stå sentralt i vurderinga. Ein eigen hovudspesialitet i geriatri må vurderast i denne samanhengen. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling kjem til å spele ei viktig rolle her.

Sosialdepartementet vil i samarbeid med Helsedepartementet få gjennomført ei kartlegging av legetenester til brukarar av pleie- og omsorgstenester, der legetenester i sjukeheimar også skal takast med, og der ein ser på økonomiske konsekvensar av ulike løysingar. Kartlegginga vil danne grunnlaget for å vurdere ei framtidig tenleg og forsvarleg organisering av desse tenestene, og vil også danne grunnlaget for tilrettelegging av fagutvikling, forskning og undervisning på området aldersmedisin. Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å stå for kartlegginga.

7.5 Holdningar og yrkesutøving

Gode holdningar hos dei som arbeider i pleie- og omsorgstenestene, er heilt avgjerande for kvaliteten på tenestene. Personalet må møte brukaren som eit medmenneske som har rett til å bestemme over sitt eige liv og gjere val knytte til eigne behov.

Boks 7.4 Refleksjonsgrupper – verkty for å gjere medarbeidarane meir medvitne om verdiar og ansvar

Erfaringar frå fleire arbeidsplassar viser at refleksjonsgrupper kan nyttast for å gjere gruppemedlemmene meir medvitne om eigne verdiar og det ansvaret dei har. Metoden kan brukast for å utvikle gode arbeidsmiljø og gode tenestetilbod i det daglege, og viser seg å vere nyttig når det gjeld å lykkast i omstillingsprosessar.

Ressurssenter for omstilling har til dømes erfaring med bruk av metoden i ein liten sjukeheim i ein stor by. Dei tilsette og leiaren sette av ca. 2 timar kvar 14. dag til «løysingsfokusert etisk refleksjon» (refleksjonsgruppe). Desse refleksjonsgruppene erstatta det tradisjonelle personalmøtet. I tida mellom gruppemøta arbeidde fleire tilsette saman om å finne løysingar på utfordringar når det gjaldt arbeidsmiljøet og tenestetilbodet. Etter eitt år var metoden blitt ein naturleg del av det daglege arbeidet. Metodikken og holdningane blei etter det personalet gir uttrykk for, ein naturleg del av veremåten.

Norsk Ergoterapeutforbund har i eit innspel til Sosialdepartementet føreslått å utvikle verdiverkstader ved tenestestadene. Forbundet føreslår å operasjonalisere verdigrunnlaget for tenestene ved å stille spørsmål som «Korleis høyrerest og ser det ut når vi etterlever denne verdien, til dømes respekt for privatlivet eller brukarmedverknad?», «Kva seier vi, og kva seier vi ikkje?» og «Kva gjer vi, og kva gjer vi ikkje?»

Dei tilsette må vere medvitne om at måten dei utfører arbeidet sitt på, verkar inn på kvar einskild brukar, og leggje til grunn at brukaren sine ønske skal vere førande for tenesteutøvinga. Tenesteytinga skal tilpassast kvar einskild brukar gjennom respekt for einskildmennesket, gode holdningar til eiga yrkesutøving og god fagleg kunnskap. Den kvalitative dimensjonen i møtet mellom menneske kan i liten grad styrast gjennom lover og reglar.

Det er kommunen som arbeidsgivar og som ansvarleg for å yte forsvarlege tenester, som har ansvaret for å rettleie og syte for å heve kompetansen hos dei som arbeider i pleie- og omsorgstenestene. God leiing er grunnleggjande for å oppnå tenesteyting av høg kvalitet. God leiing ser ut til å

Boks 7.5 Oppsummering av tiltak

Regjeringa vil

- auke kunnskap om samanhengen mellom bemanning og kvalitet gjennom arbeidet i Effektiviseringsnettverkene
- auke kunnskapen hos brukarane om kvaliteten på tenestetilbodet i eigen kommune gjennom offentleggjering av kvalitetsresultat
- sikre tilgang på fagpersonell ved å følge opp tiltaka i Rekrutteringsplanen for Helse- og sosialpersonell 2003–06
- kartleggje bruken av deltidsstillingar i kommunane og samarbeide med KS for at fleir skal få tilbod om heile stillingar
- i samarbeid med KS leggje større vekt på arbeidet med fagetikk, holdningar og yrkesutøving
- gjennomføre ei samla kartlegging av tilgjengelege studiar av dei ulike yrkesgruppene i helse- og sosialsektoren for å kunne avgjere kva verkemiddel som skal takast i bruk i den vidare kompetanseutviklinga for dei tilsette i sektoren
- sikre at alle brukarar som ønskjer det, skal kunne få tenester frå fastlegen sin uavhengig av kvar dei bur, ved å klargjere regelverket for legetenester i pleie- og omsorgssektoren. Samstundes legg regjeringa til grunn at tilsynslegeordninga i sjukeheimar skal stå ved lag
- i samarbeid med KS oppmode kommunane om å utnytte dei høva fastlegeavtalane gir til å påleggje offentlig legearbeid, slik at legetenesta i pleie- og omsorgssektoren blir styrkt
- gjennomføre ei kartlegging av legetenester til brukarane av pleie- og omsorgstenester, der legetenester i sjukeheimar også skal vere omfatta. Kartlegginga skal danne grunnlag for tilrettelegging av fagutvikling, forskning og undervisning på området aldersmedisin

vere ein gjennomgåande suksessfaktor, og dannar grunnlaget for at ulike organisatoriske og tenestemessige tiltak fører til resultat. I dette ligg kva evne leiinga har til å opparbeide seg legitimitet hos medarbeidarane, til å skape oppslutning om mål, til å verdsetje medarbeidarane og til å byggje opp ein

kultur som er løysingsorientert. Leiarsatsinga i KS fokuserer mellom anna på slike forhold.

Myndiggjering av medarbeidarane er eit sentralt verkemiddel for å gjere dei meir medvitne om tenesteutøvinga. Dette inneber at kvar einskild tilsett har ei heilskapsforståing av sin funksjon og sine oppgåver, og tek eit sjølvstendig ansvar for å vurdere og følgje opp sine eigne funksjonar ut frå dette. I ansvaret som ligg på kvar av dei tilsette, høyrer det også med at vedkomande skal ta vare på heilskapen og ta initiativ for å få til ei felles tilnærming til korleis arbeidet skal utførast. For at medarbeidaren skal kunne utføre oppgåvene sine, må vedkomande ha dei fullmaktene han/ho treng for å utføre jobben effektivt.

Ei tilnærming som den Norsk Ergoterapeutforbund tek til orde for, sjå boks 7.3, høver godt saman med operasjonalisering og konkretisering av omgrepet «grunnleggjande behov», slik dette er omtalt i kvalitetsforskrifta.

Sosialdepartementet meiner at det er viktig at kommunane som arbeidsgivarar legg til rette for at dei tilsette får den nødvendige rettleiinga og tid på seg til å reflektere over eigen praksis. I arbeidet med ny rettleiar til kvalitetsforskrifta vil dette bli teke med. I rettleiaren vil det bli utarbeidd gode døme på korleis refleksjonsgrupper/verdiverkstader kan nyttast som konkrete og løysingsorienterte arenaer for å fremje kvalitetsutvikling.

8 Finansiering og eigenbetaling

8.1 Innleiing

NOU 1997: 17 «Finansiering og brukarbetaling for pleie- og omsorgstjenester» dokumenterte ei rad veikskapar ved dei eksisterande eigenbetalingsordningane. Brukaren betaler no ulikt for same type teneste avhengig av om tenesta blir gitt i institusjon eller i eigen bustad. Reglene for eigenbetaling i institusjon kan vere vanskelege å forstå, og det er manglande nøytralitet når det gjeld kva utgifter staten og kommunane dekkjer i institusjon og i omsorgsbustader.

Som omtalt i kapittel 3, viser utviklinga at kommunane i aukande grad erstattar institusjonsomsorg med ei bustadbasert omsorg. Dette må òg sjåast i samanheng med den utviklinga vi har hatt i dei seinare åra, med ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma og handlingsplanen for eldreomsorga. At ordningane er forskjellige, og kvar for seg kompliserte å forstå for brukarane og å praktisere for kommunane, gjer det viktig å finne fram til eit system som er enkelt og heilskapleg og som står seg over tid.

I St.meld. nr. 31 (2001–2002) «Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen» seier regjeringa:

«Regjeringen tar sikte på å legge fram forslag til nye ordninger på dette området våren 2003, der målet er å få til mest mulig like regler for brukarbetaling uavhengig av om tenestene gis i institusjon, omsorgsbolig eller eget hjem.»

Dette må sjåast i samanheng med vedtaket i Stortinget om spørsmålet om å utvide tak-2-ordninga til også å gjelde kommunale tenester, jf. Innst. O. nr. 44 (2002–2003), der det heiter:

«Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjonene og senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 fremme sak om hvilke og hvordan kommunale egenandeler kan innlemmes i tak 2-ordningen.»

8.2 Dei nogjeldande betalingsordningane

I dag har vi to svært ulike system for finansiering og brukarbetaling i pleie- og omsorgstenestene. Skilnaden går mellom dei som bur i institusjonar etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova, og dei som bur i omsorgsbustader eller i vanlege bustader.

Tabell 8.1 viser desse skilnadene.

Dei gjeldande finansieringsordningane i institusjon

Kommunane har fullt finansieringsansvar for verksemda i institusjonane etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova. Dei dekkjer utgifter til helsetenester, mat og andre utgifter i det daglege, pleie- og omsorgstjenester, visse tekniske hjelpemiddel, butilbod og lokale. Også innkjøp av lækjemiddel i institusjon blir finansiert innanfor det ordinære kommunebudsjettet.

Brukarbetaling for korttidsopphald er ein fast døgnpris fastsett av Sosialdepartementet, for tida 118 kroner per døgn. Døgnprisen er uavhengig av inntekta til bebuaren.

For langtidsbebuarar blir betalinga fastsett ut frå inntekta til vedkomande. Etter forskrifta kan ein bebuar påleggjast å betale 75 prosent av inntekter opp til grunnbeløpet i folketrygda, fråtrekt eit fribeløp. Av inntekter utover grunnbeløpet i folketrygda blir det betalt opptil 85 prosent. Kommunen har likevel ikkje høve til å ta høgare betaling enn sjølvkost per plass.

Dei gjeldande betalingsordningane for tenester utanfor institusjon

Brukarar av pleie- og omsorgstjenester som bur i vanlege husvære, medrekna omsorgsbustader, betaler for buutgifter, mat og utgifter i det daglege på lik linje med alle andre innbyggjarar i kommunen.

Det er ikkje høve til å krevje eigenbetaling for heimesjukepleie og personretta praktisk hjelp, og heller ikkje for opplæring i personleg stell og eigenomsorg. Utover dette avgjer kommunen sjølv om ein vil krevje betaling for heimetjenester. Beta-

Tabell 8.1 Oversikt over dagens brukarbetaling og finansieringssystem

Brukarbetaling		Offentleg finansiering ^{a)}	
		Kommunen dekkjer	Staten dekkjer
Bebuarar i alders- og sjukeheimar	Brukaren betaler eit samla vederlag som omfattar alle typar tenester, i tillegg til bufunksjonen. Disponerer lommepengar til personleg forbruk: aviser, vekeblad, røyk, gåver o.a.	Butilbodet, inkl. lys og varme Mat og drikke Lækjemiddel og sjukepleieartiklar Allmennlegetenester Fysioterapi Eigendel ved spesialisthelsetenester og reise til slik teneste Meirutgift ved sjukdom, skade eller lyte Større tekniske hjelpemiddel (senger, personlyftarar o.a.) og til kort tids bruk (rullestol o.a.) Sjukepleie Anna hjelp	Spesialisthelsetenester Reise til spesialisthelseteneste Ortopediske hjelpemiddel Tekniske hjelpemiddel for å kunne bevege seg og for kommunikasjon ^{b)}
Heimebuande	Buutgiftene Daglegdagse utgifter Eigendel for einskildtenester: legebesøk og lækjemiddel på blå resept (opptil 1350 kr), praktisk heimehjelp, transport Lækjemiddel og sjukepleieartiklar som ikkje kjem inn under refusjonsordningar, må betalast fullt ut.	Heimesjukepleie og personretta heimehjelp Praktisk heimehjelp (fråtrekt eigendel) Hjelpemiddel til kort tids bruk (rullestol o.a.)	Statleg bustønad Lækjemiddel og sjukepleieartiklar ^{c)} Allmennlegetenester Fysioterapi Spesialisthelsetenester Reise til undersøking eller behandling Visse meirutgifter ved sjukdom, skade eller lyte ^{d)} Ortopediske hjelpemiddel og tekniske hjelpemiddel til lang tids bruk

a) For fleire av tenestene som er førte opp som folketrygdfinansierte, blir det også gitt tilskot frå kommunen (allmennlegetenester og fysioterapi) eller frå regionale helseføretak.

b) Dvs. rullestolar, rullatorar og hjelpemiddel ved nedsett syns-, høyrse- eller taleevne

c) Inkludert både blå resept og bidragsordning

d) Dvs. grunnstønad og hjelpestønad

linga skal ikkje overstige dei utgiftene kommunen har i samband med tenesta (sjølvkost). For husstandar med inntekt under 2 G er det sett eit tak for kor stor eigendel som kan krevjast. For 2003 er utgiftstaket sett til 150 kroner per månad (1800 kroner per år). Kommunane står nokså fritt til å utforme eigne system for eigenbetaling. Nivået på eigenbetalinga varierer då også nokså mykje mellom kommunane.

Brukarar av kommunale pleie- og omsorgstenester som bur i eigen heim, medrekna omsorgsbustad, har dei same rettane til helsetenester som andre innbyggjarar. Dette inneber at brukaren ved behov går til sin eigen fastlege, får medisinar på resept, osv. For dei viktigaste helsetenestene finst det ei frikortordning som fastset eit tak for kor store eigendelar brukaren skal betale gjennom eit år. Utgiftstaket er i 2003 på 1350 kroner. Når ein

har betalt eigendelar opp til taket, gir trygdekonto- ret eit frikort slik at ein slepp å betale eigendelar resten av året.

Stortinget sitt vedtak om «tak 2», som følgjer den same modellen, sikrar at brukarar slepp å betale meir enn 4500 kroner i eigendel for fysioterapi, for tannbehandling med rett til refusjon (med unntak for kjeveortopedi), for opphald ved opptreningsinstitusjon og for behandlingsreiser til utlandet.

Det blir ikkje kravd brukarbetaling for tekniske hjelpemiddel. Folketrygda gir stønad til hjelpemiddel som er nødvendige for at ein person med funksjonshemming skal greie å takle praktiske problem i dagleglivet.

Kommunen har hovudansvaret for å finansiere både pleie- og omsorgstenestene og dei kommunale helsetenestene. Men folketrygda yter tilskot til fastlegane, til lækjemiddel og til sjukepleieartiklar og tekniske hjelpemiddel. Statens Husbank yter bustonad til personar med høge buutgifter og låg inntekt.

8.3 Vurdering

Dei gjeldande finansieringsordning er kompliserte og lite samkøyrde, og dei har utilsikta vridingseffektar som kan føre til samfunnsøkonomisk uheldig ressursbruk. Både kommunane og brukarane har incentiv til å tilpasse seg utan omsyn til om det gir ein samfunnsmessig god effekt. Regjeringa ser det som svært viktig at systema må vere med på å styre ressursfordelinga i sektoren slik at løysingane blir dei beste både for brukarane og for samfunnet. Det er derfor nødvendig å endre ordningane slik at ein oppnår eit gjennomgåande, føreseieleg og robust system. Systemet må òg i høgere grad vere i samsvar med dei utviklingstrekkka vi finn i pleie- og omsorgstenesta. Målet er at kommunen ut frå lokale tilhøve, og ut frå omsynet til behova hos kvar einskild innbyggjar, skal utvikle samfunnsøkonomisk fornuftige og fleksible tenester. Når utgiftene i samband med eit tilbod blir delt mellom fleire partar, er det viktig at det blir teke omsyn til dei samla utgiftene og ikkje berre til utgiftene til éin part. Dette er viktige omsyn både ved utbygginga av omsorgstenestene og ved val av tilbod til kvar einskild brukar.

Regjeringa meiner at dei to parallelle, men svært ulike systema for finansiering og brukarbetaling i og utanfor institusjon som gjeld i dag, er problematiske og at dei er lite tilpassa den tenesteutviklinga vi har sett i kommunane dei siste åra (jf. kapittel 3). Vi har altså eit system som skil mellom

buformer, men ikkje mellom kva behov og tilbod den einskilde har og får. Systema støttar heller ikkje opp under prinsippet om individuelt utforma tenester, som det er gjort greie for i kapittel 5. I tillegg skaper to system fleire utilsikta vridingar, både for brukarane og for kommunane. Dette bryt med dei omsyna som betalingssystemet bør bygge på.

8.4 Vidare arbeid

I det vidare arbeidet med eigenbetalingsordninga vil regjeringa leggje vekt på at ordninga må

- gi brukarane større valfridom og medverknad
- vere enkel å forstå for brukarar og pårørande, og enkle å administrere for kommunane
- sikre at brukarar som tek imot dei same tenestene, ikkje skal måtte betale svært ulike beløp fordi dei tek imot tenestene i ulike type buformer
- leggje til rette for utvikling og dimensjonering av tenestene ut frå behovet blant folk og kva som er samfunnsøkonomisk optimale løysingar

I St.meld. nr. 31 (2001–2002) blei det vist til at regjeringa ville arbeide vidare med å kartlegge konsekvensane av ei systemomlegging. Senter for samfunns- og næringslivsforskning (SNF 2003) har i løpet av våren 2003 laga ein omfattande analyse av korleis dagens vederlagsforskrift for opphald i institusjon blir praktisert, og konsekvensar av ei eventuell omlegging i retning av ein tenestebasert modell, liknande den som i dag gjeld for tenester mottekne i eigen heim eller omsorgsbustad. Rikstrygdeverket har laga ei utgreiing om konsekvensane for folketrygda når det gjeld tekniske hjelpemiddel og medisinar på blå resept. Ressurscenter for omstilling i kommunane har laga ein rapport om dei administrative konsekvensane av ei omlegging med utgangspunkt i korleis ein del kommunar si praktiserer av dei ulike ordningane.

Likebehandling kan ein i prinsippet gjerast på ulike vis når det gjeld til dømes legetenester, lækjemiddel og tekniske hjelpemiddel. Dei ulike løysingane vil ha store verknader for kostnadsfordelinga mellom kommune og stat, og omlegginga vil kunne slå ulikt ut både for einskildpersonar og for ulike kommunar. Dei utgreiingane som er gjennomførte kastar lys over desse forholda. Det står likevel att å sjå nærmare på effekten når dei ulike elementa blir sette saman til samla løysingsalternativ. Ei eventuell utviding av tak-ordninga må inkludera i ei slik vurdering. Ei omlegging av brukarbetalingssystemet vil ha konsekvensar for alle

norske kommunar og for mange bebuarar og deira pårørande. Regjeringa finn det derfor nødvendig å sende framlegg til endringar på høyring før dei blir lagde fram for Stortinget. Regjeringa tek derfor sikte på å sende forslag til ny modell, som også

omhandlar tak 2-spørsmålet, på høyring rundt årsskiftet før eit samla forslag til nytt finansierings- og eigenbetalingssystem blir lagt fram for Stortinget våren 2004 i samband med Kommuneproposisjonen for 2005.

9 Økonomiske og administrative konsekvensar

Dei tiltaka som er føreslått i denne meldinga vil bli gjennomført innanfor gjeldande budsjettammer. I utgangspunktet vil ikkje dei føreslåtte regelverksendringane pålegge kommunane administrative meirutgifter, med unntak av pålegg om einskildvedtak i institusjonar.

Forslaget inneber at alle brukarar har krav på eit einskildvedtak som spesifiserer tenestebehovet og tenestetilbodet. Avgjerande for om forslaget fører til auka administrative kostnader for kommunen vil mellom anna vere kva kravet til einskildvedtak går ut på i dag, samanlikna med det som følgjer av forslaget.

Etter sosialtenestelova § 8–1 første ledd gjeld forvaltningslova for vedtak etter lov om sosiale tjenester m.v. Andre leddet slår fast at vedtak om tildeling av sosiale tenester er einskildvedtak. Etter kommunehelsetenestelova § 2–1 tredje ledd gjeld ikkje forvaltningslova for vedtak etter denne lova, men det følgjer av fjerde ledd at forvaltningslova likevel blir gjord gjeldande ved tildeling eller bortfall av plass i sjukeheim eller buform med heildøgns omsorg og pleie. Vedtak om tildeling eller bortfall av slike plassar er å rekne som einskildvedtak etter forvaltningslova § 2 første ledd.

For vedtak etter kommunehelsetenestelova § 2–1 fjerde ledd, og for tildeling av plass i institusjonar eller buform med heildøgns omsorgstenester etter sosialtenestelova § 4–2 bokstav d, jf. § 4–3, er det sjølve tildelinga av plass i buforma som er å rekne som einskildvedtak. Dette inneber at ei nærmare konkretisering av tenestetilbodet på institusjonen ikkje må nedteiknast i einskildvedtaket. Dei vanlege krava til grunngiving for vedtaket etter for-

valtningslova § 24 vil framleis gjelde. Det vil seie at dei konkrete behova som blir vektlagde i vurderinga om tildeling eller bortfall av plass, skal gå fram av vedtaket, slik at søkjaren har eit grunnlag for ei eventuell klage.

Forslaget innebar at dagens bebuarar i dei ovannemnde buformene også har krav på å få spesifisert kva tenester som skal dekkje tenestebehovet. Ei slik utvida plikt for kommunane vil kunne føre til høgre administrative kostnader. Konsekvensane er likevel ikkje så store, for kommunane har allereie i dag ei plikt til å vurdere det individuelle tenestebehovet ved utforminga av vedtak om plass.

Einskildvedtaket skal gi rett til tenester ut frå det faktiske behovet. For dagens bebuarar i sjukeheimar inneber forslaget at einskildvedtaka ofte må endrast som følgje av auka tenestebehov. For å unngå unødvendig administrativt arbeid bør vedtaka utformast på ein måte som tek omsyn til at det kan bli auka behov for tenester som følgje av ei naturleg sjukdomsutvikling, samtidig som retten til tenester for å få dekt faste og uendra behov blir spesifisert.

Sosialdepartementet

t i l r å r :

Tilråding frå Sosialdepartementet av 27. juni 2003 om betre kvalitet i pleie- og omsorgstenestene blir send Stortinget.

Litteraturliste

- Agenda (2001): «Faktorer som påvirker effektiviteten i pleie- og omsorgstjenesten», Agenda Utredning & Utvikling, Sandvika
- Andersen, Askheim, Eriksen (2003): «Omsorgslønn til foreldre med funksjonshemmede barn, lønn, påskjønnelse eller avlat?», Østlandsforskning, Høgskolen i Lillehammer, NOVA, Foreløpig rapport til Sosial- og helsedirektoratet, februar 2003
- Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) 1996: «Sørumsprosjektet. Et kompetanse-utviklingsprosjekt-delrapport II»
- Asplan Analyse (2002a): «Evalueringsprosjekt konkurranseutsetting. Bærum kommune»
- Asplan Analyse (2002b): «Evalueringsprosjekt konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren. Delrapport»
- Asplan Analyse (2002): «Evalueringsprosjekt konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren. Delrapport»
- Asplan Analyse (2003): «Evalueringsprosjekt konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren, Oslo kommune»
- Asplan Analyse (2002): «Evalueringsprosjekt konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren, Trondheim kommune»
- Bergen Kommunerevisjon (2002), Forvaltningsrevisjonsrapport 03/ 2002 «Kartlegging av tilfredshet med sykehjemstilbudet i Bergen og sammenligninger av kostnadsnivå»
- Bogen, Hanne: Tidsskrift for Samfunnsforskning nr. 3 2002
- Bogen, H. og Nyen, T. (1998): «Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner» Fafo-rapport 254
- Brevik, Ivar (2002): «Handlingsplan for eldreomsorgen – regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkete tilskudd», NIBR-rapport 2002: 18
- Daatland, Guntvedt, Slagsvold (2000): «Eldresenteret nå og framover», NOVA-rapport 17/00
- ECON-rapport 39/01: «Konkurranseutsetting – virker det?»
- Fylkeslegen i Buskerud (2001): «Rapport etter tilsyn i kommunene i Buskerud – Deler av helse-tjenestetilbudet til eldre»
- Gautun (1999) «Undersøkelse om familieomsorgen til eldre?» Fafo-rapport 99: 298, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo
- Gautun, Kjerstad, Kristiansen (2001): «Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet», SNF-rapport 2001
- Gautun, Moland (2002): «Deltid: Bidrag eller hemsko for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren?», Fafo-rapport 02:395, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo
- Hallandvik, Jan Erik og Torunn Olsen (2000): «Deltidsarbeid på sykehus. Rammer og muligheter», Agderforskning
- «Helseøkonomisk forskningsprogram», Skriftserie 2000: 6, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, Oslo 2000
- Hofseth, Norvoll (2003), «Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer», Unimed Helsetjenesteforskning
- Husbanken: «Års- og kvartalsstatistikk 1997–2001»
- Høyland, Karin (2001): «Ny sykehjemsmodeell – et bedre tilbud», SINTEF-rapport STF 22 A02500, SINTEF Bygg og miljø, Trondheim
- Kristiansen, Frode (2003): «Finansieringsordninger for pleie- og omsorgstjenester, Senter for samfunns- og næringslivsforskning, SNF-rapport 15/03
- Kristoffersen, Solem (1998): «Integrering av pleie- og omsorgstjenestene», Nova-rapport 22/98
- Laake, Pettersen (2000): «Hvem bruker eldresenteret? Hva er viktig for å ta senteret i bruk?» Nasjonalforeningens forskergruppe i geriatri, Universitetsseksjonen, Geriatrik avdeling, Ullevål sykehus, Oslo
- Løwe, Torkil (1997): «Kommunenes bruk av omsorgslønn», NOVA-rapport 2/97
- Moen, Bjørg (2002): «Når hjemme er et annet sted», NOVA-rapport 8/02
- Moland, Leif (1999): «Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø», Fafo-rapport 99:269, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo
- Moland, Leif (2002): «Økt yrkesdeltakelse blant deltidsansatte i pleie- og omsorgssektoren», Fafo-rapport 02:395

- Moland, Holmli (2002): «Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren», Fafo-rapport 02:390, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo
- Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. 2001, Rapport «Skal, skal ikke ...»
- NOU 1997: 17 «Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester» (Jensen-utvalet)
- NOU 1999: 2 «Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende» (Livshjelpsutvalet)
- Næss, Sturle (2000): «Bedre standard, men større ulikhet?», Sefos-notat 2–2000
- Næss, Sturle (2002): «Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrengende eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen», Rokkansenteret Rapport 1/2003 Bergen 2002
- Ot. prp. nr. 29 (1990–91) om lov om sosiale tjenester m.v.
- Romøren (2001): «Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år», Gyldendal Norsk Forlag
- Rundskriv I-13/97: «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten», Sosial- og helsedepartementet
- Rundskriv I-42/98: «Omsorgslønn», Sosial- og helsedepartementet
- Rundskriv I-19/2000: «Status for tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming», Sosial- og helsedepartementet
- Rundskriv H-31/2001: «Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2001–2002», Kommunal- og regionaldepartementet
- Rundskriv I-55/2001: «Rapportering av resultat- og plandata fra helse- og sosialtjenesten 2001–2005», Sosialdepartementet
- Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) (2001): «Forenkling av statlig rammeverk innen pleie og omsorg, synspunkter fra 5 kommuner»
- Skollerud, Kåre (2003): «Bruken av omsorgslønn i kommunene, omfang og utgifter i et utvalg på 40 kommuner», Notat til Sosial- og helsedirektoratet
- Slagsvold, Berit (1995): «Mål eller mening – om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner»
- SNF-rapport 59/00: «Konkurranseutsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner»
- Sosial- og helsedepartementet: «Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001. Resultater, planer og prognoser», HPE-rapport 1/2001
- Statens helsetilsyn og fylkeslegene (2002): «Årsrapport 2001»
- Statens helsetilsyn og fylkeslegene (2003): «Årsrapport 2002»
- Statistisk Sentralbyrå: «Pleie- og omsorgsstatistikken 1997–2000»
- St.meld. nr. 50 (1996–1997) «Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet»
- St.meld. nr. 28 (1999–2000) «Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000»
- St.meld. nr. 34 (1999–2000) «Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år»
- St.meld. nr. 31 (2001–2002) «Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen»
- St.meld. nr. 14 (2002–2003) «Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten»
- Strandquist (2002): «Som man roper på sykehjem får man svar. Behovsundersøkelse om eldreomsorg», Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo 2002
- Thoresen, Jøran (2003): «Handlingsplan for eldreomsorgen. Virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk». NIBR-notat 2003: 112. Norsk Institutt for By- og Regionforskning, Oslo
- Vabø, Mia (2002): «Kvalitetsstyring og kvalitetsstreiv», NOVA-rapport 18/02
-