



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.meld. nr. 28

(1999-00)

Innhald og kvalitet i omsorgstenestene

Omsorg 2000

*Tilråding frå Sosial- og helsedepartementet av 28. januar
2000, godkjend i statsråd same dagen.*

Frå «Ei bøn for år 2000»

**Mätte dei i år 2000 søkja visdom framfor kunnskap, kjærleik framfor kløkt,
meir ha omsut for andre enn sut for seg og sitt.**

Av Alfred Hauge (1970)

1 Innleiing

Det har dei seinare åra vore lagt stor vekt på å byggje ut dei kommunale tenestene for dei som har krav på hjelp etter lov om helsetenesta i kommunane og lov om sosiale tenester, under dette det som i denne meldinga blir kalla omsorgstenestene. Ansvarsreforma for menneske med psykisk utviklingshemming, handlingsplanen for ei betre eldreomsorg, handlingsplanen for funksjonshemma og opptrappingsplanen for psykisk helse er døme på det. Handlingsplanen for redusert bruk av rusmiddel, handlingsplanen for helse- og sosialpersonell og planen for kompetansebygging i sosialtenesta er andre døme. Felles for desse tiltaka er at dei særleg har fokusert på kapasitet og strukturelle rammer og mindre på sjølve innhaldet i tenestene. I denne meldinga ønskjer Regjeringa å setje søkelyset på innhald og kvalitet. Regjeringa håpar å få til ein brei debatt om verdigrunnlaget for og innhaldet i tenestene.

Regjeringa vil vise til at Stortinget ved behandlinga av handlingsplanen for eldreomsorga (St. meld. 50 (1996-97)) ba om å få lagt fram ei ny vurdering av behovsanslag og verkemiddel etter to års erfaringar med planen. Dette vil bli lagt fram for Stortinget som eiga sak våren 2000. Spørsmål om kapasitet og tiltak for å auka kapasiteten blir difor ikkje drøfta i denne meldinga.

Det overordna målet for omsorgstenestene er å gi eit tilfredsstillande og mest mogeleg likeverdig tenestetilbod uavhengig av kvar den enkelte bur, av inntekt og sosial status. Ressursar når det gjeld økonomi, personell og bygningar vil vere viktige rammeføresetnader for å kunne gi god omsorg, men dette er ikkje nok i seg sjølv. Regjeringa ser det slik at god omsorg først oppstår i møtet mellom menneske, mellom dei som gir hjelp og dei som får, og i mange tilfelle også i møtet med pårørande og lokalsamfunnet. Regjeringa vil understreke den eigenverdi og det likeverd mennesket har også når den enkelte er i ein slik situasjon at vedkomande treng hjelp.

Mange av dei som arbeider i dei kommunale helse- og sosialtenestene gjer dagleg ein stor innsats. Dei yrkesetiske retningslinjene for den enkelte gruppe av arbeidstakarar gir føringar for korleis tenesta skal utførast. Det er naudsynt med varige, gode haldningar, og medvit ute på den enkelte tenestestad om korleis ein skal oppnå god omsorg og kvalitet på tenestene.

Omsorgstenestene som skal omfatte alle innbyggjarar i kommunen med behov for slike tenester anten dei er gamle, funksjonshemma, i ferd med å døy, har ei psykisk liding eller eit alvorleg rusmiddelproblem, må kvile på etablerte samfunnsverdiar som solidaritet med enkeltmennesket og respekt for integriteten og sjølvstendet, tryggleik, medverknad og valfridom for den enkelte. I den omskiftande situasjonen vi har i dag, med aukande krav til omstilling og effektivitet, er det viktig å setje fokus på verdiar, etiske dilemma og kvaliteten på tenestene.

Ansvar for å ta vare på eiga helse og å medverke til å utvikle meningsfulle sosiale fellesskap, må liggje hos den enkelte. Det myndige mennesket med ansvar og sjølvstende er ryggrada i samfunnet. Ein del av dette ansvaret er å yte omsorg i familie og gjennom frivillig innsats elles. Det offentlege har det overordna ansvaret for at menneske som treng hjelp og omsorg får tilgang til tenester dei har krav på etter lovverket. Det offentlege har også eit ansvar

for å informere om kva slags hjelp det er i stand til å gi, slik at mottakarane er kjent med og får eit realistisk inntrykk av kva hjelpeapparatet kan gjere.

Kommunane har fått eit stadig meir utvida og klargjort ansvar for utforming, utbygging og organisering av omsorgstenestene. Føremålet med å konsentrere ansvaret til kommunane har vore å utvikle tenester som best mogeleg tek vare på behova til mottakarane. Slik kan ein betre arbeide for målsetjinga om at den enkelte, så langt det er mogeleg, skal kunne få naudsynt hjelp til å bu og til å vere eit verdsett og aktivt medlem av familie og lokalsamfunn gjennom heile livsløpet. Kommunen kan skreddarsy treffsikre, koordinerte og individuelt tilpassa tenester, og medverke til å skape eit lokalsamfunn som er godt for alle.

Staten har ansvar for å sikre overordna mål og leggje til rette for tenestene gjennom lov- og regelverk, og gjennom økonomiske og andre verkemiddel. Vidare er det eit statleg ansvar å sikre god nok tilgang på personell. I dette ligg også å sikre likeverd i tilbod og å sjå til at lov og regelverk blir følgt i tenesteytinga.

Innanfor rammene av lovgjevinga og dei overordna måla for tenestene, er det vesentleg at utforminga av innhaldet i rollene blir gjort av aktørane innan dei ulike yrkesgruppene. Dei fleste yrkesgruppene har nedfelt etiske prinsipp i skriftlege retningslinjer. Utforminga må likevel ikkje berre skje ved arbeid internt i forhold til eiga yrkesgruppe, men ved samarbeid yrkesgruppene i mellom og i forhold til mottakarar, pårørande og folk flest.

Etter Regjeringa sitt syn ber den omsorg og hjelp vi gir kvarandre i familie, venekrets og nabolag i seg viktige verdiar og er eit naudsynt fundament i eit solidarisk og humant samfunn der vi tek ansvar for kvarandre. Det er verken ønskjeleg eller mogeleg å erstatte denne omsorga med offentlege tenester. Familieomsorga er uttrykk for vesentlege kvalitetar ved samfunnet som det er viktig å ta vare på. Det er difor ei sentral oppgåve å innrette dei offentlege tenestene slik at dei kan støtte opp om denne omsorga. Men samstundes må ikkje dei som treng hjelp til å leve eit vanleg liv bli avhengige av frivillig innsats frå pårørande og lokalsamfunn.

Frivillig innsats frå andre enn pårørande spelar òg ei viktig rolle i omsorgsarbeidet. Denne omsorga har ei rekkje positive eigenskaper ved seg, også fordi den byggjer opp under solidariteten og samfunnsansvaret. Regjeringa vil stimulere til at den frivillige innsatsen skal halde fram. Auka satsing på lokal frivillig innsats har ikkje som føremål å privatisere dei offentlege ordningane eller å frita det offentlege for ansvar og utgifter, men å mobilisere til auka ansvar og fellesskap i nærmiljø og lokalsamfunn.

Regjeringa legg til grunn at kommunane framleis skal ha ansvaret for utforming, organisering og drift av omsorgstenestene. Med det mangfald av behov ein møter i desse tenestene blir dette ei stor utfordring framover. Samspel og samarbeid med andre aktørar, enten dette er familie og pårørande eller frivillige organisasjonar må framleis vere ein viktig bærebjelke i dei komande åra. I Noreg er det førebels etter måten få kommersielle tenesteytarar i omsorgssektoren, sjølv om omfanget har auka noko dei seinare åra. Det å yte omsorgstenester kan ikkje utan vidare samanliknast med sal eller formidling av kva andre varer som helst eller tenester som blir tilbydde på ein tradisjonell marknad i økonomisk forstand, og det kan difor ikkje berre byggje på mar-

knadsmekanismar. Omsorgstenestene må ha eit sterkt innslag av menneskeleg varme og solidaritet, og ein må kunne handle i samsvar med interessene til den som tek imot tenestene, utan omsyn til kva nytte det har for tenesteytaren eller samfunnet.

Regjeringa meiner at tre sentrale faktorar bør prege organiseringa av tenestene i åra som kjem:

- Individuell utforming
- Heilskap
- Mangfald

Individuell utforming inneber at tenestene så langt det er mogeleg skal ta omsyn til dei spesielle behov som mottakaren har. Heilskap vil seie at dei ulike tenestene ikkje framstår som fragmenterte eller oppdelte etter sektorar. Mangfald inneber at det må opnast for samarbeid med mange ulike aktørar, anten dette er pårørande, frivillige organisasjonar, grupper for sjølvhjelp eller andre.

2 Samandrag

Denne meldinga set søkelyset på innhaldet og kvaliteten i omsorgstenestene. Økonomi, personell og infrastruktur vil vere viktige rammeføresetnader for å kunne gi god omsorg, men åleine er ikkje dette nok. Gode omsorgstenester har ikkje berre med kapasitet og strukturelle rammer å gjere. Verdier, haldningar og kulturar i omsorgssektoren påverkar også kvaliteten på arbeidet som blir utført. Regjeringa ønskjer med denne meldinga å få til ein brei debatt om verdigrunnlaget for og innhaldet i omsorgstenestene.

I kapittel tre er omgrepet omsorg drøfta, både omfang gitt i offentleg regi, i familien, av vener, i nærmiljø og av frivillige. Det blir gjort greie for dei overordna verdiane som Regjeringa meiner bør gjelde for omsorgstenestene. I praksis er det knytt ei lang rekkje etiske dilemma til tenestene, som staten ikkje kan gå inn og gi eintydige og avklarte svar på. Prinsippet må vere at det er mottakarane av tenestene som så langt dei er i stand til det, sjølve skal medverke i forhold til korleis tenestene skal leggjast til rette. Stat og kommune bør likevel som arbeidsgivarar gi arbeidstakarane rom og fridom til å arbeide kontinuerleg med slike spørsmål, og leggje til rette for vegleiing, samtale og refleksjon i det daglege arbeidet. Dette krev møtestader og tilrettelegging både fysisk og når det gjeld organisasjonen. I tillegg må etiske problemstillingar vere sentrale i utdanningane til yrke i omsorgssektoren. Regjeringa meiner at dette må prege utviklinga av det framtidige tenestetilbodet, både når det gjeld organisasjon og infrastruktur, og det må spesielt sjåast på i høve til dei store satsingane som no er i gang i sektoren.

I kapittel fire, Kvalitet, er omtalt kva som er meint med god kvalitet, kvalitetsutvikling, tilsyn og kontroll. Vidare er det gitt eit oversyn over det vi veit om kvaliteten i omsorgstenestene i dag. Sjølv om forskarane ikkje har kome fram til tilfredsstillande kvalitetsmål i omsorgstenestene, meiner Regjeringa det likevel er naudsynt både for offentlege styresmakter, den enkelte tenestestad, tenestemottakaren og den enkelte tenesteytar å prøve å definere kvalitet og seie noko om kva god omsorg bør vere. Det er ikkje mogeleg å gi eit fullstendig oversyn over korleis kvaliteten i tenestene er i dag. Det er store variasjonar, og undersøkingar gir også eit motstridande inntrykk av tilstanden. På den eine sida skjer det mykje positivt i norske kommunar, på den andre sida er det framleis tilhøve som må rettast opp. Det vil vere ei viktig oppgåve framover å finne ut korleis kvaliteten på tenestetilbodet er, mellom anna gjennom årleg rapportering og brukarundersøkingar. Ulike tiltak som Regjeringa føreslår for å betre kvaliteten i tenestene er:

- Oppfølging av høyringsnotatet om heimel i sosialtenestelova for kvalitetsforskrift, kommunal internkontrollplikt, statleg tilsyn med heimetenestene og omlegging til systemrevisjon med eventuelt forslag til lovendring.
- Ei vurdering av å heimle kommunane si plikt til internkontroll i kommunehelsetenestelova.
- Revidere rundskrivet om kvalitet i pleie- og omsorgstenesta slik at ein får fram at den gjeld alle tenestemottakarar og heimetenestene.
- Styrkje opplæring, rekruttering og kompetanse for saksbehandling. Innskerpe saksbehandlingsreglane for tildeling av kommunale helse- og sosi-

- altenester og utarbeide et tilbod om eit samla rettleiingsopplegg til kommunane for internkontroll og sakshandsaming (mellom anna enkeltvedtak og klagesakshandsaming).
- Etablere eit statleg rådgivarprogram (liknande kvalitetsrådgivarprogrammet for helsetenesta) med vekt på utvikling av dei kommunale helse- og sosialtenestene og samordning og styrking av det statlege tilsynsarbeidet frå 2002.
 - Rettleiar om individuelle planar.

Kapittel fem omtalar trekk ved mottakarane av tenestene, utviklinga og status, og dei viktigaste utfordringane som vi står overfor. Felles for det vi kallar tenestemottakarar er at det er menneske med hjelpebehov av større eller mindre omfang, og som kommunane etter lovverket har plikt til å hjelpe. Hjelpebehovet og årsakene til dette varierer. Eldre, døyande, psykisk utviklingshemma, menneske med psykiske lidingar, fysisk funksjonshemma og rusmiddelmissbrukarar er karakteristika som blir brukte for å definere dei ulike gruppene som mottek hjelp.

Å yte omsorg er i Noreg i dag eit samspel mellom det offentlege, familien og dei frivillige. For å kunne møte utfordringane framover må alle desse framleis medverke på kvar sin måte og saman. Regjeringa ønskjer framleis å stimulere til frivillig innsats. Institusjonar som er drivne av frivillige organisasjonar skal framleis ha ei viktig rolle i det samla omsorgstenestetilbodet. Regjeringa vil også støtte opp om den nye typen av frivillig hjelp som har vakse fram dei seinare åra, der enkeltpersonar medverker til dømes i frivilligsentralane og eldresentra. Eit utviklingstrekk dei seinare åra er at det har kome private aktørar inn i omsorgssektoren, som kommunane kjøper tenester frå. Regjeringa vil oppfordre kommunane til å vere tilbakehaldne med dette. I staden bør dei møte utfordringane innan omsorgssektoren ved sjølve å ha ein medviten strategi med omsyn til utvikling av organisasjon, kvalitet og effektivisering. Kommunal drift er lettast å planleggje, og skaper stabilitet og ro for mottakarane og dei tilsette.

Utfordringane er store når det gjeld å kunne gi tenester med god kvalitet i åra som kjem. Dette skuldast både den venta auken i talet på personar over 80 år, og behovet for å utforme ei teneste som også kan møte eit auka ansvar for forskjellige mottakarar. Endringar når det gjeld den delen av befolkninga som bur aleine, helsetilstand og funksjonsnivå i heile befolkninga, og endringar i det førebyggjande arbeidet vil vere viktige for tenestebehovet framover. For å få betre kunnskap om utviklinga i tenestebehovet er det sett i gang eit arbeid for å kartleggje eldres helse. Vidare vil den teknologiske og faglege utviklinga kunne ha innverknad, samt endringar i dei forventningar befolkninga, fagfolk, mottakarar og pårørande har til det offentlege hjelpeapparatet, både med omsyn til organisering og omfang av tenester. Andre moment er eventuell endringar i familieomsorga og det frivillige arbeidet.

For å møte utfordringane med å gjere arbeidsplassane i helse- og sosialsektoren så meningsfulle og interessante at dei tiltrekkjer ungdommen vil Regjeringa:

- Gjennomføre ei rekrutteringskampanje over tre år der formålet m.a. er å auke rekrutteringa av unge til sektoren.
- Betra utdanningsplanane.
- Innføre ein eigen pris til gode omsorgskommunar.

Kapittel seks, Utforming av tenestene i åra som kjem, understrekar behovet for utvikling innan leiing og organisasjon, gode strategiar for å rekruttere og halde på personell, kvalitetsutvikling og kontroll, og haldningsskapande arbeid. Regjeringa meiner det er behov for ulike tiltak som kan vere med å utvikle tenestene. Særleg bør organisasjon og leiing og betre arbeidsmiljø i omsorgssektoren i kommunane stå sentralt og følgjande tiltak blir føreslått:

- Auka fokus på organisasjon og leiing i helse- og sosialfag ved høgskulane.
- Samarbeidsprosjekt om organisasjon og leiing mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS).
- Utviklingsprogram retta mot arbeidsmiljø og helse i helse- og sosialtenestene.

Kapittel sju handlar om problemstillingar i forhold til enkelte grupper. For menneske med demens er utfordringane knytt både til det medisinske diagnostiserings- og behandlingstilbodet, oppbygging av eit godt fungerande hjelpeapparat ute i kommunane, hjelp og støtte til pårørande, og ikkje minst til rettstryggleiken for denne gruppa. Det er også eit behov for vidare forskning og utviklingsarbeid når det gjeld demente. Regjeringa foreslår ulike tiltak for å styrkje tilbodet til menneske med demens:

- Oppretting av fleire demenstelefonar for pårørande og pårørandegrupper over heile landet.
- Fleire kompetansehevande tiltak.
- Lovregulere skadeavverging i naudsituasjonar som er tilpassa pleie- og omsorgstenestene og som byggjer på prinsippa i straffelova sine naudreglar.
- Lovfeste den etiske omsorgsplikta.
- Gi representasjonsreglar for tiltak der den demente ikkje motset seg tiltak.
- Regulera bruk av alarmer og andre tekniske løysingar for å varsle om eller hindre ulykker og faresituasjonar.
- Drøfta bruk av tilbakeholding/låsing og mekaniske tvangsmidlar i dei tilfella den demente manglar samtykkekompetanse og motset seg tiltaket.
- Det tas sikte på å leggje fram konkrete forslag til lovreglar våren 2001 når det ligg føre resultat frå ei kartlegging som Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens utfører.

Regjeringa frårar bruk av overvakingssystem mot einskildpersonar.

Ei arbeidsgruppe nedsett av sosialministeren har levert tre delrapportar der tilbodet til alle grupper rusmiddelmissbrukarar er gjennomgått. Rapportane vart sende ut på ei brei høyring hausten 1999. Arbeidsgruppa sine konklusjonar i to av delrapportane (1 og 3) reiser fleire vanskelege faglege, økonomiske og juridiske problemstillingar. Desse problemstillingane krev ei grundig behandling, og Regjeringa vil kome tilbake til Stortinget med dette i ei eiga sak. I delrapport 2 har arbeidsgruppa hatt som mandat å vurdere tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar. Regjeringa foreslår som oppfølging av denne rapporten følgjande tiltak:

- Sikring av kvaliteten i behandlings- og rehabiliteringstiltak for rusmiddelmissbrukarar gjennom ei ny forskrift om kvalitet både i fylkeskommunale og kommunale tiltak. Forskrifta som er under arbeid vert heimla i § 7-14 i sosialtenestelova.
- Omlegging av tilsynet med institusjonane for rusmiddelmissbrukarar.
- Ikkje foreslå å innføre ei godkjenningssordning for døgntiltak.

Andre grupper som blir omtalt er menneske med psykiske lidningar, døyande og funksjonshemma. Kapittel 7 handlar også om spesielle spørsmål, som omsorgsarbeid ved kriser og katastrofar og den framtidige rolla til sjukeheimane. Sosial- og helsedepartementet har utgreidd spørsmålet om sjukeheimane og aldersheimane sine roller i framtida - sett i samanheng med mellom anna plassen til omsorgsbustadene. Utgreiinga er no sendt ut på ei brei høyring, og forslag til eventuelle endringar vil bli fremja etter at høyringa er over.

Kapittel 8 inneheld ein analyse av økonomiske og administrative konsekvensar. Meldinga inneheld forslag til tiltak som Regjeringa meiner vil medverke til å betre innhaldet og kvaliteten på tenestene. Dei budsjettmessige konsekvensane av t.d. forslag til lovendringar vil ein koma tilbake til i dei konkrete lovforslaga til Stortinget og vil bli følgt opp i dei ordinære budsjettprosessane.

3 Omsorg

Omsorg gis både i offentleg regi, i familien, av vener, i nærmiljøet og av frivillige. Meldinga fokuserer særleg på offentleg tenesteyting, men omsorgsarbeid som foregår mellom private personar i og/eller utanfor hushaldet, eller som skjer i regi av frivillige organisasjonar og gjennom marknaden blir også omtalt. Gode omsorgstenester har ikkje berre med kapasitet og strukturelle rammer å gjere. Verdier, haldningar og kulturen i omsorgssektoren påverkar òg kvaliteten på arbeidet som blir utført. Brukarperspektivet må leggjast til grunn for tenestene. Dette inneber både at tenestene blir tilpassa det individuelle behovet hos den enkelte, at den enkelte har rett på informasjon som gir eit realistisk inntrykk av den hjelpa han eller ho kan få, og at den enkelte mottakar må kunne medverke med sin kunnskap om behov og moglege løysingar.

3.1 Omsorg

Omgrepet omsorg er ikkje enkelt å definere og avgrense. Men sjølv om det er vanskeleg å seie eksakt kva det er, «veit vi» som oftast kva det dreiar seg om. Vi kjenner omsorga når vi møter den, og på same måten forstår vi intuitivt kva omsorg ikkje er. Omsorg er både eit kvardagsleg ord og eit fagleg analytisk omgrep som dekkjer ein mangfaldig praksis i mange ulike sosiale samanhengar, som i familien, av offentlege tenester, av vener, i nærmiljø og av frivillige. Omgrepet er komplekst, omfattande og uklart, og innhaldet varierer. I tillegg til å beskrive ei verksemd står omgrepet omsorg for eit ideal, ein intensjon om å ha omtanke for og syte for nokon. Omsorgsomgrepet kan altså sjåast på som eit ideologisk, verdiladd og normativt omgrep som forpliktar med tanke på korleis omsorga bør utførast. At vi til dømes snakkar om eldreomsorg og ikkje om eldrehjelp, er uttrykk for ein ambisjon om å leve opp til eit ideal om ikkje å redusere omsorg berre til instrumentelle oppgåver. Omsorgsomgrepet inneheld fleire dimensjonar og sider, i følgje Martha Szebehely (1996), og det seier noko om:

- kva (arbeidet) som blir gjort
- relasjonen mellom dei involverte partane
- kvaliteten i det utførte arbeidet

Omsorg er både eit arbeid, hjelp som blir gitt i ulike situasjonar, ein tilstand som oppstår i møtet mellom menneske og ein kvalitet i arbeidet som blir gjort. Omsorg skjer i ein relasjon mellom to eller fleire personar der den eine har personleg omtanke for, og vil syte for å hjelpe den eller dei andre. Ein studie av kvalitet i eldreomsorga viser til dømes at den personlege relasjonen mellom tenesteytar og tenestemottakar er svært viktig for korleis mottakaren vurderer omsorga (Rønning 1994). Omsorg handlar om å vere til stades, bry seg om, forstå, vise medkjensle, òmheit - alt dette omsett i praksis. I tillegg må respekt framhevast. Tenesteutøvarane sine haldningar til tenestemottakarane har mykje å seie for den omsorga som blir gitt. Kvaliteten i relasjonar mellom menneske treng ikkje vere det same som kvaliteten i det utførte arbeidet. Sjølv om den personlege relasjonen er viktig, er ikkje det å «vere likandes» det einaste som har noko å seie. Dugleik - oppfatninga av at tenesteytarane kan jobben sin

- blir av mange mottakarar sett på som basiskompetansen. Eit omsorgsfullt utført arbeid er altså handlingar som blir utførte på ein engasjert og ein fagleg kunnig måte.

3.2 Omsorgstenester

Med omsorgstenester meiner vi i denne samanhengen tenester som til dømes heimesjukepleie, heimehjelp og anna praktisk hjelp, sjukeheimar og aldersheimar. Dette er døme på tenester som ofte er kalla pleie- og omsorgstenester. Mange tek også imot andre tenester for å dekkje omsorgsbehov og hjelp til eit mest mogeleg sjølvstendig og meiningsfylt liv, som til dømes brukarstyrt personleg assistanse, støttekontakt, avlastingstiltak, tilbod om fritidsassistent, heimkonsulent og personleg vegleiing. Desse tenestene er til dels forankra i sosialtenestelova og dels i kommunehelsetenestelova. Tenestene er retta mot ulike grupper som treng hjelp. Døme på hjelp er stell, pleie, tilsyn og praktisk hjelp, opplæring til daglege gjeremål, hjelp til meistring av ein vanskeleg livssituasjon, liding og sjukdom og sorg, tilrettelegging av miljø, nettverksarbeid og førebygging.

Mottakarar av omsorgstenester i kommunane og innhaldet i tenestene har endra seg over tid. Det har kome til nye og yngre mottakargrupper, og preferansane hos tradisjonelle mottakargrupper har endra seg. Dette gjer at omsorgstenestene må imøtekomme andre behov og ønskjer enn dei som tidlegare har vore i fokus. For mange mottakarar vil omsorgstenestene ha mykje å seie for å kunne få eller oppretthalde eit aktivt, meiningsfylt og sjølvstendig liv. Dette føreset tenester som medverkar til at den enkelte opplever kontroll over eigen livssituasjon, og som stimulerer til deltaking. Av NOU 1998:18 om styrking av arbeidet med folkehelsa framgår det at å delta i, påverke og ha innverknad på utforminga av samfunnet i seg sjølv er eit helsegode. Det er viktig at «svake grupper» både blant unge og vaksne, får ta del i dette. Låg sjølvkjensle, apati, kjensle av maktesløyse og manglande deltaking i samfunnet er mellom dei problem mange mottakarar opplever.

3.3 Verdier og verdival

I Voksenåserklæringa som Regjeringa har tufta sin politikk på, er det lagt vekt på eit solidarisk og humant samfunn der menneske tek omsorg for kvarandre og dei svakaste. Ein viktig dimensjon i dette er menneskeverdet. Alle, inkludert dei som er avhengige av å få hjelp av andre, er like mykje verd. Omsorgstenestene skal i størst mogeleg grad dekkje dei grunnleggjande behov hos mottakarane, og dermed medverke til å gi den enkelte eit best mogeleg liv. Behov eller dimensjonar som blir sett på som sentrale for velferd og livskvalitet hos dei fleste menneske er:

- grunnleggjande fysiologiske behov
- helse
- tryggleik
- sjølvstende, meistring av eigen kvardag, styring av eige liv
- respekt, individualitet, privatliv
- fellesskap/det å høyre til
- aktivitet
- valfridom/fleksibilitet

I denne meldinga er det særleg fokusert på kvaliteten i relasjonen mellom tenesteytar og tenestemottakar og i omsorga som blir gitt. Ei sentral målsetjing for det offentlege vil vere å leggje til rette for at tenesteytarar blir i stand til å yte ei kvalitativt god omsorg ut frå behovet til mottakaren. Opplæring, utbygging og organisering av tenestetilbodet må leggjast opp med utgangspunkt i dette. Verdjar som er grunnleggjande for alle tenestene er:

- tryggleik
- respekt
- individuelle omsyn og valfridom
- medverknad
- fagleg god kvalitet

Blir desse prinsippa oppfylte vil det leggje grunnlaget for kvalitet i tenestene.

Med tryggleik er meint at alle som ikkje kan dra omsorg for seg sjølve, eller som er heilt avhengige av praktisk, personleg hjelp eller pleie for å greie gjeremåla i dagleglivet, skal kjenne seg sikre på at dei får hjelp. Det inneber også at den som tek imot tenestene kjenner seg trygg i møtet og samhandlinga med hjelpeapparatet og dei som utøver tenestene. Dei som treng hjelp, og deira pårørande, må vite kvar og til kven dei skal vende seg, og kva tilbod og avgrensingar som ligg i tenestene.

Respekt dreier seg om å ha visse grunnleggjande haldningar til andre menneske. Kvart enkelt menneske har i vårt samfunn eit ukrenkeleg verde. Alle har krav på vern om og respekt for sin integritet uavhengig av etnisk bakgrunn, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk syn eller andre meiningar, nasjonalt eller sosialt opphav, eigedom, funksjonsevne eller andre tilhøve. Det å vise respekt må kome til uttrykk på måtar som gjer at den enkelte kjenner aksept av seg sjølv og sitt eige verde. Regjeringa legg til grunn at tenestene må byggje på respekt for den personlege integriteten og eigenverdet, og så langt som råd er for livsførselen til det enkelte mennesket. Dette inneber mellom anna å vise respekt for mottakaren sine verdjar og vanar, uansett eige livssyn og personlege oppfatningar. Det inneber også å respektere det behov mottakaren har for privatliv og for å kunne styre eigen kvardag.

Den enkelte mottakaren av tenester er unik. Det må i størst mogeleg grad takast individuelle omsyn både ved utforming av tilbod og i den daglege omgang med tenestemottakaren. Behova til ein ung funksjonshemma vil til dømes vere annleis enn behova til ein eldre innvandrar, eller ein rusmiddelmissbrukar. Mottakaren skal alltid takast med på råd når det gjeld val, planlegging, utforming og endring av tenestetilbodet.

Den enkelte mottakar må få høve til å ha eit mest mogeleg sjølvbestemt liv, også i ein periode med sterkt omsorgsbehov. Mange personar krev i dag større valfridom og at også offentlege tenestetilbod blir betre tilpassa individuelle ønskjer og behov. Regjeringa vil framheve at den enkelte må få størst mogeleg rom for val i den daglege omsorga.

Då kunnskapen er for dårleg, veit vi ikkje sikkert om auka valfridom kan føre til uønskte forskjellar i tenestetilbodet. Det er store utfordringar knytt til det å utvikle omsorgstenestene slik at dei både gir eit forsvarleg tenestetilbod til alle som treng det, samstundes som det også blir gitt rom for den enkelte til å påverke utforminga av det konkrete tenestetilbodet i sitt tilfelle.

Alle menneske har rett til å bestemme over forhold som gjeld dei sjølve. Med medverknad er meint at mottakarar av tenester får innsyn og innverknad på hjelpetilbodet gjennom eit samarbeid med dei som yter hjelp. Medverknad kan også fremje meistring. Det handlar om å minske kjensla av avmakt og av å vere avhengig, mobilisere ressursane i mennesket og leggje til rette for at tenestemottakarane sjølve kan ta kontroll og vinne tilbake styringa over eigne liv. Samstundes er medverknad ein metode for kvalitetssikring av tenester og avgjerder.

I enkelte situasjonar vil mottakarar av helse- og sosialtenester oppleve å ikkje ha føresetnader eller kompetanse til å gjere eigne val, anten fordi helse-tilstanden ikkje tillet det, eller også fordi den enkelte ikkje heilt ser konsekvensane av dei val som blir gjort. I slike situasjonar er det spesielt viktig at mottakarar og pårørande blir informerte om konsekvensane av dei val som blir gjort. Tenesteytarane må så langt som råd er prøve å ta den andre sitt perspektiv og søkje å kompensere for den manglande evna mottakaren har til å formidle eigne preferansar og behov.

Tenesteytaren har eit ansvar for at tenestene blir utøvd i samsvar med aksepterte faglege normer. Kravet om fagleg forsvarleg verksemd har tradisjonelt stått sentralt i den norske helselovgivinga. Dette blir vidareført gjennom dei nye helsetenestelovene som Stortinget vedtok våren 1999. I sosialkomiteen si innstilling til helsepersonellova, (Innst. O.nr.58 (1998-99)), blir det peikt på at kravet til forsvarleg verksemd inneber ei plikt for alt helsepersonell til å halde seg innan sitt fagområde og ikkje gå ut over sine faglege kvalifikasjonar. Ei fagleg forsvarleg verksemd gir tryggleik for dei som tek imot tenesta. Kunnskapsgrunnlaget som ein skal byggje den faglege aktiviteten på i omsorgstenestene er knytt til dei kunnskapstradisjonane dei ulike yrkesgruppene har. Kunnskapsgrunnlaget skal både byggje på tradisjonar og praksis i dei ulike faga og det best mogeleg teoretiske grunnlaget som finst til ei kvar tid.

Anten den som treng hjelp lever i eigen heim eller i ein heim «borte», stiller det krav til den etiske praksisen hos personar som skal trå over dørstokken til den andre, anten det er profesjonelle eller ufaglærte som skal inn til den som treng hjelp for å gjere reint eller utføre andre praktiske oppgåver. Gode haldningar blant dei som arbeider i helse- og sosialtenestene er heilt avgjerande for kvaliteten på omsorga som blir gitt. Å møte den hjelpetrengjande som medmenneske er den største og viktigaste etiske utfordringa. For å klare det må hjelparen vite noko om mennesket bak rolla som avhengig, og om dei rammevilkåra dette mennesket lever under.

Kommunen har som arbeidsgjevar ansvar for vegleiing og kompetanseheving. Dette inneber at dei tilsette i sektoren har rom for å ta dei nødvendige etiske diskusjonane. Det offentlege skal ha ansvaret for rammene for ei god omsorg, både når det gjeld ressursar og i forhold til lov- og regelverk. Samstundes er det i alle yrke og innan alle arbeidsområde der ein arbeider med menneske i ein hjelpesøkjande eller hjelpetrengjande situasjon, naudsynt å tenke gjennom korleis arbeidet som blir utført verkar inn på den enkelte mottakar og å ta godt nok omsyn til mottakaren sine ønskjer. Dei fleste yrkesgruppene innan helse- og sosialsektoren har utvikla yrkesetiske retningslinjer, og uttrykkjer sin eigen yrkesetikk med yrkesetiske utval og mogelege sanksjo-

nar ved brot på reglane. Dette gir likevel ikkje yrkesutøveren ein fasit på bestemte handlingsval. Yrkesutøveren må sjølv finne løysingane innanfor rammene av vedtekne lover og forskrifter og dei verdiane yrkesgruppa har slutta seg til.

Boks 3.1 Utprøving av refleksjonsgrupper ved Ilen Menighets Sykehjem, Trondheim

Ved Ilen Menighets Sykehjem i Trondheim vart det i 1999 gjennomført eit prosjekt med ei praktisk utprøving av refleksjonsgrupper. Prosjektet vart sett i gang fordi det var eit ønskje om at leiarar og det utøvande personalet i sjukeheimar skulle setje tema som haldningar, overgrep, tvang og krenkingar på dagsorden. Det å bli medviten eigne og andre sine haldningar, og auke fokus på mogelege og faktiske overgrep, vart sett på som ein naudsynt start for å betre kvardagen for dei som bur i sjukeheimar. For å endre rutinar i sjukeheimar vart det også sett på som viktig å vere medviten om korleis enkelte rutinar kan fremje eller hemme overgrep og krenkingar. Trondheim kommune ønskte difor m.a. å få utarbeidd eit opplegg med refleksjonsgrupper som kan gjennomførast i alle eldreinstitusjonar i Trondheim. Erfaringar frå prosjektet viser at gruppedeltakarane har teke med seg noko av det dei har jobba med i gruppene tilbake til avdelingane. Tema frå samlingane har mellom anna blitt diskuterte i avdelingsmøte. Det har i ettertid blitt arrangert ein kursdag med «endring av rutinar i sjukeheim» som tema. Vidare vart det nedsett arbeidsgrupper med konkrete arbeidsmål for hausten 1999 og år 2000. Arbeidet med å gjere personalet medvite om eigne handlingar og haldningar blir difor vidareført ved å fokusere på endring av eiga åtferd og å innarbeide rutinar i sjukeheimar.

1990 åra er blitt kalla etikken sitt tiår. Stadig fleire grupper er opptekne av å stake ut ei retning og eit verdigrunnlag for dei oppgåvene dei er sette til å løyse. I helse- og sosialsektoren der det oppstår mange verdival, synest det som om behovet for å utvikle god yrkes- og fagetikk er svært stort. Etikk må også liggje til grunn for yrkesgrupper som ikkje har utvikla eigne etiske retningsliner. Det er i dag 25-28 000 ufaglærte innan omsorgstenestene. Gode haldningar og etisk medvit blant desse er sjølv sagt like viktig som for andre som arbeider i sektoren. Både faglærte og ufaglærte har behov for auka medvit og opplæring for å sikre god kvalitet på tenestene og respekt for integriteten til mottakarane.

I følgje Lingås (1996) er det meir treffande å snakke om områdeetikk for eit bestemt arbeidsfelt enn yrkesetikk for ufaglærte. Eit døme er heile det feltet som handlar om å utføre omsorgsoppgåver i andre sin heim, og som er eit område der ein møter spesifikke etiske utfordringar. Arbeidet med etiske problemstillingar gjer at fagforeiningane får ei meningsfull oppgåve med å halde oppe den faglege standarden blant medlemene sine. Dette kan vere ei utfordring framover for fagforbund som organiserer ufaglærte i denne sektoren.

Dei mest utbreidde etiske retningslinene som finst i helse- og sosialsektoren ber preg av påverknaden frå den tradisjonelle legeetikken. Det er tre viktige kjenneteikn ved slike retningsliner. Det eine er verdigrunnlaget som vektlegg demokratiske og humanistiske prinsipp og som set mennesket i sentrum. Det andre er at arbeidsfeltet blir avgrensa og beskrive. Det tredje er at normative reglar klargjer korleis den tilsette skal gå fram i høve til den hjelpetren-gjande, sine kollegaer, profesjonen, arbeidsgivaren, samarbeidspartnarane og samfunnet. Ein gjennomgang av yrkesetiske retningsliner for ulike profesjonar viser at ei rekkje aspekt går igjen (Strengenhagenutvalet 1994). Dette gjeld særleg respekt for eigenverdet til det enkelte mennesket, vern om fortrulege opplysningar, informasjon til klientar og pårørande, vern i forhold til uforsvarleg praksis, og plikt til å halde sine kunnskapar ved like og fornye dei.

3.4 Etiske dilemma

Det er i praksis ei lang rekkje etiske dilemma knytt til omsorgstenestene. Dette er ikkje eit område der staten kan gå inn og gi eintydige og avklarte svar. Utøvarane av tenestene må heile tida gjere løpande vurderingar av kva omsyn som skal vege tyngst. I stor grad handlar dette om fornuft. Stat og kommune kan likevel som arbeidsgivarar gi arbeidstakarane rom og fridom til å arbeide kontinuerleg med slike spørsmål, og leggje til rette for vegleiing, samtale og refleksjon i det daglege arbeidet. Dette krev både møtestader og tilrettelegging fysisk og organisatorisk. I tillegg må etiske problemstillingar vere sentrale i utdanningane til yrke i sektoren. Regjeringa meiner at dette må prege utviklinga av tenestetilbodet i framtida, både når det gjeld organisasjon og bygningar. Dette må takast spesielt omsyn til i samband med dei store satsingane som no er i gang i sektoren, gjennom handlingsplanen for eldreomsorga og opptrappingsplanen for psykisk helse.

Å bry seg - utan å kome i konflikt med retten til å bestemme sjølv

Ein tenesteytar som gir god omsorg prøver å sjå hjelpebehova ut frå mottakaren sin ståstad, utan å utslette seg sjølv. Ho eller han har evne til å setje grenser når det er naudsynt. For å kunne oppfatte tenestemottakarane sine behov må tenesteutøvarane vere sensitiv og ha evne til innleving og til å oppfatte den andre personen ut frå dei føresetnader denne har. I nokre tilfelle vil likevel givarar og mottakarar vere usamde i om hjelp er naudsynt, om kva type hjelp som er passande og om kva omfang som trengst. Døme på dette kan vere i situasjonar der ein rusmiddelmissbrukar eller ein aldersdement oppfattar omsorga som inngrep og restriksjonar. Ho eller han kan vere djupt usamd i og også reagere aggressivt på innblanding. Det kan i fleire tilfelle vere problematisk å fastsetje kvar grensa mellom «legitim» omsorg og tvang og formynderi går. Dette er ein balansegang i eit vanskeleg etisk farvatn, der grensa mellom overgrep, formynderi og skadeleg ettergivnad heile tida må gåast etter. Spørsmålet må stadig stillast på nytt. Dette er eitt av dei dilemma omsorgsarbeidarar alltid vil måtte leve med, og som krev medvit i heile hjelpeapparatet.

Respekt for integriteten til tenestemottakaren og ulikskap i makt

Det er i utgangspunktet eit asymmetrisk forhold mellom den som gir tenester og den som tek imot. Mottakaren er avhengig av hjelpeapparatet og tenesteytaren. Grad av asymmetri og kor avhengig mottakaren er varierer og kan vere svært ulikt, til dømes for ein som bur på sjukeheim og ein som tek imot tenester heime. Det er hjelpeapparatet som definerer behovet for hjelp, og som tildeler og gir hjelpa. Den som yter omsorgsarbeid vil ha mest makt og innverknad på relasjonen, men dette inneber ikkje at all makt er hos hjelparen, og at mottakaren berre er i ein posisjon av avmakt. Mottakaren kan medverke med både positive og negative reaksjonar, og nytte seg av støttepersonar med makt som har kompetanse og innverknad på systemet.

Til trass for at omsorgsrelasjonar er asymmetriske i utgangspunktet, viser studiar at det kan etablerast relasjonar som mottakarane kan oppfatte som jamstelte. Det beste målet på kvalitet, og i denne samanheng jamstilling, er korleis mottakaren oppfattar relasjonen til tenesteutøveren. Jamstelte relasjonar er kjenneteikna av at begge partar viser respekt for kvarandre, og at tenesteytaren er open og viser interesse for mottakaren som «heil» person. I desse relasjonane kjenner også mottakaren at ho eller han har noko å gi (Helset 1993).

Sjølvtende (autonomi) versus det å vere avhengig

Tenestene skal møte behova både til dei som treng å bli tekne vare på og til dei som treng hjelp, men som samstundes ønskjer sjølvstende. For dei sistnemnde kan det å bli mest mogeleg aktiv og sjølvhjelpen auke velnøyet og sjølvrespekten. Det å ta vare på sjølvstende kan kome i konflikt med det å vere avhengig, men det treng ikkje vere nokon motsetnad mellom det «å bli teken vare på» og det å skape optimale føresetnader for eit sjølvstendig liv. Ikkje alle kan eller ønskjer å vere sjølvstendige, aktive, medverkande, eller å kunne velje. Det kan til dømes vere stor forskjell i behovet for eigenaktivitet hos ein ung funksjonshemma og ein eldre hjelpetrengjande som helst ønskjer å bli teken vare på. Idealet om autonomi kan likevel innebære ein fare for at ein overvurderer graden av sjølvhjelp hos dei mest hjelpetrengjande. Ufrivillig aktivitet kan vere like uheldig som ufrivillig mangel på aktivitet. I omsorgssituasjonar kan mottakaren bli audmjuka både om graden av sjølvhjelp blir undervurdert og om den blir overvurdert. Det krevst både kunnskap og profesjonalitet, nærleik og evne til innleving frå tenesteutøveren si side for å kunne vurdere situasjonen rett.

Individuelle omsyn - utan å bryte tenesteytarane sine rettar

Det kan oppstå spenningar og konflikhtar mellom idealet om å ta individuelle omsyn i den tenesta som blir ytt og omsynet til tenesteytarane sine rettar som arbeidstakarar. Individuelle omsyn kan òg kome i konflikt med tenesteytarane sin fridom til å nytte sin kompetanse og sin kunnskap basert på erfaring til beste for mottakaren. Balansegangen mellom å ta individuelle omsyn, samstundes som den enkelte tenesteytar sine rettar og faglege kunnskap skal takast vare på, kan vere vanskeleg. Faren med tenesteytarar som strekkjer seg for langt, er at dei risikerer å bli utslitne og utbrende. Arbeidsgivaren har eit ansvar for løpande å vurdere situasjonen i samråd med dei tilsette. Med regelmessig fagleg vegleiing kan tenesteytaren stå betre rusta til å gjere prioriterin-

gar og kommunisere desse til tenestemottakaren. Den enkelte mottakar av tenestene har også eit ansvar for ikkje å stille umenneskelege krav til tenesteytarane.

Omsorg eller service?

Mottakarane av tenestene er ulike. Nokre grupper av mottakarar ønskjer at omsorga som blir ytt skal ha eit preg av service eller assistanse. Til dømes ønskjer ikkje autonome og ofte ressurssterke funksjonshemma alltid å motta omsorg. Dei vil ha eigne, veldefinerte, klare og avgrensa tenester, og ønskjer ikkje at den som utfører tenesta også dreg omsorg for dei. Det er difor viktig at tenestene tek utgangspunkt i det behovet den enkelte har. Dei må ha som mål å dekkje omsorgsbehova til dei mottakarane som ønskjer og treng noko meir enn instrumentelle tenester, samstundes som det må bli respektert at andre mottakarar vil ha omsorg med eit servicepreg.

3.5 Rettstryggleik

I den offentlege debatten er det ofte blitt hevda at enkelte mottakarar av helse- og sosialtenester, mellom anna demente, manglar rettstryggleik. Samstundes blir det lagt ulikt innhald i omgrepet. «Rettstryggleik» har ingen eintydig definisjon i juridisk språkbruk. I forvaltningsretten gjeld omgrepet tradisjonelt sett verkemiddel som skal sikre at den enkelte får oppfylt dei rettar han eller ho har i forhold til det offentlege. Det er ikkje noko skarpt skilje mellom rettslege og utanomrettslege verkemiddel. Omgrepet «rettstryggleik» rettar seg i hovudsak mot rettsreglar og ressursar (økonomi, personell, kompetanse). I moderne teori opererer enkelte med eit meir utvida omgrep for rettstryggleik, der også generelle, materielle rettar, fordeling av gode m.v. er omfatta av omgrepet.

Omgrepet blir ofte delt inn i to underomgrep, «rettstryggleikskrav» og «rettstryggleiksgarantiar». Med rettstryggleikskrav blir det sikta til normer som sikrar gode og rette avgjerder i forvaltninga (materielle reglar). Ei rett avgjerd er kjenneteikna av at den er i pakt med gjeldande regelverk, under dette i tråd med intensjonane til lovgivaren. Ei rett avgjerd er også kjenne-teikna av at resultatet er godt, dvs. at avgjerda medverkar til å fremje livskvalitet og menneskeverd. Eskeland (1989) framhevar at det er respekten for menneskeverdet som utgjer kjernen i omgrepet rettstryggleik. Med garantiar for rettstryggleik er meint normer for korleis ein kan sikre at rettstryggleiks-krava blir ein realitet (saksbehandlingsreglar, tilsyn og kontroll). Ein rettstryggleiksgaranti er eit rettsleg verkemiddel som siktar mot å realisere rettstryggleikskrava.

Rettsreglar som verkemiddel

Rettsreglar kan gjevast som lov eller forskrift. Reglane kan gi borgarane nye materielle rettar eller plikter, men dei kan også regulere ansvarsdelinga mellom forvaltningsnivå, eller gi pålegg om prosedyrar for saksbehandling, tilsyns- og kontrollordningar m.m.

Endra eller nye reglar kan påverke åtferda til administrasjonen og tenesteytarane. På lengre sikt kan reglane påverke ikkje berre åtferda, men også haldningar og verdisyn.

I tillegg til rettsreglar er det naudsynt med andre verkemiddel for å betre rettstryggleiken, t. d. god tilrettelegging av omgjevnadene, god kvalitet på tenestetilbodet, gode haldningar, god organisering av tenestetilbodet og tilstrekkeleg personell og kompetanse.

Rettstryggleikskrav

Rettsreglane skal medverke til å sikre at den som har behov for helse- og sosialtenester får dei tenestene han eller ho har krav på. Alle som har behov for hjelp, skal få eit forsvarleg tilbod. Personar med likearta behov skal få eit mest mogeleg likeverdig tilbod.

Det følgjer av det alminnelege legalitetsprinsippet at inngrep i «borgernes rettssfære», under dette krenking av integriteten, krev heimel i lov dersom det ikkje finst anna rettsgrunnlag. Legalitetsprinsippet krev også heimel for avgrensingar av rettar som helse- og sosialtenesta må gjennomføre for å sikre at behovet for omsorgstenester og tryggleik er dekt.

I tillegg til lovheimel kan samtykke gi godt nok rettsgrunnlag, men det vil i nokre tilfelle der det er snakk om mental svekking vere lite aktuelt. For enkelte personar med psykisk utviklingshemming er det i lov om sosiale tenester kapittel 6A nyleg gitt heimel for tvangsinngrep der andre tiltak ikkje fører fram. I tillegg har kapittel 6 i sosialtenestelova reglar om bruk av tvang overfor rusmisbrukarar. For andre grupper finst det i dag innan omsorgssektoren ingen lovreglar som direkte regulerer bruk av tvang og andre avgrensingar av rettar. Spørsmål om bruk av tvang og avgrensingar av rettar for demente er nærare omtalt i kapittel 7.

Regjeringa vil vise til at Stortinget våren 1999 vedtok lov om å styrkje menneskerettane si stilling i norsk rett (menneskerettslova). Den europeiske menneskerettskonvensjonen, FN-konvensjonane om sivile og politiske rettar og økonomiske, sosiale og kulturelle rettar, gjeld som norsk lov. Vedtaket er eit uttrykk for at staten ønskjer å gjere menneskerettane meir tydelege i norsk rett. Det er difor nødvendig med betre samsvar mellom regelverket innan helse- og sosialretten og menneskerettane.

Rettstryggleiksgarantiar

Rettstryggleiksgarantiar er viktige for å sikre at dei materielle reglane blir følgde. Dette kan vere saksbehandlingsreglar som tenesteytarane skal følgje når det blir fatta enkeltvedtak, eller at mottakarane skal ha høve til å klage på tenestene dersom dei meiner tenesteytaren har gjort feil. Reglane bør vere enkle å forstå og mogelege å etterleve i det daglege arbeidet.

Det må også liggje føre eit overordna system for tilsyn og kontroll uavhengig av at den enkelte mottakar må fremje ei formell klage.

4 Kvalitet

Sjølv om kvalitet har vore eit sentralt tema i debatten om omsorgstenestene dei siste åra, og det også er sett i verk ei eiga forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene, er ikkje innhaldet i omgrepet lett å definere og måle. Det er gjennomført ei rekkje studiar av kvalitet innan omsorgstenestene, utan at forskarane har kome fram til ein felles definisjon på kvalitet eller felles kvalitetsmål. Det finst nesten like mange kvalitetsmål som det finst undersøkingar av kvalitet - og med dei har ein kome fram til ulike resultat. Nokre meiner at kvalitet ikkje kan definerast eller konkretiserast, fordi det er knytt til noko heilt individuelt og subjektivt, noko som i stor grad består av kjensler og som ikkje kan formulerast analytisk.

Kvalitet er relativt, både historisk og kulturelt. Vi vil alle ha ulike krav til og oppleve kvalitet ulikt. Dette vil vere avhengig av erfaringar, vanar, livsstil, m v. Oppfatninga av god livskvalitet vil difor variere frå person til person. Eit kort tilbakeblikk på til dømes aldersinstitusjonane dei siste 40 åra viser at det har vore eit sprang i haldningar frå å sjå på aldersinstitusjonar som stader for oppbevaring og livberging, til målsetjingar om behandling og eit meir menneskeverdig liv for dei som treng hjelp. I 1953 viste ei kartlegging av alle pleie- og gamleheimar i landet at 60 pst. ikkje hadde utdanna sjukepleiar, 80 pst. hadde ikkje fast lege, enkelte hadde ikkje innlagt vatn og 10 pst. hadde utedo. Bemanninga var om lag 1/3 av det den er i dag. Tilhøva elles var også nedslående. Blant bebuarane fann ein huslause personar, foreldreause barn, og personar som hadde følgd med den gamle til heimen. Den yngste registrerte pensjonæren var fire år (jf. Slagsvold 1995).

Sjølv om forskarane ikkje har kome fram til tilfredsstillande kvalitetsmål i omsorgstenestene, meiner likevel Regjeringa det er naudsynt både for offentlege styresmakter, den enkelte tenestemottakar, den enkelte tenestestad og den enkelte tenesteytar å prøve å definere kvalitet og seie noko om kva god omsorg bør vere.

Rundskriv I 13/97 om kvalitet i pleie- omsorgstenestene

Rundskrivet om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene inneheld forskrift heimla i kommunehelsetenestelova og retningslinjer etter sosialtenestelova som framhevar og utdjuvar dei plikter kommunane allereie har etter lovverket. Her er kvalitet definert som oppfyljing av grunnleggjande behov.

Tenestene skal gjevast med respekt for det enkelte mennesket sitt eigenverde og livsførsel. Med å tilfredsstille grunnleggjande behov er meint at mottakarar av tenestene skal:

- oppleve tryggleik og respekt i forhold til tenestetilbodet
- ha høve til sjølv å ivareta si eigenomsorg
- få dekt grunnleggjande fysiologiske behov som nok næring (mat og drikke), variert og helsefremjande kosthald og rimeleg valfridom i kosten
- få tilpassa hjelp ved måltider og nok tid og ro til å ete
- få utført personleg hygiene og naturlege funksjonar (toalett)
- få tilpassa hjelp ved av- og påklednad
- få følgje ein normal døgnrytme og unngå uønskt og unødig opphald i seng

- få høve til ro og skjerma privatliv, sjølvstende og styring av eige liv
- få høve til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- få tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar både ute og inne
- få naudsynt medisinsk undersøking og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpassa tilstanden til den enkelte
- få naudsynt tannbehandling og ivareteke munnhygienen
- få ei verdig avslutning av livet i trygge og rolege omgivnader

Kvalitetsforskrifta og rettleiinga til den skal medverke til å sikre at tenestene har eit forsvarleg nivå i forhold til dei behova som skal dekkjast. Den enkelte kommune og institusjon må sjølv drøfte igjennom, definere og setje mål for den kvalitet som skal gjelde eiga verksemd, innanfor den ramma som forskrifta og retningslinjene set.

For å følgje opp kvalitetskrava ovanfor er kommunane pålagde å etablere prosedyrar med det mål å sikre at grunnleggjande behov blir dekte, og at mottakarane av helse- og sosialtenestene og eventuelt pårørande blir tekne med på råd ved utforming eller endring av tenestetilbodet. Vidare er kommunane, i følgje § 3 i kvalitetsforskrifta, med heimel i lov om statleg tilsyn med helsetenesta og lov om helsetenesta i kommunane, pålagde å etablere eit system som skal sikre kvaliteten på omsorgstenestene.

Tilsvarande heimel finst ikkje i sosialtenestelova for dei generelle omsorgstenestene (§4-2). Då dei aller fleste kommunane i dag har organisert pleie- og omsorgstenesta som ei eining med tenester både etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova, tilrår Rundskriv I-13/97 at kommunane etablerer system for tenester etter begge lovverk.

Sjølv om forskrifta og retningslinjene skal gjelde for alle grupper mottakarar hevdar mange at kvalitetsrundskrivet slik det no er utforma særleg rettar seg mot eldre omsorgstrengande. Sosial- og helsedepartementet vil revidere rundskrivet for å sikre at det tydelegare inkluderer alle mottakarar av omsorgstenester. I revisjonen vil det også bli lagt vekt på at det i større grad blir ein god praktisk reiskap for tenesteutøvarane. Mellom anna vil det vere naudsynt å utdjupe rettleiingsdelen av rundskrivet når det gjeld å arbeide med kvalitet og kvalitetsutvikling på forskjellige måtar.

4.1 Kvalitetsutvikling

Kvalitetsutvikling er ofte brukt som eit samleomgrep for aktivitetar som skal betre kvaliteten på tenestene. Kvalitetsutvikling er ein dynamisk prosess som omfattar både vurdering, betring, sikring og kontroll. Å drive kvalitetsutvikling inneber å evaluere ei verksemd så nøye at ein kontinuerleg og systematisk forsikrar seg om at den held dei kvalitetsmål som gjeld, og å fatte avgjerder for å utvikle det som ikkje fungerer tilfredsstillande (SoS-rapport 1994:13). Kvalitetsutvikling er ei form for sjøvevaluering, anten det dreier seg om førebyggjande tenester, diagnostikk, behandling, omsorg eller rehabilitering. Det er snakk om haldningar og ei medviten og systematisk kvalitetstenking frå alle aktørar i tenesta, noko som føreset at alle tek del i utviklingsarbeidet (Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta).

Kvalitetsutvikling innanfor dei kommunale helse- og sosialtenestene er i startgropa. I rundskrivet om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene og Kvalitetsrådgivarprogrammet for helsetenesta som vart sett i gang i 1997 og som varer

fram til 2001, har utviklingsarbeid innan haldningar og kompetanse blitt tillagt stor vekt. Det gjeld til dømes etikk og fagutvikling. Ulike prosjekt som har blitt gjennomførde for å utgreie og prøve ut ordningar med tilsyn og internkontroll for sosiale tenester i åra 1994-1996 har også lagt vekt på utviklingsaspektet.

Kvalitetssikring blir definert som alle dei planlagde og systematiske tiltaka som er naudsynlege for å få tilstrekkeleg tiltru til at eit produkt eller ei teneste vil tilfredsstillde dei utforma krava til kvalitet (Kvalitetsterminologi NS-ISO-8402:1994, Norges Standardiseringsforbund).

Arbeidet med å setje kvalitetsmål og utvikle kvalitet i tenestene skal vere forankra i kommunane og i tenestene sjølve. Utforming og gjennomføring av vurderingar knytt til kvalitet fungerer best og kan først opplevast som meiningfulle når leiinga, arbeidstakarane og mottakarane er involvert. Arbeidet må difor drivast ute på den enkelte sjukeheim, i heimetenesta osv. Målet med prosessen for kvalitetsutvikling er å oppnå betre helseresultat, tilfredse mottakarar, betre utnytting av ressursar, osv.

Vurdering av kvalitet må ta utgangspunkt i perspektiva, behova og problema til dei som tek imot tenestene, kva dei spør etter og ventar seg. Kvardagen til mottakarane, deira vilkår og kva dei får ut av møtet med tenestene skal stå i forgrunnen. Ei god kartlegging kan medverke til at tilbodet i størst mogeleg grad blir individuelt tilpassa. Dette må vere utgangspunktet når ein fattar og set i verk kommunale vedtak om å yte tenester. Mottakarane sine behov for tenester endrar seg. Tryggleik for at tenesta blir tilpassa slike endringar er difor viktig. Det er naudsynt å etablere rutinar for oppfølging slik at behovet for tenester blir vurdert med jamne mellomrom.

Individuelle planar er nyttige reiskapar for å sikre brukarperspektivet i omsorgstenestene. Kravet om individuelle planar er no lovfest i dei nye helse-lovene. Utforminga av ein slik plan kan skje etter at det er fatta vedtak om å tilby tenester. Planen må utformast i samarbeid med mottakaren og eventuelle pårørande. Eit slikt samarbeid kan medverke til ei felles forståing av rammevilkåra for tenestene, til at mottakaren i større grad kan påverke utforminga av tenesta, og til å skape tillit til tenesteapparatet. Planen må avklare ansvarsdeling mellom mottakaren og tenesta. Alle partar skal få sams forståing av kva oppgåver som skal utførast og korleis dei skal utførast.

Individuelle planar og serviceerklæringar er også gode verktøy når ein utformar tiltak for rusmiddelmissbrukarar og døyande (jf. omtale under punkt 7.2 og 7.4). Sosial- og helsedepartementet ga i 1998 ut ein rettleiar til kommunane om utforming og bruk av individuelle omsorgsplanar for mottakarar i alle aldersgrupper. Då individuelle planar blir tilrådde i mange samanhengar vil det for dei som tek imot tenester frå fleire delar av omsorgstenesta og frå andre etatar lett kunne bli mange planar å halde greie på både for mottakarane og for hjelpeapparatet. Sosial- og helsedepartementet er difor i gang med å vurdere korleis ein kan utvikle eit heilskapleg system for individuelle planar som kan brukast uansett om mottakaren skal ha eit tilbod om rehabilitering eller omsorgstenester. Målet er ein individuell plan for tenestemottakarar som dekkjer ulike tenester og samarbeid med andre etatar. Sosial- og helsedepartementet vil utarbeide retningslinjer for dette i løpet av 2000.

Både Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn har sett i gang prosjekt innan kvalitetsutvikling, med utprøving av ulike modellar. Resultata

frå prosjekta vil bli publiserte, og dei vil gjere det mogeleg å gi konkrete råd om ulike tiltak eller organisasjonsmodellar som kan vere føremålstenlege (Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling 1997).

Sosial- og helsedepartementet har utarbeidd ein eigen handlingsplan for sosialtenesta si førstelinje, «Kunnskap og brubygging», der målet er å heve kvaliteten og kompetansen i sosialtenesta. Nærare omtale av dette er gitt i boks 6.5.

Boks 4.1 LOK-prosjektet (Lærande og kompetanseutviklande organisasjonar)

Kommunane Rygge og Hvaler har i samarbeid med Fylkesmannen i Østfold gjennomført eit prosjekt for vidareutvikling av omsorgstenestene til lærande og kompetanseutviklande organisasjonar. LOK-prosjektet har vist at det i organisasjonen ligg føre mange unytta høve til kompetanseutvikling og kvalitetsutvikling av det daglege arbeidet. Eksisterande og ny kunnskap blir lett individuell og mindre planmessig utnytta enn ønskjeleg. LOK-prosjektet har vist at opplæringstiltak må forankrast lokalt og at ein må gripe fatt i enkeltprosessar på den enkelte arbeidsplass for å sikre at ønskt endring skjer og at endringane varer. I prosjektet er det lagt vekt på å få etablert eit system for kompetanse- og kvalitetsutvikling i den daglege arbeidssituasjonen. Målet er å leggje til rette for læring på arbeidsplassen. Refleksjon, systematisering av eksisterande kunnskap og vegleiing er stikkord her. Erfaringane så langt er positive sjølv om det også har vist seg å vere ein tung prosess. Kommunane ønskjer å satse vidare, og ser denne metoden som eit naudsynt verktøy for å sikre kompetanse- og kvalitetsutvikling i tenestene.

Boks 4.2 Kvalitetsrådgivarprogrammet for helsetenesta

I 1996 konkluderte ei tilstandsvurdering med at kommunehelsetenesta hadde kome kortare enn spesialisthelsetenesta i forhold til måla i Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetenestene. Med forankring i Nasjonal Strategi vart det difor sett i gang eit opplæringsprogram for kvalitetsrådgivarar for kommunehelsetenesta som skal gå frå 1997 til 2001. Overordna mål for kvalitetsrådgivarprogrammet er å medverke til kompetanseutvikling slik at kommunehelsetenesta etablerer effektive og heilskaplege kvalitetssystem for sine verksemder i høve til Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta. Fylkeslegane har gjennom programmet for kvalitetsrådgiving ansvar for oppfølginga av Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i kommunehelsetenesta i alle kommunar i fylket. Hovudoppgåve for fylkeslegen er å hjelpe leiinga i kommunane med planlegging og organisering av kvalitetsarbeidet, planlegging og organisering av opplæring av helsepersonell, og å følgje opp og hjelpe kommunane i fylket med praktiske råd og vegleiing i kvalitetsarbeidet.

Kvalitetsrådgivaren er den sentrale medarbeidaren hos fylkeslegen i dette arbeidet. Statens helsetilsyn har ansvaret for å sikre finansiering av stillingane til kvalitetsrådgivarane som er tilsette hos fylkeslegane, gjennomføring av opplæringsprogrammet, og drift av det nasjonale nettverk for kvalitetsrådgivarar.

4.2 Tilsyn og kontroll

Den utoverretta verksemda frå styresmaktene si side for å sjå til at lover og forskrifter blir etterlevde skjer gjennom offentleg tilsyn. Medan kvalitetsutvikling i stor grad er å utvikle standardar for kvalitet og kvalitetsarbeid lokalt, handlar tilsyn og kontroll i stor grad om etterprøving og kontroll frå sentrale styresmakter. Statens helsetilsyn og Fylkeslegen har tilsyn med helsetenestene, og Fylkesmannen har tilsyn med sosialtenester, og med institusjonar som ikkje er tekne inn på kommunale eller fylkeskommunale planar (jf. sos.tj.l. §§7-9 og 7-10). I dag er det fleire instansar som fører tilsyn med deler av omsorgstenestene, t.d. fylkesmennene, fylkeslegane, Arbeidstilsynet og Branntilsynet. Regjeringa ønskjer ei betre samordning av statleg tilsynsverksemd overfor kommunane. Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet vil i samarbeid med andre fagdepartement vurdere korleis ein kan bidra til tilrettelegging av eit meir samordna tilsyn frå fylkesmannen mot kommunane.

Fylkeslegen sitt tilsyn

Statens helsetilsyn og fylkeslegane si oppgåve er omtala i lov om statleg tilsyn med helsetenesta. Av § 2 i lova følgjer at fylkeslegen fører tilsyn med alt helsevesen og helsepersonell i fylket. I dette ligg at fylkeslegen som statleg representant i fylket, fører tilsyn med sjukeheimar og buformer med heildøgns omsorg og pleie. Tilsynsverksemda byggjer på prinsippet om internkontroll og tilsynsaktiviteten blir i hovudsak utført som systemrevisjonar.

Internkontroll vart innført for helsetenesta frå 1.1.1994 ved ei endring av §3 i lov om statleg tilsyn med helsetenester. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta fastslår at innan utgangen av år 2000 skal verksemdene i helsetenesta ha etablert effektive og heilskaplege internkontroll/kvalitetsystem. Dette gjeld også den delen av pleie- og omsorgstenesta som er regulert gjennom kommunehelsetenestelova. Fylkeslegen gjennomfører i samsvar med dette tilsyn med system for internkontroll i pleie- og omsorgstenestene etter kommunehelsetenestelova. Internkontrollmetoden skal medverke til at kommunane har ein reiskap til å føre kontroll med eiga verksemd, og at denne er i samsvar med gjeldande lov- og regelverk.

Statens helsetilsyn fastset kvart år i verksemdsplanen for fylkeslegane spesielle område i helsetenesta der alle fylkeslegar skal utøve tilsyn på ein einsarta måte. Erfaringane blir systematisert og formidla vidare til departementet. Vidare arrangerer Statens helsetilsyn statusmøte for aktørar innanfor ulike delar av den kommunale pleie- og omsorgstenesta på bakgrunn av den kunnskap som blir generert ved tilsynsaktivitetane. Ved slike møte formidlar Statens helsetilsyn erfaringar, til dømes når det gjeld organisering og prak-

tiske løysingar for å etterleve krav i regelverket. Erfaringane byggjer på gjennomføringa av eit visst tal revisjonar, men kunnskapen blir formidla til mange (alle) verksemdar innan pleie- og omsorgstenestene. I tillegg til å organisere statusmøte medverkar Statens helsetilsyn med generell rådgiving/vegledning i arbeidet for å sikre kvaliteten.

Fylkeslegane sitt felles tilsyn med helsetenesta for eldre i 1998 viser at kommunane har kome kort med å utvikle system på verksemdnivå. Tilsynet har fokusert på helsetenestene til eldre, men det er rimeleg grunn til å tru at dei svake sidene som vart avdekt også gjeld andre mottakarar av tenestene. Tilsyn vart gjennomført som systemrevisjonar og fylkeslegane undersøkte om verksemdene etterlever aktuelle krav i lov eller forskrift innanfor områda internkontroll, dekking av grunnleggjande behov, saksbehandling ved tildeiling av tenester og avslag på søknader om tenester (resultat frå tilsynet er nærare omtalt under punkt 4.3).

Statens helsetilsyn og fylkeslegane får ved gjennomføring av systemrevisjonar i kommunane godt kjennskap til dei ulike verksemdene og deira system for internkontroll, og korleis dei etterlever krav frå styresmaktene. Denne informasjonen er heilt sentral i arbeidet med å halde ved like og utvikle eit føremålstenleg regelverk innan pleie- og omsorgstenestene. Statens helsetilsyn får også på andre måtar (melde- og klageordningar, kartleggingsundersøkingar m.v.) kunnskap frå verksemdene om deira erfaringar med å halde seg til regelverket.

Fylkesmannen sitt tilsyn

Fylkesmannen har ansvaret for at det blir ført tilsyn med bustader med heildøgns omsorgstenester. Ei av oppgåvene til fylkesmannen er å sjå til at bustader med heldøgns omsorgstenester, dvs. aldersheimar og såkalla barnebustader, er drivne etter gjeldande krav frå styresmaktene, og har forsvarleg utstyr, bemanning og medisinsk tilsyn m. v. Tilsynet skal også sjå til at den enkelte bebuar får forsvarleg og respektfull behandling og omsorg, ikkje lever under forhold som krenkjer integritet og verde for den enkelte, og vurdere å oppnemne hjelpeverje ved behov. Reglane står i kapittel 3 i forskrifta til sosialtenestelova. Praktisk hjelp og andre tenester etter sosialtenestelova §4-2, som blir ytte i private heimar eller i omsorgsbustader som blir tilbydd eldre, psykisk utviklingshemma, funksjonshemma, menneske med psykiske lidningar o. a., fell etter sosialtenestelova utanfor fylkesmannen sitt tilsyn.

I rundskrivna til sosialtenestelova er det føresett at kommunen skal utføre eigenkontroll med tenestene, utan at det er sett eigne krav til denne kontrollverksemda. Utviklinga dei seinare åra har medført store endringar i tenestene. Det gjeld både innhald og korleis tenestene blir organiserte for ulike mottakarar. Endringane i sektoren tilseier både auka innsats frå kommunane si side for å sikre forsvarleg kvalitet på tenestene, og at den statlege tilsynsverksemda blir utvida til ikkje berre å gjelde institusjonane. Det er vidare ønskjeleg med ei samordning av tilsynet i forhold til helsetenesta. Det er særleg viktig innanfor omsorgstenestene. Fordi tenester etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova i stor grad er samordna i kommunane, er det viktig å få eit mest mogeleg einsarta system for oppfølging, kvalitetsutvikling og kontroll. Sosial- og helsedepartementet har i eit høyringsutkast datert oktober

1999 føreslått å innføre pliktig internkontroll for kommunane, utvide fylkesmannen sitt tilsyn og endre metodikken til eit systemtilsyn, jf. omtale under punkt 4.4.

4.3 Status for tenestene - kvalitet

Det er ikkje mogeleg å gi eit fullstendig oversyn over korleis kvaliteten på tenestene er i Noreg i dag. Det er store variasjonar, og undersøkingar gir også eit motstridande inntrykk.

Ei monaleg utbygging av hjelpeapparatet for rusmiddelmissbrukarar har gitt mange ulike behandlingstilbod. Det er viktig å undersøkje kva samfunnet får igjen for midlane, og å sikre at dei blir brukte på ein best mogeleg måte. Det er ikkje mindre viktig at rusmiddelmissbrukarar, deira pårørande og deira nettverk, får eit tilbod som er så godt som mogeleg både når det gjeld kvalitet og innhald. Effekten av behandlinga er likevel lite dokumentert, noko som skuldast både praktiske, metodiske og etiske forhold. Grad og omfang av systematisk dokumentasjon om klientar i behandling, varierer i dag sterkt mellom tiltak, og også fylka imellom. For å betre dette har Sosial- og helsedepartementet utvikla eit nasjonalt dokumentasjonssystem i forhold til rusmiddelmissbrukarar. Det omfattar eit klientstraumregister, ein database for tiltaka (NIDAR), og eit basisskjema for klientregistrering. Teieplikta som følgjer av profesjonslovgivinga har vist seg å vere eit hinder for å få fram eit godt nok datatilfang, og mogelege tiltak for å løyse problemet er under vurdering. Dokumentasjonssystemet vil samla kunne danne basis for nasjonal statistikk, evalueringar som kan samanliknast og kost/nytteanalysar av behandlings- og omsorgstiltaka for rusmiddelmissbrukarar. Departementet har vidare ved eigne midlar og tilskot til Norges Forskningsråd medverka aktivt til å få evaluert ei rekkje behandlingstilbod innan rusmiddelmissbruket. Blant desse finst fleire terapeutiske samfunn, bu- og arbeidskollektiv, evangeliesenter, tiltak overfor kvinnelege missbrukarar og polikliniske tilbod.

Det er gjennomført fleire undersøkingar innan eldreomsorga som gir eit motstridande bilete av kvaliteten på tenestene. I ein studie som har fokusert på overgrep i sjukeheimar, vart det gjort intervju med åtte pleiarar for å kaste lys over situasjonar med overgrep (Malmedal 1998). Dette er ein kvalitativ studie av fenomenet overgrep, og ikkje ein studie som prøver å vise korleis det er å vere i sjukeheim. Utvalet er lite og ein kan difor ikkje seie noko om kor utbreidd overgrep er i norske sjukeheimar. Eit gjennomgåande trekk i intervjuet er at ingen har sett eller delteke i grove fysiske overgrep. Fleire av dei intervjuet omtalar likevel episodar som kan definerast som fysiske overgrep, t. d. overmedisinering, binding og hardhendt stell. Oftast er det episodar av psykisk karakter og neglisjering som blir trekke fram i intervjuet. Å isolere bebuarar på rommet som straff for upassande oppførsel er nemnt av fleire. Pleiarar fortel òg om mange døme på personell som har kjefta på bebuarane og elles vore verbalt ufine. Utsegner som «set deg ned, no er vi lei av deg», «dersom du ikkje er snill, så får du ikkje mat» er eit par døme.

Ein kvalitativ studie av heimetenester til mottakarar i alderen 21 til 81 år viser at mottakarar oppfatar at helsepersonell tek seg til rette i heimen deira på ein måte som dei finn krenkjande og med mangel på respekt for dei som

bur der (Lillestø 1997). Lillestø har intervjuet 16 mottakarar av heimetenester som sit i rullestol. Utvalet i studien er for lite til at det er mogeleg å seie noko om kor utbreidd krenkjande åtferd er blant norsk helsepersonell i heimetenestene. I følgje Lillestø er det eit problem at personalet tek med seg forståing og haldningar frå institusjon til hjelpetrengjande som bur i eigen heim. Praksis frå institusjonane får dominere, og mottakarane må forsvare seg og sitt og kjempe for å halde kontroll over heim, kropp, tid og personleg integritet.

I den nasjonale brukar- og befolkningsundersøkinga frå Norsk Gallup gir mottakarane av helse- og sosialtenestene i kommunane totalt sett ei positiv vurdering av tenestene (Kjerstad m.fl. 1999). Mottakarane og dei pårørande er til dømes i all hovudsak tilfredse med tenestene innan eldreomsorga. Følgjande to sitat frå rapporteringa illustrerer mogelege samanhengar mellom organisasjon, kvaliteten på tenestene og effektiviteten i tenesteproduksjonen: «Verdier og holdningar har ikke så mye med penger å gjøre.» «Opplæring påvirker kulturen som igjen påvirker arbeidet positivt selv i tider med nedskjeringer. I denne sammenhengen er gode ledere viktig».

Ved Norsk Institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er det gjort ei større undersøking, finansiert med midlar frå Sosial- og helsedepartementet, som har kartlagt levekår og velferd for sterkt hjelpetrengjande tenestemottakarar. 16 kommunar, spreidde over heile landet, inngår i utvalet (Slagsvold 1999). I alt 1 700 hjelpetrengjande personar over 70 år er med i studien. Vel 600 bebuarar på sjukeheimar, 67 på aldersheimar, knapt 400 i «tilrettelagde bustader» og vel 600 sterkt hjelpetrengjande heimebuande. Alle er så skrøpelige at dei har jamnlege besøk av sjukepleiar. I undersøkinga er det skilt mellom kvalitet som gjeld medisinske aspekt og pleieaspekt på den eine sida, og psykososiale aspekt og trivselsaspekt på den andre sida. Forhold knytt til medisin og pleie, som å kome i seng, få hjelp til toalett, medisinske undersøkingar, god nok hjelp til å ete, synest å vere best dekte i eldreomsorga i dag. Kvalitetssvikten synest mest utbreidd når det gjeld å tilfredsstillle sosiale og kulturelle behov, aktivisering, informasjon og liknande. Det er på dette området det kan sjå ut som om det er størst potensiale for å betre kvaliteten.

I den same undersøkinga er også levekår og velferd for eldre som er sterkt avhengige av hjelp i eigen heim, omsorgsbustader/servicebustader og sjukeheimar samanlikna. Samanlikninga viser at buform forklarar lite av variasjonen i velferd og hjelpenivå. Det kan skuldast at det i praksis kan vere nokså uklare grenser mellom sjukeheim og omsorgsbustad. Andre forhold som ein trur kan ha innverknad er personelldekning, lokalmiljø og omsorgskultur.

Statens helsetilsyn si undersøking om eldreomsorga i kommunane viser brot på forskrifta om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene i eit fleirtal av kommunane som det vart ført tilsyn med i 1998. Dei utvalde kommunane som inngår i undersøkinga treng ikkje vere representative for alle kommunar i landet, fordi fylkeslegane har hatt ulike prinsipp for val av kommunar. Resultatet frå tilsynet tyder likevel på at det framleis er eit klart behov for å setje kvalitet og spørsmål om kvalitetsutvikling på dagsordenen. Tilsynet har vist at dei kommunane som inngår i undersøkinga i langt mindre grad enn føresett har teke ansvar for å koordinere og innføre internkontroll i verksemdene. 90 pst. peikar på at det ikkje ligg føre planar for innføring, eller at planane er ufullstendige. Heller ikkje systemkrava i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenesta er

tilfredsstillande dekte i helsetenesta for eldre. Rapporten påpeikar her manglar i nesten 50 pst. av dei undersøkte kommunane. Dette inneber at kommunane i liten grad sikrar og dokumenterer at helsetenesta for eldre blir forsvarleg driven. I 35 pst. av kommunane vart grunnleggjande behov som normal (ønskt) døgnrytme, personleg hygiene og naturlege funksjonar ikkje dekte på tilfredsstillande måte. I 75 pst. av dei undersøkte kommunane blir ikkje forvaltningslova følgd ved saksbehandling av søknad om tildeling av helsetenester. Mange får avslag på feil grunnlag, til dømes med grunngevinga at det ikkje finst institusjonsplass, og mange stader blir det heller ikkje opplyst om høve til å klage på vedtak.

Det er vanskeleg å seie noko eintydig om kvaliteten på omsorgstenestene ut frå dei undersøkingane som er nemnde ovanfor. Dei gir eit samansett bilete av situasjonen. Generelt er det vanskeleg å fastslå om kvaliteten på tenestene er god nok med dei måleinstrumenta for kvalitet som vi har i dag. Den opplevde kvaliteten vil variere frå person til person, noko som gjer analysen endå vanskelegare. Likevel er det nærliggjande å fastslå at krava til tenestene har auka dei seinare åra, og med det også krava til kvalitet. Det vil vere ei viktig oppgåve framover å finne ut korleis kvaliteten på tenestetilbodet er, m. a. gjennom årleg rapportering og brukarundersøkingar. Sosial- og helsedepartementet har til dømes gitt Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i oppdrag å kartleggje omfang og årsak til bruk av tvang i alle typar av tenesteyting i pleie- og omsorgstenestene (jf. omtale under punkt 7.1). Eit oversyn over status og utvikling av kvaliteten i tenestene vil først bli mogeleg når det er etablert system for kvalitetsutvikling og kvalitetssikring i kommunane.

Etablering av gode rutinar for kvalitetsutvikling og kvalitetssikring i kommunane vil vere viktig for at kommunane sjølve skal kunne utføre ei løpande vurdering av nivået på tenestene. For statlege styresmakter vil det vere viktig å få løpande informasjon om kapasiteten på tenestene. Gjennom tilsyn frå fylkesmannen og fylkeslegen og innføringa av eit nytt statistikkssystem i kommunane vil det i større grad bli mogeleg å følgje utviklinga innan pleie- og omsorgstenestene. Departementet arbeider med eit framlegg til individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), som skal erstatte dagens statistikk over mottakarar av omsorgstenester og inngå i den samla rapporteringa mellom kommune og stat (KOSTRA). Systemet skal auke kunnskapen om sektoren og dermed gi betre avgjerdsgrunnlag sentralt og lokalt. Det skal redusere behovet for eiga rapportering i samband med øyremerka tilskot. Informasjonssystemet skal gi statistikk som er nødvendig for statleg styring og tilsyn, og skal vere til nytte for kommunane i deira planlegging, budsjettering og prioritering av ressursar.

4.4 Tiltak

Arbeidet med kvalitetsutvikling må vere ein kontinuerleg prosess i kommunane. Dette er eit ansvar for den enkelte kommune, for den enkelte tenestestad, og også for dei tilsette i tenestene. Regjeringa føreslår ulike typar av tiltak for å oppfylle dei overordna måla for betre kvalitet i tenestene. For det første er det føreslått tiltak for å betre arbeidet med kvalitetsutvikling, kontroll og til-

syn med tenestene, for det andre tiltak for å betre saksbehandling og forvaltning, og for det tredje haldningsskapande tiltak.

Kvalitetsutvikling, kontroll og tilsyn med tenestene

Det er behov for å harmonisere reglane for helsetenestene og sosialtenestene, både når det gjeld overordna kvalitetskrav for tenestene og når det gjeld internkontroll og tilsyn. I eit høyringsnotat av oktober 1999 foreslår Sosial- og helsedepartementet at også sosialtenestelova får heimel til å gi forskrift om kvalitet på tenestene. Det blir føreslått at kommunane blir pålagt å etablere internkontrollsystem for tenestene etter kap. 4 i lova, og at dette blir heimla i sosialtenestelova. Då vil kommunen ha plikt til å følgje forskrift om kvalitet for tenesteyting både etter lov om helsetenesta og sosialtenesta i kommunane. På grunnlag av høyringane tek Sosial- helsedepartementet sikte på å leggje fram lovproposisjon for Stortinget våren 2000. Det er naudsynt i større grad å tilpasse kvalitetskrava til det mangfald av brukarar som finst innanfor desse tenestene. Kvalitetsrundskrivet skal reviderast slik at kriteria blir relevante for alle mottakarar av pleie- og omsorgstenestene, og også i større grad tilpassa heimetenestene. Behovet for revisjon vil også bli vurdert som ei oppfølging av eit eventuelt vedtak om forskriftsheimel i sosialtenestelova. Det blir teke sikte på at endringane skal gjelde frå 1. januar 2001.

Det er i dag behov for både å ruste opp og halde fram arbeidet med kvalitetsutvikling og å styrkje tilsynet i høve til dei kommunane som ikkje følgjer opp krava om kvalitetsarbeid. Regjeringa foreslår å etablere eit program for utvikling av kvalitet i dei kommunale helse- og sosialtenestene. Dette arbeidet må byggje på erfaringane frå Kvalitetsrådgivarprogrammet for kommunehelsetenesta 1997-2001, og erfaringar frå arbeidet med gjennomføringa av handlingsplanen for eldreomsorga og opptrappingsplanen for psykisk helse. I tillegg vil programmet Kunnskap og brubygging som har kvalitet i sosialtenesta som eit viktig element, gå ut 2001 (jf. boks 6.5).

Det kan sjå ut som om det har vore lite heldig for innføringa av internkontroll i den kommunale helsetenesta at plikta til å ha internkontroll berre er nedfelt i lov om statleg tilsyn. Kommunane si plikt til å ha internkontroll vil difor i tillegg bli vurdert heimla i kommunehelsetenestelova. Det vil innebere ei samordning mellom helse og sosialtenestene i kommunen dersom kommunane også blir pålagde å etablere system for internkontroll for pleie- og omsorgstenesta.

Departementet har under utarbeiding ei forskrift med krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak for rusmiddelmissbrukarar.

Saksbehandling

Reglar om saksbehandling skal sikre at mottakarane får dei rettar dei har krav på etter lovverket, jf. punkt 3.5 Rettstryggleik. Helsetilsynet si undersøking og rapporteringa frå klagebehandling hos fylkesmennene tyder på at omsorgstenestene i kommunane framleis slit med mangelfulle rutinar for saksbehandlinga. Det kan både skuldast at den faglege kompetansen på dette området er svak og at saksbehandlinga er dårleg organisert og ikkje blir prioritert. Ein viktig nøkkel til å betre kvaliteten på tenestetilbodet vil etter Regjeringa si oppfatning difor vere:

- å styrkje opplæringa av saksbehandlarar i omsorgssektoren eller rekrut-

- tere inn yrkesgrupper med erfaring frå saksbehandling og med juridisk kompetanse.
- å utvikle praktisk rettleiing om saksbehandling til bruk i omsorgstenesta.
 - å vurdere ulike måtar for organisering av arbeidet med søknadsbehandling, saksutgreiing, informasjon og klagebehandling, som sikrar at dette blir prioritert og utført på ein effektiv måte, i tråd med regelverket og god forvaltningsskikk.
 - å bruke individuelle tenesteplanar.

Enkelte kommunar, til dømes Bærum og Haugesund, har etter kvart valt å etablere egne einingar i forvaltninga (servicekontor e.l.) som tek i mot førespurnader og søknader, gir brukarinformasjon, saksbehandlar søknadene og fattar vedtak etter helse- og sosiallovgivinga. På den måten kan mottakarane halde seg til eitt kontor i staden for å måtte gå til mange ulike instansar for å få sett saman eit tenestetilbod. I tillegg kan samarbeidet om inn- og utskrivning frå sjukehus på denne måten bli meir effektivt, og driftsapparatet i omsorgstenesta kan avlastast frå slike forvaltningsoppgåver.

Når det gjeld opplæring, rekruttering og kompetanse for saksbehandling viser Regjeringa til dei verkemiddel som finst i handlingsplanen for helse- og sosialpersonell, og vil oppfordre kommunane til å prioritere dette området særskilt. Driftstilskotet knytt til handlingsplanen for eldreomsorga kan også nyttast til å utvide bemanninga og styrkje kvaliteten på forvaltningsarbeidet i omsorgssektoren.

Det må arbeidast for å skape større forståing og medvit i kommunane om at reglane i forvaltningslova og kommuneheslova er naudsynete for å sikre rettane for den enkelte. Det er eit problem at vedtak om tildeling av tenester ofte er lite spesifiserte slik at mottakarar ikkje får god nok informasjon om kva tilbod kommunen pliktar å gi. Dette vil bli følgt opp som ledd i det vedtekne forslaget i handlingsplanen for eldreomsorga (St. meld.50 1996-97) om enkeltvedtak ved innflytting i sjukeheim. Det er på same måten eit problem ved tildeling av heimetenester og utforming av tenestetilbodet til dei som bur i omsorgsbustad, at saksbehandlinga i omsorgstenesta ikkje fungerer godt nok. Regjeringa meiner difor at det er grunn til å innskjerpe saksbehandlingsreglane for tildeling av kommunale helse- og sosialtenester. Vedtaket om tenestetilbodet må vere formelt rett utforma etter lovverket og på ein slik måte at det er forståeleg for mottakarane og eventuelt pårørande. Sosial- og helsedepartementet har laga ein rettleiar for saksbehandlinga av sosiale tenester, Rundskriv I-0719B. Det bør vere ein felles rettleiar for saksbehandlinga i omsorgssektoren både etter sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova. Sosial- og helsedepartementet vil setje i gang eit arbeid med å lage ein slik rettleiar. Her vil det mellom anna blir utarbeidd ein standard for korleis enkeltvedtak bør utformast for å sikre rettstryggleiken for den enkelte og gi oversyn og informasjon til mottakar og pårørande. Eit slikt tiltak vil vere eit tilbod til kommunane og inneber ikkje nye pålegg frå staten.

Mange kommunar manglar system for oppfølging av kvalitetsforskrifta (IK-system). Det vil difor vere ei oppgåve å utarbeide ein rettleiar for framgangsmåten ved oppbygging av system for internkontroll som kommunane kan bruke. Dette må sjåast i samanheng med det opplæringsprogram som må etablerast i samband med forslaget om utvida statleg tilsyn basert på kommunalt ansvar for internkontroll. Sosial- og helsedepartementet tek sikte på at

rettleiaren for saksbehandlarar vil bli ferdig vinteren 2000/2001. Det vil på denne bakgrunn vere behov for å styrkje den rettleiingsfunksjonen som fylkeslegane og fylkesmennene har i dag både i forhold til saksbehandling og kvalitetsutvikling. Det vil vere naturleg å knyte dette til det tidlegare nemnde framlegget om program for kvalitetsutvikling og å sjå denne rettleiinga som ei forlenging av arbeidet med handlingsplanen for eldreomsorga etter år 2000, og også nytte den kompetansen som er bygd opp ved fylkesembeta m. a. i samband med handlingsplanen.

Haldningsskapande tiltak

Haldningane til dei tilsette i omsorgstenestene har mykje å seie for kvaliteten på den omsorga som blir gitt. Haldningar let seg ikkje styre av lover og reglar, heller ikkje av dei økonomiske rammene. Regjeringa meiner at haldningsskapande arbeid må skje ute på kvar enkelt arbeidsplass, og at det er ei viktig oppgåve for leiinga å syte for at haldningsspørsmål blir drøfta med dei tilsette. Haldningsskapande arbeid vil også vere viktig for å rekruttere arbeidskraft til denne sektoren, og ikkje minst for å få unge til å søkje seg til omsorgsyрка.

For tilsette med tilknytning til ein profesjon finst yrkesetiske retningslinjer for korleis dei skal utføre arbeidet sitt. Dette gjeld ikkje for ufaglærte, som det er eit stort innslag av i omsorgstenestene. Haldningsspørsmål må både takast med i dei grunnkurs som no blir tilbydde ufaglærte gjennom dei ulike handlingsplanane, og diskutert ute på den enkelte arbeidsplass. Sosial- og helsedepartementet vil setje i gang ein haldningskampanje for omsorgstenestene, mellom anna for å motivere folk til å gå inn i omsorgsyрка og for å stimulere til arbeid som fremjar haldningar ute på den enkelte arbeidsplass.

Kommunane spelar ei svært sentral rolle i omsorga for dei vanskelegstilte i samfunnet. Fleire av gruppene som er omtalte i denne meldinga er også mottakarar av sosiale tenester. Samarbeid og samhandling omkring menneske med samansette behov er difor sentralt. Handlingsplanen for sosialtenesta si førstelinje (1998-2001), Kunnskap og brubygging, fokuserer særleg på menneske med rusproblem, psykiske lidingar, dobbeltdiagnose og personar med innvandrarbakgrunn. I 1999 er det i alle fylke i landet etablert faglege forum der det er lagt til rette for at fagpersonar kan møtast og utveksle faglege erfaringar og problemstillingar. I Østfold (Råde, Hvaler og Rygge) er det også sett i gang faglege fora i omsorgssektoren. Regjeringa meiner at opplegget for Kunnskap og brubygging også må kunne nyttast i dei andre omsorgstenestene. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere etablering av faglege fora for heile eller delar av tenesta.

4.4.1 Oppsummering av tiltak

- Oppfølging av høyringsnotatet om heimel i sosialtenestelova for kvalitetsforskrift, kommunal internkontrollplikt, statleg tilsyn med heimetenestene og omlegging til systemrevisjon med eventuelt forslag til lovendring.
- Ei vurdering av å heimle kommunane si plikt til internkontroll i kommunehelsetenestelova.
- Revidere rundskrivet om kvalitet i pleie- og omsorgstenesta slik at ein får fram at den gjeld alle tenestemottakarar og heimetenestene.
- Styrkje opplæring, rekruttering og kompetanse for saksbehandling. Inn-

skjerpe saksbehandlingsreglane for tildeling av kommunale helse- og sosialtenester og utarbeide eit tilbod om eit samla rettleiingsopplegg til kommunane for internkontroll og sakshandsaming (mellom anna enkeltvedtak og klagesakshandsaming).

- Etablere eit statleg rådgjevarprogram (liknande kvalitetsrådgjevarprogrammet for helsetenesta) med vekt på dei kommunale helse- og sosialtenestene og samordning og styrking av det statlege tilsynsarbeidet frå 2002.
- Rettleiar om individuelle planar.

5 Utviklingstrekk og utfordringar

Dette kapitlet handlar om trekk ved mottakarane av tenestene, utviklinga og status for dei ulike tenestene, og dei viktigaste utfordringane ved tusenårsskiftet.

5.1 Mottakarane

Tradisjonelt har det vore vanleg å kategorisere mottakarane av dei kommunale omsorgstenestene ut frå fellestrekk knytt til diagnose eller alder. Eldre, psykisk utviklingshemma, menneske med psykiske lidningar, fysisk funksjonshemma og rusmiddelmissbrukarar er omgrep som blir nytta for å definere dei ulike gruppene. Dei to lovverka som regulerer tenestene skil likevel ikkje på same måten mellom grupper av tenestemottakarar. I kommunehelsetenestelova heiter det t.d. at kommunane skal syte for naudsynt helseteneste for alle som bur eller oppheld seg mellombels i kommunen, og at dette skal omfatte følgjande oppgåver: fremje helse og førebyggje sjukdom, skade eller lyte, diagnostisere og behandle sjukdom, drive medisinsk habilitering og rehabilitering og syte for pleie- og omsorg. Tilsvarende heiter det i sosialtenestelova at dei som ikkje kan dra omsorg for seg sjølve eller som er heilt avhengige av praktisk eller personleg hjelp for å greie gjeremåla i dagleglivet, har rett til hjelp etter § 4-2 a-d i lova, og at hjelpa skal vere på eit forsvarleg nivå.

Gjennom åra har kommunene gjennom ulike reformer, strukturendringar og endringar i praksis, fått ansvar for fleire hjelpetrengjande, m. a. gjennom ansvarsreforma for menneske med psykisk utviklingshemming, gjennom omstrukturering og nedtrapping av talet på institusjonsplassar i fylkeskommunen, og gjennom aukande utskrivning av pasientar frå sjukehus. Moderne medisinsk teknologi gjer det i dag mogeleg å gi sterkt hjelpetrengjande hjelp i eigen heim eller i ein kommunal institusjon, medan dei tidlegare måtte hjelpast i sjukehus.

Felles for det vi her kallar tenestemottakarar er at det er menneske med hjelpebehov av større eller mindre omfang, og som kommunane etter lovverket har plikt til å hjelpe. Hjelpebehovet og årsaka til dette varierer. Nokre har behov for hjelp til å bu, og til å meistre gjeremåla i dagleglivet, medan andre har behov for omfattande medisinsk oppfølging, og hjelp til meistring av stress, lidning og sjukdom, tilrettelegging av miljø, nettverksarbeid og førebygging. Det er eit vidt spekter og mangfald av behov. Å gruppere tenestemottakarane etter spesielle kjenneteikn har vore føremålstenleg fordi dei har felles trekk som vil kunne påverke tenestebehovet eller samansetjinga av tenestene. Der eit eldre menneske først og fremst har behov for tryggleik vil eit yngre kanskje ha hjelp til eit liv med arbeid eller utdanning. Likevel er det ikkje gitt at alle rusmiddelmissbrukarar har behov for like stor oppfølging. Det er heller ikkje slik at alle fysisk funksjonshemma har det same tenestebehovet. Tilsvarende vil det vere mange med hjelpebehov som kan høyre inn under fleire grupper, til dømes fysisk funksjonshemma eller rusmiddelmissbrukarar med psykiske lidningar, eller menneske med psykiske lidningar som har utvikla eit rusproblem. Vi får også t.d. ei større gruppe pleietrengjande rusmiddelmiss-

brukarar. Kommunane skal også etter kommunehelsetenestelova gi tenester til insette i fengsel. Mangfaldet når det gjeld mottakarar er stort og biletet komplekst, og i framtida vil det vere viktig å sjå på hjelpebehovet meir enn kva gruppe dei tilhøyrer.

Eldre er den største gruppa tenestemottakarar

Dei fleste mottakarar av dei tradisjonelle omsorgstenestene, dvs. tenester i alders- og sjukeheimar, heimehjelp og heimesjukepleie, er personar over 67 år. Av 155 000 mottakarar av heimetenestene i 1998, var 121 000 over 67 år, og ca. 73 000 eller 47 pst. var over 80 år. I 1998 var det vel 43 000 plassar i aldersinstitusjonar. Av dei som bur i institusjon har dei over 80 år sidan tidleg på 1990-talet utgjort i overkant av 72 pst., og talet har auka i 1998, som eit resultat av satsinga knytt til handlingsplanen for eldreomsorga.

Eldre er ei samansett gruppe og tenestebehova varierer mykje, frå dei som nesten heilt kan hjelpe seg sjølv og som kan klare seg med nokre timar praktisk hjelp i veka, til dei som treng omfattande hjelp heile døgnet. For mange står behovet for tryggleik sentralt. Mange eldre har også omfattande og samansette lidingar som krev utgreiing, diagnose og behandling.

Eldre funksjonshemma består av to hovudgrupper. Den eine gruppa er dei som blir funksjonshemma på grunn av alderdomssvekking som fører til nedsett rørsleevne, nedsett syn, høyrsel o.l. Den andre gruppa er dei som har levd heile eller store delar av livet med ei funksjonshemming og så blir gamle. Det er rimeleg å tru at talet på eldre som tidleg har pådrege seg eller som har medfødd funksjonshemming aukar. Det er m. a. kjent at levealderen til menneske med psykisk utviklingshemming har auka sterkt i etterkrigsåra. For å utvikle gode tilbod er det naudsynt å skaffe seg meir kunnskap om korleis aldringsprosessen hos ulike grupper funksjonshemma artar seg.

Undersøkingar viser at det i dag er mellom 55 000 og 60 000 menneske som er aldersdemente. Av desse bur omtrent halvparten utanfor institusjon (Innsyn og utsyn 1999). I den eldste gruppa, der mange er demente, har det vore ein sterk auke i talet på dei som bur aleine. Desse utgjør ei stor utfordring for omsorgstenestene, fordi hjelpebehovet er større hos dei som bur aleine enn hos dei som bur i hushald med fleire personar. Å utvikle eit kvalitativt godt tenestetilbod blir ei stor utfordring framover, jf. spesiell omtale av denne gruppa under punkt 7.1.

Mange fysisk funksjonshemma har eit hjelpebehov

Med fysisk funksjonshemma meiner vi personar som anten har sterkt nedsett arbeidsevne, nedsett rørsleevne, nedsett syn, høyrsel eller evne til å bere. Det er vanskeleg å rekne ut nøyaktig kor mange som er funksjonshemma. I Statistisk Sentralbyrå si levekårsundersøking frå 1995 vart 17,8 pst. av befolkninga i gruppa 16-79 år klassifisert som funksjonshemma. Mange av desse har eit hjelpebehov. Omfanget av hjelpebehov varierer, men felles er at dei har behov for hjelp til å meistre gjeremåla i dagleglivet, til å kunne delta i skule eller arbeidsliv og til å kunne nytte ulike fritidstilbod. Mange har også behov for hjelp til personleg stell og pleie. For mange funksjonshemma er det viktig at tenestene er lagt til rette slik at dei gir høve til å føre aktive og mest mogeleg

sjølvhjelpne liv. Heilt sidan 1981 har målsetjinga for politikken for funksjonshemma vore full deltaking og likestilling.

Menneske med psykisk utviklingshemming

Per 1.1. 98 var det registrert 19 700 menneske med psykisk utviklingshemming i kommunane. I oppbygginga av tilbodet til menneske med psykisk utviklingshemming har det blitt fokusert på normalisering, tilpassing av bustader og eit likeverdig liv på linje med andre. Helse- og sosialtenester er viktig, men minst like viktig er det å leggje til rette tilbod når det gjeld arbeid, utdanning, kultur og fritid. Halvparten bur i eigen bustad, og over 90 pst. av dei som bur for seg sjøve, får heimetenester. Av dei vel 8 000 menneska med psykisk utviklingshemming som bur hos familie og pårørande, er det 12 pst. som får hjelp frå heimetenestene. Kommunane yter omsorgsløn til ca. 15 pst., og det blir ytt avlastingstiltak til 64 pst. av foreldre/pårørande med heimebuande utviklingshemma. Vel halvparten har støttekontakt. Ein del har psykiske lidningar og/eller åtferdsproblem som treng oppfølging eller behandling. Dette krev særlege tiltak. Sosial- og helsedepartementet har gitt Statens helsetilsyn i oppdrag å kartleggje tilbodet, som i samarbeid med departementet er i gang med å vurdere korleis tilbodet til menneske med psykisk utviklingshemming kan betrast.

Menneske med psykiske lidningar i kommunane

Undersøkingar i norske lokalsamfunn har kartlagt at 15-20 pst. har psykiske lidningar i mildare eller alvorleg grad. Eit slikt tal inneber ikkje at ein femdel av befolkninga er psykisk sjuk heile tida. Det er eit uttrykk for at psykiske lidningar er svært utbreidde og at mange vil oppleve ei psykisk liding ein eller annan gong i livet. Ut frå ei samla vurdering av det materialet som ligg føre er det i opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. 63 (1997-98)) lagt til grunn eit omfang av alvorlege psykiske lidningar tilsvarande om lag 0,75 pst. av den vaksne befolkninga, eller om lag 25 000 personar. Mange av desse har eit omfattande behov for ulike kommunale tenester. I tillegg er det lagt til grunn at 0,25 pst. av den vaksne befolkninga, tilsvarande noko over 8 000 personar, har noko mindre alvorlege lidningar, og dei har eit visst behov for kommunale tenester.

Fleire undersøkingar tyder på at menneske med psykiske lidningar er mellom dei som lenge har hatt det svakaste kommunale tilbodet og dei dårlegaste levekåra. På same måten som for fysisk funksjonshemma og psykisk utviklingshemma har menneske med psykiske lidningar i tillegg til eit behov for helsetenester også behov for andre kommunale tenester. Det kan dreie seg om praktisk hjelp, støttekontaktar, og tilrettelagde tilbod når det gjeld arbeid, utdanning, kultur og fritid.

Rusmiddelmissbrukarar

Kommunane har også ansvar for tiltak og tenester til rusmiddelmissbrukarar. Problematikken knytt til rusmiddelmissbrukarar er ofte tung og samansett. Den krev eit tiltaksapparat som kan ivareta mange og ulike behov (St. meld. nr. 16 (1996-97)). Eit omfattande misbruk over tid resulterer nesten alltid i store sosiale problem, manglar i høve til arbeidsliv og skule, manglande

buevne som medfører at vedkomande blir utan bustad, og havnar i kriminalitet eller prostitusjon. Dei bustadslause er ei særleg belasta gruppe, også når det gjeld helse. Mange er svært sjuke, samstundes som dei brukar lite av helsetenestene.

Personar som har eit omfattande rusmiddelmissbruk utviklar ofte store psykiske problem. Samstundes veit vi at psykiske lidningar ofte er ein viktig medverkande faktor til at missbruk blir utvikla. Som eit resultat av desse to forholda er det langt meir av psykiske lidningar blant rusmiddelmissbrukarar enn i befolkninga elles. I dei seinare åra har omgrepet «dobbeltdiagnose» blitt brukt om personar som både er rusmiddelmissbrukarar og som har psykiske lidningar. Behovet for ulike tiltak som bustad, helsetenester, aktivitetar på dagtid, psykososial oppfølging m. v. er stort når det gjeld tunge rusmiddelmissbrukarar.

Døyande

Primærhelsetenesta har eit ansvar for å gi eit godt tilbod til menneske i sluttfasen av livet. Eit godt tilbod til døyande inneber at kommunane må gi eit omfattande tilbod som femner samarbeid mellom lege, heimesjukepleie, sjukeheim, sjukehus og nokre stader sjukestove. Dei som ønskjer det skal så langt råd er få døy i eigen heim, og bli støtta av helsetenesta og heimetenesta. I 1995 døyde om lag 17 pst. heime. Behandling og pleie og omsorg ved slutten av livet er sentrale oppgåver for sjukeheimane. Om lag 37 pst. av alle personar som døyde i 1995, døyde i sjukeheim eller aldersheim. Sjukestover har også som ei av sine hovudoppgåver å gi pleie- og omsorg i sluttfasen av livet. Både den døyande og pårørande har behov for å vere trygge på at avslutninga kan skje i verdige former. Å pleie ein alvorleg sjuk pasient med varierende smertetilstand og symptom, krev at ikkje berre pasienten får best mogleg pleie, men at også pårørande er sikra naudsynt hjelp og støtte slik at dei maktar omsorga.

5.2 Utviklingstrekk

Omsorgsyting er i Noreg i dag eit samspel mellom det offentlege, familien og dei frivillige. For å klare å møte utfordringane i dag og i framtida må desse framleis medverke på kvar sin måte og saman. Eit utviklingstrekk dei seinare åra er også at private aktørar har etablert seg i denne marknaden og som kommunane kjøper tenester frå.

5.2.1 Omsorgstenestene

Det har skjedd store endringar i helse- og sosialtenestene dei siste to tiåra. For det første har det vore sterk vekst både når det gjeld driftsutgifter og personell. Vidare har det skjedd endringar som desentralisering, dvs. at ansvaret for omsorgstenestene er overført til kommunane, og deinstitusjonalisering, dvs. at tradisjonelle omsorgsformer i institusjon er nedbygde. Samstundes er det satsa meir på heimetenester og alternative buformer.

Så godt som alle institusjonsplassar for psykisk utviklingshemma har blitt avvikla i åra frå starten på 1970-talet og fram til første halvdel av 1990-talet. Denne avviklinga omfatta vel 5000 institusjonsplassar. Over ein litt lengre peri-

ode er omtrent det same talet plassar avvikla i psykiatriske institusjonar utan ei systematisk oppbygging av tilbod i kommunane.

Eit stort fleirtal av psykisk utviklingshemma er mottakarar av tenester i heimen, og om lag 1/3 har over 60 timar hjelp i veka (jf. Rundskriv I-16/99 Status for tilbodet til menneske med psykisk utviklingshemming). Evalueringa av reforma tyder på at dei fleste har fått eit betre tilbod enn tidlegare (Romøren 1995, Tøssebro 1996). Norges forskningsråd har på oppdrag frå Sosial- og helsedepartementet sett i gang ei evaluering av levekåra til psykisk utviklingshemma 10 år etter reforma, der fokus særleg er retta mot dei svakaste gruppene. Det manglar t.d. framleis mykje når det gjeld fritidstilbod. Menneske med samansette problem og stort behov for hjelp, som mellom anna personar med psykisk utviklingshemming og personar med psykiske lidningar, er dei seinare åra prioriterte i forhold til arbeidsmarknadstiltak. Arbeidsmarknadsetaten har kartlagt behovet for plassar i tiltak for arbeidssamvirke, som gir tilbod om varig sysselsetting for personar som har lite høve til å få ordinært arbeid. Kartlegginga viser at det framleis er behov for utbygging av tiltaks plassar retta mot yrkeshemma med stort behov for hjelp, men det er meir uvisst når det gjeld omfanget. Behovet er knytt til plassar i arbeidssamvirketiltak, men i like stor grad til avklarande og integrerande tiltak som Arbeid med bistand og Arbeidsforberedende trening (AFT), som har vist seg velegna for desse gruppene. Regjeringa har difor sett det som viktig også å satse på desse tiltaka.

I psykiatrien har ikkje institusjonsavviklinga vore ei bustadreform på same måte som i ansvarsreforma. Her er dei tradisjonelle institusjonane ikkje først og fremst erstatta av nye buformer, men av nye og meir differensierte tilbod i spesialisthelsetenesta. Mykje tyder på at denne gruppa så langt har kome dårlegare ut når det gjeld levekår enn kva tilfellet er for menneske med psykisk utviklingshemming. Regjeringa vil difor sterkt framheve opptrappingsplanen for psykisk helse og kor viktig det er at den blir gjennomført i tråd med Stortinget sine føresetnader. Ikkje minst viktig er den satsinga som no skjer med oppbygging av tiltak i kommunane.

Det har også skjedd ei nedbygging av tradisjonelle institusjonsplassar for eldre, primært i aldersheimar, men ikkje på langt nær i same grad som for psykisk utviklingshemma og menneske med psykiske lidningar på 80- og tidleg på 90- talet. Samstundes har fleire eldre nytt godt av auken i tilbodet av bustader som kommunane disponerer til pleie- og omsorgsformål, frå 28 695 i 1994 til 41 900 plassar i 1998.

Gjennom lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistomsorga og seinare lov om sosiale tenester, vart også særomsorga for rusmiddelmissbrukarar avvikla. Dette la grunnlaget for å vidareutvikle eit differensiert og heilskapleg tiltaksapparat på fylkeskommunalt, kommunalt og lokalsamfunnsnivå. Lov om sosiale tenester kap 6 heimlar særlege tiltak i høve til rusmiddelmissbrukarar. I medhald av lova har sosialtenesta ansvar for råd, vegleiing og hjelpetiltak til den enkelte missbrukar, samt for råd og vegleiing til pårørande av missbrukarane. Sosialtenesta skal i første rekkje satse på hjelpetiltak lokalt. Dersom slike tiltak ikkje er nok, skal sosialtenesta, i samråd med klienten, søkje plass i eigna institusjon for døgnbehandling. Sosialtenesta har likevel ansvar for missbrukaren både før, under og etter eit eventuelt opphald på institusjon. Det

er store variasjonar kommunane imellom når det gjeld utvikling av tiltaksapparatet, og når det gjeld samarbeid med andre instansar som kan ha ulike aktuelle tiltak for misbrukarar. Rusmiddelmissbrukarar har same rett til helse-tenester som befolkninga elles, og skal såleis ha tilgang til m. a. tenester frå allmennlege, helsestasjonane sine tilbod og heimesjukepleie. Det viser seg likevel at rusmiddelmissbrukarar av ulike årsaker i ei viss utstrekning kan ha behov for spesielt tilpassa tenester.

5.2.2 Innsatsen frå familie og pårørande

Offentleg sektor har ekspandert kraftig dei siste 30 åra, og gir i dag tenester til hjelpetrengjande menneske i eit stort omfang. Omsorgsarbeid utan løn, som tradisjonelt er blitt utført av kvinner, er endra til lønna kvinneleg omsorgsarbeid. Fleire undersøkingar viser likevel at familiane framleis yter omfattande omsorg. Ser ein på endringar over tid, viser det seg at dei tre siste tiåra er kjenneteikna av stabilitet og ikkje nedgang i familieomsorga. Ein stadig større del av befolkninga gir omsorg, men dei som yter omsorg gir mindre enn før (Lingsom 1997). Dei endringane som faktisk har skjedd skuldast først og fremst at den interne arbeidsdelinga har endra seg. Fleire menn deltek i omsorgsarbeid, og stadig fleire bur aleine og treng hjelp frå slektningar som bur i andre hushald.

Ei undersøking av familieomsorg til eldre som vart gjennomført i 1997 viser at familien framleis stiller opp når det offentlege går inn med hjelp (Gautun 1999). Dette viser at samspelet mellom offentleg innsats og familie- og pårørande er viktig for å oppretthalde den uformelle omsorga i åra framover. Undersøkinga viser at eldre som får heimetenester får meir hjelp frå døtrer og søner enn eldre som ikkje får hjelp frå heimehjelp og/eller heimesjukepleie. Aktive menn og kvinner er også aktive i å skaffe hjelp til foreldra frå det kommunale hjelpeapparatet, og så lenge foreldra bur heime supplerer offentlege tenester familieomsorga. Oppfatninga om at viljen i familien til å gi omsorg har blitt svekt som ei følgd av utbygginga av det offentlege hjelpeapparatet kan altså sjå ut til å vere feil. Auka yrkesaktivitet for kvinner ser heller ikkje ut til å føre til redusert familieomsorg. Yrkesaktive på heiltid, både menn og kvinner, hjelper i like stor grad som ikkje yrkesaktive og yrkesaktive på deltid gamle foreldre.

Undersøkingar blant familiar med funksjonshemma barn viser at yrkesdeltakinga blant foreldre blir redusert på grunn av omsorgssituasjonen. Dette gjeld særleg mødre. Behovet for omsorg frå foreldre kan vare i svært mange år. Det skaper ofte både økonomiske vanskar for familien og stor slitasje på den som gir den daglege omsorga. Dersom barnet dør eller til slutt får eigen bustad er gjerne mor utsliten og utan sjanse til å kome i lønna arbeid. Mange av dei som har behov for omsorgsløn er nettopp dei som har gitt slepp på lønsinntekt for å ivareta omsorga for funksjonshemma barn eller andre nærpersonar med funksjonshemming. Funksjonshemma barn blir som andre barn, best tekne vare på av sin eigen familie. Det offentlege skal hjelpe til med å leggje til rette for ei omsorg basert på familien, og ordninga med omsorgsløn og avlasting er tiltak som er meint å støtte opp om familien. Regjeringa meiner difor det er viktig at kommunen kan tilby omsorgsløn og avlastingstiltak. Tilgang på god informasjon i ulike fasar er ein faktor som synest å påverke posi-

tivt familiane si oppleving av å bli høyrde. Sosial- og helsedepartementet starta hausten 1999 opp førsøksprosjekt i 3 kommunar knytte til ordninga med omsorgsløn. Dei tre prosjekta vil kvar for seg ta utgangspunkt i brukarane sine røynsler med den noverande ordninga og prøva ut om ulike endringar i tildelinga og praktiseringa av ordninga og vil gi betre resultat for den einskilde familien. Det er sett av 5 mill. kroner pr. år i 3 år til prøveprosjektet som blir evaluert av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Sjølv om familieomsorga ser ut til å vere meir robust og stabil enn ein trudde, har det skjedd endringar i den som har ført til at den offentlege omsorga står framfor store utfordringar. Dei fleste familiar har i dag for liten kapasitet til åleine å ha ansvaret for tunge og vedvarande omsorgsoppgåver. Eit godt samarbeid mellom dei offentlege tenestene og familien og pårørande er svært viktig. Eit døme på kor viktig dette samarbeidet er, er at familien til rusmiddelmissbrukarar ofte er ein ressurs som medverkar positivt til at rusmiddelmissbrukarar klarer å bli behandla og rehabilitert. Samstundes har mange pårørande vore gjennom store påkjenningar og har difor også eit behov for hjelp og omsorg frå hjelpeapparatet. Å støtte familien vil også kunne hjelpe rusmiddelmissbrukaren. I mange tiltak er det heilt avgjerande at hjelpeapparatet samarbeider med familien for at behandling og rehabilitering skal lukkast.

5.2.3 Den frivillige innsatsen

Dei frivillige organisasjonane har lange tradisjonar for å delta aktivt ved utforming og drift av tiltak i omsorgstenestene. Medlemene utfører mykje gratis arbeid. Frivillige organisasjonar har spela og bør framleis spele ei nyttig og meiningsfylt sosialpolitisk rolle. I tillegg til at aktivitetane avlastar offentlege tenester, har dei ein eigenverdi som går ut over sjølve verksemda. Eigenverdien er knytt til deira evne til å involvere menneske i meiningsberande innsats, som medverkar til ei kjensle av at dei høyrer til noko som er større enn dei sjølve. Like viktig som det frivillige samanslutningar *gjer*, er *måten* dei gjer det på. Di større medlems- og deltakaraktivitetane er, di større er samanslutninga si evne til å skape sosial integrasjon.

Det er rekna ut at det frivillige arbeidet i Noreg utgjer ca. 111 000 årsverk. I 1995 kanaliserte staten om lag 4,7 milliardar kroner gjennom frivillige organisasjonar. Ein vesentleg del av summen var støtte til velferdsprosjekt i regi av organisasjonane. Dette utgjer berre ein del av den totale offentlege støtta, då tilskot frå kommunar og fylkeskommunar ikkje er rekna med.

Det frivillige arbeidet er i endring. Tida med eit stort omfang av frivillig sosialt arbeid, med eit humanitært, filantropisk eller religiøst engasjement, i store, landsomfattande organisasjonar verkar å vere på veg ned. Frå 1983 til 1995 gjekk andelen aktive medlemmer i humanitære/sosiale organisasjonar ned frå 31 til 27 pst., samtidig som også medlemstalet gjekk tilbake (Lorentzen og Oppdalshei 1996:29). Men framleis oppgir 397 000 personar at dei har gjort ein frivillig innsats i ein frivillig organisasjon. Innan det sosiale/humanitære feltet er det rekna ut at det blir utført 20 400 årsverk, og at dette er det tredje største området for frivillig innsats målt i antall årsverk (Wollebæk, Selle og Lorentzen 1998). Ein relativ liten del av den totale frivillige verksemda- rundt

5 pst., eller 1350 årsverk- går til omsorgsarbeid. Pasient/klient og funksjonshemma sine organisasjonar har hatt ein vekst i talet på medlemmar.

Det sosiale feltet har lenge vore dominert av rettighetsorganisasjonane på den eine sida, og dei religiøse/humanitære organisasjonane på den andre sida. Rettighetsorganisasjonane og dei store humanitære organisasjonene er prega av at sentral- og lokalledd lever ulike liv, der sentralleddet i stor grad er profesjonalisert og mye retta mot statsforvaltninga, mens lokalledda driv eit stort spekter av mindre, sosiale tiltak i eige lokalsamfunn. Dei religiøse organisasjonane er kjenneteikna av lita offentleg avhengighet og små sentralledd. Det har også vakse fram ein type frivillig arbeid basert på felles erfaringar, gjensidig hjelp og sjølvhjelp. Medan det frivillige arbeidet tidlegare i stor grad vart drive fram av idealistiske, veldedige organisasjonar med eit ønskje om å hjelpe andre, er den nye type frivillig hjelp i større grad fora for eigenaktivitet og gjensidig hjelp, grupper for sjølvhjelp, interesseorganisasjonar og foreiningar for pårørande.

Sjølv om omsorgsarbeid utgjer ein liten del av den samla frivillige innsatsen, utgjer dei likevel eit relativt stort innslag i omsorgssektoren. Blant anna er den økonomiske og sosiale innsatsen til dei frivillige organisasjonane undervurdert. Utan dei hadde store delar av helse- og sosialNoreg sett annleis ut. Ein oversikt viser mellom anna at 6500 årsverk eller 6 pst. av alle årsverka innan alders- og sjukeheimar, psykiatriske og andre somatiske institusjonar blir utført av frivillige (Folkedal 1999). Mellom 30 og 35 pst. av eldreomsorga i dei tre største byane i Noreg blir utført ved institusjonar som dei frivillige organisasjonane eig. I følgje Folkedal sparer det offentlege store summer ved at yting av tenester skjer innan frivillig sektor. Sjølv om mykje av verksemda til desse organisasjonane sine institusjonar blir betalt av det offentlege, utgjer likevel deira engasjement og eigarskap ei monaleg avlastning for det offentlege. Dei frivillige organisasjonane innan store delar av sosial- og helsesektoren har lengre erfaring enn tilsvarende offentlege institusjonar. Ofte verkar dei også som pådrivarar for å betre tilbodet og skape merksemd omkring utsette grupper sin situasjon.

Institusjonar drivne av frivillige organisasjonar

Frivillige organisasjonar har i stor grad starta opp og drive institusjonar i omsorgssektoren. På ein del område har dei gått føre og vist kva modellar som eignar seg. Frivillige organisasjonar har bygd opp og driv i dag institusjonar både i somatisk sektor, i psykiatrien, innan rehabilitering, i tiltak for rusmiddelmissbrukarar og innan barne- og ungdomsvern. Rundt 2/3 av heildøgntilbodet til rusmiddelmissbrukarar er i privat regi. Organisasjonar som Kirkens Bymisjon, Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Blå Kors, Frelsesarmeen m. fl. medverkar såleis med eit svært viktig supplement til det offentlege tilbodet i institusjon. Som for offentleg eigde og drivne institusjonar, varierer også kvaliteten på dei private, og fylkeskommunane inngår i regelen berre avtaler med institusjonar som dei meiner kan gi klientane eit godt tilbod.

Institusjonar innan omsorgssektoren som i dag er eigde av frivillige organisasjonar skil seg lite frå kommunalt eigde institusjonar. Organisasjonane sine institusjonar blir, på same måte som dei kommunale, drivne med profesjonelt tilsette. Dei er med i kommunale planar og drifta blir finansiert av kom-

munar og fylkeskommunar. Grunnen til at det er små forskjellar mellom frivillige og kommunale institusjonar er at kommunen etter lovgjevinga har ansvar for at befolkninga får dei tenester den har krav på, også i dei tilfella der andre utfører tenestene. Utover dette har dei frivillige organisasjonane eigne verdi-grunnlag, dei driv ofte med andre former for verksemd som fører til ei kjensle av å høyre til i ein sosial fellesskap. Det er derfor viktig å gje desse institusjonane og organisasjonane rom for å yte omsorg utover krava stilt i lovgjevinga.

Andre typar tiltak

I open omsorg spelar dei frivillige organisasjonane ei meir sjølvstendig rolle, og her er delar av arbeidet basert på ubetalt arbeid. Likevel er også dei frivillige organisasjonane som yter tenester på dette området i stor grad finansierte av offentlege tilskot/driftsmidlar. I denne sektoren utviklar organisasjonane stadig nye tilbod og aktivitetar. Variasjonen i aktivitetane er stor, og dei inkluderer m.a. heimesjukepleie, servicesenter og helse- og velferdssentralar for eldre og funksjonshemma, og transport av funksjonshemma og eldre.

Mange av tiltaka avlastar offentleg verksemd, og krev samarbeid mellom den frivillige og den offentlege verksemda. Eit døme er Røde Kors si besøksteneste. Denne tenesta driv systematisk rekruttering, opplæring og rettleiing av frivillige. Ofte kan det vere ein fordel å trekkje offentleg tilsette med i dette. Dei frivillige er likevel avhengige av at det offentlege kan formidle kontakt med brukarar som har behov for ei slik teneste. I Borre kommune er det inngått eit systematisk samarbeid mellom kommunale omsorgstenester og Røde Kors sine besøkstenester. Kommunen opplyser at gjennom dette systematiske samarbeidet er besøkstenestene med på å avlaste andre tenester.

Dei tradisjonelle frivillige organisasjonane driv også eldresenter, besøkstenester og ordningar med støttekontakt for pasientar på institusjon og klientar. Dei driv krisesenter og krisetelefonar, sosial omsorg, sosialt arbeid, hjelp til med å finne bustad for dei som manglar dette, yter generelle hjelpetiltak for spesielle grupper som flyktningar og asylsøkjjarar, driv avlasting for pårørende og oppsøkjande verksemd. Når det gjeld tyngre og meir ressurskrevjande oppgåver i helse- og sosialsektoren utanfor institusjon, slik som heimesjukepleie og helsestasjonar, har det offentlege teke hovudansvaret i mange år, og dei frivillige organisasjonane fungerer som ein del av, og inngår i mange tilfelle som eit supplement til det offentlege tilbodet.

Nye typar frivillig hjelp

Det har dei seinare åra vakse fram ein type frivillig hjelp i pleie- og omsorgssektoren som er basert på felles erfaringar, gjensidig hjelp og sjølvhjelp. M.a. er det etablert fleire såkalla sjølvhjelpsgrupper. Organisasjonane til funksjonshemma er representantar for denne typen frivillig arbeid. Likemannsarbeid er organisert som samhandling, som skal vere til støtte eller til hjelp for ein annan som har same funksjonshemming, men som har kome kortare i det å arbeide med sin eigen situasjon. Dette handlar om å gi kvarandre støtte og hjelp, utveksle erfaringar og gi kvarandre råd i forhold til spørsmål som ikkje krev profesjonell hjelp. Funksjonshemma sine organisasjonar driv også telefonvaktteneste, besøksteneste og samtalegrupper. Dei organiserer også tilbod om ferie og fagseminar for medlemene.

Sentralt i det nye frivillige arbeidet er at brukarorganisasjonane peiker på det offentlege sitt ansvar for å byggje ut og drive tiltak og tenester. Bortsett frå det som gjeld likemannsarbeid og ferie og fritid, ønskjer vanlegvis ikkje desse organisasjonane å eige og drive pleie- og omsorgstiltak, t. d. institusjonar. Mange av desse organisasjonane er opptekne av brukarmedverknad både på individ- og kommunenivå.

Eit trekk i utviklinga er at det finst ein del menneske som vil gjere ein frivillig innsats, utan at dei ønskjer å gå inn i ein organisasjon. Det kan sjå ut til at færre let seg engasjere til frivillig innsats av ideologi og målsetjingar i organisasjonar. I staden spring engasjementet ut frå identifikasjon med lokalsamfunnet og «dei nære ting». Frivilligsentralar og eldresenter ser ut til å fange opp denne typen engasjement. Eldresentra er eit døme på samarbeid mellom kommunane og frivillige organisasjonar. Dei er også ein arena for frivillig innsats der eldre hjelper kvarandre.

Frivilligsentralar

Frivilligsentralane vart oppretta for å vitalisere den humanitære og sosiale frivillige hjelpa. Formålet med sentralane er å mobilisere og organisere frivillig innsats for å møte lokale behov. Til no er det i alt 236 frivilligsentralar som får statleg støtte. 62 av dei er etablerte under sentrumsregjeringa. Ved starten stod det ein frivillig organisasjon bak 40 pst. av sentralane, medan 36 pst. var kommunale. I 1998 var eigardelen til dei frivillige organisasjonane redusert til 23 pst.. Delen av uavhengige sentralar hadde auka til 24 pst., medan kommunane stod bak nesten halvparten av sentralane. Frivillighetssentralane er eit tiltak som stat, kommune og frivillige organisasjonar finansierer i fellesskap. Hovudtyngda av verksemda er i helse- og sosialektoren, og samhandlinga med kommunale etatar er stor. Det er overvekt av gjeremål retta mot eldre og «sosiale problem». Sentralane har, uansett eigarskap, blitt ein innarbeidd og integrert del av tilbodet i mange kommunar. Mange av sentralane har blitt klare suksessar målt etter aktivitet, tilbod og talet på frivillige. Sentralane produserer ca. 400 frivillige årsverk og rundt 12 000 menneske får kvart år ei eller anna form for hjelp. Sett i forhold til dei tilskot som blir gitt til sentralane, er dette eit godt resultat.

Ei evaluering av frivilligsentralane viser at dei, saman med andre samarbeidsprosjektet, verkar å representere starten på ei epoke med nye band mellom kommune og frivillig sektor (Lorentzen og Røkeberg 1998). Gjennom sentralane inngår kommunane og organisasjonane i tettare samarbeidsformer enn det som har vore vanleg tidligare. Kommunane er nøgde med organisasjonane. Grunnlaget for slike prosjekt kan vere ei lokal «vi»-kjensle, tufta på å høyre heime på staden eller i kommunen. Også mange kommunar har ei sterk lokal forankring, og den felles tilknytninga til området kan utgjere den verdime ssige fellesnevaren som foreinar forvaltning og organisasjon.

Regjeringa meiner at gjennom samverkeløysinger, stiftingar, kristne, humanitære og ideelle organisasjonar vert innbyggjarane stimulerte til å etablere og delta i ulike tilbod som kan supplere det offentlege tilbodet. Det er viktig å medverke til at denne typen ikkje-kommersielle tenestetilbod kan gi eit meir omfattande og betre tilbod. Den enkelte sitt ansvar for eige nærmiljø er medspelar til det offentlege, som har det overordna ansvaret for tenestene. Derfor vil Regjeringa halde fram med å stimulere til frivillig innsats, og ser

mellom anna institusjonar som er drivne av frivillige organisasjonar som eit positivt innslag både når det gjeld tiltak for rusmiddelmissbrukarar og delvis innan pleie og omsorg. Regjeringa vil også støtte opp om den nye typen frivillig hjelp som har vakse fram dei seinare åra, der enkeltpersonar tek del til dømes i frivilligsentralar og eldresenter. Med utgangspunkt i den sterke veksten i talet på frivilligsentralar blir det ei viktig oppgåve å styrkje dei sentralane som allereie er etablert.

5.2.4 Marknadsbaserte løysingar

Det er kommunane sjølve som i dag står for det alt vesentlege av tenesteytinga, og Regjeringa meiner at det framleis er ei målsetjing at desse oppgåvene i hovudsak skal løysast av det offentlege. Eit utviklingstrekk som likevel gjer seg stadig meir gjeldande er at det har kome private tenestetilbod også innanfor omsorgssektoren i kommunane.

Kommersialisering, privatisering og konkurranseutsetjing er omgrep som ofte blir brukte om kvarandre. Konkurranseutsetjing er ei utvikling som har skjedd i omsorgssektoren i Sverige, og som vi også ser tendens til i Danmark og Noreg. Det har vore relativt vanleg i mange kommunar å setje ut oppgåver utan konkurranse ved at kommunen inngår avtale med eit privat firma eller ein frivillig/humanitær organisasjon om drifta av til dømes sjukeheimar. Konkurranseutsetjing er likevel eit nytt fenomen i høve til drift av omsorgstenester i Noreg. Den kan gjevast ulike utformingar. Den kan skje innanfor kommunen slik at ulike kommunale einingar må konkurrere om anbodet, ved at berre private verksemdar blir invitert til å delta, eller ved at både private og kommunale einingar deltek i konkurransen på likt grunnlag. Ved konkurranseutsetjing har kommunen framleis ansvaret for at befolkninga og den enkelte mottakar får dei tenester ho eller han har krav på etter lovgiving og lokale vedtak. Kommunen har også framleis finansieringsansvaret.

Konkurranseutsetjing treng altså ikkje å medføre ei privatisering av tenestane. Det finst fleire døme på at kommunen sjølv har lagt inn anbod og vunne i konkurransen med private aktørar. *Privatisering* dreier seg om at private aktørar overtek ansvar og produksjon av tenestene på bestilling frå kommunane, dvs. at dei berre overtek ansvaret for drift og personell. Kommunane har ikkje høve til å konkurranseutsetje oppgåver i sjølve forvaltninga og utøving av mynde, som t.d. saksbehandling, kontroll og funksjonar som har med tilsyn å gjere.

Boks 5.1 Modellkommuneprosjektet- Sørums kommune

I november 1995 sette Sørums kommune ned eit utval som skulle greie ut føresetnadene for ei eventuell konkurranseutsetting av tenester som kommunen sjølv utfører i dag. Under arbeidet tok Sørums kommunale forening initiativ til eit samarbeidsprosjekt mellom Norsk Kommuneforbund og Sørums kommune om oppstart av Modellkommuneprosjektet. Prosjektet har som mål å styrkje og betre dei kommunale tenestene, bidra til effektiv bruk av ressursane og å sikre kvalitet og standardar på tenestene. Med dette ønskjer ein å betre evna til å møte krav

utanfrå, bidra til at brukarar og medarbeidarar blir meir nøgde, og å sikre dei kommunale arbeidsplassane. I februar 1998 vedtok kommunen å inngå eit samarbeid med Sørums kommunale forening og Norsk Kommuneforbund om eit 3-årig prosjekt. Hovudinnhaldet i prosjektet er at dei tilsette skal vera sentrale deltakarar i endringsarbeidet, ved at forslag til endring og effektivisering skal kome frå medarbeidarane sjølve. For å skape ein arena for endringsarbeidet i prosjektperioden, og for å auke endringskompetansen også etter at prosjektet er avslutta, skal det utdannast utviklingsretteleiarar. Dette skjer i samarbeid mellom hovudtilsvalde og fagforeiningane, rådmann og toppleiargruppa.

Erfaringar med konkurranseutsetjing i omsorgssektoren

Konkurranseutsetjing i omsorgssektoren er eit nytt fenomen i Noreg. Difor veit vi svært lite om dei langsiktige verknadene for kvalitet, kostnader, ulikskap i tilbodet kommunane imellom, talet på sysselsette i omsorgstenesta, arbeidsmiljø mv. Den mest oppdaterte norske undersøkinga som ligg føre har samanlikna kostnader ved 8 sjukeheimar, av dei to konkurranseutsette (Nygård 1998). Eventuelle forskjellar i kvalitet er ikkje undersøkte. Studien viser at dei konkurranseutsette sjukeheimane ikkje er rimelegare i drift enn dei kommunale samla sett, men at dei private er mest kostnadseffektive innan aktivitetar som ikkje er brukarretta (mat m. v.).

Arbeids- og administrasjonsdepartementet gjennomfører no ei utgreiing av norske og internasjonale erfaringar med konkurranseutsetjing innanfor offentleg sektor, inkludert omsorgstenestene. Utgreiinga vil liggje føre tidleg i år 2000.

Erfaringar frå andre nordiske land

Konkurranseutsetjing og privatisering er også eit nytt fenomen i omsorgstenestene i Danmark. Det finst nokre døme på konkurranseutsetjing av enkelte spesialtenester, som oppgåver med transport, matproduksjon, matleveranse, reingjering, tøyvask etc. Det er også nokre forsøk på konkurranseutsetjing av omsorgstenester i enkelte kommunar. Fleire av desse forsøka har stranda på eit tidleg stadium på grunn av misnøye med tenestetilbodet og konflikt mellom den private operatøren og kommunen.

I Sverige gjennomførte enkelte kommunar konkurranseutsetjing av omsorgstenester allereie tidleg på 90-talet. Det er likevel ikkje gjennomført større studiar som seier noko om dei langsiktige effektane. Ulike forskingsprosjekt viser at det berre er i dei folkerike delane av landet at det er nok interesse for å leggje inn private anbod i samband med konkurranseutsetjing. Det ser også ut til at kommunane finn det enklast å konkurranseutsetje institusjonstenestene. Konkurranseutsetjing av heimetenestene krev eit større og tyngre forarbeid av kommunane. Anbudsrundane viser seg å vere krevjande for mange.

Det er gjennomført fleire undersøkingar i kommunane i Sverige der effektivitet og kvalitet i konkurranseutsette omsorgstenester blir samanlikna med kommunale tenester. Desse undersøkingane viser at det er store variasjonar

innan den enkelte kommune og mellom kommunar. Det finst døme på kostnadsreduksjonar på opptil 26 pst. etter at tenestene er konkurranseutsette, men det finst òg fleire døme på at det ikkje har vore nokon kostnadsreduksjon for kommunen i det heile. Det er i undersøkingar frå Sverige ikkje funne indikasjonar på at kvaliteten på tenestene har gått ned i samband med konkurranseutsetjing. Det heiter at det er store variasjonar i kvalitet mellom tenestene frå kommune til kommune, men variasjonane avheng ikkje av om driftsforma er privat eller kommunal.

Det er gjort relativt få studiar over vilkåra for arbeidstakarane innan privat driven omsorg etter konkurranseutsetjing av tenestene i Sverige. Ei nyleg avslutta arbeidstakarundersøking i privat verksemd kan tyde på at tilsette i hovudsak opplever sitt arbeidstilhøve som positivt til trass for auka arbeid og tyngre arbeidstidsordningar. Det blir peikt på at private firma organiserer verksemda betre, slik at arbeidstakarar i stor grad får brukt sin kompetanse. Dei enkelte arbeidstakarane blir i stor grad sett og høyrde, og deltek aktivt i avgjerder som gjeld kvardagen deira. Vidare blir det lagt stor vekt på eigen (firmaet sin) ideologi som drivkraft i verksemda, og at den enkelte arbeidstakar skal etablere eit eigarforhold til denne ideologien. Dette er tydelege signal om at tenestene ikkje har vore tilfredsstillande administrert og organisert i kommunal regi. Men tilsvarande erfaringar har offentlege tenesteytarar gjort gjennom prosjektet i Sørums kommun (jf. boks 5.1). Ut frå dei erfaringane ein har til no er det vanskeleg å seie noko endeleg om korleis konsekvensane av konkurranseutsetjing i forhold til arbeidstakaranes sin situasjon vil vere.

Forhold som kommunane må vere klar over dersom tenester blir sette ut

Regjeringa viser til at konkurranseutsetjing av omsorgstenester reiser fleire spørsmål som må vurderast dersom kommunar ønskjer å overføre heile eller delar av omsorgstenesta til privat drift. Det er ikkje rettslege hinder i kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova mot å setje ut driftsrelaterte oppgåver til private, men det er ei rekkje andre oppgåver kommunen ikkje kan overlata til private. Dette gjeld følgjande forhold:

- kommunen må i tråd med lover og forskrifter syte for at det er etablert tenestetilbod, at tilboda har tilfredsstillande kvalitet og at dei finst i eit slikt omfang at det dekkjer kommunen sitt behov
- kommunen skal behandle søknader om tenester og fatte vedtak med spesifisering av tilbodet, kva omfang tilbodet skal ha og utrekning av eigenbetaling for dei tenester det kan takast eigendelar for
- kommunen skal ha eit system for klagebehandling av søknader og vedtak
- kommunen skal føre tilsyn med tenestetilbodet
- kommunen skal ha eit system for klagebehandling for innhaldet i tenestene
- kommunen har eit finansieringsansvar

I tillegg er det ei rekkje andre forhold som kommunane må sikre i samband med konkurranseutsetjinga:

- kommunen må sikre at den har tilstrekkeleg kompetanse innanfor områda økonomi, juss, forhandling og spesifikk fagkompetanse på omsorgstenester
- kommunen må som ansvarleg for kontrakten kunne handtere omleggjin-

- gar og eventuelt nedleggjing av kommunale tiltak
- kommunen må til ei kvar tid vere budd på og ha kapasitet til å handtere eventuelle akutte problem i det private tenestetilbodet

Avtala mellom kommunen og den private tenesteytaren blir svært viktig for å supplere det eksisterande regelverk, og for å gi kommunen høve til å styre verksemda og syte for at kvaliteten på tenestene blir god nok. Kommunane må når dei set ut tenester vere medvitne om problem knytt til teieplikt, kontraktspørsmål, forhold knytt til konkurranselovgivinga og konkurs. Ved konkurranseutsetjing må kommunen spesifisere kva kvalitet på tenesta dei ønskjer å få levert. I anbudsdokumentet må det klart framgå

- kva lover og forskrifter for kvalitet i tenesta som ligg til grunn
- kva krav kommunen legg til grunn
- spesifisering av kva dette inneber i praksis, dvs. at kommunen må utarbeide indikatorar for kvalitet i tenesta
- korleis måling av kvalitet skal utførast

Kommunenenes Sentralforbund og KS Forskning har gjennomført eit større prosjekt i samarbeid med kommunane Ballangen, Malvik, Trondheim, Årdal, Øystre Slidre, Østre Toten, Skedsmo, Kristiansand og Vestfold fylkeskommune. Siktemålet har vore å utvikle verktøy til hjelp i arbeidet med kvalitetsmåling i dei enkelte kommunar. Her blir lagt vekt på 4 viktige forhold for alle som går i gang med utvikling av indikatorar for kvalitet og kvalitetsmåling:

1. Utviklinga av indikatorar må vere forankra hos ansvarleg politisk eller administrativ leiing, eventuelt sektorleiing. Leiinga må definere dei krava som settet av indikatorar må tilfredsstille.
2. Utviklinga av indikatorar må involvere både tenesteytarar og mottakarar.
3. Leiing, tenesteytarar og brukarar må saman utvikle ei felles målsetjing for arbeidet.
4. Eit vellukka arbeid viser seg ofte å byggje på prosessar som allereie er i gang.

Kvalitetsmåling, kvalitetssikring og betring av kvalitet har vore tema i omsorgstenestene uavhengig av konkurranseutsetjing, jf. kap. 4. I samband med konkurranseutsetjing av tenestene er det heilt naudsynt å etablere eit kvalitetssikringssystem som sikrar god nok kvalitet, og som gir kommunen høve til å etterprøve om den avtalte kvaliteten blir levert. Det er difor eit omfattande arbeid som må gjerast før ein kan gå til det steg å leggje tenestene ut på anbod.

Politiske og administrative diskusjonar og vedtak om konkurranseutsetjing av tenestene fører ofte til at det blir utløyst angst og uvisse hos tilsette i dei kommunale tenestene. Problemstillingane kan dreie seg om uvisse knytt til m. a. endring av arbeidsgjevar og arbeidsvilkår, tryggleik for arbeidet i framtida, organisatoriske endringar og tap av etablerte relasjonar mellom tilsette og mottakarar.

Kommunen har eit sjølvstendig ansvar for å halde tilsette orientert om dei diskusjonar og vedtak som er fatta og kva konsekvensar det kan føre til for dei tilsette i kommunen.

Få sektorar er så avhengige av personellet som omsorgstenestene. Det er ei stor utfordring for kommunane å leggje til rette si eiga verksemd slik at dei tilsette får brukt sin kompetanse, og at dei tilsette blir tekne med i vidareutvik-

ling av tenestetilbodet. Regjeringa vil tilrå at kommunen, som eit alternativ til å bruke store ressursar på å leggje til rette for konkurranseutsetjing, legg vekt på å vidareutvikle eige tenestetilbod og spesielt set fokus på organisering og leiing, jf. Modellkommuneprosjektet i Sørums kommun (Boks nr. 5.1).

Reglane om teieplikt i forvaltningslova skal som hovudregel ikkje nyttast når det gjeld private tenesteytarar. Både sosialtenestelova og kommunehelse-tenestelova har reglar om teieplikt, men desse vil ikkje gjelde for tilsette i ei privat verksemd. Eit unntak gjeld i klientsaker for institusjonar m.v. etter sosialtenestelova. Ei teieplikt for helsepersonell knytt til yrket vil likevel gjelde uavhengig av driftsform, men noko tilsvarende finst ikkje for personell som arbeider med sosiale tenester (heimhjelp m.v.). For å sikre naudsynt teieplikt frå den private tenesteytaren må dette avtalast mellom kommunen og tenesteytar. I samband med ei eventuell anbodsinnbyding reiser likevel spørsmålet om teieplikt seg ved presisering av mengda av omsorg m.v. i anbodsutlysinga. Eit slikt dokument med kravspesifikasjonar vil i utgangspunktet vere offentleg. I mindre kommunar og bydelar kan dette føre til at klient-/pasientforhold blir gjort kjent for andre enn dei som har behov for det i sitt daglege arbeid. Opplysningar om omsorgsbehov i eit bestemt område kan lett brukast til andre formål enn dei er tiltenkt. For å unngå slike problem bør det lagast metodar som minimaliserer dette problemet, t. d. teieerklæring for tilbydar e.l.

Teieplikt når det gjeld verksemda må bli fastslått i kontraktform, og i medhald av Kvalitetsrundskrivet (I-13/97) må kommunen syte for at forskrifta og retningslinjene blir gjort gjeldande for verksemda, jf. § 2 i forskriftene og retningslinjene. Kommunen må også sikre at den sjølv er i stand til å yte dei tenester som er pålagde ved lov, sjølv om den private part ikkje kan yte tenestene, jf. pkt 7.2, t. d. å kunne gå inn og overta drifta dersom tenesteytaren skulle gå konkurs eller liknande.

I ein kontrakt om driftsansvar mellom kommunen og ein privat part er det viktig at det kjem klart fram kva mengd omsorg det er som kommunen ventar å få dekkja. Det bør leggjast til rette for for der kontrakten kan bli reforhandla utan for store vanskar. Det ligg i saka sin natur at det vil skje endringar i omsorgsbehovet, og at dette må føre til reforhandling av avtala for å unngå misforhold i kontraktsforholdet. Eventuelt kan dette sikrast ved at det er bygt inn fleksible prisar eller gjennomsnittsprisar som tek omsyn til ulike behov i kontrakten.

Ein forskjell mellom privat og offentleg drift utan konkurranseutsetjing, vil vere at kommunen ved utsetjing må halde seg til avtala og dei avgrensingar den gir med omsyn til kven og kor mange som kan få tilbod om plass. Problemstillingar rundt nye omsorgs- og kostnadskrevjande mottakarar blir i dag som oftast handterte av den enkelte institusjon, leiar for institusjon eller heimenesta. Denne problemstillinga blir gjennom bestillar-utførarmodellen og privat drift lyft opp til eit høgare administrativt nivå. I siste instans må det leggjast fram til politisk avgjerd, og det må sjåast i samanheng med prioriteringar av omfang på tilbodet, og kvalitet sett i forhold til dei kommunale ressursane.

Når ein kommune/fylkeskommune tek på seg ei oppgåve vil den i utgangspunktet ha full fridom til å organisere verksemda slik den finn det føremålstenleg, dersom ikkje anna er bestemt i lov. Kommunen vil difor i utgangspunktet stå fritt til å avgjere om den ønskjer å drive verksemda i eigen regi,

overlate oppgåva til eit kommunalt eigd selskap, eller la eit privat selskap utføre tenestene på oppdrag frå kommunen. I følgje unntak frå EØS-reglane har kommunane ikkje plikt til å setje omsorgstenester ut på anbud.

Det kan oppstå problem når eksisterande kommunal drift blir overført til ny arbeidsgjevar, og dersom drifta seinare blir overført til andre. Dei tilsette er gitt eit visst vern mot oppseiing, endring i løn m.v. i arbeidsmiljølova kap XII A §§ 73 A-E. Kommunen kan òg stille krav om at firmaet stiller bankgaranti eller ei anna form for garanti for drifta i ein periode etter ein eventuell konkurs.

Regjeringa registrerer at konkurranseutsetjing av tenestene ikkje treng å medføre ei effektivisering. Det er heller ikkje nokon dokumentert effekt på kvaliteten i omsorgstenestene. Generelt har det ført til auka politisk og administrativt fokus på kvalitet og produktivitet i omsorgstenesta i den enkelte kommune. Regjeringa vil leggje til grunn at det er vitaliteten og det å skape medvit med omsyn til organisering og kvalitet på tenestene som er det viktige, og at dette bør setjast på dagsordenen. Å innføre konkurranse om drift av desse tenestene inneber eit monaleg grunnlagsarbeid for den enkelte kommune. Dette vil krevje store administrative ressursar. I tillegg kan det vere ei stor belastning for tilsette i sektoren. Dei langsiktige effektane av å trekkje private kommersielle firma og marknadsbaserte metodar inn i denne typen tenester veit vi lite om.

Regjeringa meiner at kommunal drift er lettast å planleggje, og den skaper stabilitet og ro for mottakarane og dei tilsette. Det er også viktig at kommunane held på sin kompetanse til å utføre omsorgsoppgåver. Stabilitet er sett på som viktig for omsorgstenestene, som ikkje berre handlar om eit relativt varig tenestetilbod, men som òg i stor grad skal vere eit butilbod. Som alternativ til konkurranseutsetjing vil Regjeringa framheve at det er viktig at kommunane har ein medviten strategi med omsyn til organisasjonsutvikling, kvalitetsutvikling og effektivisering, jf. dømet med Sørums kommun, og at i den grad det er aktuelt å konkurransesette offentlege tenestesektorar bør det i første rekke gjelde tekniske tenester og tuftast på langsiktige og klart definerte kvalitetskrav til tenestene.

5.3 utfordringar

Regjeringa vil vise til at mange kommunar har gode omsorgstenester. Ser vi framover, er utfordringane likevel store både når det gjeld å halde ved lag ein god nok dekningsgrad og tenester med god kvalitet. Dette skuldast både den venta auken i talet personar over 80 år og behovet for å utforme ei teneste som også kan ta omsyn til eit auka ansvar for forskjellige mottakarar. Endringar i den delen av befolkninga som bur aleine, helsetilstand og funksjonsnivå i befolkninga og endringar i det førebyggjande arbeidet vil også ha innverknad på tenestebehovet framover. Det same gjeld for den teknologiske og faglege utviklinga, endringar i den befolkninga, fagfolk, mottakarar og pårørande ventar seg av det offentlege hjelpeapparatet, endringar i det offentlege hjelpeapparatet både med omsyn til organisering og omfang av tenester, og endringar i familieomsorga og det frivillige arbeidet. I tillegg til at desse faktorane kan påverke utviklinga i dekningsgrad, dvs. den delen av befolkninga i dei aktuelle aldersgrupper som tek imot tenester, vil dei også kunne påverke standard og kvalitet på tenestene.

5.3.1 Aldersutviklinga

Alderssamansetjinga i befolkninga har innverknad på kva omsorgstenester som blir etterspurt, og den endrar seg over tid. Medan utviklinga dei siste tiåra har vore prega av at både prosentdelen av middelaldrande og eldre har auka, vil utviklinga framover vere prega av at prosentdelen av dei eldste eldre vil auke sterkt (St. meld. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga). Undersøkingar viser at det er eldre over åtti år som er den største mottakargruppa av offentlege omsorgstenester i dag, og auken i talet på personar som er eldre enn 80 år vil vere ein viktig indikator på behovet for slike tenester i framtida. Regjeringa vil kome tilbake til ei vurdering av behovet framover i toårgjennomgangen for handlingsplanen for eldreomsorga. Den vil bli lagt fram våren 2000.

5.3.2 Auka ansvar for tenester til fleire mottakarar

Utfordringane knytt til det å gi eit godt tenestetilbod til psykisk utviklingshemma og menneske med psykiske lidingar vil også vere store i åra som kjem. I tillegg har kommunane eit ansvar for å yte sosial- og helsetenester til rusmiddelmissbrukarar. Dette er ei gruppe menneske som kommunane fram til no i varierende grad har teke ansvar for. Rusmiddelmissbrukarar har i dag generelt eit for dårleg bu- og tenestetilbod i kommunane (jf. Delrapport I, 1999, frå arbeidsgruppa som har gjennomgått hjelpe- og behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar). Det er store variasjonar kommunane imellom når det gjeld utbygging av tiltak for rusmiddelmissbrukarar. Mellom anna er det stor mangel på eigna bustader. Styrkinga av helse- og sosialtenestene i kommunane og av den psykiatriske spesialisthelsetenesta skal også styrkje tilboda til rusmiddelmissbrukarar som i tillegg har ein alvorleg psykiatrisk diagnose. Det er viktig å vere merksam på behova til denne gruppa i samband med opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, og arbeide for å finne gode tilbod/løysingar innanfor rammene av planen.

5.3.3 Utviklinga av eit fleirkulturelt samfunn

Utviklinga av eit fleirkulturelt samfunn har ført til at helse- og sosialtenestene må leggjast til rette slik at dei kan gi eit likeverdig tilbod til ei meir mangfaldig mottakargruppe enn tidlegare. Eit oversyn viser at det i hovudstaden er i alt 81 000 innvandrarar, og at 2500 av desse er over 67 år. Nesten halvparten har fjernkulturell bakgrunn. Det vil vere ei viktig utfordring å yte eit godt tilbod til mottakarar med innvandrarbakgrunn. Det finst einsame eldre også blant eldre innvandrarar, og eldre innvandrarar er også bebuarar i sjukeheimar i dag. Eldre innvandrarar har dårlegare levekår og helsetilstand enn andre eldre. Mellom anna er diabetes og blodtrykksjukdomar meir utbreidde. Det har vist seg at den ordinære heimetenesta har vanskar med å kome i kontakt med eldre innvandrarar, både fordi dei eldre sjølv ikkje ønskjer hjelp frå utanforståande, og fordi tenestetilbodet ikkje er godt nok kjent. Det er stor mangel på informasjon om rettar og tilbod for eldre i innvandarmiljøa. Ofte lever eldre innvandrarar med dårlege eller utan norskkunnskapar svært isolert. Det same gjeld for yngre funksjonshemma. Det er difor ei viktig utfordring å gi innvandrarar med omsorgsbehov eit likeverdig tilbod om helse- og sosialtenester (jf. nærmare omtale under pkt. 6.1) Jf. også St meld nr 50 (Utjamningsmeldinga 1998-99)) der det blir føreslege ei ny supplerande pensjonsordning for personar med kort butid i Noreg.

5.3.4 Særleg ressurskrevjande mottakarar i kommunane

Endringar i sjukehussektoren, som raskare utskriving av ferdigbehandla pasientar og den medisinske og faglege utviklinga, har ført til at kommunane har fått eit stadig større ansvar for å yte tenester til menneske som er svært sjuke og sterkt pleietrengjande. Desse mottakarane treng mykje personell og er svært ressurskrevjande for kommunane. Situasjonar som inneber at enkeltmenneske blir «kasteballar» mellom ulike forvaltningsnivå, kommunar eller etatar kan opplevast som uverdige. For å unngå dette har Regjeringa føreslått at kommunane frå og med år 2000 får kompensasjon knytt til særleg kostnads-krevjande mottakarar av kommunale tenester. Å kunne tilby eit fullverdig tenestetilbod til menneske med så omfattande hjelpebehov utanfor institusjon vil vere ei stor utfordring framover (jf. St.prp.nr.1. for 2000 frå Kommunal- og regionaldepartementet). For einsskilte kommunar vil eit samarbeid om løysingar vere aktuelt.

5.3.5 Hushaldsstrukturen

Eldre som bur aleine har ofte eit større behov for omsorgstenester enn eldre som bur saman med andre, både fordi fleire av dei er brukarar av tenester, og fordi den enkelte i gjennomsnitt får relativt mykje tenester. I tillegg til at den eldre del av befolkninga veks, bur ein stadig større del av den aleine. I 1970 budde 52 pst. av dei som var 67 år og eldre aleine, i 1990 hadde prosentdelen stige til 58. Statistisk sentralbyrå har gjort framskrivningar av strukturen i hushalda fram mot år 2020. I følgje desse framskrivningane kjem gjennomsnittstorleiken på private hushald til å falle frå 2,2 personar i 1990 til vel 1,9 personar i 2020 (St. meld. Nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga). Delen av hushald med eit medlem vil framleis auke. Delen eldre over 80 år som bur aleine trur ein vil stige frå 58 pst. i 1990 til 61 pst. i år 2000 og til 65 pst. i år 2015 (Brevik 1995).

5.3.6 Utviklinga i folkehelsa

I eit langsiktig tidsperspektiv har det skjedd store betringar i folkehelsa. Levealderen har auka i heile etterkrigstida. Dette gjeld for både menn og kvinner. Årsaker til at levealderen aukar er mellom anna at dødsprosenten for spedbarn har gått ned og at dødsraten av hjerte- og karsjukdomar og ulukker standardisert etter alder er redusert. Menn har frå midten av 1980-åra nærma seg levealderen til kvinner, etter at dei i fleire tiår etter siste krig hadde ei negativ utvikling i levealderen. Utviklinga med betra helsetilstand i befolkninga kan medverke til eit redusert hjelpebehov, i alle fall blant yngre pensjonistar (jf. St.meld nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga).

Miljøendringar er også med på å påverke sjukdomsbiletet i dag. Kreft, astma og allergi, problem knytt til formeiringsevne og fosterutvikling er døme på helseforhold som i dag til dels aukar i omfang og der ein del av årsaksforholda ligg i endringar i vårt livsmiljø. Infeksjonssjukdomar opptreer også i nye former og med nye mikrobar. Det er snakk om den postantibiotiske æra, der det stadig blir skapt nye mønster av resistens hos kjende mikrobar. Dei to dominerande sjukdomsgruppene i befolkninga i dag er muskel- og skjelett-sjukdomar og psykiske lidningar. Desse krev, på same måte som framveksten av dei andre nye sjukdomane, stor innsats frå omsorgstenestene i kommunane.

Det er usikkert korleis endringar i befolkninga sin helsetilstand vil påverke tenestebehovet framover. Forskinga har til no ikkje gitt eintydige resultat. På den eine sida vil ein auke i levealderen for folk kunne føre til at dei også vil leve lenger med lidingar relatert til alder og som medfører eit omsorgsbehov. Den motsette hypotesa er at høgare levealder medfører at folk vil vere friskare lenger, og dermed få eit redusert omsorgsbehov. Regjeringa har sett i gang eit arbeid med sikte på ein grundigare analyse av forskinga på dette området.

Førebyggjande helsearbeid vil vere ein viktig faktor når det gjeld tenestebehova framover. Dette er gitt ei brei omtale i St meld nr 26 (Om verdiar for den norske helsetenesta (1999-2000)).

5.3.7 Den teknologiske utviklinga

Medisin

Den medisinske teknologiske utviklinga vil dels kunne medverke til å dempe veksten i omsorgsoppgåvene, dels til å auke dei. Auka vekt på dagkirurgi vil til dømes kunne føre til fleire oppgåver for den lokale omsorgstenesta, i og med at pasientane i mindre grad blir innlagde i sjukehus i samband med operasjonar. Ei slik utvikling vil samstundes føre til redusert belastning for sjukehusa. På den andre sida vil til dømes auke i talet på utførte hofteoperasjonar kunne gjere at fleire vil kunne klare seg utan, eller med avgrensa hjelp frå omsorgstenestene.

Omsorgstenester

Mange omsorgsoppgåver kan berre utførast av menneske, og det er omdiskutert i kor stor grad tekniske hjelpemiddel kan erstatte og dermed redusere behovet for arbeidskraft i omsorgssektoren. Bruk av teknologiske hjelpemiddel i omsorgstenestene kan nok til ei viss grad erstatte og dermed redusere behovet for arbeidskraft. Det er likevel ikkje mogeleg å planleggje løysingar for personar som har behov for hjelp i dagleglivet ved berre å tenkje teknologi. Teknologi må sjåast på som ei mogeleg løysing som må brukast saman med menneskeleg omsorg, i samanheng med arkitektonisk tilpassing og tilgjenge i nærmiljøet.

Kva som er rett kombinasjon av menneskeleg hjelp og bruk av teknologi må vurderast i forhold til kvar enkelt mottakar, og vil også kunne endre seg over tid. Det er difor vanskeleg å peike ut nokre tekniske løysingar som uakseptable og andre som akseptable. Det offentlege utvalet som skal sjå på rettane til funksjonshemma i ein større samanheng har også fått i oppgåve å vurdere korleis ny teknologi har og kan innverke på livssituasjonen til funksjonshemma.

Mottakarar, pårørande, tenesteytarar og folk flest kan av ulike grunnar vere skeptiske til bruk av teknologi i tenesteytinga. Mange er redde for teknologi, for «framandgjering», for å miste kontroll over eigen heim og eige liv og for «kald omsorg», at menneskeleg kontakt blir bytt ut med teknologi. Det er likevel for enkelt å ta absolutt avstand frå bruk av teknologi i omsorgstenestene. Generelt meiner Regjeringa at teknologiske løysingar først og fremst skal kome mottakarane av tenestene til gode. Før slike løysingar blir tekne i bruk, må ein vurdere kritisk både nytteverdien og etiske forhold.

Regjeringa vil understreke at dersom det berre er mogeleg å yte tilfredsstillande hjelp, jf. krav til eit forsvarleg tenestetilbod og kvalitet i tenestetilbodet, ved bruk av menneskeleg omsorg, skal det ikkje nyttast tekniske løysingar som ikkje gir slik tilfredsstillande hjelp. Dette vil vere både fagleg og etisk uforsvarleg. Også ut over det heilt naudsynlege har menneskeleg hjelp mange gode sider. Det kan gi meir sosial kontakt med andre og auke kjensla av tryggleik hos mottakaren.

Det er likevel ikkje alle sider ved menneskeleg hjelp som er av det gode. Ofte utløyser mottakarane sitt behov for tryggleik og omsorg behovet for hjelp. Uansett kva hjelpeform som blir valt, vil det å gi naudsynt hjelp innebere eit inngrep i mottakaren sitt privatliv. Dersom mottakaren har eit stort behov for omsorgstenester vil det innebere eit tilsvarande stort inngrep i privatlivet å ha tenesteytarar til stades. Eldre og funksjonshemma som ønskjer det, bør ha høve til å vere aleine i enkelte situasjonar der dette er vanleg. I slike samanhengar kan bruk av teknologi vere ei betre løysing enn menneskeleg hjelp. Dei etiske dilemma knytte til bruk av teknologi i tiltak for demente er nærare omtalt under punkt 7.1.5.

5.3.8 Endringar i forventningar til det offentlege hjelpeapparatet

Helse- og sosialtenestene har vakse kraftig dei siste 30 åra, og har i aukande grad løyst helseproblem og omsorgsbehov. Denne veksten har også medført at befolkninga ventar seg meir av kva tenestene kan utrette - og av kva den enkelte bør kunne rekne med av hjelp. Personell i helse- og sosialyrka har òg som regel høge ambisjonar på vegner av mottakaren. Framtidige generasjonar av tenestemottakarar vil, dersom den utviklinga vi har i dag held fram, få auka kjøpekraft, stille aukande krav til levestandard og ønskje individuelt tilpassa løysingar. Dette kan føre til eit press på tenestene. Ønsket om å gjere «det beste» blir stadig vanskelegare å oppfylle etter kvart som så mykje kan gjerast. Regjeringa vil understreke at det offentlege, på alle nivå, har eit ansvar for å gi befolkninga eit realistisk inntrykk av kva helse- og sosialtenestene er i stand til å yte. Ein situasjon med eit stort gap mellom det folk ventar og det omsorgssektoren faktisk er i stand til å gi, vil vere svært uheldig både for dei som er i ein situasjon der dei treng hjelp og for det offentlege hjelpeapparatet. I samband med utvikling av kvalitetssystem i kommunane er det også viktig å få fram kva kommunane faktisk kan medverke med, og kva som fell utanfor. Trondheim kommune har utarbeidd ei serviceerklæring om kva kommunen kan stille opp med av tenester, og kva som kan løysast på andre måtar. På denne måten kan ein skape realistiske forventningar i befolkninga.

5.3.9 Endringar i det offentlege hjelpeapparatet

Kommunane er i dag kompliserte bedrifter som har fått stadig fleire oppgåver å løyse. Det trengst fleire ulike personellgrupper. Mangel på ei av dei kan hemme arbeidet for dei andre. Dette krev former for organisasjon og leiing i kommunane som ser til at kompetansen hos alle medarbeidarane kjem til sin rett. Marknaden for helse- og sosialpersonell vil aldri kunne vere i absolutt balanse. Det vil alltid vere svingingar, og heile tida eit visst overskot eller underskot på ei eller anna gruppe av helse- og sosialpersonell. Utfordringa framover vil vere å finne føremålstenlege måtar å tilpasse seg svingingane på. Personalpolitikken må spele på eit breitt spekter av tiltak, med både kortsik-

tige og langsiktige perspektiv. Det må bli utdanna personell nok til å kunne dekkje dei framtidige behova som ein ser vil oppstå. I tillegg må det utviklast ein fleksibilitet som sikrar at helse- og sosialtenesta kan tilpasse seg skiftande behov og tole dei endringar som ein ikkje kan sjå på førehand. Stikkorda er: heilskapstenking, samarbeidsvilje, evne til omstilling og tilpassing. Situasjonen for helse- og sosialpersonell må trekkjast inn i avgjersler knytt til struktur, organisering, finansiering, oppgåvefordeling og leiing. Dette er vedtak som ikkje er direkte retta mot personellet, men som kan ha stor innverknad på arbeidssituasjonen og yteevna.

5.3.10 Endringar i familieomsorga og det frivillige arbeidet

Sjølv om familie og slekt framleis yter omfattande omsorg, skjer det endringar som fører til at den offentlege omsorga står overfor store utfordringar framover (jf. pkt 5.2.2). Dei fleste familiar har i dag for liten kapasitet til åleine å ha ansvaret for tunge og vedvarande omsorgsoppgåver. Samarbeidet mellom det offentlege hjelpeapparatet og pårørande vil vere viktig for å oppretthalde den uformelle omsorga i åra framover. Eit godt samarbeid mellom det offentlege og frivillige vil også vere svært viktig for å møte dei framtidige utfordringane.

5.3.11 Personale og sysselsetjings situasjonen

Ei av dei største utfordringane for omsorgstenestene er å rekruttere og ta vare på personale. Dersom desse problema ikkje blir løyste, vil vi etter kvart kunne oppleve ei krise.

Det har blitt gjennomført forskning som viser at andre forhold enn enkelttiltak som høgare løn, større utdanningskapasitet, heiltid kontra deltid og fagleg utvikling kan ha vel så stor vekt, slik som organisering av tenestene, klare og synlege målsetjingar, omsorg for medarbeidarar, og ikkje minst ei leiing på alle nivå som tek omsyn til alt dette. Dette viser at denne krisa ikkje kan møtast med lausrivne enkelttiltak, men med ein heilskapleg, samla og langsiktig strategi der alle tiltak og område blir sett i samanheng.

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) rekna ut at det vil vere god nok tilgang på personale til gjennomføringa av dei store helse- og sosialpolitiske satsingane ut frå den sterke auken i utdanningskapasitet i høgare utdanning på 1990-talet. Utrekninga byggjer likevel på strenge og usikre føresetnader og er omdiskutert. I følgje Stølen og Rogdaberg (1999) indikerer framskrivingane vedvarande underdekning for legar og psykologar, medan spørsmålet om auka behov i sjukehussektoren er avgjerande for om mangelen på sjukepleiarar vil vedvare. Mellom anna på grunn av auka utdanningskapasitet kan vi vente at tilgangen på arbeidskraft vil vekse kraftig i åra framover, men i følgje SSB er det stor uvisse knytt til det at helsepersonell går over i andre yrke eller sektorar. Størst uvisse synest det likevel å vere rundt utviklinga i etterspørselen etter helsetenester. Nokre forhold som kan føre til at tilgangen på helse- og sosialpersonell blir lågare enn planlagt, og dermed fører til at etterspørselen etter helse- og sosialpersonell i mange år vil vere sterkare enn tilgangen er:

- Større vekst i sjukehussektoren enn føresett
- Færre unge søker seg til helse- og sosialutdanning
- Avgang av personale til andre bransjar
- Utanlandsk personale reiser heim

– Uførepensjonering som følgje av psykiske og fysiske belastningslidingar

Det vil vere ei utfordring for styresmaktene på både utdannings-, helse- og sosial- og arbeidsmarknadssektoren å påverke desse faktorane slik at satsingane kan gjennomførast i tråd med Stortinget sitt vedtak.

Utviklinga den siste tida tyder på at ungdom i stadig mindre grad vel omsorgssektoren. Rapporterte tal for førsteinntaket til grunnkurs i helse- og sosialfag hausten 1999 viser ein nedgang i elevtalet frå 7245 i 1998 til 6 642 i 1999. Tala på søkjarar til grunnkurs i helse- og sosialfag har også gått ned det siste året. I 1998 søkte 7 941 elevar til grunnkurset og i 1999 var det 6 742 søkjarar, noko som svarar til ein nedgang på vel 15 pst. Talet på avgangselevar i hjelpepleiarutdanninga har også gått ned. I 1990 gjekk det ut 3000 nye hjelpepleiarar, i 1998 var talet redusert til 1500. Nedgangen er eit stykkje på veg kompensert gjennom auken i talet på omsorgsarbeidarar, frå 500 til 2500. Men dette talet omfattar også § 20-kandidatar, dvs. som har avlagt fagbrev i omsorgsfag etter lov om fagopplæring i arbeidslivet. Det vil seie at talet ungdom (19-20-åringar) som går ut av vidaregåande opplæring med praktisk helse/omsorgsutdanning, har gått kraftig ned i løpet av 90-talet. Det ser ut til at elevane i aukande grad vel studieretninga helse- og sosialfag for andre formål enn ei praktisk yrkesutdanning. Søkinga til hjelpepleiarutdanninga ser altså ut til å svikte. Tilbodet frå fylkeskommunane til vaksne om å ta hjelpepleiarutdanning er også trappa ned. Kravet om allmennfag gjer det også vanskelegare å ta denne opplæringa. Samla vil denne utviklinga i vidaregåande opplæring kunne føre til rekrutteringsproblem både i sjukehusa og innan omsorgssektoren dei næraste åra. I den samanheng vil det vere viktig å gå gjennom erfaringane med reform -94, og dei funn som evalueringa av denne reformen har gjort.

For å få nok arbeidskraft i helse- og sosialsektoren må arbeidsplassane vere slik utforma at unge jenter framleis vel utdanning og arbeid innan helse- og sosialfag, og unge gutar må få vekt si interesse for desse faga. Her kan det visast til 3. utgåve av Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell frå Sosial- og helsedepartementet, der det er fremja fleire tiltak for å styrkje rekrutteringa til helse- og sosialfaga i vidaregåande opplæring, og tiltak for å sikre at ungdom med hjelpepleiarutdanning i større grad også tek arbeid som hjelpepleiarar når dei er ferdige med skulen.

Det vil også vere ei stor utfordring for Arbeidsdirektoratet å aktivisere arbeidsmarknaden innanfor EØS-området slik at ledig arbeidskraft innan helse- og sosialfag i andre europeiske land søker seg til Noreg.

For å betre kvaliteten på dei omsorgstenestene som menneske med psykiske lidingar får tilbod om, er det behov for meir kunnskap om denne type lidingar for alle som er i kontakt med mottakarane. Rapporteringa frå kommunane i forhold til bruk av øyremarka midlar til psykisk helsearbeid viser markant auke i talet på årsverk utført av særleg kvalifisert personell i perioden 1995-1998. Utover dette er det behov for tilførsle av meir spesialisert kompetanse for å kunne avhjelpe det spesifikke som slik problematikk kan krevje. For omsorgstenestene inneber dette at personell som blir tilsett bør ha, eller ha høve til å skaffe seg, naudsynt kompetanse i psykisk helsearbeid. Meir spesialisert kompetanse må sikrast både ved å rekruttere nok kvalifisert personell og ved å tilby vidareutdanning til det personellet som allereie finst. Viktig i

denne samanheng er ein stor auke i utdanningskapasiteten for den tverrfaglege vidareutdanninga i psykisk helsearbeid og ei god finansieringsordning gjennom midlar frå opptrappingsplanen. I tillegg vil det vere behov for å styrkje kommunane si kompetanse innanfor geriatri og eldreomsorg. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere tiltak som bidrar til at fleire med høgskuleutdanning tek vidareutdanning i geriatri og eldreomsorg.

Det vil også vere behov for auka kompetanse i den aktuelle delen av tenesteapparatet for å kunne gi kvalitativt gode omsorgstenester til menneske med rusmiddelproblem. Relevant i denne samanheng vil vere dei tilboda innan etterutdanning som dei regionale kompetansesentra innan rusmiddelfeltet legg til rette og driv for helse- og sosialtenesta si førstelinje, og i tillegg opplæringstiltak, faglege fora og vegleing gjennom handlingsplanen for førstelinja i sosialtenesta (1998-2001) Kunnskap og Brubygging, jf. omtale i boks 6.5.

5.4 Tiltak

Det er ei stor utfordring å gjere arbeidsplassane i helse- og sosialsektoren så meningsfulle og interessante at dei trekkjer til seg ungdom, og at dei som arbeider i sektoren trivest så godt at dei gjerne arbeider i full stilling fram til pensjonsalderen. Regjeringa vil ta initiativ til rekrutteringskampanjar m.a. retta mot ungdomsskuleelevar, for å sikre søkjarar til helse- og sosialfag i vidaregåande skular.

Gjennom handlingsplanen for helse- og sosialpersonale vil departementet i perioden 1998-2001 i samarbeid med fylkesmenn og fylkeslegar fordele tilskot til opplæring og hjelpe kommunane og fylkeskommunane med å lage rekrutterings- og opplæringsplanar. Satsinga blir konsentrert om kvalifisering av ufaglærte og vidareutdanning av personell med vidaregåande opplæring og utdanning på høgskulenivå.

Det vil også i større grad bli arbeidd for å styrkje respekten for enkeltindividet i praksis ved å leggje vekt på kunnskap og kompetanse i dei ulike utdanningsplanane.

Våren 2000 vil det for første gang bli delt ut ein «Omsorg 2000»-pris til ein kommune eller ein bydel som viser vilje og kreativitet, og som har lukkast i å ta vare på sine tilsette i omsorgssektoren. I juryen skal både Statens eldreråd og Statens råd for funksjonshemma vere representerte.

5.4.1 Oppsummering av tiltak

- Ein rekrutteringskampanje over tre år der formålet m.a. er å auke rekrutteringa av unge til sektoren.
- Betra utdanningsplanar.
- Å innføre ein eigen pris til gode omsorgskommunar.

6 Utforming av tenestene i åra framover

Biletet som er teikna opp ovanfor viser at vi kan vente ein auke i etterspørselen etter omsorgstenester i åra framover. Behova aukar og vil vere meir samansette enn tidlegare, forventningane til det offentlege hjelpeapparatet vil truleg også auke, samstundes som det er knytt uvisse til sysselsetjingssituasjonen og dei økonomiske rammevilkåra. Samla inneber dette ei stor utfordring for utbygginga og utforminga av det offentlege hjelpeapparatet i åra framover.

Det er ei utfordring å skape tillit mellom hjelpeapparatet og befolkninga, tru på at hjelpa er der når den trengst, og at den har naudsynt kvalitet. Dette set store krav til tenesteorganisering og effektivitet, leiing og bruk av kompetanse i kommunane. Regjeringa vil understreke behovet for utvikling innan leiing og organisasjon, gode strategiar for å rekruttere og halde på personell, kvalitetsutvikling og kontroll og haldningsskapande arbeid som viktige faktorar for å møte dei utfordringane vi står framfor.

For å nå dei overordna måla (som er omtalt i kap 1 og 3) meiner Regjeringa at tre sentrale aspekt må liggje til grunn. Organiseringa av tenestene bør vere prega av:

- Individuell utforming
- Heilskap
- Mangfald

6.1 Individuelt utforma og differensierte tenester

Som nemnt regulerer kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova tenester til personar som har behov for nødvendige helse- eller sosialtenester uavhengig av diagnose, type funksjonshemming eller alder. Tenestene skal gis etter behov og ikkje etter gruppe. Tenestene må difor utformast slik at dei så langt som mogeleg er tilpassa behovet til den enkelte.

Vårt fleirkulturelle samfunn stiller krav til omsorgstenestene. Det gjeld i forhold til både den samiske urbefolkninga og innvandrara. Særleg den eldste del av minoritetsbefolkninga kan ha problem med norsk språk og kultur. Til dømes kan dei ha eit anna forhold til familie, slekt, natur og til tradisjonell vestleg medisinsk kultur. Dette stiller store krav til individuelt tilpassa tenester. Regjeringa vil våren 2000 leggje fram ein eigen handlingsplan for helse- og sosialtenester til den samiske befolkninga. Omsorgstenestene til denne befolkninga kan betrast ved å rekruttere samar til helse- og sosialtenestene. Kyrkje-, forskings- og utdanningsdepartementet har laga ei forskrift om opptak til høgare utdanning frå år 2000. Forskrifta gir høve til å utforme reglar for kvotering, slik at ein m. a. kan sikre tilgang av studentar med samisk bakgrunn til helse- og sosialfaglege utdanningar. Regjeringa vil arbeide for å få oppretta slike kvotar i fleire fag og ved fleire lærestader.

Ei viktig utfordring for omsorgstenestene vil vere å gi eit godt tilbod til mottakarar med innvandrarbakgrunn. Mykje tyder på at innvandrarfamiliar med funksjonshemma barn og eldre med innvandrarbakgrunn i stor grad fell utanfor helse- og sosialtenestene. Prosjekt i regi av Sosial- og helsedepartementet, organisasjonar som Røde Kors og Norsk Folkehjelp, og Grünerløkka

eldresenter viser at omsorgstenestene har problem med å kome i kontakt med eldre innvandrarakar, og at desse brukar for lite helse- og sosialtenester. Eldre innvandrarakar har ofte dårleg eller er heilt utan norskkunnskap, og mange lever isolert og kan difor vere vanskelege å nå fram til. Det same gjeld for yngre funksjonshemma. Dersom tenesteapparatet skal lukkast i å hjelpe må det vere meir oppsøkjande. Medvit i hjelpeapparatet om problema og haldningane til tenesteutøvarane har mykje å seie. Rekruttering av innvandrarakar til helse- og sosialyrka vil medverke til at tenestene kan leggjast betre til rette. I handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998-2001 «Rett person på rett plass» er det lagt opp til både å gjere det enklare for innvandrarakar og flyktningar med helsefagleg utdanning frå land utanfor EØS-området å arbeide innan sitt yrke i Noreg, og å auke rekrutteringa av personar med innvandrarbakgrunn til utdanning i helse- og sosialfag.

Generelt for tenester til alle grupper gjeld det at kommunane har naudsynt kompetanse til å ivareta forskjellige behov. Dette set krav til rutinar for saksbehandling der tenesteytarane kartlegg behova og gjer nødvendige vedtak om tenester. Ei kartlegging i form av ein individuell plan utforma i samarbeid med mottakaren, eventuelt pårørande, vil vere eit føremålstenleg grunnlag for utforming av enkeltvedtak. Andre tiltak som etablering av eldreråd, råd for funksjonshemma, og utprøving av ordningar med ombod er også meint å medverke til å fremje meir individuelt tilpassa tenester. For at det skal vere mogleg for funksjonshemma å ha full deltaking og likestilling i det norske samfunnet må den einskilde få ei individuell tenesteutforming. Kommunane sin kompetanse og organisering av tenestene kan påverke i kor stor grad tenestene blir individuelt tilpassa.

Boks 6.1 Brukarstyrt personleg assistent

For å møte behova til mottakarakar som treng regularitet og fleksibilitet i tenestetilbodet for å kunne delta i samfunnslivet, starta Sosial- og helsedepartementet i 1994 forsøk med ei stimuleringsordning for dei kommunane som organiserte tilbod om brukarstyrt personleg assistanse. Hausten 1999 la Regjeringa fram ein lovproposisjon (Ot.prp.nr.8 1999-2000) der det er føreslått at brukarstyrt personleg assistanse blir eit fast tilbod om alternativ organisering av praktisk hjelp som kommunane skal ha etter lova om sosiale tenester.

I 1988 ga Sosial- og helsedepartementet ut rettleiande føresegner for fylkeskommunale råd for funksjonshemma etterfølgd av retningslinjer for kommunale råd for funksjonshemma. Formålet med råda var å styrkje medverkanden frå brukarane og interessene til funksjonshemma i den kommunale plan- og avgjerdsprosessen. I 1999 er retningslinjene reviderte og sende ut i eit felles rundskriv. Framleis er det opp til den enkelte kommune eller fylkeskommune å gjere vedtak om å etablere råd. Råd for funksjonshemma er rådgjevande organ som er samansette av folkevalde, representantar frå organisasjo-

nane til funksjonshemma og den kommunale eller fylkeskommunale administrasjonen.

I 1992 vart lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd innført, noko som har ført til at det no er etablert Eldreråd i alle kommunar og fylkeskommunar. Eldreråda skal vere eit rådgjevande organ for fylkeskommunar og kommunar i saker som gjeld eldre. Hovudtanken bak etableringa av eldreråd er at eldre skal ha innverknad på avgjersler i slike saker. Sosial- og helsedepartementet er også i ferd med å prøve ut ordningar med eldreombod og omsorgsombod i 1999-2002. Formålet med ombodsordninga er å ivareta mottakarane sine rettar i høve til dei kommunale omsorgstenestene og forvaltninga, å styrkje mottakarane sin innverknad og rettstryggleik på området, dvs. brukarmedverknad på individuelt nivå, og å medverke til å styrkje og sikre kvaliteten i tenestene. Gjennom møte med mottakarane vil ombodet kunne gi generelle tilbakemeldingar til forvaltninga med mål å betre kvaliteten på tenestene.

Det er initiert ei rekkje statlege tiltak for å betre tenestene og styrkje rettstryggleiken til brukarar av offentlege tenester. Regjeringa ser det som viktig at evalueringar av desse tiltaka eller prøveordningane blir sett i samanheng. Dette gjeld m. a. ordningar eller prosjekt som forsøk med eldreombod, omsorgsombod, brukarkontor, rettshjelpskontor for funksjonshemma og offentlege servicekontor.

Individuell bustadtilpassing og/eller samlokalisering

Omsorgsbustaden er eit tilbod som nå gis menneske med forskjellige hjelpebehov og i forskjellige livsfaser. Dette behovsmangfaldet set store krav til kommunane når det gjeld planleggjing av slike bustader. Det blir åtvare frå fleire hald mot at omsorgsbustader for grupper med forskjellige behov blir samlokaliserte og også at dei blir plasserte i nærleiken av institusjon. I dag ligg det ikkje føre noko systematisk oversyn over i kor stor grad kommunane plasserer bustader innanfor avgrensa geografiske område for fleire mottakargrupper, som til dømes unge funksjonshemma, psykisk utviklingshemma, menneske med psykiske lidningar, aldersdemente og andre eldre. Husbanken erfarer likevel at omsorgsbustadene i stor grad blir plasserte i nærleiken av eller i forlenginga av sjukeheimar.

Generelt er det viktig at omsorgsbustadene blir planlagde slik at dei møter behova til dei ulike tenestemottakarane også med tanke på privatliv, sosiale aktivitetar, sosiale fellesskap m. v. Utforming, tilrettelegging og lokalisering av bustadene må vidare planleggjast på ein slik måte at dei ikkje skaper utryggleik for bebuarane. Det må takast omsyn til trivsel og vere høve til å føre eit mest mogeleg normalt daglegliv, i nærleiken av kommunikasjonar, sentrum med aktivitetar og butikkar. I følgje ei nyleg publisert undersøking frå Diakonhjemmets Høyskole har godt tilgjenge, slik at ein kan oppnå størst mogeleg eigenaktivitet både innandørs og utandørs, mykje å seie for trivselen til dei som bur i omsorgsbustader.

I ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma har utforming av bustad vore eit viktig element. For mange eldre kan det vere ønskeleg å flytte til ein stad der dei kan møte menneske på eigen alder, der det er høve til sosial kontakt og lettvinntilgang til måltider og hjelp. Funksjonshemma vil derimot ofte

ha ein bustad som er integrert i vanleg bumiljø. Kommunane skal i sine planar leggje opp til ei bustadbygging som tek omsyn til ulike grupper av hjelpetren- gjande, og som også er fleksibel i høve til dei behova kommunane har til ei kvar tid. I ein slik prosess vil det vere nyttig å involvere representantar for dei ulike mottakargruppene på eit tidleg stadium i planleggjinga.

Regjeringa ser at det av økonomiske og praktiske årsaker kan vere føre- målstenleg å samlokalisere bustader. Samstundes er det viktig å ta omsyn til ønskjer og behov hos ulike brukargrupper når det gjeld lokalisering. Kommu- nane er forskjellige og må finne fram til løysingar som er tilpassa lokale behov. I planleggjinga må ein ta sikte på å finne fram til kostnadseffektive løysingar som samstundes er så fleksible at dei kan imøtekome behova hos ulike motta- karar. Samlokalisering av bustader til dømes for demente, yngre funksjons- hemma og psykotiske rusmisbrukarar vil skape utryggleik for mottakarar og pårørande, og vil heller ikkje medverke til å stimulere til eit aktivt og normalt liv for dei som treng det. Kommunane, fylkeslegen, fylkesmannen og Husban- ken må nøye vurdere lokaliseringa av nye omsorgsbustader i forhold til dei enkelte målgruppene. Ved gjennomgangen av Husbanken sine tilskotsordnin- gar i samband med toårgjennomgangen for handlingsplanen for eldreoms- orga vil også spørsmålet om kva innverknad verkemidla har på bustadlokali- seringa bli drøfta. Ut frå dette vil ein vurdere ein eventuell revisjon av retnings- linjene for Husbanken.

6.2 Ei heilskapleg teneste

Kommunane står etter kommunelova fritt til å avgjere korleis tenestene skal organiserast. Frå statleg hald er det likevel i fleire samanhengar lagt vekt på at tenestene skal organiserast slik at dei sikrar heilskap, til dømes i samband med ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma og seinast i samband med opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er viktig at tenestene blir organi- serte slik at mottakaren opplever dei som heilskapelege, og at dei ikkje hindrar aktivitet og deltaking på andre samfunnsarenaer, som t. d. skule og arbeidsliv. Regjeringa vil arbeide for å få etablert gode samarbeidsrutinar, anten dette er mellom kommunar og fylkeskommunar, eller mellom helse- og sosialtenes- tene og skule, arbeidsmarknad eller kulturetaten.

Samhandling og samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta

Ny kunnskap og ny teknologi endrar oppgåver og flytter grensene for kva medisinen kan utrette. Oppgåver som tidlegare vart utførte i sjukehus, blir overførde til primærhelsetenesta. Dette aukar krava til samarbeid, kommuni- kasjon og overføring av informasjon og kompetanse til førstelinja. Samarbeid og kompetanseoverføring har òg innverknad på for kva oppgåver det vil vere mogeleg og føremålstenleg å utføre på kommunalt plan.

Fylkeskommunale oppgåver som har særleg relevans i forhold til dette, og der det er særleg behov for samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta, er spesialisthelsetenesta i geriatri, psykiatri og rehabilitering. Innanfor geria- trien blir det utvikla samarbeid med førstelinjetenesta gjennom geriatriiske team. Andre viktige samarbeidsområde er kreftomsorg, omsorg for alvorleg sjuke og døydande menneske, samt tilbod til slagpasientar. Det er også viktig

med nært samarbeid mellom omsorgstenesta i kommunane og den offentlege tannhelsetenesta, som fylkeskommunen har ansvar for.

Ny lov om spesialisthelsetjenesten (Ot.prp.nr. 10 1998-99) pålegg helsepersonell i spesialisthelsetenesta ei rettleiingsplikt i forhold til kommunehelsetenesta. Det kan vere behov for å følgje opp prioriteringa av denne hjelpa, ettersom rettleiingsoppgåvene og hjelp til kommunehelsetenesta fell utanfor den aktivitetsbaserte finansieringa som dekkjer ein del av utgiftene til sjukehusa.

Dette bør sjåast i samanheng med at ei ny forskrift frå 1.1.99 gir fylkeskommunane høve til å krevje betaling av kommunen for ferdigbehandla pasientar som oppheld seg i fylkeskommunale sjukehus i påvente av eit kommunalt tilbod. Forskrifta oppmodar til at det blir inngått gjensidig forpliktande avtaler mellom fylkeskommunar og kommunar både om betaling, samarbeid og oppfølging av pasientar. Mange kommunar og fylkeskommunar har inngått slike avtaler.

Lov om spesialisthelsetenesta, med samstundes endring i lov om kommunehelsetenesta, pålegg både fylkeskommunane og kommunane å utarbeide individuelle planar for pasientar som har behov for langvarige og koordinerte tilbod. Lovene pålegg spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta å samarbeide med andre tenesteytarar om planen for å kunne gi eit heilskapleg tilbod til pasientane. Ein viser også til omtalen av Sosial- og helsedepartementet sitt arbeid med individuell planlegging under punkt 4.1.

Det fylkeskommunale ansvaret for psykiatriske sjukeheimar og spesial-sjukeheimar er under endring. I samband med opptrappingsplanen for psykisk helse blir det gitt statleg støtte for å styrkje tilbodet til kommunane, slik at det ordinære tenesteapparatet deira også skal møte behova hos menneske med psykiske lidingar. Psykiatriske sjukeheimar blir omdanna til einingar som er meir orienterte i retning behandling. Det pågår òg ein prosess med nedbygging av fylkeskommunale spesialsjukeheimar samstundes som ansvaret for pasientane blir overført til kommunane. Kommunane får statleg støtte til å bygge opp tilbod til unge som blir skrivne ut frå institusjon.

Boks 6.2 Prosjekt om kompetanse og samarbeid

Sosial- og helsedepartementet har gitt prosjektmidlar til Kristiansand kommune som over to år har gjennomført ei brei satsing for å bygge opp kompetanse innanfor omsorgstenestene knytt til normalisering og sosial integrasjon. Prosjektet har omfatta vel 40 tilsette som har gjennomført ein studie innan vidareutdanning (10 vekttal) i «Omsorgsideologi og endringsarbeid». Høgskulen i Sør-Trøndelag har vore fagleg ansvarleg for gjennomføring av studieopplegget som har bestått av veke-samlingar og prosjekt. Ramma har vore tverrfagleg og tverretatleg, og personale med ulik utdanningsbakgrunn (sjukepleiarar, vernepleiarar, ergo- og fysioterapeutar, lærarar og kulturmedarbeidarar) og sektortilknytning har delteke. Gjennom prosjektet har det også vore ei målsetjing å bryte ned nokre av dei barrierane mot samarbeid som ofte medfører at

mottakarane og deira familiar blir koordinatorar på full tid for eige tenestetilbod.

Målet har vore å skape ei felles forståing av teori, problemstillingar og prosessar når det gjeld sosial integrasjon, deintegrasjon, verdsetjing av sosiale roller og devaluering av individ og grupper. I dette arbeidet har det blitt lagt stor vekt på å utvikle kompetanse i korleis ein praktisk kan arbeide med haldningsendringar i retning av eit meir positivt mennesesyn. Vidare har ein vore oppteken av utforming av endringstiltak og tilrettelegging i det kommunale tenesteapparatet og lokalsamfunnet elles. Kompetansen som studiet formidlar har ei vinkling som gjer det relevant for tilsette som jobbar med ei rekkje ulike marginaliserte grupper i samfunnet.

Opplegget og gjennomføringa av prosjektet er evaluerte, og har fått positiv omtale. Prosjektet er eit døme på at konsentrert satsing i ein eller nokre få samarbeidande kommunar kan vere ein nyttig strategi ved kompetansebygging, og eit alternativ til tradisjonelle studiar og vidareutdanning. Allereie etter to år har arbeidet med å byggje opp eit fagleg nettverk, som kan medverke til ei vidare spreiding av kompetanse og konkret endringsarbeid, kome godt i gang i Kristiansand kommunen.

Rehabilitering

Det har i dei seinare åra blitt lagt aukande vekt på rehabilitering og tilbakeføring til eit sjølvstendig og aktivt liv. Gjennom behandlinga i Stortinget av rehabiliteringsmeldinga - St meld nr 21 (1998-99) Ansvar og meistring Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk - er det lagt viktige prinsipielle rammer for rehabiliteringsverksemda i åra som kjem.

Meldinga slår fast at rehabilitering er den hjelpetrengjande sin eigen prosess. Det er dei måla mottakaren har som skal avgjere retninga på prosessen og kva tiltak som skal setjast inn. Det er feil å seie «nokon rehabiliterer andre». Ein del mottakarar kan, til dømes på grunn av alder, rusmiddelmissbruk, fysiske eller psykiske smertetilstandar, sosiale følgjer av kronisk sjukdom osv, i utgangspunktet vere lite motiverte for å ta fatt på ein strevsam og langvarig rehabiliteringsprosess. For menneske i ein slik livssituasjon er det ei stor utfordring å klare å motivere seg og finne fram til former for brukarmedverknad.

Ved å leggje brukarperspektivet til grunn får «hjelparane» innan rehabilitering ei ny rolle. Hjelparane skal «gi naudsynt assistanse til mottakaren sin eigen prosess», og må sjå seg sjølv som «assistentar». For mange velutdanna yrkesutøvarar kan dette vere ei stor utfordring som krev bevisstgjering på asymmetri i maktforhold, og på eiga åtferd. For nokre vil det krevje ei haldningsendring.

Målet for rehabilitering er ikkje lenger berre meistring og opptrening av tapande eller tapte funksjonar. Det skal leggjast større vekt på sosial deltaking og evt. arbeid. Dette inneber at rehabilitering blir noko langt meir enn *medisinsk* rehabilitering. Eit stort tal aktørar - offentlege i ulike etatar og på ulike forvaltningsnivå og frivillige - vil vere relevante «assistentar» i denne delen av rehabiliteringa. M.a. skal rehabilitering og yrkesattføring sjåast meir i saman-

heng, og målet er å integrere dei mange opptreningsinstitusjonane som finst i rehabiliteringskjeda. Det viktigaste verkemidlet for å få til dette vil vere å utarbeide individuelle planar. Utfordringane her er mange. Til dømes blir det ei utfordring å få til eit godt samarbeid mellom ulike profesjonar. Det er eit mål å gi dei mange yrkesutøvarane ei felles plattform for forståing gjennom tverrfaglege kompetanse- og utdanningstiltak. Ei anna utfordring vil vere å få dei ulike delane av hjelpeapparatet til å leve opp til departementet sin klare føresetnad om at kvar mottakar med samansette behov skal ha ein samordna individuell plan.

Kommunane skal i framtida ha den sentrale koordinerande oppgåva innan rehabilitering. Kommunane i Noreg er så forskjellige at kvar enkelt må finne fram til korleis denne oppgåva kan organiserast mest føremålstenleg. Dei må finne fram til korleis dette kan skje slik at den koordinerande instansen verkeleg får autoritet, samstundes som verken mottakaren, deira familiar eller dei mange som yter hjelp frå ulike etatar og på ulike forvaltningsnivå kjenner seg overkøyrde.

Målgruppene for rehabiliteringsarbeidet er mange og utgangspunktet for rehabiliteringsbehovet kan vere svært forskjellig, men ulike grupper har også svært mange felles problem. Det skal ikkje utviklast særomsorg på kommunalt nivå, t. d. i forhold til menneske med psykiske lidingar, eldre, menneske med psykisk utviklingshemming eller rusmiddelmissbrukarar.

Rehabilitering handlar for den enkelte om prosessar. Å få til eit tilfredsstillande og for mottakarane relevant rehabiliteringssystem vil vere ein prosess der ein prøver seg fram og kanskje må leggje om kursen undervegs. Rehabilitering vil difor vere eit typisk utviklingsområde dei komande åra.

I St. meld. nr. 21 (1998-1999) Ansvar og Meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk blei det foreslått oppretta eit statleg kunnskapssenter for heilskapleg rehabilitering. Stortinget har slutta seg til dette, jf. Innst. S. nr. 178 (1998-1999). Senteret skal vere koordinator og pådrivar i høve til kunnskapsformidling og utdanningsspørsmål på rehabiliteringsfeltet. I november 1999 gikk det ut ein invitasjon til alle høgskulane i landet om etablering av eit slikt senter. Det har vore stor interesse for dette over heile landet og 12 høgskular har søkt. Sosial- og helsedepartementet arbeider for tida med å finne den mest eigna staden for dette sentret.

6.3 Mangfald i tenestetilbodet

For å kunne gi mottakarane eit differensiert tilbod og for å kunne møte dei utfordringane vi ser framfor oss, vil det vere viktig å byggje ut mangfaldet i tenestene. Det gjeld innanfor det offentlege hjelpeapparatet, men også i forhold til andre aktørar, anten dette er frivillige organisasjonar, grupper for sjølvhjelp, eller frivilligsentralar m. v. For dei offentlege helse- og sosialtenestene vil det vere viktig å ha fokus på kva andre aktørar kan supplere med av tiltak, og på samarbeid med andre aktørar. Ei anna stor utfordring for det offentlege vil vere å hjelpe pårørande til å meistre sine omsorgsoppgåver.

Grøn omsorg

Grøn omsorg er eit døme på mangfald i tenestetilbodet, og ein modell for samarbeid mellom helse-, sosial-, og oppvekstetatar i kommunar og enkelte gardsbruk. Tiltaket inneber sysselsetjing og meiningsfylt sosialt fellesskap for personar med hjelpebehov som fell utanfor det ordinære tilbodet frå det offentlege, eller der desse tiltaka ikkje har vore tilstrekkelege eller ikkje har fungert som tiltenkt. Det finst i dag om lag 350 prosjekt på landsbasis i 9 fylke. Sosial- og helsedepartementet vil i år 2000 medverke til ei vidareutvikling av Grøn Omsorg. Det vil bli sett ned ei politisk arbeidsgruppe med deltakarar frå aktuelle departement for å innhente erfaringar frå prosjekt som er sette i gang, og evaluere og utvikle modellar for organisering, kvalitetssikring og finansiering. Grøn Omsorg er etter Regjeringa sitt syn eit tilbod som kan gi godt grunnlag for satsing og samarbeid på tvers av sektorane i den enkelte kommune.

Kultur og helse

Eit anna positivt døme er Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd si Kultur- og helsesatsing. Sidan 1996 har desse to instansane samarbeidd om ei landsomfattande forsøksverksemd. Det overordna målet for satsinga er å prøve ut kulturelle verkemiddel i helsefremjande, førebyggjande og rehabiliterande arbeid, løfte fram gode døme på lokalt kultur- og helsearbeid, og medverke til formidling av informasjon om metodar, strategiar og resultat til andre kommunar og fylkeskommunar. Utgangspunktet for satsinga var ei tru på at det å ta del i meiningsfylte kulturaktivitetar fører til auka livskvalitet og evne til å mestre eigen livssituasjon. Kultur- og helsesatsinga har også hatt som mål å engasjere og skape aktivitet og deltaking i lokalsamfunna. Målgruppene i dei ulike prosjekta er heile lokalbefolkninga og spesielt utsette grupper, til dømes personar med psykiske lidningar, isolerte eldre menneske og menneske med muskel/skjelettlidningar. Til saman er det sett i gang 35 prosjekt forskjellige stader i landet. Norsk Institutt for by- og regionsforskning (NIBR) evaluerer prosjekta, og evalueringsrapporten vil liggje føre 1. kvartal 2000. Ei arbeidsgruppe har utarbeidd ein rapport med forslag til korleis forsøksatsinga kan vidareførast og -utviklast når prosjektperioden går ut rundt årsskiftet 1999/2000. I rapporten er det mellom anna føreslått at det blir oppretta eit nasjonalt knutepunkt for kultur og helse i ein av kommunane/fylkeskommunane i satsinga, og at det blir oppretta ei 3-årig engasjementsstilling knytt til denne. Stillinga, pluss nokre driftsmidlar, er føreslått finansiert av staten. Det er også gjort framlegg om å opprette ei sentral rådgivings- og kontaktgruppe for vidareføring av kultur- og helsesamarbeidet. Levanger kommune er valt til å vere det nasjonale knutepunktet for kultur og helse, og ein arbeider med å opprette den nasjonale rådgjevningsgruppa.

Boks 6.3 «Kultur og helse» på Ammerudhjemmet

Ammerudhjemmet sjukeheim i Grorud bydel i Oslo, er ei verksemd innan Stiftelsen Kirkens Bymisjon. Ammerudhjemmet driv også eit av prosjekta i Sosial- og helsedepartementet si kultur- og helsesatsing (1996-1999). Målgruppene for prosjektet er befolkninga i bydelen, med fokus på menneske som slit med isolasjon og einsemd, og dei som bur

på Ammerudhjemmet. Tiltak i prosjektet er faste kulturarrangement kvar tysdagskveld i kultursenteret med leigde profesjonelle artistar. I tillegg er det mindre arrangement andre dagar i veka, til dømes fleirkulturelle familietreff med mat, song og film, kultururar til ulike museum og liknande. Dei frivillige som arbeider på Ammerudhjemmet hjelper til med å utføre ekstraarbeid i samband med dei hyppige kulturarrangementa. Ammerudhjemmet har gjennom si satsing på kultur blitt eit levande kultursenter i bydelen, noko både bebuarar og befolkninga elles i Grorud har stor glede av. Bydelen og Ammerudhjemmet samarbeider no for å finne ein modell for permanent drift av prosjektet.

Tiltak for sosiale møtestader

Det er ei sentral målsetjing i opptrappingsplanen for psykisk helse å få menneske med psykiske lidningar ut av sosial isolasjon. Siktemålet er at ved utgangen av planperioden skal 4500 mottakarar få tilbod om dagaktivitet. Vidare er det teke sikte på at 15 000 fleire menneske med psykiske lidningar skal få tilbod om kultur- og fritidstiltak.

I fleire av Sosial- og helsedepartementet sine forsøksprosjekt innanfor kultur og helse har det blitt utvikla ulike former for møteplassar. Kultur- og helsesatsinga har på mange måtar handla om å gjere ordinære kulturtilbod tilgjengelege for alle. Nokre stader har det vore naudsynt å skape eigne møteplassar eller eigne kulturarenaer for menneske som ikkje har kjent seg klare til å delta i dei ordinære kulturtilboda som nærmiljøet har å by på. Eit av delprosjekta i Sosial- og helsedepartementet og Rikskonsertene sitt samarbeidsprosjekt 2-Kryss, er lagt til Elvahuaset i Førde kommune. I prosjektet i Førde er også frivillige organisasjonar viktige samarbeidspartnarar. To av dei viktigaste målgruppene for Elvahuas-prosjektet er menneske med psykiske lidningar og eldre isolerte menneske. Ved aktivitetshuset Elvahuaset er det sett i gang ei rekkje aktivitetar, mellom anna konsertar, korkveldar, videokveldar og kulturimar der ein muskar frå distriktet mellom anna gir innføring i bruk av ulike instrument og føreles om ulike komponistar. Det blir arrangert teaterframsettingar, besøk på utstillingar, turar og sosiale samlingar. Heimehjelparar og dei som leverer mat spreier informasjon om kulturiltaka i prosjektet. Det blir arbeidd for at tiltaka skal bli permanente når dei statlege prosjektmidlane fell bort.

Eit anna av 2-kryss prosjekta er lagt til Amalldhus som er ein annan brukarstyrt treffstad for menneske med psykiske lidningar i bydel Uranienborgen Majorstuen i Oslo. Ved Amalldhus er det ein fast tilsett, i tillegg blir kunstnarar og andre engasjerte som instruktørar. Ved Amalldhus blir det arrangert kurs i yoga og i spansk, og det er mogeleg å sy, måle, drive med musikk, ete, eller rett og slett berre møte andre som har lyst til å prate. Amalldhus har ope alle dagar i året, og for mange har det å kunne kome på Amalldhus vore eit første steg på vegen til deltaking på andre samfunnsarenaer, som til dømes i ei foreining, eller starte på ei utdanning eller i ein jobb.

Eldresentra er eit tilbod til alle heimebuande eldre i senteret sitt distrikt. Her kan eldre ta del i ulike aktivitetar, arbeide som frivillig, treffe andre, få hær-

og fotpleie, og i mange tilfelle også kunne få sosialrådgiving. Sentra representerer eit viktig førebyggjande tiltak, særleg med tanke på å få eldre ut av sosial isolasjon og einsemd. Talet på senter har auka jamt, m. a. som følgje av at mange kommunar som byggjer eldrebustader eller omsorgsbustader ofte knyter eit eldresenter til bustadanlegga. I dag er det nærare 350 eldresenter, i første rekkje lokaliserte til byar og tettstader. Minst 350 000 eldre bur i ein kommune med eldresenter. Dette tiltaket er samstundes eit døme på samarbeid mellom kommunane og frivillige organisasjonar. På same måte som med mange andre tiltak i eldreomsorga, vart eldresentra først etablert av frivillige organisasjonar. Framleis blir halvparten av sentra drivne av organisasjonar, men med driftstilskot frå kommunane. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere rolla til eldresentra nærare, mellom anna for å stimulere til aktivitet og førebyggje einsemd.

6.4 Utvikling av gode organisasjonsmodellar, leiing og arbeidsmiljø

Ei nyleg utført undersøking viser at leiarar og tilsette i pleie- og omsorgssektoren slit med store belastningar, og at sektoren ikkje står godt rusta til å møte utfordringane i åra som kjem (Moland 1999). Mange kommunar slit med personellmangel, dårleg arbeidsmiljø, sterk personellutskifting, særleg blant leiarar, særorganisering av tenestene og svak leiing på alle nivå. Det er likevel kommunar som klarer seg betre enn andre. Kjenneteikn ved desse er at dei har teke konsekvensen av at omsorgstenestene har vokse til ein stor og kompleks organisasjon som stiller store krav til leiing, evne til organisering og fagleg kompetanse. Desse kommunane har skjont at det er viktige oppgåver å leie, planleggje, styre og koordinere økonomiske og menneskelege ressursar i ein organisasjon med fleire nivå og samansette fagområde. Dei tek omsyn til at det i slike organisasjonar kan vere stor avstand mellom leiing og utøvande einingar i tenesta. Dei forstår at tenestekvaliteten som den enkelte mottakar opplever er avhengig av opplæring, vedlikehald og oppdatering av kunnskap, intern kommunikasjon og fordeling av ansvar og mynde, av organisasjonsstruktur og kultur. Og på same måte at det er viktig å bruke tid og ressursar på personell og organisatoriske forhold. Det er ei utfordring å utvikle organisasjonskultur som motverkar utbrenning og personellkrise.

Arbeidet i omsorgssektoren er både fysisk og mentalt svært krevjande. I dag finn vi ein klar overrisiko for uføretrygding med muskel/skjelett-diagnosar i yrkesgrupper som er aktive i omsorgssektoren. Arbeidsmiljølova (§ 12) pålegg kommunen som arbeidsgjevar å sikre arbeidstakarane mot uheldige fysiske og psykiske belastningar. Arbeidet er av ein slik art at arbeidstakaren vanskeleg kan avbryte eller avslutte det, sjølv når det av omsyn til helsa ville vere tilrådeleg. Dette gjer det spesielt viktig at arbeidsgjevar oppfyller sitt ansvar etter Arbeidsmiljølova og HMS-forskrifta for å kartleggje og redusere risikoforhold. Dersom dei tilsette skal kunne sikrast mot uheldige belastningar, må arbeidsgjevar løpande vurdere om storleiken på og stabiliteten og kvalifikasjonane i bemanninga påverkar arbeidsmiljøet og tenestekvaliteten. Byrådsavdelinga for eldre og bydelane i Oslo kommune har utvikla metodar for kartlegging av forholdet mellom belastning og bemanning i sjukeheimar, som kan vere av interesse også for andre kommunar og andre typar tenestestader.

Boks 6.4 Godt eksempel på prosjekt for organisering av tenestene

Sosial- og helsedepartementet har finansierte eit prosjekt i samarbeid med Sørums kommun med målsetjing å utprøve faglege prosedyrar for behandling og opplæring som inneber at ein ikkje nyttar tvang og straff overfor personar med hyppige og til dels farlege åtferdsavvik. Dette vart sett inn i ein heilskapleg plan der både livskvaliteten for mottakaren og arbeidstakarane sin kompetanse og deira arbeidsmiljø har vore viktige mål. Tiltak for å heve kompetansen blant personalet og endring av arbeidstidsordning og utprøving av alternative turnusordningar var viktige verkemiddel. Evalueringsrapporten frå Arbeidsforskningsinstituttet konkluderer med at det vart registrert positive endringar i arbeidsmiljøet. Resultata for mottakarane var også positive, med kraftig reduksjon av problemåtferd slik at den vart handterleg og slik at læring av til dømes språk og sosiale aktivitetar vart mogeleg. Problema oppstår likevel igjen når personalet sluttar og det ikkje er etablert ordningar for å vidareføre tidlegare erfaringar og kompetanse. Departementet har starta drøftingar for å sjå på korleis ein kan sikre ei meir kontinuerleg vidareføring av kunnskap frå dette og liknande prosjekt.

Autismeprogrammet:

Nasjonalt program for utvikling av autismekompetanse, Autismeprogrammet 1993-98, har systematisert erfaringar og kome med forslag til tiltak basert på sitt arbeid med å utvikle stabilitet og kompetanse i tenestene til personar med autisme. Personalet i kommunane møter særlege utfordringar overfor denne gruppa som er lågfrekvent og som m. a. kan ha ulike alvorlege åtferdsproblem. Frå 01.01.1999 er Autismeprogrammet etablert som eit permanent nasjonalt kompetansenettverk for autisme for å heve kompetanse og stabilitet, og dermed kontinuitet og kvalitet, i tenestene.

Ei av dei viktigaste oppgåvene for leiarar er, i tillegg til å vere tydelege og profesjonelle, å ta godt vare på dei som dei har ansvar for. Leiarar må sjå til at det blir brukt tid og ressursar til å førebyggje og løyse personlege og organisatoriske problem. Dei beste leiarane brukar mykje tid på å formidle mål og forklare prosessar. Dialogen med leiarar på lågare nivå og tilsette aukar forståinga av eiga rolle i organisasjonen, noko som skaper tryggleik og identifikasjon med tenesteeininga, aukar forståinga for kollektive mål, og betrar trivselen og motivasjonen.

Studien til Moland oppsummerer med at kommunal suksess når det gjeld kvalitet, effektivitet og miljø i omsorgstenestene avheng først og fremst av at leiinga har evne til å setje opp mål og deretter skape kollektiv oppslutning om desse. Dernest handlar det om å definere ansvar og delegere formell mynde til leiinga på grunnplanet. Blir dette følgt opp med verdsetjing, støtte, omsorg og opplæring, bør kommunen kunne halde på dyktige leiarar i tenesta. Saman med ein klar og synleg organisasjonsmodell vil det føre til betre kvalitet på tenestene, betre arbeidsmiljø og stabil arbeidskraft, og det vil bli lettare å rekruttere nytt personell. Regjeringa legg dette til grunn, men viser til at også andre føresetnader, som nok personell, meningsfull organisering, utvikling

og fagleg stimulering er viktig. Det store og mangfaldige ansvaret som kommunane i dag har for å yte kvalitativt gode omsorgstenester til sine innbuarar stiller også store krav til den overordna politiske og administrative leiinga i kommunen.

**Boks 6.5 Handlingsplan for sosialtenesta si førstelinje (1998-2001):
Kunnskap og brubygging**

Voksenåserklæringa, innspel frå fylkesmennene, førstelinjetenesta og aktuell forskning har vist at det er behov for å halde fram med satsinga på sosialkontortenesta. På denne bakgrunn har Sosial- og helsedepartementet utarbeidd ein handlingsplan for sosialtenesta si førstelinje, «Kunnskap og brubygging».

Handlingsplanen har som mål å heve kvaliteten og kompetansen i sosialtenesta sitt arbeid for å ivareta sosialtenesta sine oppgåver slik dei følgjer av sosialtenestelova. Følgjande satsingsområde er sentrale i handlingsplanen:

- Heve kvaliteten og kompetansen i sosialtenesta sitt arbeid med klientar med samansette behov, under dette rusmiddelmissbrukarar. Betring av ettervernet vil stå sentralt
- Gjere sosialtenesta meir brukarvenleg og tilgjengeleg
- Redusere tilfeldig forskjellsbehandling i fordeling av økonomisk stønad

For å nå måla med handlingsplanen vil det bli nytta eit landsdekkjande opplæringsprogram som skal tilpassast lokalt og utformast innanfor ramma av den tematikk satsingsområda tek opp, etablering av fylkesvise faglege fora og tilbod om vegleining for dei som behandlar klientar på sosialkontor. Eit viktig mål er at alle saksbehandlarar innan utgangen av perioden for handlingsplanen (2001) skal ha tilgang til eit permanent system for kompetanseheving, vegleining og utveksling av erfaringar. Tiltaka i handlingsplanen skal integrerast i kommunane sine eigne planar for opplæring og utvikling.

Det er fylkesmennene som har ansvaret for å følgje opp handlingsplanen, m. a. saman med regionale kompetansesenter på rusområdet. Det er føresetnaden at alle tiltaka blir utforma i nært samarbeid med kommunane. Dei nemnde tiltaka går inn i ein samla kvalitetsstrategi for sosialtenesta. I tillegg til dei skisserte tiltaka er Sosial- og helsedepartementet i gang med å utvikle verktøy og hjelpemiddel slik at kommunane sjølv kan vurdere kvalitet og kompetanse i si sosialteneste, og også gjere det mogeleg å samanlikna på tvers av kontor og kommunar. Eksempel på slike kvalitetsfremmande tiltak, er eit opplegg for å gjennomføre servicedeclarasjonar i sosialtenesta. Dette vil kommunane få tilbod om i 2000.

Sjukepleiarane har ei sentral rolle i omsorgstenestene, både som leiarar og ved sin fagkompetanse på området. Det er likevel stadig vanskelegare å rekruttere sjukepleiarar til tenesta, spesielt til sjukeheimar. Samstundes signaliserer andre yrkesgrupper at dei i større grad ønskjer å kome inn i sekto-

ren. Denne problemstillinga krev at ein ser på organisatoriske forhold og stillingsstruktur i sektoren. Det vil framleis vere eit stort behov for sjukepleiarar i omsorgsyrka, men ei undersøking har kartlagt at sjukepleiarane ønskjer eit sterkare fagleg miljø, og auka fokus på sine spesialfelt. Sjukepleiarane ønskjer at deira kompetanse skal bli brukt på rett måte, og dei framhevar sin funksjon som rettleiarar, og dei signaliserer også at sjukepleietenester i større grad bør bli spesialiserte og til dømes organiserast i særskilde fagmiljø på linje med ergoterapi og fysioterapi. Fleire av dei oppgåvene sjukepleiarane utfører i dag kan gjerast av andre yrkesgrupper. Andre, meir utradisjonelle yrkesgrupper og til dømes frivillige aktørar kan vere aktuelle i denne sektoren. Kulturarbeidarar, miljøarbeidarar og meir serviceretta yrkesgrupper vil kunne vere aktuelle å rekruttere inn i tenesta. Samstundes må det seiast at fagmiljøa kan styrkjast ved at desse miljøa gir tilbod til eit breitt spekter av mottakarar, både i og utanfor institusjonane. Regjeringa vil på bakgrunn av dette oppmode kommunar til i større grad å prøve ut utradisjonelle organisatoriske løysingar.

Effektivitetsstudien

Finansdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Sosial- og helsedepartementet er i gang med ein studie av effektiviteten i omsorgssektoren. Prosjektet tek sikte på å kartlegge strukturelle trekk ved sektoren som har innverknad på effektiviteten. I første fase av prosjektet har det i 1999 vore gjennomført ein kvantitativ analyse av effektiviteten i sektoren.

På dette grunnlaget skal det i år 2000 gjerast ein nærare analyse av eit utval av dei mest og minst effektive kommunane for å identifisere faktorar som er viktige for effektiv ressursbruk. Siktemålet er å leggje til rette for at enkeltkommunar skal ha nytte av prosjektet når det gjeld organisering av eiga teneste. I samband med denne andre fasen av prosjektet vil det også bli lagt vekt på å få fram indikatorar for kvalitet i tenestene.

6.5 Tiltak

Regjeringa meiner det er behov for tiltak som kan utvikle tenestene i åra framover. Særleg organisasjon og leiing og betre arbeidsmiljø i omsorgssektoren i kommunane må stå sentralt.

Leiging og organisasjonsutvikling

Å sikre gode leiarar i tenestene vil vere ei viktig utfordring framover. Kommunane må sjølv sikre dette gjennom eigen rekrutteringspraksis. Kommunenes Sentralforbund (KS) tek problemstillinga på alvor og har mellom anna engasjert FAFO til å gjennomføre eit prosjekt om leiarkompetanse i tenestene. I tillegg meiner Regjeringa at fokuset på god leiing også bør kome fram gjennom dei tilbod som finst i høgskulesektoren. Difor vil det, som ein del av handlingsplanen for helse- og sosialpersonell «Rett person på rett plass» bli sett søkjelys på utdanning i organisasjon og leiing for tilsette i helse- og sosialsektoren ved høgskulane.

Regjeringa ønskjer vidare å etablere eit samarbeid med KS for å få til ein arena for utvikling av leiinga i helse- og sosialtenesta i kommunane, og å sti-

mulere gjennom prosjektmidlar til utvikling av gode og føremålstenlege modellar for organisasjon og leiing.

Arbeidsmiljø

Stabilitet blant dei tilsette blir av mottakarane av tenester i mange samanhen- gar understreka som ein avgjerande faktor for kvalitet i tilbodet. Skal kommu- nane greie å rekruttere og halde på personell i desse tenestene, er det viktig at dei tilsette har eit forsvarleg arbeidsmiljø. Dei tilsette må takast vare på og arbeidsplassane må leggjast til rette slik at ein fremjar trivselen, og slik at det legg grunnlaget for ei stabil arbeidskraft som kan yte kvalitativt gode tenester.

I samband med Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell er det iverk- sett eit prosjektprogram retta mot arbeidsmiljø og helse i omsorgstenestene. I samband med programmet er det i 1999 starta opp 2-årige prosjekt i Oslo og Levanger. Vidare vil det i løpet av 1999 og 2000 bli gjennomført ei seminar- rekkje retta mot 25 kommunar i Noreg med tema arbeidsmiljø og helse i omsorgs- sektoren. Utgangspunktet for prosjekta er at tilsette i heimebaserte tenester er utsette for store påkjenningar i jobben, som fysisk tungt arbeid med mange tunge lyft, lite tilpassa hjelpemiddel i heimane, psykiske belastnin- gar, trugsmål og trakassering. Når ein samstundes veit at det skjer ei gradvis overføring av oppgåver frå andrelinje- til førstelinjetenesta, inneber dette at heimetenestene stadig vil bli konfrontert med nye og krevjande mottakargrup- per. På denne bakgrunn er det behov for å sjå på verkemiddel for å ta vare på tilsette som arbeider i heimen hos andre. Seminarrekkja har som mål å moti- vere kommunane til å setje i gang tiltak for å betre arbeidsmiljøet i omsorgs- sektoren. Det blir teke sikte på å formidle gode metodar for å gripe fatt i pro- blemstillinga og stimulere kommunane til å danne nettverk for gjensidig infor- masjon og utveksling av erfaring.

6.5.1 Oppsummering av tiltak

- Auka fokus på organisasjon og leiing i helse- og sosialfag ved høgskulane.
- Samarbeidsprosjekt om organisasjon og leiing mellom Sosial- og helsede- partementet og Kommunenes Sentralforbund (KS).
- Utviklingsprogram retta mot arbeidsmiljø og helse i helse- og sosialtenes- tene.

7 Problemstillingar knytte til enkelte grupper

7.1 Menneske med demens

Ei stor utfordring for omsorgstenestene dei komande åra vil vere å utvikle gode tenestetilbod til menneske med demens. Demens er ei felles nemning på ei rekkje organiske og kroniske sjukdomar som er kjenneteikna ved kronisk og irreversibel intellektuell og mental svikt. Aldersdemens er definert som demenssjukdomar som oppstår i høg alder. I følgje Engedal og Haugen (1996) er aldersdemens

«en erhvervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenkning. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid».

I dag reknar vi med at det her til lands er om lag 55 000-60 000 personar som har utvikla demens. Omlag halvparten av desse bur i eigen heim. Den andre halvparten er i sjukeheimar, der dei utgjer 70-75 pst. av alle bebuarane. Førekomsten av demens aukar med alderen. Det er difor å vente at talet på personar med demensdiagnose aukar framover som følgje av at vi reknar med stadig fleire personar over 80 år.

Utfordringane samfunnet står overfor i samband med denne utviklinga er mange, og dei er knytte både til det medisinske diagnostiserings- og behandlingstilbodet, oppbygginga av eit godt fungerande hjelpeapparat ute i kommunane, hjelp og støtte til pårørende og ikkje minst til rettstryggleiken for denne gruppa. Det er også eit klart behov for vidare forskings- og utviklingsarbeid i forhold til menneske med demens.

Demenstilstandar er ofte underdiagnostiserte, og det førekjem mykje feildiagnostikk. Viktige omsyn ved å utgreie aldersdemens er å skilje demens frå normal aldring, depresjon eller ein akutt tilstand av forvirring, dvs. å utelukke andre sjukdomar. Rett diagnostikk og evaluering av funksjonsevner og ressursar er føresetnader for betre livskvalitet hos personar med demenssjukdom. Når det gjeld omtalen av helsetenester til menneske med demens viser ein til St meld nr 26 (Om verdjar for den norske helsetenesta (1999-2000)).

Internasjonal og nasjonal forskning viser at personar med diagnosen demens har behov for eit spesielt tilrettelagt teneste- og bustadtilbod med små og oversiktlege bumiljø. Det mest vanlege er i dag skjerma einingar i sjukeheimar eller bukollektiv. Einingane har ofte høgare bemanning enn det som er vanleg i ein sjukeheimsavdeling. Enkelte kommunar har også bygd ut tenestetilbod som blir kalla «forsterka einingar.» Desse er spesielt tilpassa pasientar som på grunn av sin demenssjukdom er blitt svært utagerande og støyande.

7.1.1 Det kommunale tenestetilbodet

Ei undersøking Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens gjennomførte blant norske kommunar i 1996-97, viste at berre 14 pst. av sjukeheimplassane var tilrettelagde for personar med demens. 46 kommunar hadde oppretta

bukollektiv og 20 kommunar hadde teke i bruk omsorgsbustader for denne gruppa. Desse resultata viser at oppbygginga av tenestetilbodet til menneske med demens framleis var i støypeskeia på det tidspunktet då undersøkinga vart gjennomført. Regjeringa vil vise til at den utviklinga som no skjer gjennom handlingsplanen for eldreomsorga også inneber ei styrking av tilbodet til demente. Ei evaluering av tilskotsordninga til bygging av omsorgsbustader og sjukeheimplassar viser at kommunane gjennom denne ordninga har satsa på å byggje ut tenestetilbodet til menneske med demens. Det kan likevel synast som om mange kommunar ved utforming av nye sjukeheimar ikkje tek nok omsyn til det store tal demente som bur i vanlege sjukeheimar. Ei anna evaluering av tilskotsordninga viser at dei fleste sjukeheimsprosjekta som vart sette i gang i 1997 var tilbygg til eldre sjukeheimar. Det inneber at eksisterande institusjonar ikkje blir mindre, men tvert i mot større med fleire plassar og lengre korridorar og med klare manglar m. a. når det gjeld standard og funksjonskrav. Med dette kan det bli endå vanskelegare for dei som har nedsett orienteringsevne å finne fram i bygningane.

Undersøkingar viser at avlastingstilbod og tilbod på dagtid for menneske med demens er svært mangelfullt utbygd. 2 pst. av heimebuande med demens hadde i følgje undersøkinga frå Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens tilbod om tilrettelagde dagtilbod. Det bør vurderast korleis frivillige organisasjonar og frivilligsentralar kan gå meir aktivt inn og tilby tenester, som til dømes praktisk hjelp, besøksteneste og støttekontakt. Dei pårørande har ulike behov, noko som tenesteapparatet må ta omsyn til. Tiltak som dagplassar for aldersdemente, kortidsopphald, avlasting, støttekontakt og praktisk hjelp er alle nyttige verkemiddel som bør byggjast ut og gjerast lettare tilgjengeleg. I samband med m.a. gjennomgangen for handlingsplanen for eldreomsorga vil Regjeringa vurdere utviklinga i det kommunale tilbodet til menneske med demens, under dette dag- og avlastingstilbodet.

7.1.2 Kompetanse og personell

Behova til menneske med demens er ofte samansette, og tenestene må difor tilpassast den enkelte. På grunn av at sjukdomen er så kompleks er også andre yrkesgrupper enn pleiepersonell aktuelle. For å sjå tenestemottakarane sine samansette behov og tilpasse tenestene etter desse kan det vere ei løysing å opprette «demensteam» der forskjellige fagpersonar og ei fast gruppe av pleiepersonell inngår. Det er også viktig å byggje opp lokal fagleg kunnskap som kan gi råd i den vidare planlegginga av tenestetilbod for menneske med demens.

Regjeringa meiner at det er viktig å styrkje kompetansen i kommunane innan aldring og demens. Ei kartlegging av tilbodet om vidareutdanning i aldring og eldreomsorg og aldersdemens som Nasjonalt geriatriprogram føretok i 1999 viser at 11 fylke i 1997 hadde høgskule med vidareutdanning i aldring og eldreomsorg og/eller aldersdemens. Nokre av skulane har lagt ned tilbodet, medan andre har oppretta eit slikt tilbod i ettertid.

Regjeringa vil som ein del av handlingsplanen for helse- og sosialpersonell arbeide for å styrkje vidareutdanninga i geriatri for personell med høgskuleutdanning. Gjennom handlingsplanen for helse- og sosialpersonell vil det bli sett i verk tiltak for å betre kompetansen på feltet både på høgskulenivå og i vida-

regående skule. Kunnskap om aldring og demens bør også inngå som ein del av grunnopplæringa for ufaglærte.

7.1.3 Styrkje arbeidet for pårørande

For mange verkar avsløring av begynnande demens hos eit nært familiemedlem skremmande. Sjølv om haldningane til demens har blitt langt meir opne dei seinare åra prøver framleis mange å skjule symptoma for omgjevnadene, fordi ein opplever dei som nedverdige. Ingen eller liten kjennskap til behandling og hjelpetilbod gjer at mange pårørande blir aleine om omsorga og sjølve blir utslitne. Det er store variasjonar i korleis kommunane informerer og rettleiar pårørande til demente. Pårørande utgjer den viktigaste ressursen for at menneske med demens framleis skal kunne bu heime. Kunnskap om korleis pårørande skal møte den demente, årsaker til den demente sine handlingar, informasjon om sjukdomen og utviklinga av den vil kunne gi pårørande både tryggleik og kompetanse til å hjelpe.

Nasjonalforeininga for folkehelsa har nyleg starta demenstelefonar. Desse har hatt stor pågang og har gitt verdifull rettleiing og støtte til pårørande. Nasjonalforeininga har også gjort ein stor innsats med å bygge ut samtalegrupper for pårørande til demente. I desse gruppene utvekslar pårørande erfaringar, og gir kvarandre nyttige råd og rettleiing. Desse gruppene blir i dag drivne på frivillig basis og har få ressursar til å nytte fagleg ekspertise. Regjeringa vil støtte Nasjonalforeininga sitt arbeid med demenstelefonar, slik at dette tilbodet blir betre kjent og tilgjengeleg blant pårørande over heile landet.

I alt 57 kommunar har oppretta samtalegrupper for pårørande (*Eek og Nygård, 1999*). Regjeringa meiner at dette er eit godt og føremålstenleg tilbod. Kombinert med avlastingstilbod og tilbod på dagtid vil det medverke til at pårørande kan halde fram med å yte omsorg. Avlasting må leggjast til rette i samarbeid med den enkelte pårørande slik at den blir tilpassa deira behov og ønskjer.

7.1.4 Forsking og utvikling

Det er behov for større satsing på forskning om og utvikling av tenester til menneske med demens, under dette alderspsykiatri. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens vil i sitt utviklingsarbeid rette merksemda mot tenestetilbodet til desse gruppene. Norges forskningsråd arbeider med å få utarbeidd ein kunnskapsstatus om aldersforskning. Kunnskapsstatusen omfattar aldersforskning med forankring i psykologi, medisin og sosiologi og er planlagt ferdig i løpet av siste halvdel av år 2000. Den vil bli utgangspunkt for eit større tverrfagleg program for aldersforskning.

7.1.5 Rettstryggleik for menneske med demens - særleg om grenser for bruk av tvang og andre tiltak som avgrensar rettar

Demenssjukdomen gjer at den demente gradvis mister evna til å ta vare på seg sjølv og innsikt i behovet for hjelp. Som følgje av dette kan enkelte demente utsetje seg sjølve for skade eller sjukdom, til dømes på grunn av mangelfullt kothald, for lite drikke eller manglande hygiene og personleg stell. Enkelte kan også på grunn av manglande innsikt i sin eigen livssituasjon motsetje seg naudsynte omsorgstenester og helsehjelp. Ein del demente er ute av stand til

sjølve å oppdage og unngå faresituasjonar, som til dømes trapper og glatte golv, steikeomnar og andre varme elektriske apparat, eller dei gløymer å slå av slike apparat og skapar fare for brann. Enkelte har problem med å klare seg ute aleine på grunn av nedsett evne til å vurdere trafikk- og verforhold, eller dei klarer ikkje å finne tilbake til institusjonen eller bustaden. Enkelte kan også i visse situasjonar bli utagerande eller urolege.

Frå fleire hald har det over tid blitt hevda at menneske med demens manglar rettstryggleik. Det har blitt peikt på at det i tenesteytinga til demente blir gjennomført inngripande tiltak utan tilfredsstillande dokumentasjon, saksbehandlingsprosedyrar og kontroll, og at enkelte tiltak skjer utan naudsynt heimel i lov. Det har også blitt peikt på at det skjer overgrep, både ved at demente blir utsett for uakseptable handlingar og ved at dei ikkje får den omsorg dei treng. Fleire har teke opp problemet med tvangs- og feilmedisinering. Vidare har søkjelyset blitt sett på bemanningssituasjonen og kvaliteten på tenestene.

Det er blitt peikt på at rettstilstanden er mangelfull og uklar i forhold til denne gruppa. Mange miljø har etterspurt ei betre rettsleg regulering, i første rekkje av omsyn til tenestemottakarane sin rettstryggleik, men også av omsyn til tenesteytarane. Nokre ønskjer heimlar for lovleg å kunne gjennomføre tvangstiltak som blir nytta i dag. Andre ønskjer at det ikkje skal vere lovleg å nytte tvang mot personar med demens, eller at dei demente må sikrast rettar i sitt møte med omsorgstenesta. Ein idédugnad som departementet arrangerte i juni 1999 stadfesta at det i fagmiljøet er delte meiningar om kva problemet består i og kva for verkemiddel som bør setjast inn. Sjølv om miljøet manglar eit regelverk på området, peikte fleire deltakarar på at det er viktig å sjå dei etiske, faglege og juridiske spørsmåla i samanheng.

Debatten og mediaopplaga dei seinare åra har vist at det ikkje er eintydig kva som blir lagt i omgrepet rettstryggleik. Som det blei gjort greie for i punkt 3.5, omfattar omgrepet rettstryggleik tradisjonelt sett verkemiddel som skal sikre at den enkelte får oppfylt dei rettar vedkomande har i forhold til det offentlege, såkalla rettstryggleiksgarantiar. I denne samanhengen vil rettstryggleik særleg innebere at tvang og andre tiltak som avgrensar rettar berre skal brukast når det er rettsleg grunnlag for det. Det er viktig å vere klar over at det ikkje berre er reglar som kan betre rettstryggleiken, men at også andre verkemiddel kan vere sentrale, til dømes økonomi, personell og kompetanse.

For å sikre retten til forsvarleg omsorg og hindre skade, kan det i enkelte tilfelle vere naudsynt å bruke tvang eller andre rettsavgrensande tiltak. Med tvang er det her meint tiltak som den demente motset seg. Omgrepet rettsavgrensande tiltak er vidare, og omfattar også tiltak som grip inn i personen sine rettar (til privatliv, sjølvbestemming og personleg fridom) og som vedkomande er passiv til eller «godtek». Begge typar tiltak krev etter legalitetsprinsippet heimel i lov eller anna rettsgrunnlag. Eit døme på anna rettsgrunnlag er samtykke til tiltak som avgrensar rettar.

I tillegg til at det er naudsynt å sjå på behovet for å betre rettstryggleiken innan dei rammene som regelverket set i dag, er det naudsynt å sjå på behovet for å utvide det rettslege grunnlaget for å sikre demente naudsynt pleie, omsorg og helsehjelp og for å hindre vesentleg skade i dei tilfella personen manglar forståing for sin eigen situasjon og sitt behov for hjelp.

Førebels resultat frå kartlegginga av bruk av tvang mot demente

Departementet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i oppdrag å kartleggje bruk av tvang og andre rettsavgrensande tiltak mot demente. Kartleggingsarbeidet er delt inn tre delar for å sikre at alle typar tenesteyting i omsorgstenestene blir kartlagde, og for å avdekkje omfanget av og årsakene til bruk av slike tiltak. Første del er ei kartlegging av kva for tiltak som blir brukte i alders- og sjukeheimar. I andre del blir bruk av slike tiltak i heimete- nesta undersøkt. Tredje del vil vere ei studie av årsaker til bruk av tvang og kva for frivillige alternativ som blir brukt. Kartlegginga skal etter planen vere ferdig hausten 2000.

Departementet har fått inn førebels resultat frå den første delen av undersøkinga, som omfattar 1008 institusjonar, fordelt på 611 sjukeheimar, 212 aldersheimar og 185 kombinerte alders- og sjukeheimar. Det har kome inn svar frå over 50 prosent av institusjonane, som omfattar nær 22 000 bebuarar. Tala vil bli presentert i det følgjande, men kan bli noko annleis når ein har fått inn fleire svar. Det må derfor takast atterhald i forhold til dette.

Førebels viser resultatata at berre ca. 40 prosent av bebuarane har diagnosen demens eller at ein trur dei har demens utan at diagnose er stilt. Til samanlikning viser tidlegare studiar at 70 prosent av bebuarane i aldersinstitusjonar er demente. Dette viser at ein har for dårleg kunnskap om kor stort omfanget er.

Dei tala vi har fått til nå viser at det er enkelte organisatoriske og strukturelle forhold som kan virke inn på bruken av tvang i tenestene. Ved nesten alle institusjonsavdelingane får bebuarane fritt ta imot besøk, dei får bruke den tida dei treng til måltida og får kome på toalettet når dei ønskjer det. Ved 89 prosent av avdelingane får bebuarane alltid eller som regel stå opp og leggje seg til normal tid eller når dei sjølv ønskjer det, og ved 69 prosent av avdelingane får bebuarane den tid og tilretteleggjing dei treng for å klare mest mogeleg sjølv under stell. Ved 40 prosent av avdelingane får dei som ønskjer å gå ut og treng følgje, alltid eller som regel nokon med seg dersom dei ønskjer det.

Enkelte resultat som gjeld konkrete tiltak som inneber bruk av tvang eller andre inngrep i dei demente sine rettar vil bli presentert i drøftinga av dei aktuelle tiltaka nedanfor. Det er viktig å merke seg at svara gjeld avdelingar og ikkje enkeltpersonar. Det er nok at eit tiltak er i bruk i forhold til ein person for at det skal bli registrert at tiltaket er i bruk i avdelinga.

Etiske prinsipp og dilemma

Følgjene av sviktande eigenomsorg og evne til å unngå faresituasjonar og utagering mot andre kan i stor grad bli kompensert ved god tilretteleggjing av omgjevnadene (små, oversiktlege miljø) og god kvalitet på tenestetilbodet. Vidare er gode haldningar, god organisering av tenestetilbodet og nok personell og kompetanse til å ivareta demente sine særlege behov viktig. Det er kommunane sitt ansvar å leggje til rette for minst mogeleg bruk av tvang.

Menneske med demens har som andre rett til sjølvbestemming, privatliv, personleg fridom og naudsynt pleie, omsorg og helsehjelp. Demente har også rett til å bli tatt vare på og til å få dekt sine grunnleggjande behov. I situasjonar der den demente, til trass for tilretteleggjing og førebygging, motset seg naudsynt pleie og omsorg eller utset seg sjølv eller andre for vesentleg skade, er

det ikkje mogeleg å ivareta alle desse rettane fullt ut samstundes. I omsorga for denne gruppa vil helse- og sosialpersonell ofte møte vanskelege etiske dilemma der valet står mellom å unnlata å yte omsorg og tenester til dei som treng det og å krenkje deira integritet og rett til å bestemme sjølv. I vårt samfunn er det tradisjon, både kulturelt og rettsleg, for å gripe inn og syte for at grupper som manglar evna til å dra omsorg for seg sjølv, ikkje skadar seg sjølv eller andre eller på annan måte går til grunne. Dette reiser likevel både rettslege og etiske dilemma.

Sjølv om frivillige og førebyggjande verkemiddel blir tekne i bruk i langt større grad enn i dag, vil det truleg ikkje vere mogeleg å ivareta omsorga for menneske med demens heilt utan bruk av tvang eller andre tiltak som avgrensar rettane deira. For å gi naudsynt omsorg og hindre alvorleg skade vil tenesteytarane i enkelte situasjonar vere nøydde til å treffe avgjerder og iverksetje tiltak som grip inn i personen sine rettar utan at mottakaren av tenestene samtykker, eventuelt også mot viljen til vedkomande.

Også i forhold til menneske med demens må vi nytte dei same etiske grunnprinsipp som ligg til grunn for dei reglane som i dag set grenser når det gjeld bruk av tvang i omsorgstenesta. Dette gjeld menneskerettane, naudreglane i straffelova og reglane i sosialtenestelova kapittel 6A «Rettigheter for og begrensing og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming». Viktige etiske prinsipp som ligg til grunn for dagens reglar er:

- Det må leggjast til rette for at den enkelte får behalde sin rett til sjølv å bestemme i størst mogeleg grad. I dei tilfelle der personen har evne til å ta avgjerder sjølv, må det leggjast til rette for det. Dette har også samanheng med respekten for verdigheita til den enkelte.
- Tvang må ikkje brukast med mindre det godet ein ønskjer å verne, er vesentleg, slik som liv og helse.
- Tvang må ikkje brukast utan at det er naudsynt. Faresituasjonar skal om mogeleg unngåast ved bruk av frivillige tiltak. Bruk av tvang må vere siste utveg, og berre nyttast i tilfelle der det ikkje er mogeleg å sikre personen sjølv eller andre mot skade på anna vis.
- Tiltak som inneber bruk av tvang må ikkje gå lenger enn det som er naudsynt for å oppnå formålet, og må stå i forhold til det formål ein vil oppnå.
- Tiltak som inneber bruk av tvang må vere fagleg og etisk forsvarlege.

Eventuelle nye reglar for tenesteyting til demente må byggje på dei same grunnprinsippa. Prinsippa stiller store krav til kvalitet og kvantitet i tenestetilbodet, både i form av personell, kompetanse og tilrettelegging av tenestene ut frå behovet til den enkelte.

Vegval - oversikt over mogelege løysingar

Eitt hovudspørsmål er kor langt samfunnet skal ha høve til å iverksetje omsorgs- eller behandlingstiltak som etter ei fagleg vurdering er naudsynte, utan samtykke frå demente eller mot deira vilje. Det er viktig å finne løysingar som gjer at menneske med demens blir sikra mot overgrep og får naudsynt pleie, omsorg og helsehjelp, sjølv om dei manglar forståing for sin eigen situasjon og behovet for hjelp.

Det er grovt sett fire løysingar som peikar seg ut når det skal vurderast kva for juridiske verkemiddel som bør setjast inn for å setja grenser for bruk av tvang og andre tiltak som avgrensar demente sine rettar.

- Presisere og rettleie om dagens reglar utan å føreslå endringar.
- Føreslå reglar om skadeavverjing i naudsituasjonar som er klarare og betre tilpassa omsorgstenestene og som byggjer på prinsippa i naudreglane i straffelova.
- I tillegg føreslå reglar som heimlar bruk av tvang ved å lovfeste den etiske plikta til å dra forsvarleg omsorg for personar som ikkje klarer dette sjølv, mellom anna for å dekkje grunnleggjande behov og hindre at den demente utset seg sjølv for fare, under dette bruk av alarmar og andre tekniske løysingar. Det kan også vere aktuelt å byggje ut regelverket med utvida representasjonsreglar for tenesteapparatet og pårørande der den demente manglar kompetanse til å samtykke.
- Ei meir vidtrekkande løysing er i tillegg å føreslå uttrykkeleg regulering av innleggjing i sjukeheim, tilbakehalding/låsing og bruk av mekaniske tvangsmiddel når den demente manglar kompetanse til samtykke og motset seg tiltaket.

Eit anna hovudspørsmål er kva for verkemiddel (rettstryggleiksgarantiar) som skal setjast i verk for å hindre at tvang og andre rettsavgrensande tiltak blir brukte utanom i dei tilfella der det er rettsleg grunnlag for det. Informasjon om regelverket og dei frivillige alternativa som ligg føre er svært viktige verkemiddel for å redusere bruken av slike tiltak og sikre at regelverket blir etterlevd. Også rettslege verkemiddel er viktige. Uansett kva for løysing som blir valt når det gjeld materielle grenser for bruk av tvang og andre rettsavgrensande tiltak, er det behov for å gi prosessuelle reglar som sikrar at grensene blir overhaldne. Mellom anna bør det stillast klare krav til saksbehandling, vedtak, klage, gjennomføring, kontroll og tilsyn. Dette vil departementet koma nærare tilbake til seinare.

Etter ei førebels vurdering legg Regjeringa til grunn at det er behov for reglar om skadeavverjing i naudsituasjonar, lovfesting av den etiske omsorgsplikta, reglar om representasjon frå pårørande og andre og bruk av alarmar og andre tekniske løysingar.

Det er fagleg usemje om behovet for regulering av innleggjing i sjukeheim, tilbakehalding/låsing og mekaniske tvangsmiddel overfor demente når den demente manglar samtykkekompetanse og motset seg tiltaket. Det er naudsynt å avvente dei endelege resultatane frå kartlegginga til Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens for å få betre grunnlag for å vurdere behovet for ei uttrykkeleg regulering av slike tiltak. Det er også ønskeleg med ei grundig vurdering av dei etiske sidene ved bruk av slike tiltak.

For å gi eit grunnlag for vurderinga av behovet for nye reglar, blir gjeldande rett nærare omtalt nedanfor.

Kva for reglar finst på området i dag?

Gjeldande rett er i overvegande grad basert på at omsorga for menneske med demens er av frivillig karakter. Utgangspunktet er at det er personen sjølv som avgjer kva for tenester vedkomande skal motta. Følgjeleg krevst det samtykke til tiltak som blir sette i verk som ledd i behandling, pleie og omsorg, og som inneber inngrep i rettane til ein person.

Hovudregelen om samtykke er lovfesta i pasientrettighetslova § 4-1 når det gjeld helsehjelp. Utanfor dette området gjeld dei alminnelege ulovfesta reglane om samtykke. Demente kan som følge av si mentale svekking ha nedsett eller manglande evne til å gi eit gyldig samtykke. Pasientrettighetslova inneheld i kapittel 4 representasjonsreglar for dei tilfella der det er naudsynt å gi helsehjelp til personar som manglar samtykkekompetanse. Desse reglane gjeld ikkje helsehjelp som pasienten motset seg. Det er ikkje mogeleg å skilje klart ut kva for omsorgstenester som blir rekna som helsehjelp etter pasientrettighetslova og kva for tenester som fell utanfor. Det er likevel klart at reglane vil dekkje innlegging i sjukeheim eller annan helseinstitusjon der vedkomande ikkje motset seg dette.

Pårørande har ingen alminneleg myndigheit til å samtykke på vegne av den demente. Dersom det er oppnemnt verje eller hjelpeverje, kan desse ha ein viss kompetanse til å representere vedkomande i personlege forhold, men det kan vere uklart kor langt kompetansen rekk. Når det gjeld hjelpeverje, må kompetansen gå fram av hjelpeverjeoppdraget, jf verjemålslova § 90b.

Dersom den demente motset seg tiltaket, har ikkje hjelpeverja myndigheit til å samtykke. Legalitetsprinsippet krev då heimel i lov.

Reglane i straffelova om nødrett og nødverje, §§ 47 og 48, medfører at handlingar (tiltak) som elles ville vere straffbare, blir lovlege. Reglane inneber at dersom ein person er i ferd med å skade seg sjølv eller andre, eller gjere alvorleg materiell skade, er det høve til å gripe inn for å hindre at slik skade oppstår. I mangel av andre heimlar har naudreglane i straffelova blitt gjort gjeldande som heimel for helse- og sosialpersonell sin rett til å gripe inn i naudsituasjonar, også utover dei tilfelle som reglane strengt teke regulerer. Både for naudrett og naudverje gjeld straffridom skadeavverjande handlingar i konkrete faresituasjonar. Det er uklart om og kor langt reglane kan gi heimel for å hindre at tilsvarende situasjonar oppstår igjen, sjølv om dette på sikt er best for den demente og er eigna til å minske den totale bruken av tvang. Naudreglane set ingen konkrete grenser med omsyn til bruk av verkemiddel. Under føresetnad av at vilkåra er oppfylte, kan reglane mellom anna gi straffridom for medisinerings (som såkalla tvangsmiddel for å dempe aggresjon, uro, angst m.m.), tilbakehalding, mekaniske tvangsmiddel og innlegging i sjukeheim når den demente manglar kompetanse til å samtykke og motset seg dette. Det er ikkje i samsvar med naudreglane sitt føremål å byggje på desse i den daglege omsorga. Rekkevidda av naudreglane er også uklar. I mangel av andre reglar er det ein fare for at naudreglane blir tolka for vidt. I tillegg er reglane vanskelege å forstå for tenesteytarane. Dette var noko av bakgrunnen for at det i sosialtenestelova kapittel 6A blei gitt ein regel om skadeavverjande tiltak i enkelttilfelle, jf. § 6A-4 andre ledd bokstav a i lova, som dekkjer kjerneområdet for naudreglane.

Sjukeheimsforskrifta gir ikkje grunnlag for tvangstiltak utover det som følger av anna rettsgrunnlag. I praksis vil det særleg seie naudreglane i straffelova. Det er ikkje heimel for å gi forskrifter om tvangstiltak i kommunehelsetenestelova. Sjukeheimsforskrifta har likevel reglar som gir rett til å nytte såkalla «beskyttelsestiltak», etablere skjerma eining og til ein viss grad nytte tilbakehalding når det gjeld demente personar. Reglane i forskrifta er på fleire punkt uklare, og byggjer på eit problematisk skilje mellom tvangstiltak, som

er forbodne, og «beskyttelsestiltak», som er tillatne. Det kan også stillast spørsmål om lovgrunnlaget for enkelte av tiltaka. Forskrifta har blitt kritisert på grunn av mangelfull regulering av bruk av tvang, då ein etter rettstenkinga i dag krev klårare heimlar enn tidlegare. Det trengst ei opprydding og klargjering av kva for tiltak som er tillatne og forbodne etter forskrifta.

Forskrift om bruk av tvang i nødsituasjoner i boliger med heldøgns omsorgstjenester er gitt med heimel i sosialtenestelova og gjeld mellom anna for aldersheimar. Forskrifta presiserer at det berre kan brukast tvang i naudsituasjonar når vilkåra for naudrett og naudverje i straffelova er til stades. Den gir dermed ikkje ein sjølvstendig heimel for bruk av tvang. Forskrifta ivaretek rettstryggleiken for tenestemottakarane gjennom å gi reglar om notoritet, kontroll og ansvar for kommunen og den enkelte tenesteytar.

På grunn av at det manglar klart rettsleg grunnlag for å gripe inn, har det blitt vist til at ein har *omsorgsplik*t for personar som ikkje kan ta vare på seg sjølv. Omsorgsplik som rettsleg grunnlag for å gripe inn utan samtykke og for bruk av tvang har blitt avleidd av reglane i straffelova (§§ 242 andre ledd og 347), som indirekte pålegg ei hjelpeplikt, og reglane om kommunane si plikt til å yte tenester etter sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova. «Omsorgsplikta» gir neppe sjølvstendig rettsleg grunnlag for å bruke tvang og er meir å sjå på som ei etisk grunngeving for å gjere det dei fleste meiner er forsvarleg enn ei rettsleg plikt.

Andre reglar i dei nye helselovene. Helsepersonelloven § 7 gir i alvorlege tilfelle (fare for liv eller alvorleg helsefare) heimel for å gi naudsynt helsehjelp til personar som ikkje har samtykkekompetanse, sjølv om dei motset seg å få helsehjelp. Det er berre «påtrengende nødvendig» helsehjelp som kan gis med heimel i § 7. I mindre alvorlege situasjonar er det ikkje heimel for å gi naudsynt helsehjelp dersom pasienten motset seg dette. Lov om psykisk helsevern gir heimel for tvunge psykisk helsevern for personar med «alvorlig sinnslidelse». Kravet om «alvorlig sinnslidelse» kan vere oppfylt for demente. Tvunge psykisk helsevern kan berre etablerast dersom pasienten kan få tilbod om tilfredsstillande behandling, og det tvungne vernet framstår som den beste løysinga for pasienten. Såkalla «vanskeleg åtferd» er komplisert å utgreie og behandle. I mange tilfelle viser det seg at utfordringa blir for stor for det tilbodet som finst innanfor primærhelsetenesta. Langtidsbehandling av eldre med vanskeleg åtferd bør skje i spesielt tilrettelagt tilbod innanfor kommunehelsetenesta med behandling og rettleiing frå spesialisthelsetenesta etter behov, eller i alvorlegare tilfelle i psykiatrisk institusjon.

Situasjonar som ikkje er dekte av gjeldande regelverk

Framstillinga ovanfor viser at det er uklart om og i kor stor grad det er høve til å gripe inn med tvang eller andre tiltak som avgrensar rettar for å hindre i forkant at akutte naudsituasjonar oppstår når det ikkje er gitt samtykke frå personen sjølv eller verje/hjelpeverje. Dette gjeld særleg:

- bruk av tvang eller andre rettsavgrensande tiltak for å sikre naudsynte omsorgstenester eller helsehjelp,
- innlegging i sjukeheim når den demente ikkje har evne til å samtykke og motset seg innlegging,
- tilbakehalding, under dette låsing av dører,

- mekaniske tvangsmiddel (sengehestar, belte og liknande) og
- alarmar og andre tekniske løysingar som avgrensar den demente sine rettar.

Konkretisering og tilpassing av nødreglane

Det er ein del av omsorgstenesta sitt ansvar å hindre at naudsituasjonar oppstår. Dette ansvaret inneber å hindre at menneske med demens skadar seg sjølv eller andre personar, som pårørande, andre bebuarar og personalet. Skadar skal så langt det er mogeleg hindrast ved frivillige tiltak og tilrettelegging av tenesteytinga. Det kan vere behov for å bruke tvang både for å handtere akutte faresituasjonar direkte og for å hindre at slike situasjonar oppstår i dei tilfella der ein kan vere budd på dei. Sjå om det siste nedanfor.

For å hindre skade i akutte faresituasjonar kan det mellom anna vere naudsynt å halde den demente fast, føre vedkomande bort frå faresituasjonen eller fjerne farlege gjenstandar som personen eig. I dag blir slike faresituasjonar i stor utstrekning handterte med heimel i naudreglane i straffelova. Naudreglane gjeld generelt og er ikkje tilpassa omsorgstenester til personar med kognitiv svikt. I tillegg tek naudreglane i første rekkje sikte på enkeltståande naudsituasjonar, og ikkje situasjonar som oppstår ofte. Personar med demens kjem langt oftare i nødsituasjonar enn tenestemottakarar utan kognitiv svikt. Tilpassa lovreglar med krav til forsvarleg førebuing og planlegging av korleis ein kan gripe inn med minst mogeleg bruk av tvang vil betre rettstryggleiken for brukarane. I tillegg talar omsynet til tenesteytarane for å gi ein heimel for å gripe inn i naudsituasjonar, slik at deira arbeidssituasjon ikkje berre skal vere regulert i straffelova.

Regjeringa meiner at det er behov for å konkretisere og presisere høvet til å nytte tvang i høve til demente i naudsituasjonar. Det er eit mål i seg sjølv å ha like reglar for same type situasjonar for demente og psykisk utviklingshemma. Det kan derfor vere naturleg å velje ei tilsvarende løysing som for personar med psykisk utviklingshemming, der det er gitt reglar om bruk av tvang i skadeavverjande tiltak. Rettstryggleiken må samstundes sikrast gjennom krav til gjennomføring av slike tiltak, og kontroll og tilsyn med gjennomføringa. Nye reglar om bruk av tvang overfor demente i nødsituasjonar bør, som naudreglane i straffelova, gjelde for tenester både i og utanfor institusjon.

Lovfesting av omsorgsplikt for å dekkje grunnleggjande behov

Omsorgstenestene skal dekkje grunnleggjande behov for mat, drikke, personleg stell, hygiene og liknande. Eit hovudmål er å unngå at den demente utset seg sjølv for sjukdom eller skade fordi vedkomande ikkje sjølv klarer å utføre naudsynt stell og eigenomsorg.

Slike grunnleggjande behov må dekkjast regelmessig, sjølv om den demente i nokon grad motset seg dette. Det vil stride mot oppfatninga av kva som er forsvarleg omsorg å vente til ein akutt naudsituasjon oppstår, til dømes når det gjeld ivaretaking av hygiene eller uttørking på grunn av for lite drikke.

Tala frå kartlegginga til Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens viser at omsorgstenester i nokre tilfelle blir gitt trass i at personen motset seg dette. Ein må ta atterhald om at tala kan endra seg når ein større del av institusjonane har svart på spørjeundersøkelsen. Dei tala vi har til nå gjeld berre

50 prosent av alders- og sjukeheimane. Ved 42 prosent av avdelingane blir hender, føter eller hovud haldne under stell dagleg eller av og til. Ved avdelingar tilrettelagde for demente skjer dette ved 54 prosent av avdelingane. Ved 53 prosent av institusjonsavdelingane skjer det daglig eller av og til at bebuarane verbalt eller fysisk motset seg dusjing eller bading. I avdelingar tilrettelagde for demente skjer dette i 64 prosent av avdelingane. Ved 13 prosent av avdelingane blir det dagleg eller av og til brukt makt for å hente bebuarar til dusjing eller bading. For avdelingar for demente gjeld dette 17 prosent. Ved 2 prosent av avdelingane blir det brukt makt ved mating av bebuarane dagleg eller av og til, mens dette skjer i 3 prosent av avdelingane tilrettelagde for demente.

Forskjellige andre prosjekt og systematiske observasjonar viser at såkalla vanskeleg åtferd hos den demente, under dette fysisk og verbal utagering, ofte er knytt til måltider og stellesituasjonar. Erfaring viser at motstanden til ein viss grad kan reduserast ved frivillige tiltak, som tilrettelegging av tenestetilbodet, god nok hjelp, god kvalitet på tenestene, forklaringar og overtaling. I dei tilfella der demente motset seg omsorgstenester som er naudsynte for å dekkje grunnleggjande behov, og motstanden ikkje kan overvinnast med frivillige tiltak, kan det av omsyn til den demente sin helse, verdigheit og livskvalitet vere behov for å setje inn tiltak personen motset seg før det føreligg ein naudsituasjon.

Etter Regjeringa si vurdering er det behov for ein lovregel som til ein viss grad svarar til det som er oppfatta som ei fagleg og etisk «omsorgsplikt».

Anna helsehjelp

§ 4-6 i pasientrettighetsloven regulerer medisinsk undersøking og behandling, sjukepleie og innlegging i sjukeheim i dei situasjonar der pasienten ikkje motset seg tenestene. § 7 i helsepersonelloven gir i alvorlege tilfelle heimel for å gi naudsynt helsehjelp til personar som ikkje har samtykkekompetanse, sjølv om dei motset seg helsehjelpa. I mindre alvorlege situasjonar er det ikkje tillate å gi naudsynt helsehjelp til pasientar som motset seg dette.

Dei tala vi har til nå frå den pågåande kartlegginga viser at 18 prosent av institusjonsavdelingane oppgir at det blir brukt fysisk tvang ved medisinsk undersøking eller behandling dagleg eller av og til. 26 prosent av avdelingane for demente oppgir at dette skjer. Det er behov for ei nærare utgreiing av det faglege behovet for reglar som skal sikre at demente får naudsynt helsehjelp også i dei tilfella der dei motset seg dette. Dette gjeld også behovet for innlegging i sjukeheim når den demente ikkje har evne til å samtykke og motset seg innlegging. Dersom dei endelege resultatata frå kartlegginga viser at det er behov for ei regulering av slike tiltak, vil Regjeringa kome tilbake med eventuelle forslag til lovregulering.

Det er også behov for å sjå nærare på rettstryggleiken for demente i samband med bruk av medikament. Det kan vere føremålstenleg å skilje mellom medisinerings som har terapeutisk formål (behandle psykiske og somatiske lidningar) og medisinerings som blir brukt til såkalla tvangsmiddelformål (regulere åtferd), sjølv om skiljet kan vere flytande.

Høvet til medisinerings for terapeutiske formål følgjer dei alminnelege reglane for helsehjelp. Det gjeld krav til at alle former for medisinsk behandling skal vere fagleg forsvarlege. I dette ligg det mellom anna krav om at det

må liggje føre ein medisinsk indikasjon og at medisineringa har eit terapeutisk formål. Vidare må metoden vere godteken i fagmiljøet, og den positive effekten av middelet må vurderast opp mot eventuelle sannsynlege biverknader.

Medisinering for tvangsmiddelformål er som utgangspunkt ikkje tillate etter norsk rett, med mindre ein har særskilt heimel. Innanfor psykisk helsevern kan slik medisinerung skje innanfor rammene av forskrifta om tvangsmiddel. Utanfor psykiatrien vil det berre vere høve til slik tvangsmedisinering innanfor ramma av naudreglane. Det er først og fremst lækjemiddel som verkar dempende og over kort tid som kan nyttast til dette formålet.

Ut frå omsynet til rettstryggleiken er det to hovudproblem i samband med medisinerung. For det første er det grunn til å tru at psykofarmaka utanfor psykiatrien blir brukt som tvangsmiddel i langt større grad enn det gjeldande rett gir høve til. For det andre kan det i mange samanhengar stillast spørsmålsteikn ved korleis medisinar blir gitt.

Studiar i sjukeheimar viser at omtrent 40 prosent av menneske med demens brukar nedroande middel. Blant heimebuande demente er ikkje andelen så høg, men dei brukar nedroande medisinar oftare enn friske eldre. Hovudformålet med psykofarmaka er å behandle alvorlege psykiske lidingar. Slike lidingar er ofte tilleggslidningar ved demens. Demente kan ikkje i utgangspunktet fråtakast eit behandlingstilbod andre menneske nyt godt av fordi dei ikkje sjøve kan samtykke til behandlinga. I faglitteraturen er det framheva at effekten av psykofarmaka er dårlegare dokumentert hos eldre demente enn hos yngre personar, og at biverknadene ofte vil vere alvorlegare hos eldre generelt. Det er grunn til å tru at psykofarmaka blir nytta over lengre periodar for å halde pasientane i ro, og ikkje primært for å behandle eventuelle psykiske lidingar. Bruk av psykofarmaka ved åtferdsvanskar vil som hovudregel heller ikkje vere fagleg forsvarleg.

Det er stor variasjon i korleis medisinar blir gitt. I mange tilfelle baserer ein seg på fri vilje, i den forstand at den demente ikkje motset seg å ta medisiane. Ein ikkje uvanleg metode er å knuse medisin i syltetøy e.l. Den pågåande kartlegginga viser så langt at det blir tilsett medisin i mat og drikke dagleg eller av og til i 46 prosent av avdelingane. 61 pst. av avdelingane for demente har oppgitt at dette skjer. Medikament kan også bli gitt intravenøst utan at pasienten veit kva han eller ho blir behandla med. I ei undersøking av eit representativt utval av dei somatiske sjukeheimane i landet som vart utført av Statens helsetilsyn i 1994 rapporterer 21 prosent av sjukeheimane at tvangsmedisinering skjer.

Etter Regjeringa sitt syn bør ein vere svært forsiktig med å akseptere medisinerung utan samtykke. Det vil avhenge av ei konkret vurdering av om det er tillate eller ikkje. I naudsituasjonar *kan* ein slik praksis vere både fagleg, juridisk og etisk forsvarleg.

Bør det vere rettsleg høve til å nytte tiltak som avgrensar personleg fridom ut over naudreglane?

Det er på grunnlag av kjennskap til demenssjukdomen og handlingsmønsteret til den enkelte i visse tilfelle moglege å føresjå at enkelte typar situasjonar og handlingar vil ende i ein faresituasjon dersom ein ikkje grip inn. Dersom

ein i slike tilfelle grip inn tidleg kan det normalt gjerast utan bruk av tvang eller andre rettsavgrensande tiltak.

Det regelverket som finst i dag gir ikkje høve til å bruke tvang før faresituasjonen er akutt. Generelt sett vil det ofte vere slik at ein ved å gripe inn tidleg kan hindre faresituasjonen med lite bruk av tvang, medan ein må bruke meir tvang om ein ventar til faresituasjonen blir akutt. I slike situasjonar er det ikkje fagleg eller etisk forsvarleg å vente til faresituasjon blir akutt før ein grip inn.

Visse tiltak som er aktuelle for å hindre at faresituasjonar oppstår reiser særlege etiske, juridiske, faglege og ressursmessige spørsmål. Til illustrasjon kan nemnast tilfelle der demente ønskjer å forlate institusjonen eller bustaden, men ikkje klarer seg sjølv ute på eiga hand eller er i stand til å finne vegen tilbake. Det oppstår spørsmål om å hindre personen i å kome ut på eiga hand ved til dømes å låse utgangsdøra. Nært opp til tilbakehalding ligg bruk av enkelte mekaniske innretningar, som til dømes bruk av belte i stol eller seng. Det oppstår også spørsmål i forhold til bruk av alarmsystem som varslar personalet om at demente som ikkje klarar seg ute på eiga hand, går ut. Det same gjeld tekniske løysingar som kan brukast til å finne vedkomande («peilesystem»). Slike tiltak inneber i utgangspunktet ikkje bruk av tvang, men vil gripe inn i retten til privatliv, og blir behandla særskilt nedanfor.

Det er ulike synspunkt i fagmiljøa på om det i større grad enn i dag bør opnast for bruk av slike tiltak. Behovet for å bruke slike verkemiddel har nær samanheng med økonomiske og særleg bemanningmessige rammer. Nedanfor vil det bli peikt på viktige omsyn som bør danne grunnlaget for ein debatt om det i større grad enn i dag bør opnast for slike typar tiltak. Resultata frå den pågåande kartlegginga er også viktige for å vurdere om det er fagleg behov for å bruke desse tiltaka, eller om tryggleiken til demente kan takast godt nok vare på ved andre tiltak.

1. Tilbakehalding - låsing av dører

Enkelte demente kan på grunn av nedsett evne til å vurdere trafikk- og vêrtilhøve eller finne tilbake til bustaden, utsetje seg for faresituasjonar dersom dei går ut åleine.

Etter Regjeringa si meining er det naudsynt med tiltak for å hindre at demente som ikkje klarar seg ute på eiga hand, kjem til skade eller blir utsette for unødige psykiske belastningar. For å avverje skade i slike situasjonar er det relativt vanleg å låse utgangsdøra på institusjonar. Ved mange institusjonar er bemanninga for låg til at ein tenesteytar til ei kvar tid kan ha oversikt over om bebuarane går ut. Låsing er av mange derfor oppfatta som heilt nødvendig med dei personellrammene ein har i dag.

Kartlegginga viser så langt at 46 prosent av avdelingane ved alders- og sjukeheimane har oppgitt at utgangsdøra til institusjonen blir låst dagleg eller av og til. Ser ein på avdelingane for demente isolert, har disse oppgitt at utgangsdøra blir låst ved 51 prosent av institusjonane. Ein del av institusjonane kommenterer at utgangsdøra ikkje er låst heile døgnet. 38 prosent av alle institusjonsavdelingane har oppgitt at døra til avdelinga blir låst dagleg eller av og til, mens talet for avdelingar for demente er 74 prosent. I tillegg viser tala så langt at skjerming i form av innlåsing på rom blir brukt dagleg eller av og til i 3 prosent av alle institusjonsavdelingane og 8 prosent av avdelingane for demente.

I Statens helsetilsyn si undersøking frå 1994 oppgav 33 prosent av sjukeheimane at låste dører blei brukt som tvangstiltak. Undersøkinga seier ikkje noko om talet på personar som tiltaka omfatta, i kva for konkrete situasjonar tiltaka vart nytta eller grunngevinga for dei.

Det er ikkje dokumentert at låsing også skjer i demente sine private heimar, men det er grunn til å tru at det gjer det.

Låsing inneber inngrep i retten til personleg fridom dersom dette fører til at den demente ikkje kjem ut når vedkomande ønskjer det. Nødreglane i straffelova gir berre høve til å halde tilbake ein person i akutte krisesituasjonar og berre så lenge nødsituasjonen består. Straffelova § 223 set straff for den «som ulovlig berøver en anden Friheden eller medvirker til saadan Frihedsberøvelse». Den europeiske menneskerettighetskonvensjon set opp materielle og prosessuelle skrankar for rettmessig administrativ fridomsrøving.

Det sentrale i forhold til spørsmålet om det ligg føre tilbakehalding, er om nokon blir hindra i å forlate institusjonen eller bustaden, ikkje måten dette blir gjort på. Om ein til dømes nyttar tradisjonelle låsar, installerer skjulte eller kompliserte kodelåsar, tekniske løysingar som automatisk låser døra for visse bebuarar, eller om personalet sjølv stoppar bebuaren i døra, spelar i utgangspunktet inga rolle. På den andre sida kan ytterdøra vere låst på same måte som det er vanleg i dei fleste heimar, så lenge dei som bur der kjem ut når dei ønskjer det. Dersom det på grunn av vêret eller av andre årsaker er utilrådeleg å gå ut, kan tenesteytarane forklare situasjonen og prøve å overtale vedkomande til å bli inne.

Kor inngripande det er å halde tilbake ein person, avheng av fleire forhold. Tidsavgrensa inngrep i den personlege fridomen, til dømes ved at døra er låst, men at personalet blir varsla og tilbyr å følgje med ut etter ei kort stund, er mindre inngripande enn ei meir langvarig eller permanent tilbakehalding. Tidspunktet på døgnet kan også ha noko å seie, det er til vanleg mindre inngripande at døra er låst om natta enn på dagen. Tilbakehalding på rommet til den enkelte er meir inngripande enn at ein blir halden tilbake i institusjonen, sidan dette også inneber isolering frå samvær med andre. Graden av inngrep er vidare avhengig av graden av fysisk maktbruk. Ei låst dør kan opplevast mindre krenkjande enn ein situasjon der ein fysisk blir halden tilbake av tenesteytarar. Den subjektive opplevinga av ubehag kan også vere avgjerande.

Det er i mange tilfelle mogeleg å unngå at demente kjem til skade når dei ferdast ute på eiga hand ved hjelp av mindre inngripande verkemiddel. Tilrettelegging av tilbodet både fysisk og når det gjeld innhaldet er viktig, særleg dersom årsaka til at den demente ønskjer å gå ut, er vantrivsel. Faresituasjonar kan også unngåast dersom ein tenesteytar følgjer med ut. Spørsmålet om det bør vere høve til å halde den demente tilbake utover akutte faresituasjonar må også sjåast i samanheng med høvet til å nytte alarmsystem og tekniske løysingar som gjer det mogeleg å finne personar som ikkje sjølve finn vegen tilbake. Ein heimel for å låse ei eining for demente personar vil spare ressursar ved at personalet kan bruke tida si på andre omsorgsoppgåver enn å vere «portvakter», til dømes til å vere saman med bebuarane. På den andre sida er det ein fare for at eit høve til å halde tilbake demente kan bli ei «sovepute» som fører til at kommunane ikkje vidareutviklar tenestene til demente eller er kreative når det gjeld å finne alternative løysingar. Konsekvensane av at vedkom-

ande ikkje blir halden tilbake og at personalet heller ikkje kan følgje med ut, kan bli alvorleg skade på liv eller helse.

Dersom det skal gis utvida heimel for tilbakehalding, må det vurderast om det er naudsynt å stille grunnleggjande krav til standarden på det tilbodet som vedkomande blir halden tilbake i. Det er også eit spørsmål om ein i så fall bør ha same høve til å halde tilbake personar som bur i og utanfor institusjon.

2. «Beskyttelsestiltak» - bruk av belte og andre mekaniske tvangsmiddel

Etter sjukeheimsforskrifta kan «beskyttelsestiltak» ved behov nyttast for å verne bebuarane mot å skade seg sjølve eller andre bebuarar. «Beskyttelsestiltak» kan omfatte ulike typar verkemiddel og blir både brukt av omsyn til tenestemottakarane sjølve og av omsyn til andre personar. Som døme på slike tiltak nemner forskrifta bruk av belte i stol og sengehest for å hindre bebuarar i å falle. I undersøkinga som Statens helsetilsyn gjorde i 1994 oppgav 44 prosent av sjukeheimane at dei nytta fastbinding som tvangstiltak for pasientane.

Den pågåande kartlegginga viser til nå at sengehest blir brukt dagleg eller av og til på 91 prosent av alders- og sjukeheimsavdelingane og 86 prosent av avdelingane for demente. Ein del avdelingar kommenterer at sengehest blir brukt etter ønskje fra personen sjølv. I tillegg viser tala at sele, sengebelt eller anna fiksering i seng blir brukt dagleg eller av og til på 2 prosent av avdelingane, både dei vanlege og dei for demente. Sele, belte eller anna fiksering i stol blir brukt dagleg eller av og til på 38 prosent av institusjonsavdelingane og på 33 prosent av avdelingane for demente.

I den grad slike tiltak grip inn i ein person sine grunnleggjande rettar (til dømes den personlege fridomen) eller personen motset seg det, trengst det eit rettsleg grunnlag for å bruke dei. Naudreglane i straffelova vil i visse tilfelle kunne gi heimel for å bruke belte, sengehestar og liknande «beskyttelsestiltak», når den demente ikkje kan samtykke eller motset seg bruken. Den viktigaste grensa naudreglane set er at dei berre gir heimel for bruk av slike tiltak i konkrete faresituasjonar. Det er uklart kor langt naudreglane rekk, men det skal mykje til når det gjeld kor sannsynleg det er at det oppstår skade og kor alvorleg skade det er fare for før naudreglane kan heimle slike tiltak. Naudreglane gir t.d. ikkje heimel for å bruke «beskyttelsestiltak» overfor demente som blir oppfatta som brysame eller masete.

Belte og andre mekaniske tvangsmiddel blir truleg brukt i større grad enn det er heimel for i gjeldande reglar, men det er usikkert om det er behov for å utvide høvet til å bruke slike tiltak. Behovet for å utvide høvet til å bruke slike tiltak heng nært saman med i kor stor grad kommunen fysisk tilrettelegg tenestetilbodet og i kor stor grad personalet er tilgjengeleg for den enkelte.

Bruk av alarmer og andre tekniske løysingar

I debatten om bruk av teknologi i omsorga for demente har fleire gitt uttrykk for skepsis, mellom anna til at teknologi skal erstatte naudsynt personleg hjelp. Regjeringa deler denne skepsisen, men vil peike på at bruk av teknologi også kan ha klare fordelar for den enkelte. Ulike typar teknologi kan utan tvil vere ei støtte for demente i forhold til å gi tryggleik og leggje til rette for eit meir sjølvstendig liv. Det er ikkje mogeleg å sikre moderat eller alvorleg demente eit tilfredsstillande tenestetilbod berre ved hjelp av teknologi, mel-

lom anna fordi enkelte typar teknologi kan gje ein falsk tryggleik. Bruk av teknologi må kome som eit supplement til personleg hjelp, tradisjonelle hjelpemiddel og tilrettelegging av bustad og nærmiljø. Det er ei stor fagleg utfordring å finne den kombinasjon av tiltak som dekkjer behovet til den enkelte på best mogeleg måte.

Den pågåande kartlegginga viser at tekniske løysingar blir brukt i nokså lite omfang i alders- og sjukeheimane rundt omkring i landet.

Vanskelege juridiske og etiske problem oppstår i første rekkje i dei tilfella der teknologien grip inn i den demente sine rettar og det ikkje er mogeleg å få samtykke. Både i forhold til regelverket og dei etiske avvegingane er det viktig å sjå på kva for type teknologi det er aktuelt å bruke og kva for situasjonar teknologien skal brukast i. Det finst eit breitt spekter av tekniske løysingar som spenner frå vanlege hjelpemiddel til løysingar som grip sterkt inn i den enkelte sin rett til sjølvbestemming, privatliv eller personleg fridom. I det følgjande vil dei ulike hovudtypane som er aktuelle i omsorga for demente bli nærare omtalte, før behovet for endringar i regelverket blir drøfta.

1. Vanleg teknologi og tekniske hjelpemiddel

Minst kontroversiell er teknologi som blir brukt i heimane til vanlege forbrukarar og tekniske hjelpemiddel som skal gjere oppgåvene i dagleglivet enklare for den demente, og som personen sjølv kan styre. Slik teknologi reiser etter Regjeringa si meining i svært liten grad etiske eller juridiske problem. Døme på vanleg teknologi er brann- og innbrotssalarmer, også dersom brannvesenet eller politiet blir varsla direkte, tryggleiksbrytarar på elektriske apparat og system for temperatur- og lysregulering. Døme på tekniske hjelpemiddel som den demente sjølv kan styre, er tryggleiksalarm, mobilitetshjelpemiddel (motorisert rullestol), kontrollsystem for omgivnadene (fjernkontroll for å opne dører og vindauge) og kommunikasjonshjelpemiddel (til dømes telefon med førehandsprogrammerte nummer og bilete av familie og vener). Bruk av slik teknologi kan gjere demente i stand til å klare seg med mindre hjelp frå andre og til å bu heime lenger.

2. Alarmsystem

Enkelte tekniske løysingar grip inn i den demente sin rett til privatliv ved at informasjon om vedkomande blir overført til omsorgstenesta. Nokre av desse løysingane er etisk sett lite problematiske, medan andre løysingar inneber store inngrep i privatlivet til den demente. Ein kan ved hjelp av ulike alarmsystem unngå faresituasjonar, hindre skade dersom ein faresituasjon oppstår eller tilkalle tenesteytarar som kan gi naudsynt hjelp. Det finst i dag ei rekkje slike alarmsystem, til dømes fallalarm, sengebeinalarm og døropnaralarm. Det kan også tenkjast andre typar alarmer med tilsvarande formål og virkemåte, som vil gi demente auka tryggleik ved å hindre skade. Førebels tal frå kartlegginga viser at 3 prosent av alders- og sjukeheimsavdelingane oppgir at dei til dagleg eller av og til brukar alarm på enkeltpersonar som varslar med lydssignal til vaktrom eller personsøkjjar.

Eldre fell oftare og er meir utsette for skadar ved fallulykker enn andre. For eldre som er mentalt friske, vil det til vanleg vere nok med ein tryggleiksalarm som vedkomande ber på kroppen og som kan nyttast til å tilkalle hjelp. For demente kan dette vere eit hjelpemiddel som ikkje strekk til, sidan ikkje

alle er i stand til å hugse at dei har ein tryggleiksalarm eller korleis den skal brukast. Ved alvorlege ulukker kan dessutan både demente og andre vere heilt ute av stand til å varsle, til dømes ved medvitsløyse. Ein fallalarm vil varsle tenesteytarane dersom den demente har falle, slik at tenesteytarane eller andre raskt kan kome til staden og gi naudsynt hjelp. Dette kan hindre liding og avverje skadefølgjer.

For demente som står opp om natta og er urolege eller redde, eller som treng hjelp til dømes for å kome på toalettet, kan det vere aktuelt med ein alarm som varslar tenesteytarane når den demente står opp. Dette kan bidra til at dei raskt kan kome og gi den hjelpa som trengst. Ein slik alarm kan eventuelt vere kopla til eit system for lysregulering, slik at lyset automatisk blir slått på når personen står opp. Dette kan vere eit viktig tiltak for å hindre ulukker ved fall. Førebels resultat frå kartlegginga viser at 12 prosent av institusjonsavdelingane opplysar at dei dagleg eller av og til brukar alarm som varslar når bebuarar står opp av senga, mens 18 prosent av avdelingane for demente har opplyst at dei brukar slike alarmar.

Ein døropnaralarm kan hindre faresituasjonar ved å varsle tenesteytarane om at demente som ikkje klarer seg ute på eiga hand, forlet institusjonen eller bustaden. Dersom tenesteytarane blir varsla når den demente går ut, kan dei syte for at personen er godt nok kledd i forhold til vêret eller følgje dei som ikkje klarer seg ute på eiga hand. Bruk av alarm inneber ikkje i seg sjølv friomsrøving. Dette er derfor eit mindre inngrep i den demente sine rettar enn det er å låse utgangsdøra. Førebels tal frå kartlegginga viser at varsling på utgangsdøra blir brukt dagleg eller av og til ved 6 prosent av institusjonsavdelingane, uavhengig av kven som passerer. Ved 4 prosent av institusjonsavdelingane blir varsling dagleg eller av og til brukt på døra til avdelingen, uavhengig av kven som passerer. Slik varsling blir brukt på 6 prosent av avdelingane for demente.

3. Peilesystem

Det finst også elektroniske brikkar som kan berast av den demente og som gjer det mogeleg for tenesteytarane eller andre å finne igjen personar som har gått seg bort. For nokre demente kan slik teknologi vere aktuelt, til dømes for personar som berre sjeldan har problem med å finne vegen tilbake og har eit sterkt ønskje om at tenesteytarane ikkje skal følgje dei ut. Det er ikkje alle demente som kan ha nytte av slik teknologi, til dømes fordi dei ikkje klarer å unngå farar i trafikken. Slike system kan på same måten som døropnaralarmar sjåast på som mindre inngripande enn låsing av utgangsdører, og kan for enkelte vere eit godt alternativ til dette. Etter Regjeringa si vurdering kan slike løysingar vere meir inngripande enn bruk av alarmsystem, sidan dei kan nyttast til å finne ut kor den demente til ei kvar tid oppheld seg. Førebels viser kartlegginga at ingen av institusjonsavdelingane brukar brikkar på enkeltpersonar som gir elektronisk søkemogeleghet.

4. Overvakingssystem

Det finst også tekniske løysingar som gjer det mogeleg å overføre lyd frå eller bilete av enkeltpersonar til omsorgstenesta (til dømes videoovervaking). Slike løysingar må etter Regjeringa si vurdering reknast som vesentleg meir inngri-

pande i privatlivet til den demente enn alarmer og peilesystem, sidan dei overfører ei større mengd personleg informasjon. Regjeringa frår bruk av slike overvakingssystem mot einskildpersonar. I mange tilfelle vil ein alarm vere tilrekkeleg til å oppdage eit hjelpebehov eller ein faresituasjon, medan det i andre tilfelle kan vere aktuelt at ein tenesteytar er til stades i same rom som den demente. I enkelte tilfelle kan det tenkjast at det er behov for å bruke overvakingssystem innanfor omsorgstenesta, på same måte som dette i visse tilfelle blir brukt på sjukehus. Førebels tal frå den pågåande kartlegginga viser at videoovervaking blir brukt ved under 2 prosent av alders- og sjukeheimsavdelingane, og under 3 prosent av avdelingane for demente.

5. Tekniske løysingar som avgrensar den personlege fridomen

Enkelte tekniske løysingar kan tenkjast brukt til å avgrense den demente sin personlege fridom, til dømes såkalla selektive automatiske låsesystem. Slike system inneber at utgangsdøra blir låst når ein person som ber ei elektronisk brikke på seg, kjem i nærleiken. Førebels viser kartlegginga at ingen institusjonsavdelingar bruker alarmbrikker på enkeltpersonar som automatisk låser dører. Det er dei same etiske spørsmål som oppstår i forhold til bruk av slike system som for andre former for låsing. Det vesentlege er tilbakehaldinga, og ikkje det at det blir brukt teknologi. Slike system må derfor vurderast på same måte som tilbakehalding og låsing av dører, jf. ovanfor.

6. Vurdering av rettsleg grunnlag og behov for ytterlegare regulering

Legalitetsprinsippet krev rettsleg grunnlag for å bruke tekniske løysingar som grip inn i demente sin rett til privatliv, sjølvbestemming eller personleg fridom. Det viktigaste rettslege grunnlaget er samtykke. Kva demente kan samtykke til, avheng både av kor alvorleg demens det er snakk om og kor komplisert avgjerda er. Det må derfor i kvart enkelt tilfelle vurderast konkret om den demente kan samtykke til bruk av den aktuelle tekniske løysinga. Demente vil generelt sett ha mindre evne til å gi samtykke til bruk av komplisert teknologi enn til vanleg teknologi og tekniske hjelpemiddel.

Dersom den demente manglar samtykkekompetanse, kan verje eller hjelpeverje samtykke til både alarmer, hjelpemiddel og annan vanleg teknologi på vegne av vedkomande. Det er eit problem i forhold til dette at mange demente ikkje har verje eller hjelpeverje, og det er ofte vanskeleg å rekruttere personar som kan ta slike oppgåver. Det kan hende at demente motset seg at det blir skaffa eller brukt tekniske løysingar. Dette må så langt som mogeleg respekterast. Unntak gjeld dersom den demente motset seg at det blir skaffa utstyr for brannvarsling eller annan teknologi som er påboden.

Naudreglane i straffelova kan gi tilrekkeleg heimel for bruk av tekniske løysingar som er naudsynte for å hindre skade. Det er uklart kor langt naudreglane rekk. Rekkevidda til naudreglane avheng mellom anna av kor nærliggjande faren er, kor alvorleg skade det er fare for og kor godt den aktuelle tekniske løysinga er tilpassa faresituasjonen. Dersom vilkåra er oppfylte, kan naudreglane i prinsippet gi heimel for bruk av både vanleg teknologi, tekniske hjelpemiddel, alarmsystem som inneber inngrep i privatlivet, peilesystem og overvakingssystem.

I dei situasjonane der den demente ikkje har samtykkekompetanse og naudreglane ikkje gir heimel, er det behov for ei regulering av det å skaffe og

bruke visse typar teknologi. Dette gjeld særleg vanleg teknologi, tekniske hjelpemiddel og alarm- og peilesystem, i dei tilfelle der det etter ei fagleg vurdering er behov for bruk av slike system og den demente ikkje motset seg dette.

Etter Regjeringa si vurdering kan det vere føremålstenleg med ein regel tilsvarande løysinga i pasientrettighetslov § 4-6 for desse tilfella. § 4-6 inneheld reglar om at pårørande kan samtykke til helsehjelp på vegne av demente som ikkje har samtykkekompetanse, eventuelt at helsepersonell på visse vilkår kan ta ei slik avgjerd. Pasientrettighetslov § 4-6 gjeld ikkje når pasienten sjølv motset seg helsehjelpa.

Det er uklart om og eventuelt i kva for situasjonar det er reelt behov for å bruke overvaking i omsorgstenesta. Den før omtala kartlegginga vil gi eit betre grunnlag for ei endeleg tilråding.

7.1.6 Tiltak

Gjennom handlingsplanen for eldreomsorga vil kapasiteten i tenestetilbodet til demente bli styrkt. Det er i tillegg behov for å styrkje arbeidet for pårørande og kompetansenivået om demens til helse- og sosialfagleg personell i alle delar og nivå av tenestene, og utarbeide tiltak for å sikre rettstryggleiken for demente. Regjeringa vil føreslå å styrkje arbeidet for pårørande gjennom finansiering av demenstelefonar, og stimulere til at det blir oppretta grupper av pårørande (samtalegrupper).

Gjennom handlingsplanen for helse- og sosialpersonell vil Regjeringa setje i verk tiltak for å auke kompetansen om demensproblematikk både på høgskulenivå og vidaregåande skule. Kunnskap om aldring og demens bør også inngå som ein del av grunnopplæringa for ufaglærte.

Når det gjeld tvang og andre rettsavgrensande tiltak, vil den pågåande kartlegginga kunne gi betre grunnlag for å vurdere andre verkemiddel enn lovreglar for å redusere bruken av tvang og andre rettsavgrensande tiltak og styrkje rettstryggleiken for demente.

For å kunne dra nytte av resultatata frå denne kartlegginga tek Regjeringa sikte på å leggje fram forslag til lovreglar når resultatata ligg føre, våren 2001. Ut frå ei førebels vurdering legg Regjeringa til grunn at det er naudsynt med lovendingar for å regulere følgjande:

- skadeavverjing i naudsituasjonar (reglar som er tilpassa omsorgstenestene og som byggjer på prinsippa i naudreglane i straffelova),
- bruk av tvang for å sikre ivaretaking av grunnleggjande behov for mat, drikke og personleg hygiene (lovfesting av den etiske omsorgsplikta)
- representasjonsreglar for tilfelle der den demente ikkje motset seg tiltak,
- bruk av alarmer og andre tekniske løysingar for å varsle om eller hindre ulukker og faresituasjonar.

I tillegg vil Regjeringa frarå bruk av overvakingssystem mot einskildpersonar.

Det er i dag delte meininger i fagmiljøet om det er behov for tilbakehalding/låsing, mekaniske tvangsmiddel og innlegging i sjukeheim i dei tilfella der den demente manglar samtykkekompetanse og motset seg tiltaket. Det er viktig å få reist ein debatt om det i større grad enn i dag bør opnast for bruk av slike tiltak. Resultata frå kartlegginga er også naudsynte for å vurdere om det er behov for ytterlegare regulering av slike tiltak.

Stortinget vedtok i 1996 nye mellombels reglar om «Rettigheter for og begrensing og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming». Våren 1999 blei lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern vedteken. Det er etter Regjeringa si meining i utgangspunktet uheldig med særlege reglar om bruk av tvang for enkelte diagnosegrupper, men det er viktig å vere klar over at ulike grupper kan ha ulike behov. I tillegg kan rammevilkåra og tradisjonane for tenesteytinga vere forskjellige for dei ulike gruppene. Regjeringa vil vurdere om det skal leggjast fram forslag om felles reglar om bruk av tvang og andre rettsavgrensande tiltak i omsorga for demente og psykisk utviklingshemma, og eventuelt også for andre diagnosegrupper.

Det er behov for ein grunnleggjande gjennomgang og modernisering av reglane om umyndiggjering og reglane om verjemål og bruk av hjelpeverje for å betre rettstryggleiken til dei som ikkje kan ta vare på seg sjølv, under dette personar med demens. Justisdepartementet har varsla at det vil bli nedsett eit lovutval som skal føreslå nye reglar til avløyning av lov om umyndiggjørelse og lov om vergemål for umyndige.

I tillegg arbeider Sosial- og helsedepartementet med ei harmonisering av to forskjellige forskrifter om disponering av bebuarane sine økonomiske midlar, den eine for aldersheimar og den andre for sjukeheimar. Forskriftene får verknad for disponering av kontantytningar frå folketrygda for personar som ikkje sjølv er i stand til å ta vare på sine økonomiske interesser.

7.2 Rusmiddelmissbrukarar

Tiltaksapparatet

Lov om sosiale tenester heimlar særlege tiltak i høve til rusmiddelmissbrukarar. Etter lova har sosialtenesta ansvar for råd, vegleiing og hjelpetiltak til den enkelte missbrukar, og råd og vegleiing til dei pårørande av missbrukarane. Sosialtenesta skal i første rekkje satse på hjelpetiltak lokalt. Dersom slike tiltak ikkje er tilstrekkelege, skal sosialtenesta, i samråd med klienten, søkje plass i eigna institusjon for døgnbehandling. Sosialtenesta har ansvar for missbrukarane både før, under og etter eit eventuelt opphald i institusjon. Sosialtenesta skal også i gitte tilfelle utgreie eit eventuelt behov for innlegging utan eige samtykke.

Fylkeskommunen har etter sosialtenestelova ansvar for etablering og drift av institusjonar med tilknytte spesialisttenester for omsorg og behandling til rusmiddelmissbrukarar. Dette inneber ansvar for at talet på institusjonsplassar er tilstrekkeleg, under dette akutt- og avrusingsplassar og polikliniske tenester. Fylkeskommunen er vidare pålagt i sine planar å peike ut kva institusjonar som skal kunne halde tilbake ein rusmiddelmissbrukar utan eige samtykke.

Rusmiddelmissbrukarar har same rett til helsetenester som befolkninga elles, og skal såleis ha tilgang til m.a. tenester frå allmennlege, helsestasjonane sine tilbod og heimesjukepleie. Misbruk av rusmiddel representerer alltid ein alvorleg risiko for helseskadar, både fysisk og psykisk, og rusmiddelmissbrukarar kan av ulike årsaker ha behov for spesielt tilpassa helsetenester. Helsefarane knyter seg til:

1. Rusmidla i seg sjølv: kva slags rusmiddel det dreier seg om, kor reint det

- er, omfang av misbruk, mønsteret i misbruket og blandinga av ulike typar rusmiddel (frå dei relativt ufarlege blandingane til dei direkte dødelege).
2. Inntaket av rusmiddel, der spesielt ureine sprøyter utgjør den mest alvorlege helsefaren.
 3. Psykisk eller somatisk helsetilstand (i utgangspunktet uavhengig av rusmiddelmissbruken og/eller som ein følgje av den), så som ulike psykiske lidingar, diabetes, astma, kreft, hjerte/karsjukdomar osv.
 4. Livssituasjonen elles; bustadtilhøve, ernæring, hygiene m.m.
 5. Manglande oppfølging frå helsevesenet i form av medisinsk og anna behandling, og rusmiddelmissbrukarane si manglande oppfølging av den medisinske behandling.

Til saman gir desse faktorane eit svært samansett bilete når det gjeld rusmiddelmissbrukarane sin helsetilstand og korleis denne skal handterast. Då alkoholomsorga framleis var ei særomsorg, var det vanleg at tiltaka som var etablerte særskilt for rusmiddelmissbrukarar, også hadde ansvar for klientane sin helsetilstand. Tiltaka måtte ha tilsett, eller avtale om tilgang på, medisinsk fagpersonale. Særomsorgstiltak var tiltak som tok ansvar for den totale omsorga for sine klientar. Det ordinære helsevesenet vart difor i stor grad fráteke ansvaret for rusmiddelmissbrukarar. Helsevesenet måtte likevel inn med tiltak i enkelttilfelle, som til dømes ved akutt livsfare eller ved behov for spesiell medisinsk kompetanse. Mange legar viste også omsorg og interesse for å gi eit helsetilbod til denne gruppa. Hovudinntrykket er likevel at haldningane frå samfunnet si side til rusmiddelmissbrukarar ga helsevesenet høve til å nedprioritere denne gruppa og deira lidingar. Det var også stadige døme på at medisinsk behandling som vart sett på som naudsynt for andre innbuarar (særleg når det gjaldt smertelindring), ikkje vart gitt til rusmiddelmissbrukarar, då ein meinte at dei «sjølve hadde påført seg sine lidingar».

Det formelle ansvaret for rusmiddelmissbrukarane sin helsetilstand vart endeleg avklart ved den lovfesta avviklinga av særomsorga i 1993. Det har likevel i åra etter pågått diskusjonar om den praktiske utforminga og det faktiske ansvaret. Diskusjonane har ofte vore eit resultat av brytingar mellom ulike haldningar til om rusmiddelmissbrukarane er «verdige» til dei same helsetenester som andre innbuarar (jfr. helsetenestelova si formulering om at «ein kvar har rett på naudsynt helsehjelp», uavhengig av kva som er grunnen til at ein har behov for denne helsehjelpa). Ikkje alle kommunar og fylkeskommunar har sett problemstillinga godt nok på dagsordenen. Dermed er det ofte for lite medvit om kva som er ansvarsområdet for den enkelte instans og kva som krevst av fagleg kompetanse og organisatorisk/økonomisk grunnlag for å påta seg dette ansvaret. Dette blir spesielt synleg i situasjonar der endringar i «missbrukssituasjonen» fører til raske endringar i behovet for helsetenester. Døme på dette kan vere ved dramatiske endringar i talet på overdosar eller ved rask spreing av epidemiar. Handteringa av HIV-epidemien framstår som eit unntak, fordi den vart møtt med ein omfattande, sentralt styrt strategi.

Utvikling av tilbodet til rusmiddelmissbrukarar

Tiltaka for rusmiddelmissbrukarar er som nemnt organisert både i sosial- og helsetenesta. Dette heng saman med at misbruket kan ha mange årsaker, og at hjelpetrongen er samansett. Ikkje minst har utbygginga av legemiddelassis-

tert rehabilitering (bruk av metadon) gjort helsetenesta sin plass i tiltaksapparatet tydeleg.

Regjeringa vil understreke at det også overfor rusmiddelmissbrukarar er viktig at organiseringa av tenesten pregast av individuell utforming, heilskap og mangfald.

I desember 1998 nedsette sosialministeren ei arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar. Arbeidsgruppa leverte tre delrapportar som alle vart sende ut på ei brei høyring, med høyringsfrist hausten 1999. Arbeidsgruppa har gjort ein totalgjennomgang av tilbodet til alle grupper rusmiddelmissbrukarar.

Mandatet for arbeidsgruppa var som følgjer:

- i. «Vurdere det samlede døgntilbodet, herunder akutt- og avrusingstilbudet, til rusmiddelmissbrukere i forhold til antatt behov, fordeling på fylkeskommuner og differensiering av faglig innhold/tilnæringsmåter.
- ii. Vurdere tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, herunder spørsmålet om en offentlig godkjenningssystem for døgninstitusjoner
- iii. Vurdere evt behov for endringer i påværende ansvars plassering- og finansieringssystem for tiltakene for rusmiddelmissbrukere, og vurdere samarbeidsforholdene mellom institusjonene og den kommunale sosialtjenesten med sikte på å sikre kontinuitet og sammenheng i tilbudene til den enkelte, med særlig vekt på ettervernet.»

I delrapport 1: Døgntilbodet, har arbeidsgruppa vurdert det samla tilbodet innan døgntilbod. Gruppa har søkt å avdekkje klare manglar ved det spesialiserte behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar, som fylkeskommunane i dag har ansvaret for. Dette er gjort med utgangspunkt i dei fem helseregionane. Vidare har gruppa sett spesielt på rusmiddelmissbrukarane sine helsebehov.

I følgje arbeidsgruppa bør tilbodet når det gjeld døgntilbod for rusmiddelmissbrukarar styrkjast på følgjande område:

Akutt- og avrusingstilboda bør styrkjast innan alle dei fem helseregionane.

Når det gjeld bruk av tvang, er erfaringane førebels avgrensa. I tida framover vil det truleg bli fatta fleire vedtak om tvang. Dette vil føre til at behovet for døgnplassar som kan handtere denne problematikken vil auke.

Tilbodet om døgntilbod for rusmiddelmissbrukarar med alvorlege psykiske lidningar bør styrkjast i alle dei fem helseregionane, og tilbodet må utviklast innafor det psykiske helsevernet.

Arbeidsgruppa har registrert at unge raskare utviklar eit omfattande misbruk med store sosiale problem, og foreslår difor at det skal etablerast fleire institusjonsplassar for aldersgruppa 18-25 år.

Det er også eit behov i mange fylkeskommunar for behandlingsplassar til mor/barn/familiar. Arbeidsgruppa er usikker på om ansvaret for slike tiltak skal vere i barnevernet eller i sosialtenesta, og foreslår at spørsmålet om lovheimel verte utgreide av Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet. Arbeidsgruppa meiner at helsetilbodet til rusmiddelmissbrukarar bør styrkast, og dei tilrår at tilboda om døgntilbod tek utgangspunkt i dei fem helseregionane. Fylkeskommunane i desse regionane bør samarbeide om eit samla sett meir differensiert tilbod.

Vidare at det også er eit behov for å få eit mest mogeleg oppdatert oversyn over ulike tiltak for døgnbehandling.

I delrapport 2 har arbeidsgruppa vurdert tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar, under dette spørsmålet om ei offentleg godkjenningsordning for døgninstitusjonar. Arbeidsgruppa tilrår mellom anna at det i sosialtenestelova bør nedfellast ein rett for rusmiddelmissbrukarar til å få vurdert hjelpebehovet sitt, og rett til dei tiltaka som sosialtenesta finn naudsynte. Slike føresegner vil kunne ha omfattande økonomiske og administrative konsekvensar, og Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til ei nærare vurdering av dette. Departementet vil og komme tilbake til forslaget om at fylkeskommunane si plikt til å undersøke og ta omsyn til kommunane sine behov for spesialkompetanse og institusjonsplassar må stadfestast klarare i lova.

Arbeidsgruppa slår fast at individuelle tiltaksplanar vil vere ein viktig reiskap i ein rehabiliteringsprosess. Der fleire tiltak er involverte, og når det er føremålsteleg, bør det opprettast samarbeidsgrupper for klienten. Ein slik tiltaksplan må ta opp dei sentrale livs- og problemområda til klienten. Den må beskrive dei konkrete tiltaka utgreiinga kjem fram til og på kva tidspunkt dei ulike tiltaka skal setjast i verk. Tiltaksplanen må vere så konkret at den er mogleg å etterprøve.

Høyringsinstansane er positive til bruk av individuelle tiltaksplanar, men delte i synet på om slike planar skal utarbeidast for alle rusmiddelmissbrukarar, eller om behovet for slike planar skal vurderast i kvart enkelt tilfelle.

Arbeidsgruppa peika på at det må stillast konkrete krav til kvalitet i tiltaka. Kvalitetskrava må etter arbeidsgruppa si meining nedfellast i den kvalitetsforskrifta for tiltak for rusmiddelmissbrukarar som er under utarbeiding i departementet. Arbeidsgruppa konkluderer med at kvaliteten på fylkesmannens sitt tilsyn må styrkast, men at det ikkje er behov for ei eiga godkjenningsordning for institusjonar. Høyringsinstansane er i hovudsak samde i at ei eiga offentleg godkjenningsordning for døgninstitusjonar ikkje er naudsynt når ei kvalitetsforskrift ligg føre. Ei slik forskrift vil, saman med eit godt tilsynsapparat, vere tilstrekkeleg for å sikre kvaliteten i tiltaka.

I delrapport 3 har arbeidsgruppa vurdert ansvars plassering, finansieringsystem og samarbeidstilhøve når det gjeld tiltak for rusmiddelmissbrukarar. Arbeidsgruppa tilrår mellom anna ein gjennomgang av kap 6 »Særlege tiltak overfor rusmiddelmissbrukarar» i sosialtenestelova for å vurdere om særvedtektene skal opphevast og innarbeidast i lovverket på annan måte. Føremålet er å unngå at tiltak for rusmiddelmissbrukarar kan oppfattast som ei særomsorg. Det kan føre til at andre delar av hjelpeapparatet fråskriv seg ansvaret for å gi hjelp til missbrukarar. Arbeidsgruppa peikar vidare på at helsetenesta må sterkare inn i arbeidet med rusmisbrukarar og mellom anna kunne vise til døgnbehandling. Føresetnaden vil vere at sosialtenesta og helsetenesta koordinerer den faglege og økonomisk/administrative vurderinga ved slik tilvising. Arbeidsgruppa meiner òg at den kommunale delbetalinga ved institusjonsopphald bør vurderast, og tilrår at den blir fjerna ved korte avrusings- og akutttopphald og der missbrukaren er innlagt for å få utgreidd behandlingsbehov. Vidare tilrår arbeidsgruppa at det kommunale tiltaksapparatet bør dekkje meir av behovet for akutt- og avrusingstiltak enn i dag, og at det blir oppretta

bustader med heildøgns omsorgstilbod i kommunane for spesielt belasta rusmiddelmissbrukarar. Ved innlegging i institusjon er det ofte lang reiseveg frå heimkommunen til institusjonen. Arbeidsgruppa tilrår at reiseutgifter ved innlegging i institusjon blir dekte over folketrygda, og at det skal vere same rett til trygderefusjon ved polikliniske behandlingstiltak utan omsyn til kva lovheimel det er snakk om. Når det gjeld finansieringsordningar knytte til ulike tiltak for rusmiddelmissbrukarar, ser arbeidsgruppa det som uheldig at Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesenter og Stiftelsen KRAFT får direkte støtte over statsbudsjettet, og tilrår at denne typen ordning opphøyrer. Regjeringa meiner likevel at Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesenter og Stiftelsen KRAFT utgjør eit naudsynt supplement til resten av tiltaksapparatet for rusmisbrukarar. Desse stiftingane gir eit tilbod til mange misbrukarar og Regjeringa ønskjer difor å halde fram med tilskotsordninga.

Vurderingar og konklusjonar

Arbeidsgruppa sine konklusjonar i delrapport 1 og 3 reiser fleire vanskelege problemstillingar av fagleg, økonomisk og juridisk art. Desse krev grundig behandling, og Regjeringa vil kome tilbake til Stortinget med dette i ei eiga sak. Det gjeld også enkelte forslag i delrapport 2.

Kvalitetsarbeid

Spørsmålet om kvalitet og kvalitetssikring har vore tema ved fleire høve når tiltak for rusmiddelmissbrukarar blir diskuterte. Det var mellom anna tema for ein breitt samansett konferanse som vart arrangert i regi av Sosial- og helsedepartementet sommaren 1996. Fagrådet innan rusvernet i Noreg, som er ein interesseorganisasjon innan rusmiddelfeltet, la i 1997 fram ein rapport om kvalitetssikring i rusmiddelfeltet (Fagrådet 1997). Oslo kommune utgreier for tida konkurranseutsetjing av behandlingsslassar, der spørsmålet om kvalitet blir understreka som vesentleg (Oslo kommune, Rusmiddeletaten 1999).

I Sosialdepartementet sitt Rundskriv 1-1/93 om lov om sosiale tenester m v, er krav til kvalitet omtalt fleire stader. Rundskrivet er likevel i lita grad konkret og i endringane i lova som vart vedtekne av Stortinget i november 1998, er det gitt heimel for at Kongen kan gi forskrifter om nærme bestemmelse om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak. Ei kvalitetsforskrift er under arbeid i departementet, og rapport nr. 2 frå arbeidsgruppa er saman med innkomne høyringsuttaler viktige innspel til denne kvalitetsforskrifta. Forskrifta vil bli send på høyring våren 2000.

Individuelle tiltaksplanar og samarbeidsgrupper

Sosial- og helsedepartementet er samd i arbeidsgruppa sine vurderingar når dei peikar på at individuelle tiltaksplanar vil vere ein viktig reiskap i ein rehabiliteringsprosess og at det kan vere føremålstoneleg å opprette samarbeidsgrupper for klienten der fleire tiltak er involverte.

Ofte vil det vere behov for hjelpetiltak frå fleire instansar og på ulike tidspunkt. Ulike grupper av rusmiddelmissbrukarar treng ulike former for hjelp. Det vil alltid dreie seg om individuelle prosessar med ulike målsetjingar, og dei vil omfatte svært ulike typar hjelpetiltak. Til dømes vil det vere stor skilnad

på behovet for hjelpetiltak til ein 40-årig mann som drikk «for mykje» alkohol, men som har utdanning/jobb og heim, og ein rusmiddelmissbrukar i same alder som ikkje har fullført grunnskulen, og som er utan arbeidserfaring og bustad. I det første tilfellet kan det aktuelle hjelpetiltaket kanskje avgrensast til ein kortvarig behandlingssinnsats for å bli kvitt rusproblemet. I det siste tilfellet kan det viktigaste vere å prøve å skape rammer for eit mest mogeleg verdig liv. Tiltaka vil kunne vere særskilte ulike.

Individuelle tiltaksplanar er viktige og naudsynte reiskapar i ein rehabiliteringsprosess. Ein tiltaksplan vil kunne vere med på å sikre at ulike hjelpetiltak blir sett på som delar av ein heilskap.

Det er i dag eit krav i sosialtenestelova om at det skal ligge føre ein individuell handlingsplan ved bruk av tvangsbehandling. På same måte er det i medhald av retningslinene for metadonassistert rehabilitering eit krav om at det skal ligge føre ein individuell tiltaksplan som grunnlag for inntaksvurderinga i slike tiltak. Tiltaksplanen skal vere underteikna av klienten, den kommunale sosialtenesta (innsøkjande instans) og andre samarbeidande instansar om eit heilskapleg rehabiliteringsopplegg. Tiltaksplanen må vere realistisk og forpliktande for klient, sosialteneste og samarbeidspartnarar, og den må gjere greie for korleis føresetnadene for å få metadonbehandling er oppfylte.

Sosial- og helsedepartementet vil streke under at det er særleg viktig at det ligg føre ein tiltaksplan der fleire etatar skal gje eit tilbod, der rehabiliteringsprosessen går over lang tid, og der det kan vere snakk om fleire ulike tiltak. Departementet kan ikkje sjå at det er naudsynt med ytterlegare krav om slike planar i lova, men vil tilrå at kommunen nyttar dette verkemiddelet aktivt.

Tilsyn - og offentleg godkjenningsordning for døgninstitusjonar

Fylkesmannen skal føre tilsyn med døgninstitusjonar for rusmiddelmissbrukarar etter sosialtenestelova, og fylkeslegen fører tilsyn med tiltak heimla i lov om psykisk helsevern og helsetenestelova. Tilsynet sine oppgåver med heimel i sosialtenestelova er skissert i § 3-7 i forskrift til lov om sosiale tenester m.v. Tilsynet skal m.a. sjå til at ein institusjon driv i samsvar med gjeldande lover og retningslinjer og at klienten får forsvarleg og respektfull behandling og omsorg. Arbeidsgruppa peikar i sin rapport på at det som skal vere gjenstand for tilsyn, i større grad bør konkretiserast. Gruppa nemner og at embeta må ha kompetanse til å utføre dei tilsynsoppgåvene embetet er pålagt etter lova.

Departementet er samd i at kvaliteten på fylkesmannen sitt tilsyn med institusjonane må styrkjast, og vil greie ut på kva måte dette kan skje. Kvalitetsforskrifta vil bli ei konkretisering for tilsynet. Departementet vil i tillegg vurdere ei omlegging av tilsynet i retning av systemrevisjon basert på internkontroll, slik det nå er foreslått innført for omsorgstenestene.

Etter dei reglane som gjeld i dag står det i prinsippet alle fritt å opprette døgninstitusjonar for rusmiddelmissbrukarar. Det gjer spørsmålet om kvalitet og sikring av kvalitet spesielt viktig. Som eit ledd i ein sikring av kvalitet har det ved fleire høve vore drøfta om det ikkje bør vere ei eller anna form for godkjenning av slike tiltak. Spørsmålet vart mellom anna reist i Stortinget i desember 1998 under behandlinga av endringane i sosialtenestelova.

Kap 7 i sosialtenestelova handlar om institusjonar og bustader med heildøgns omsorgstenester som kommunar og fylkeskommunar har ansvaret for å drive. Føresegnene i kapitel 7 er først og fremst retta mot døgntiltak som er tekne inn i planen til fylkeskommunen eller kommunen. I tillegg omtalar lova i § 7-4 private (og kommunale) institusjonar (og/eller polikliniske tiltak) som fylkeskommunen ønskjer å disponere. I slike tilfelle skal ein inngå driftsavtalar som inneber økonomisk ansvar for fylkeskommunen og at føresegnene i sosialtenestelova i praksis også blir gjort gjeldande for desse institusjonane. Kommunen kan på same måte inngå driftsavtalar med tiltak som dei ønskjer skal yte tenester innanfor det kommunale ansvarsområdet.

Departementet er samd med arbeidsgruppa i at dei foreslåtte krav til kvalitet, forankra i ei forskrift, og eit aktivt, betra tilsyn, vil ha same funksjon som ei godkjenningssordning, og utan at det svekkar ansvaret til å oppfylle kvalitetskrava kontinuerlig. Ei eiga godkjenningssordning på toppen av dette vil ikkje føre til auka kvalitet, og vil vere unødig byråkratisk. Departementet er derfor ikkje innstilt på å innføre ei godkjenningssordning.

7.3 Menneske med psykiske lidningar

Regjeringa la våren 1998 fram St prp nr 63 (1998-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Stortinget slutta seg til hovudlinjene i planen som mellom anna inneber ei massiv opprusting av det psykiske helsearbeidet i kommunane. Menneske med psykiske lidningar er blant dei som lenge har hatt eit svakt tenestetilbod. Samstundes har dei hatt dårlege levekår. Sentralt i opptrappingsplanen er tiltak retta inn mot å betre tilhøva for denne gruppa. Det blir teke sikte på å betre bustader, aktivitetstilbod og å styrkje sosiale nettverk for menneske med psykiske lidningar, og å ruste opp og tilretteleggje helsetenestene.

Omsorgstenestene utgjer ein stor del av det kommunale tenestetilbodet til menneske med psykiske lidningar. Ansvaret for koordinering av det psykiske helsearbeidet er då også ofte lagt til denne delen av tenesteapparatet. Mange mottakarar har behov for eit stort spekter av tenester. Føresetnaden for å kunne gi eit heilskapleg og individuelt tilpassa tilbod, er eit godt utvikla samarbeid både på tvers av kommunale etatar og mellom ulike forvaltningsnivå.

Opptrappingsplanen og seinare rundskriv (I-4/99) gir retningslinjer for bruk av øyremerka midlar til psykisk helsearbeid i kommunane. Dette er tiltak som rettar seg inn mot alle aldersgrupper. Eldre med psykiske lidningar må også kunne gjere seg nytte av tiltak som blir finansierte av dei øyremerka midlane.

I samband med oppfølginga av opptrappingsplanen er det etablert 23 stillingar hos fylkeslegane for å følgje opp satsinga i kommunane. Fordi denne satsinga har ein tverrfagleg karakter, der også førstelinja i sosialtenesta er viktig, må det utviklast gode samarbeidsrutinar mellom fylkeslegane og fylkesmennene. Dette er viktig for å få til gode tiltak for målgruppa. Gjennom «Kunnskap og brubygging» er det allereie etablert samarbeid mellom fylkesmenn og kompetansesentra for rus for å utvikle tiltak som hevar kompetansen i sosialtenestene. Dette er ein god arena, som også kommunerådgvivarane for psykiatrisatsinga hos fylkeslegane bør knytast opp mot.

Alderspsykiatri

Alderspsykiatriske lidningar er kjenneteikna av at det er samanheng mellom psykiatrisk og somatisk sjukdom eller mellom psykiatrisk sjukdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomen. Dei vanlegaste lidingane er depresjon og demens. Også psykosar, angst og tvangslidingar er sjukdomstilstandar innan det alderspsykiatriske fagfeltet. Hovudtyngda av behandling av psykiatriske lidningar hos eldre går føre seg i primærhelsetenesta. Ved vanskeleg atferd har kommunane behov for vegleiing frå spesialisthelsetenesta.

I vedlegg 1 til St.meld. nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene vart dette mellom anna omtalt på følgjande måte:

«Mange eldre med psykiatriske lidelser får den samme behandling som gis til andre aldersgrupper med tilsvarende lidelser. I tillegg kommer spesielle behandlingstiltak som kreves p.g.a. høy alder. Det vil ofte være behov for særskilte støttetiltak i pasientens hjemmemiljø. Det vil også være behov for et utstrakt samarbeid mellom psykiatriske og somatiske spesialisthelsetjenester. Mange eldre med alvorlig grad av demens og forvirring må behandles i institusjon. Største delen av behandlingstilbudet vil bli gitt i primærhelsetjenesten i form av vanlige sykepleietjenester i kommunale aldersinstitusjoner og i hjemmesykepleien. I tillegg må det fra kommunens side legges tilrette for psykiatrisk sykepleietjeneste. Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten for eldre bør være organisert i egne avdelingsavsnitt i alle landets fylker. Disse må bestå av sengeenheter hvor hovedoppgaven er utredning av uklare tilstander og kortvarig behandling av funksjonelle lidelser. Langtidsbehandling av eldre med vanskeleg atferd bør skje i skjermede avsnitt ved kommunale sykehjem med veiledning fra spesialisthelsetjenesten etter behov, eller i alvorligere tilfeller i psykiatrisk institusjon. Det er nødvendig å tilby poliklinisk behandling og dagbehandling på spesialistnivå så nær pasientens hjemsted som mulig».

Som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse har Sosial- og helsedepartementet sendt ut eit rundskriv (I-24/99) med følgjande omtale av alderspsykiatrien:

«Alle fylker må ha spesialiserte alderspsykiatriske poster og/eller team. Disse har som særlig oppgave å drive utredning og diagnostisering, og/eller planlegge videre behandling og oppfølging sammen med desentrale psykiatriske enheter og kommunehelsetjenesten. Fylkesplanen må beskrive hvordan de alderspsykiatriske tjenestene er organisert, kapasiteten i de ulike ledd, og inneholde en vurdering av behovet for utvikling og utbygging av tilbudene.»

Erfaringa viser at tilgangen på spesialisthelsetjenester i psykiatrien ikkje er like god i alle delar av landet. I ei undersøking gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, opplyser 1/3 av kommunane i landet at dei har spesialisttilbod, men at desse ikkje er tilstrekkelege (Eek og Nygård 1999). Ca. 27 pst. opplyser at dei ikkje har tilbod. Svara avheng av korleis fylket har bygt ut sin spesialistservice og innretta denne tenesta mot den eldre befolkninga.

Regjeringa meiner at tilboda innan alderspsykiatrien må få langt større merksemd frå fagfeltet sjølv. Dei alderspsykiatriske sentra bør samarbeide med kommunane slik at kommunane opplever å få fagleg hjelp og assistanse

til å takle vanskelege situasjonar. Når det gjeld tilrettelegginga elles av tenestene viser ein til omtalen under punkt 7.1.

Boks 7.1 Alderspsykiatrisk avdeling Søndre Borgen i Asker

Alderspsykiatrisk avdeling Søndre Borgen i Asker er eitt av to fylkeskommunale alderspsykiatriske tilbod i Oslo i Opptaksområde for utpeikte bydelar i Oslo kommune. Søndre Borgen er samansett av tre einingar:

- Eining for funksjonelle lidningar (psykosar og tilstandar av forvirring), 18 døgnplassar
- Eining for depresjonar og nevrotiske tilstandar, 15 døgnplassar
- Eining for organiske lidningar (utgreiing og behandling av demente med psykiatrisk tilleggsproblematikk), 15 døgnplassar.

Dagavdelinga har 12 plassar delt på 40 pasientar i Oslo. Dagavdelinga driv også ei gruppe for ettervern 2 timar i veka. Avdelinga hadde 4919 konsultasjonar i 1996.

Målet for avdelinga er å gi eit optimalt behandlingstilbod til pasientar med ei alderspsykiatrisk lidning over eit kortare tidsrom. Den gjennomsnittlege liggjetida var i 1996 112 dagar. Den som blir innlagt blir utgreidd, behandla og observert, samstundes som nettverk og heimetilhøve blir kartlagde. Søndre Borgen samarbeider tett med bydelane for å tilbakeføre pasientar til heimstaden. Eit uteteam med psykiatriske sjukepleiarar driv omfattande oppsøkjande verksemd. I 1996 hadde uteteamet 1088 konsultasjonar.

Personalet held fram at god bemanning, eit fagleg stimulerande miljø og eit godt samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta har vore viktige faktorar for å lukkast i pasientbehandlinga. Ein viktig føresetnad er ei god rolleavklaring mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Det inneber at spesialisthelsetenesta må ha eit engasjement i den enkelte pasient som omfattar rettleiing og rådgiving for pårørende og tilsette i den kommunale omsorgstenesta frå første stund, og som må følgjast opp etter utskriving.

7.4 Omsorg for døyande

Utvalet som la fram innstillinga NOU 1984:30 Pleie og omsorg for alvorleg sjuke og døyande menneske peikte på at omsorg for alvorleg sjuke og døyande hadde vore eit forsømt område. Det har skjedd ein god del med tilbodet til denne gruppa i åra etter at rapporten vart lagd fram. Det er likevel framleis manglar ved tilbodet, og Regjeringa fann difor ut at det var behov for ein heilskapleg plan for tenester for menneske i slutfasen av livet. Regjeringa oppnemnde eit utval som skulle utarbeide ein heilskapleg plan for behandlings-, pleie- og omsorgstilbodet, og gi råd om korleis behandlinga kan organiserast i samanhengande kjeder for å gi den beste livshjelp til uboteleg sjuke og døyande menneske. Bakgrunnen for oppnemninga av utvalet var debatten

omkring aktiv dødshjelp. I mandatet for utvalet vart det peikt på at mange tilbagemeldingar tyder på at pasientar ikkje alltid får god nok lindring av symptom og oppfølging. Utvalet la fram sin rapport 20. januar 1999, NOU 1999:2 Livshjelp, behandling, pleie og omsorg for uboteleg sjuke og døyande.

Utvalet viser til at hovudutfordringa er å sikre at den enkelte pasient får rett tilbod, og som er av god kvalitet på det mest føremålstenlege nivået i helsetenesta. Utvalet meiner at det så langt råd er skal leggjast til rette for at tenestene kan bli gitt i eller nær heimen når pasienten ønskjer det.

Livshjelpsutvalet meiner at tilbod til uboteleg sjuke og døyande skal integrerast i den vanlege tenesta. Det er verdigrunnlaget i hospicefilosofien som må leggjast til grunn. Dette vil innebere både optimal behandling som kan lindre, og pleie og omsorg som rettar seg mot dei fysiske, psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle behova som pasienten har.

Utvalet har føreslått ei rekkje tiltak på ulike nivå i helsetenesta som det meiner vil medverke til å betre tilbodet til uboteleg sjuke og døyande menneske. I St meld nr 26 (Om verdiar for den norske helsetenesta (1999-2000)) er det omtalt korleis Regjeringa vil følgje opp tilrådingane frå utvalet når det gjeld tiltak for å betre tilbodet til døande.

7.5 Funksjonshemma

Til grunn for St meld nr 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998 - 2001 ligg ei forståing av funksjonshemming som eit misforhold mellom dei føresetnader den enkelte har og dei krav som blir stilte frå miljøet og samfunnet si side. Dette gjelder til dømes krav om å kunne gå i trapper for å få tilgang til bygningar eller kollektive transportmidlar, eller krav om å kunne sjå for å få med seg informasjon i bygningar, på gater, togstasjonar, bussterminalar og liknande. Hovudfokus er retta på tiltak som kan endre samfunnet sine krav slik at funksjonshemma får høve til deltaking og likestilling.

Føresetnaden for å nå desse måla er at offentlege tenester blir tilpassa dei behov funksjonshemma har. For mange funksjonshemma vil høvet til å kunne leve eit aktivt, meningsfylt og sjølvstendig liv m. a. vere knytt til tilbodet av omsorgstenester. Funksjonshemma er som andre menneske ulike og har ulike behov og interesser. Unge funksjonshemma vil ha andre ønskje for deltaking i samfunnet enn eldre. Funksjonshemma småbarnsforeldre vil ha behov for tenester i høve til oppgåver i familien. Funksjonshemma som er yrkesaktive vil kanskje ha behov for hjelp tidligare om morgonen for å kome seg på jobb i tide, og hjelp med barn som skal i barnehage eller skule. I utforminga av tenestene må ein også sjå samanhengen i folks kvardag, mellom skule, jobb og fritid. Det kan vere tungt å ha mange forskjellige menneske å måtte forhalda seg til, spesielt for dei som treng hjelp til personleg stell. Unge menneske har gjerne et større behov for aktivitet på fritida enn vaksne eller eldre. Tenester til unge funksjonshemma bør innrettast slik at dei overlappar skule og fritid og aukar fridomen for personlege val.

Norsk omsorgspolitik er sterkt endra i løpet av dei siste 15-20 åra. Deinstitusjonalisering og normalisering har stått sentralt i prosessen. Dette er til dømes grunnlaget for den tidsavgrensa tilskotsordninga som er etablert for å stimulere kommunane til å finne alternative og betre bu- og tenestetilbod til unge funksjonshemma som har eller har hatt permanent tilhald i aldersinsti-

tusjonar. Regjeringa varsla i Revidert Nasjonalbudsjett 99 auka tilskotssatsar for å stimulere til større utflyttingstakt. Sosial- og helsedepartementet vil også setje i verk tiltak som gjer det lettare for kommunane å individuelt tilpasse alternative bu- og omsorgstilbod for unge funksjonshemma på aldersinstitusjonar.

Når funksjonshemma flyttar ut av institusjon eller frå pårørande, er det viktig at buforma og måten å bu på i størst mogeleg grad er ønskt og sjølvvald. Ein må prøve å tilpasse eller leggje til rette bustaden for dei fysiske og sosiale behov som bebuaren har. Fysisk og sosialt tilgjengeleg nærmiljø må ha stor vekt.

Gjennom utviklinga dei siste åra har bustaden i større grad blitt sett på som omsorgsarena. Omsorgstenestene står framfor store utfordringar når det gjeld å møte dei individuelle behova som funksjonshemma har for å kunne leve eit aktivt og meningsfylt liv. Dette kan berre skje i nært samarbeid mellom tenesteytar og tenestemottakar. Brukarmedverknad må stå sentralt.

For ein del funksjonshemma vil brukarstyrt personleg assistanse vere eit godt tiltak for å møte behovet som er nemnt ovanfor. Regjeringa vil aktivt stimulere til bruk av ordninga med brukarstyrt personleg assistanse (sjå nærare omtale under punkt 6.1).

Det er også behov for å styrkje kompetansen og rekrutteringa av fagpersonar i omsorgstenesta i høve til personar med utviklingshemming. Mangelen på fagutdanna personale er stort, særleg i distrikta. Gjennom handlingsplanen for helse- og sosialpersonell og fleire FOU-prosjekt har Sosial- og helsedepartementet sett i gong fleire tiltak, til dømes: Auke studieplassar i vernepleierutdanninga, eit samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune og Høgskulen i Sør-Trøndelag som samlar erfaring om kompetansebygging og haldningar i vernepleierutdanninga, rettleiingsopplæring og fagnettverk for vernepleiarar som gir tenester til personar med autisme, tverrfagleg vidareutdanning i omsorgsideologi og utprøving av læreplan for vidareutdanning av hjelpepleiarar omsorgsarbeidarar i autismeomsorg. Det er også etablert Nasjonalt kompetansenettverk for autisme. Sosial- og helsedepartementet vil i samband med evalueringa av sosialtenestelova kap 6A, som førebels gjeld for tre år, vurdere nærmare behov for kompetansehevande tiltak i omsorga for psykisk utviklingshemma.

Som ei oppfølging av St.meld.nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma har Regjeringa sett ned eit offentleg utval som skal sjå på rettane til dei funksjonshemma i ein større samanheng. Eit hovudspørsmål er om funksjonshemma er godt nok sikra gjennom den vanlege lovgjevinga eller om det er behov for særskilde individuelle rettar på nokre område. Utvalet skal kome med si innstilling innan 1. oktober 2000.

7.6 Spesielle spørsmål

7.6.1 Omsorgsarbeid ved kriser og katastrofar

Framlegget til ny lov om helsemessig og sosial vernebuing (Ot.prp.nr. 89 (1989-99)) legg opp til at det er dei som til vanleg har ansvaret for tenester og tiltak innan helse- og sosialsektoren som også skal vere ansvarlege for slike tenester ved kriser og katastrofar. I slike situasjonar er det særleg viktig at

både offentlege og private instansar samordnar ressursbruken best mogeleg. Den offentlege redningstenesta under leiing av politimeisteren legg til grunn at ulike offentlege og private instansar arbeider saman på ein samordna måte for å redde menneskeliv i kritiske situasjonar. Organisasjonsplanen for redningstenesta som er fastsett ved kongeleg resolusjon i 1980 føreset at offentlege verksemdar, statlege så vel som fylkeskommunale og kommunale, sjølve skal bære kostnadene med denne innsatsen. Departementet meiner at den føreslåtte lova vil gi eit godt grunnlag for å betre planlegginga og synleggjere behovet for samarbeid ikkje berre ved redningsinnsatsen i den akutte fasen, men også for det meir omsorgsprega arbeidet som følgjer i tida etterpå.

Sosial- og helsedepartementet føreset at kommunane som har hovudansvaret for naudsynte omsorgstiltak under og etter katastrofar og kriser, har oversikt over dei samla ressursane som ein kan spele på i lokalsamfunnet i slike tilfelle. Erfaringar frå hendingar ulike stader i landet tyder på at det framleis er eit omfattande nettverk av foreiningar og organisasjonar som har kompetanse og vilje til å medverke i dette arbeidet. Hjelpekorpsa til Norges Røde Kors og sanitetsforeiningane til Norsk Folkehjelp er kjende over heile landet for sin innsats ved ulukker og kriser. I tillegg har ei rekkje andre organisasjonar og foreiningar, som sivilforsvaret sine fredsinnsettsgrupper, speidarane sine vernebuingsgrupper, sanitetsforeiningar og helseforeiningar i mange lokalsamfunn vist stor vilje og evne til samarbeid med kommunar og redningsteneste om gjennomføring av tiltak i vanskelege situasjonar. Det bør vere sjølvsaugt at det er lagt planar for korleis helse- og sosialtenesta skal samarbeide med Den norske kyrkja og andre trussamfunn for å etablere psykososiale støttetiltak til innbyggjarane i kommunen ved ulukker og kriser. Departementet er kjent med at dette samarbeidet er velutvikla og har vore prøvt både i øvingar og ved verkelege hendingar i mange kommunar.

7.6.2 Sjukeheimane si rolle i framtida

Det har i fleire år pågått ein ideologisk debatt om det er sjukeheimar eller omsorgsbustader med heimetenester som er det beste tenestetilbodet til gamle med omfattande behov for omsorg og pleie. Forskinga har vore lite ein-tydig på kva som er best. På bakgrunn av dette har Sosial- og helsedepartementet utgreidd spørsmålet om rolla til sjukeheimane og aldersheimane i framtida - sett i samanheng med mellom anna omsorgsbustadene sin plass. Utgreiinga er gitt ut som ein eigen rapport med tittelen «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester - analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner» (1999). I rapporten er føreslått fleire mogelege model- lar for sjukeheimar i framtida. Sosial- og helsedepartementet sende utgreiinga ut på ei brei høyring til aktuelle partar i november 1999, og vil kome tilbake med forslag til eventuelle endringar.

7.7 Oppsummering av tiltak

- Oppretting av fleire demenstelefonar for pårørande og pårørandegrupper over heile landet.
- Fleire kompetansehevande tiltak i forhold til menneskje med demens.
- Lovregulere skadeavverging i naudsituasjonar tilpassa pleie- og omsorgstenestene og som byggjer på prinsippa i straffelova sine naudre-

- glar.
- Lovfeste den etiske omsorgsplikta.
 - Gi representasjonsreglar for tilfelle der den demente ikkje motset seg tiltak.
 - Regulera bruk av alarmer og andre tekniske løysingar for å varsle om eller hindre ulykker og faresituasjonar. Drøfta bruk av tilbakehalding/låsing og mekaniske tvangsmidlar i dei tilfella den demente manglar samtykkekompetanse og motset seg tiltaket.
 - Leggje fram forslag til lovreglar våren 2001 når det ligg føre resultat frå ei kartlegging som Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens utfører.
 - Frårå bruk av overvakingssystem mot einskildpersonar.
 - Sikring av kvaliteten i behandlings- og rehabiliteringstiltak for rusmiddelmissbrukarar vil etter Regjeringa si meining best skje gjennom ei ny forskrift om kvalitet både i fylkeskommunale og kommunale tiltak. Forskrifta som er under arbeid vert heimla i § 7-14 i sosialtenestelova.
 - Det er og under arbeid ei omlegging av tilsynet med institusjonane for rusmiddelmissbrukarar.
 - Ei ny forskrift om kvalitet i tiltaka saman med eit betra tilsyn vil ha same funksjon som ei godkjenningssystem. Regjeringa vil derfor ikkje foreslå å innføre ei godkjenningssystem for døgniltak.

8 Økonomiske og administrative konsekvensar

Hovudsaka i denne meldinga er å setje fokus på verdiar og innhald i den omsorg som blir ytt i kommunane. Meldinga har likevel også konkrete forslag til tiltak som Regjeringa meiner vil kunne betre innhaldet og kvaliteten på tenestene.

8.1 Tiltak for å sikre kvaliteten i tenestene

Regjeringa vil vurdere å leggje fram ein Ot.prp. for Stortinget våren 2000 på bakgrunn av eit notat som er sendt ut på høyring om endringar i lov om sosiale tenester. Notatet omhandlar heimel for forskrift for kvalitet, heimel for å påleggje kommunane internkontroll med pleie- og omsorgstenestene og utviding av fylkesmannen sitt tilsyn med pleie- og omsorgstenestene. I lovframlegget vil det bli gjort nærmare reie for dei økonomiske og administrative konsekvensane av forslaga. Spørsmål om å dekkje eventuelle meirkostnader knytt til desse forslaga vil ein i tillegg koma tilbake til i dei ordinære budsjettprosessane.

På denne bakgrunn tek Sosial- og helsedepartementet sikte på å revidere rundskrivet om kvalitet i pleie- og omsorgstenesta.

Regjeringa føreslår vidare å få utarbeidd eit samla opplegg for rettleiing for saksbehandling, internkontroll og bruk av individuelle planar til bruk for kommunane som ikkje finn det mogeleg å utarbeide egne opplegg for dette. Dette vil omfatte både å utarbeide sjølve rettleiinga, og å få den tilpassa til den informasjonsteknologien som kommunane har i dag. Kostnadene til dette vil utgjere om lag 5 mill kroner. Dette vil bli sett i samanheng med andre løyvingar for å styrkje omsorgstenestene i kommunane, m. a. tilskota til gjennomføringa av handlingsplanen for eldreomsorga.

Eit eige kvalitetsrådgivarprogram for helse- og sosialtenesta i kommunane basert på erfaringane frå det noverande kvalitetsrådgivarprogrammet for helsetenestene og erfaringane frå fylkesmennene og fylkeslegen si oppfølging av handlingsplanen for eldreomsorga, vil ha som oppgåve å vere ein rådgjevande og rettleiande instans for kommunane i det løpande kvalitetsarbeidet i denne sektoren. Dette vil føresetje egne stillingar i kvart fylke. Organiseringa av og dekninga av meirkostnadene knytt til dette blir vurdert i samband med det vidare opplegget for handlingsplanen for eldreomsorga etter 2001. Det må også vurderast i høve til det kvalitetsrådgivarprogrammet som er i dag, og som også blir avslutta i 2001. Regjeringa vil difor kome tilbake til dei faktiske kostnadene i toårgjennomgangen av handlingsplanen for eldreomsorga og i budsjettframlegget for 2002.

Sosial- og helsedepartementet tek sikte på å leggje fram eit høyringsnotat om internkontroll og tilsyn etter lov om sosiale tenester kapittel 5 om økonomisk stønad og kapittel 6 om særlege tiltak overfor rusmiddelmissbrukarar. Departementet vil sjå spørsmåla i samanheng med det arbeid som skjer innanfor utviklingsprogrammet for sosialkontortenesta «Kunnskap og brubygging» og utgreiingar frå arbeidsgruppa som har vurdert hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmissbrukarar.

Departementet har under arbeid ei forskrift om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak for rusmiddelmissbrukarar. Forskrifta vil bli sendt på høyring våren 2000.

Delrapport 1 og 2 frå arbeidsgruppa som har gjennomgått hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmissbrukarar, vil bli følgt opp på den måten ein finn mest nyttig og bli lagt fram for Stortinget på eit seinare tidspunkt.

8.2 Tiltak for å betre tenestetilbodet og rettstryggleiken for demente

Regjeringa drøftar i denne meldinga tiltak for å betre tenestetilbodet til demente, og spørsmål knytt til rettstryggleiken for denne gruppa. Det er viktig med eit godt tilrettelagt tenestetilbod, noko som m.a. inneber nok personell til å ivareta demente sine behov. I m.a. toårgjennomgangen av handlingsplanen for eldreomsorga vil tenestebehovet til denne gruppa bli vurdert. Dei økonomiske konsekvensane vil Regjeringa kome tilbake til m. a. i statsbudsjettet for 2001.

Det er også viktig med tiltak for å støtte pårørande i vanskelege situasjonar. Det kan gjerast ved å opprette telefonar og samtalegrupper for pårørande rundt i landet, og vil skje i eit samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen. Utgiftene vil kunne dekkjast innan Sosial- og helsedepartementet sine egne budsjetttrammer.

Regjeringa drøftar i denne meldinga også lovendringar for å regulere følgjande:

- hindre skade i naudsituasjonar (reglar som er tilpassa omsorgstenestene og som byggjer på prinsippa i naudreglane i straffelova)
- bruk av tvang for å sikre dei grunnleggjande behov for mat, drikke og personleg hygiene (lovfesting av den etiske omsorgsplikta)
- reglar for representasjon i tilfelle der den demente ikkje motset seg dette
- bruk av alarmer og andre tekniske løysingar for å varsle om eller hindre ulukker og faresituasjonar

Erfaringane frå innføring av reglar om rettane til og avgrensing og kontroll med bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma (kapittel 6A i sosialtenestelova) tilseier at ei tilsvarande regulering for demente vil medføre økonomiske og administrative konsekvensar både for kommunane og for fylkesmennene og fylkeslegane. Regjeringa meiner at det i denne meldinga er viktig å drøfte prinsippa for ei slik regulering, og at ein meir konkret må kome tilbake til dei økonomiske og administrative konsekvensane i ein eventuell lovproposisjon som etter planen vil bli lagt fram i løpet av 2001.

8.3 Kompetansehevande tiltak

Regjeringa meiner det er viktig med tiltak for å påverke haldningar hos ungdom slik at dei søker seg til omsorgssektoren. Regjeringa vil ta initiativ til ein rekrutteringskampanje over tre år kostnadsrekna til 5 mill kroner kvart år til dette haldningsskapande tiltaket. Regjeringa vil kome tilbake til dette i statsbudsjettet for 2001 og seinare budsjettframlegg.

Regjeringa meiner også at det er behov for kompetanseutvikling m. a. i form av auka vidareutdanning i geriatri, aldring og eldreomsorg, og vil m. a.

vurdere stipendordningar tilsvarande det ein har etablert innanfor vidareutdanninga i psykiatri. Omfanget av og kostnadene ved dette vil Regjeringa kome tilbake til i statsbudsjettet for 2001 som ein del av handlingsplanen for helse- og sosialpersonell.

8.4 Tiltak for organisasjonsutvikling og leiging

Ein viktig faktor for å utvikle gode tenester er gode og føremålstenlege organisasjonsmodellar og at sektoren har gode leiarar. Dette vil vere ei viktig utfordring framover. Regjeringa føreslår difor at det i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund blir utvikla arenaer for leiarutvikling i dei kommunale helse- og sosialtenestene, og stimulering til utvikling av gode modellar i kommunane. Målet er ikkje å påleggje den enkelte kommune spesielle organisasjonsformer, men at kommunane sjølve set i gang prosessar for å drøfte både kva problemstillingar ein står overfor i åra som kjem, og kva det vil krevje av organisasjon og leiging i kommunen. Eventuelle utgifter knytt til dette må sjåast i samanheng med tilskota til handlingsplanen for eldreomsorga og opptrappingsplanen for psykiatrien.

8.5 Oppfølging elles

I meldinga har det fleire gonger blitt vist til tiltak i samband med toårsgjennomgangen av handlingsplanen for eldreomsorga. Her skal ein m. a. gjennomgå behovsoverslaga og verkemidla i handlingsplanen på nytt, i tråd med Stortinget sitt vedtak ved behandlinga av Innst. S. Nr.294 (1996-97). Utforminga av verkemidla innanfor denne sektoren vil bli vurdert på nytt. Det same gjeld utforminga og innretninga av dei økonomiske verkemidla. Regjeringa vil difor kome tilbake til dette spørsmålet i ei eiga melding våren 2000.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

Tilråding frå Sosial- og helsedepartementet av 28. januar 2000 om innhald og kvalitet i omsorgstenestene - omsorg 2000 blir send Stortinget.

Vedlegg 1

Litteraturliste:

Askildsen J.E. m.fl. (1999): *Effektivitet, ressursbruk og konkurranseutsetting i kommunesektoren- En gjennomgang av empiriske studier*.SNF-Rapport 99:4. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Autismeprogrammet (1997): *Stabilitet og kontinuitet i omsorgen med mennesker med autisme. Forslag til administrative og organisatoriske tiltak som vil fremme stabilitet i personalgrupper og dermed øke kontinuiteten i tjenestetilbudene*. Rapport Nr. 4A. 1997. Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk, Autisemeenheten.

Bjørnskau T. og R. J. Stene (1999): *Holdninger til helse- og omsorgstjenester. Resultater fra en spørreundersøkelse*.Fafo- rapport 99:300, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.

Brevik I. (1995): Flere gamle og aleneboende krever økt innsats i eldreomsorgen. *Sosiologi i dag*,3-4:49-70.

Christensen K. og S. Næss (1999): *Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene*.Senter for samfunnsforskning (SEFOS), Bergen.

Daatland S.O. (1994): *Hva skjer i eldresektoren?*NGI- rapport 94:1. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.

Daatland S. O. (1997): *Family solidarity, popular opinion and the elderly*.Ageing International.

Eidsvåg I. (1999): *Omsorg, menneskesyn og marked*.Innlegg holdt på ideseminar i Folkets hus 7/5 1999, arrangert av Sosial- og helsedepartementet.

Eek A. og A. Nygård (1999): *Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner*.Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, INFO-banken, Vestfold.

Eliasson R. (red.) (1996): *Omsorgens skiftninger. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*.Studentlitteratur, Lund.

Elster E. (1998): *Avlastnings- og støttekontaktkampanjen*.Et prosjekt under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994-97.

Engedal K. og D. K. Haugen (1996): *Aldersdemens. Fakta og utfordringer*.INFO-banken, Vestfold.

Eskeland S. (1989): *Om rettssikkerhetsbegrepet og rettssikkerhet for psykisk utviklingshemmede*.NPFU, Oslo.

Fagrådet (1997): *Kvalitetssikring innen rusmiddelfeltet*.Fagrådet innen rusvernet i Norge.

Folkedal F. (1999): *Frivillig sektor. Verdiskapning og velferdsleverandør i et demokratisk samfunn*.Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)- forlag, Oslo.

Gautun H. (1999), *Endringer i familieomsorgen til eldre?*Fafo- rapport 99:298, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001) *Rett person på rett plass*. 3 utgave. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Handlingsplan for sosialtenesta si førstelinje (1998-99): *Kunnskap og brukbygging*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Helset A. (1993): Verden lønner ikke annerledes. I Helset A. (red.): *I lyst og nød- Livssituasjonen for gamle kvinner med minstepensjon i Danmark, Norge og Sverige*.NGI-rapport 93:8. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.

Eek A og Nygård A.M. (1999): *Innsyn og utsyn*.Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. INFO-banken.

Kitterrød R. H. (1993): Uformell omsorg for eldre og funksjonshemmede. *Sosialt utsyn*.

Kjerstad m.fl. (1999): *Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie- og omsorgssektoren*.SNF-rapport 99:2. Stiftelsen for samfunn og næringslivsforskning, Bergen.

Kvaase I. E. (1999): *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester- analyse av alders- og sykehjemfunksjoner*.SHD - Rapport. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Kvalitetsråd giverprogram for kommunehelsetjenesten 1997-2001. Statens helsetilsyn.

Lillestø B. (1997): *Når omsorgen oppleves krenkende*.Institutt for sosiologi, Universitetet i Tromsø.

Lingsom S. (1997): *The Substitution Issue. Care policies and their consequences for family care*.NOVA Rapport 97:6, Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.

Lingås L.G. (1996), *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*.Kommuneforlaget, Oslo.

Lorentzen H. (1996): *Hva er sivile sammensetninger godt for*. Apo. Forlag, Oslo.

Lorentzen H. og Oppdalshei (1996): *Frivillige organisasjoner: en kommentert bibliografi*.FRISAM, Oslo.

Lorentzen H. og T. Røkeberg (1998): *Hvem bør eie frivillighetssentralene? Virkninger av eierskap for drift, styring og av innhold*.ISF-Rapport 98:14, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.

Malmedal (1998): *Noen må følge bedre med. Om overgrep i sykehjem*.Hovedoppgave i helsefag. Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.

Moland L. (1999): *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø*.Fafu-rapport 99:269. Forskningsstiftelsen Fafu, Oslo.

Nesvaag m.fl. (1999): Rapportene I, II, III, fra arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet for rusmiddelmisbrukere.

NOU 1984:30 *Pleie og omsorg for alvorleg sjuke og døydande menneske*

NOU 1992:1 *Trygghet-Verdighet-Omsorg*

NOU 1998: *Det er bruk for alle*

NOU 1998:18 *Om styrking av arbeidet med folkehelse*

NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*

NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Noreg når det gjeld å bringe kjønnspektivet inn i folkehelsearbeidet*

Nygård (1998): *Sammenligning av driftskostnader ved sykehjem*.Ressursenter for omsorgstjenester, Stjørdal.

Repstad P. (1998): *Den lokale velferdsblanding. Når offentlige og frivillige skal samarbeide*.Universitetsforlaget, Oslo.

Romøren T.I. (1995): **Reformen for psykisk utviklingshemmede.** I Romøren, red., *HVPU-reformen i forskningens lys.* Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Rundskriv I-1/93, *Om lov om sosiale tenester mv.*

Rundskriv I-13/97, *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.*

Rundskriv I-25/98, *Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering.*

Rundskriv I-52/98, *Endringer i sosialtenestelova- tilbakehalding av rusmidelmisbrukarar utan eige samtykke.*

Rundskriv I-41/98, *Til lov om sosiale tjenester mv. Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*

Rundskriv I-4/99, *Opptrappingsplan for psykisk helse 199-2006. Utbygging av kommunale tiltak. Øremerkede tilskudd til kommunene 1999.*

Rundskriv I-16/99, *Status for tilbudet til menneske med psykisk utviklingshemming*

Rundskriv I-44/99, *Handlingsplanen for funksjonshemmede 1998-2001. Statusrapportering pr. 04.10.99.*

Rønning R. (1994): *Kvalitet i eldreomsorgen i Lillehammer.* ØF-notat 94:1, Østlandsforskning, Lillehammer.

Sandvin J. T. og M. Søder (1998), *Fullt og helt eller stykkevis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien.* *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 1:35-50.

Szebehely M. (1996): *Om omsorg og omsorgsforskning.* Kap 1 i *omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen.* R. Eliasson (red.).

SoS-rapport (1994), *Utvarding av kvalitet.* Rapport 94:13, Sosialstyrelsen, Stockholm.

Slagsvold B. (1995): *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner.* NGI-Rapport 95:1, Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.

Slagsvold B. (1999): *Norsk eldreomsorg: Hvor dårlig er dårlig? Aldring og eldre.* Gerontologisk magasin, Oslo.

St meld nr 8 (1998-99) *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001. Deltaking og likestilling.*

St meld nr 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken*

St meld nr 17 (1996-97) *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*

St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*

St meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet.*

St meld nr 8 (1998-99) *Om handlingsplan for funksjonshemma*

St meld nr 21 (1998-99) *Ansvar og meistring Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*

St meld nr 36 (1998-99) *Om prinsipper for dimensjonering av høgre utdanning*

St meld nr 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*

St meld nr 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga- Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg.*

St meld nr 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*

St prp nr 63 (1998-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*

St prp nr 58 (1997-98) *Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000)*

Strengenhagen E. (1994): *Kvaliteten i eldreomsorgen. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund.*

Tøssebro J. (1995): *Hjemmeboende som B-lag? I Romøren, red., HVPU-reformen i forskningens lys. Ad Notam Gyldendal, Oslo.*

Thorsen K. (1998): *Den pressede omsorgen. Kvaliteter i hjemmehjelpstjenesten for eldre i lokal kontekst. NOVA-Rapport 98:18, Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.*

Thorsen K. og Dyb (1993): *Er det noen som bryr seg? Uformell omsorg for eldre og offentlig støtte til omsorgsgiverne. NGI-rapport 93:1. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.*

Vabø M. (1998): *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten. NOVA-Rapport 98:8, Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.*

Wollebæk, Selle og Lorentzen (1998): *Frivillig innsats i Norge. Bergen: LOS-senteret, upublisert notat.*

Walker A. (1996): *The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare.*

Wasskog E. og A. Hetle (1996): *Sørumsprosjektet - Et kompetanseutvikingsprosjekt. Delrapport I. Notat 7/94 og Delrapport II 1996. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.*

Wærness K. (1984): *The rationality of Caring. I Søder M. (red.): Economic and Industrial Democracy. London: Sage Publications, s 187-212.*

Waal H. (1998): *Vekkelser og veivalg- Om linjeskiftene i norsk narkotikapolitikk. Tidsskrift for Velferdsforskning, 1:134-152.*

Ytrehus S. (1998): *Evaluering av tilskuddsordningen til bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Byggforsk rapport 98:241, Oslo.*

Ytrehus S. (1999): *Utbygging av omsorgsboliger og sykehjem. Aldring og Eldre, 3:2-8.*
