



Stortingets utredningsseksjon

Bakgrunnsinformasjon • Analyse • Drøfting

Til: Folketinget v/ Laura Holt Clemmensen

Dato: 5. januar 2016

Utreder: Ingebjørg Skarpaas
Telefon: +4723312696

Oppdragsnr: 2016498

OPPDRAK: Vi har modtaget denne forespørgsel fra et af folketingets udvalg og har brug for jeres hjælp til at besvare den.

Tema: Personlig pleje, hjælp og omsorg til borgere, som bor i små samfund på småøer og i yderområder

Baggrund

Folketingets Udvalg for Landdistrikter og Øer drøfter aktuelt spørgsmål om personlig pleje, hjælp og omsorg til borgere, som bor i små samfund på de danske småøer. Lovgivningen i Danmark indeholder regler om en række kommunale ydelser i form af personlig pleje, hjælp og omsorg. Det drejer sig f.eks. om personlig og praktisk hjælp i hjemmet. Lovgivningen angiver, hvilke betingelser borgeren skal opfylde for at modtage hjælp. Kommunen må i sin afgørelse lægge faglige og økonomiske hensyn til grund. Kommunen bør f.eks. mellem to tilbud, som er lige egnet, vælge det billigste. Hensynet til kommunens økonomi kan aldrig stå alene, da en afgørelse skal baseres på en konkret, individuel vurdering af borgerens behov.

En kommune kan ikke gøre hjælpen betinget af, at borgeren flytter fra en småø til fastlandet. Kommunen kan ikke afvise at hjælpe borgere, der har krav på hjælp efter loven, med henvisning til kommunens økonomi. Den gælder også en generel lighedsgrundsætning. Kommunen må ikke have forskellige serviceniveauer afhængig af, hvilken del af kommunen, borgeren bor i. Social- og indenrigsministeren har i et svar til udvalget redegjort nærmere for regelsættet. Til orientering fremgår svaret her:
<http://www.ft.dk/samling/20151/almindel/ulø/spm/114/svar/1335905/1652958.pdf>

I praksis er der imidlertid nogle udfordringer med at yde personlig pleje, hjælp og omsorg til beboere i små samfund på småøer. Det hænger bl.a. sammen med, at transporten til småøer foregår med færger, og at der ofte kun er få daglige afgang til og fra småøerne. Og at der på mange småøer ikke bor personer, som har et fagligt grundlag for at yde personlig hjælp og pleje.

Spørgsmål:

1. Hvordan har man i Norge (og Sverige) løst opgaven med at sørge for personlig pleje, hjælp og omsorg til borgere, som har behov for det, og som bor i små samfund i yderområder og på små øer?
2. Har man i Norge (eller Sverige) særlige incitament, som understøtter løsningen af denne type opgave? Herunder særlige samarbejder mellem forskellige aktører?
3. Hvad er den relevante lovgivning i Norge (og Sverige)?
4. Hvem (hvilken myndighed) har ansvaret for opgaven i Norge (og Sverige)?
5. Er det en problemstilling, som man aktuel har drøftet eller behandlet i Norge (og Sverige), herunder i Stortinget/Riksdagen? Og hvad var i så fald anledningen til drøftelsen? Og hvad var udfaldet af drøftelsen?

HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I UTKANT-NORGE

INNHOOLD

1.	INNLEDNING	2
2.	RELEVANT LOVGIVNING	2
3.	ANSVARLIG MYNDIGHET	3
4.	HVORDAN GIS PERSONLIG PLEIE, HJELP OG OMSORG TIL BORGERE I UTKANT-NORGE	3
5.	SÆRLIGE INCITAMENTER OG SAMARBEID	6
6.	BEHANDLING I STORTINGET	7

1. INNLEDNING

Stortingets utredningsseksjon belyser spørsmålene ut fra hvordan Norge yter helse- og omsorgstjenester til beboere i øysamfunn og utkant-Norge. Det finnes få sammenfattende beskrivelser eller studier som belyser tematikken spesifikt innen helse- og omsorgstjenester, så vi har kontaktet to departementer, fire forskningsmiljøer, to helseforetak og to øy-kommuner for å få innspill.

Av hensyn til fremstillingen besvarer vi oppdragets spørsmål 3 og 4 først.

2. RELEVANT LOVGIVNING

Hvad er den relevante lovgivning i Norge (og Sverige)?

Ifølge [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#) skal alle landets *kommuner* (totalt 428) sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon/sykehjem og avlastningstiltak faller inn under denne loven (§ 3-2.6 a-d).

Hva som er «nødvendige helsetjenester» anses som et faglig spørsmål, og det avgjøres av bemyndiget helsepersonell eller av helsetjenesten i kommunen, alt etter hva saken gjelder.¹

[Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven](#) (side 9 og utover) utdyper kommunens plikt. Punkt 1.4.1 i veilederen utdyper kommunens ansvar for helsetjenester i hjemmet.

¹ <http://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Rett-til-a-motta-nodvendige-og-verdige-helse-og-omsorgstjenester-fra-kommunen/>

3. ANSVARLIG MYNDIGHET

Hvem (hvilken myndighet) har ansvaret for oppgaven i Norge (og Sverige)?

Det er *kommunen* som ansvaret for å levere helse- og omsorgstjenester i hjemmet i Norge.

Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at alle innbyggere har krav på likeverdige helse- og omsorgstjenester, uansett bosted, og det er opp til kommunene å sikre at innbyggerne får forsvarlige tjenester. Iht. lovens § 4-1 skal kommunene tilrettelegge tjenestene slik at de gir et *verdige* tilbud, og sikre at helse- og omsorgstjenesten - og personell som utfører tjenestene - blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

4. HVORDAN GIS PERSONLIG PLEIE, HJELP OG OMSORG TIL BORGERE I UTKANT-NORGE

Hvordan har man i Norge (og Sverige) løst oppgaven med at sørge for personlig pleje, hjelp og omsorg til borgere, som har behov for det, og som bor i små samfund i yderområder og på små øer?

Kommuneloven av 1992 gir kommunene stor frihet til å velge hvordan de organiserer sine tjenester. Det varierer om kommunene leverer hjemmebaserte tjenester i form av én hjemmehjelp/sykepleier, ambulerende team/helsefaglige team, eller fra kommunale helsesentre, etc.

Det er dermed ikke et entydig svar på spørsmålet over. Regelverket gjelder for alle kommuner, men det er stor variasjon mht. hvordan tjenestene organiseres og leveres.

Det er likevel noen prinsipper norske kommuner følger, som omtales som «omsorgstrappen»:² Man forutsetter at mennesker ikke er like, og at hvert behov må vurderes individuelt. Tjenestetilbudet må reflektere brukernes behov ved at et lite hjelpebehov møtes med få tjenester og tjenestetyper ment for personer med lite hjelpebehov. Med et gradvis større hjelpebehov, økes antall tjenester, og man mottar (nye) typer tjenester som er beregnet for personer med større bistandsbehov.

Omsorgstrappen i praksis

Et sentralt mål i norsk omsorgspolitik, og for norske kommuner, er at brukerne skal bo hjemme så lenge som mulig.

For brukere som trenger litt *praktisk hjelp*, kan kommuner med øysamfunn leie inn naboer eller andre ressurser lokalt til å handle mat, vaske klær etc. da denne type bistand kun krever medmenneskelig kompetanse.

² For mer utfyllende beskrivelse, se: <http://naku.no/kunnskapsbanken/omsorgstrappa>

Brukere som trenger mer hjelp, for eksempel til daglig medisiner, sårstell eller varme måltider, kan også få dette hjemme - hvis personell er tilgjengelig. Dette kommer vi tilbake til. Hvis ikke, kan beboeren få tilbud om å flytte til en *kommunal omsorgsbolig*. Det gjelder også hvis man er bekymret for brukerens sikkerhet i hjemmet.

Omsorgsboliger er en samling av leiligheter i en enhet/rekke som juridisk er å betrakte som beboernes private hjem. Beboeren innreder med egne møbler og eiendeler og pårørende tar ofte ekstra ansvar i en overgangsfase. I tillegg til private leiligheter er det fellesarealer hvor beboerne kan spleise på felles middager og drikke kaffe. Det arrangeres ofte felles trim fra fysioterapeuter, eller bingo, sangstunder o.l.

Beboerne i en omsorgsbolig kan etter en individuell vurdering få tildelt ulike helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Noen omsorgsboliger har også heldøgns bemanning. Man kan kjøpe en enhet eller betale leie. Det gis bostøtte om nødvendig. Hjemmesykepleie er gratis, men beboeren betaler for kost, medisiner, og andre tjenester på lik linje som andre innbyggere.

Noen øykommuner har bygget sentre med omsorgsboliger på øyene, slik at beboerne som flytter hit forblir i sitt nærrområde. Omsorgsboligene har ofte mer bemanning på dagtid enn kveld/natt, så sykepleiere som er ansatt i omsorgsboliger har anledning til å gi tjenester til hjemmeboende i nærområdet som bare trenger hjelp på dagtid. For øy-beboerne som har omsorgssentre med bemanning lokalisert på samme øy, er det dermed mulig å få medisinske helsetjenester i opprinnelig bolig. Her brukes det både sykkel og kommunal arbeidsbil som transportmiddel.

Andre kommuner har trukket omsorgsboligene nærmere en sentrumskjerne, for eksempel på fastlandet, slik at øy-beboerne og andre med redusert fremkommelighet må flytte dit.

Omsorgsboliger skal være et kommunalt tilbud til de som ikke klarer seg selv i opprinnelig bolig, men som ikke har så omfattende hjelpebehov at de trenger å bo i en institusjon.³ Omsorgsboliger blir for mange «siste stopp» da kommunene strekker seg langt i å yte terminalpleie i boligen, legge til rette for kreftsyke, hverdagsrehabilitering, (rehabilitering i egen bolig) etc.

Svært krevende pasienter, som langskredne demente, psykisk syke eller pasienter med omfattende somatisk sykdom, tilbys institusjonsopphold. Kommunene kan gi øy-beboere lang- eller korttidsopphold i institusjon hvis det er behov for spesiell oppfølging/rehabilitering i en periode (for eksempel etter en sykdom eller skade). Pasienten returnerer da til egen bolig når hjelpebehovet avtar.

³ For en utdyping av likheter og forskjeller mellom omsorgsboliger og institusjon/sykehjem, se: <http://www.husbanken.no/omsorgsboliger/om-likheter-og-forskjeller/>

Som hovedregel bruker sykepleiere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten vanlig rutetilbud, dvs. ferjer og hurtigbåter til brukere og pasienter, dvs. transportmidler som er tilgjengelige for alle innbyggere, hvis det ikke er etablert omsorgsboliger ute på øyene. Mange øysamfunn har også broer, som gjør at sykepleiere kan bruke arbeidsbil. I små kommuner er kjøreavstandene ofte overkommelige. Båt kan brukes en gang i mellom for å avklare hjelpebehovet til innbyggere.

Ambulansebåt

Noen kommuner med spredt befolkning og mange øyer og fjorder har benyttet en *ambulansebåt* til å frakte helsepersonell. Båten deles mellom statlige, regionale helseforetak og kommuner, og samordningen og kostnader deles i henhold til [forskrift om samordning av ambulansetjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt](#). Ambulansebåter brukes hyppigst i Nord-Norge.⁴

Kommunene har ifølge [NOU 2015:17](#) (side 144) brukt ambulansebåter til å frakte kommune/fastlegen ut til beboere med redusert veifremkommelighet. Ifølge professor Terje P. Hagen ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, har også ambulansebåter blitt brukt til å frakte sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjenesten, men vi vet ikke i hvilket omfang.

Vi har kontaktet ambulansetjenesten ved to sykehus i områder med øy-beboere, som begge samarbeider med kommuner om ambulansebåt. Utviklingen har gått i retning av at ambulansebåtene brukes mer og mer til ambulanseoppdrag, og mindre til fraktning av helsepersonell. Dette fordi båtene etter hvert har blitt mer teknisk utstyrt i tråd med det som kreves av ambulansetjeneste. For å opprettholde et høyt faglig nivå må ambulansetjenesten brukes hyppig til dette formålet, og kommunens bruk av båten har blitt begrenset.

Båtene blir fortsatt brukt til skyss av kommunelegen til sykebesøk, til oppklaringsoppdrag der pasientene har et uklart omsorgsbehov i hjemmet og bistand i forskjellige oppgaver i kommunehelsetjenesten. Fra helseforetakenes side går denne bruken av båten ut over helseforetakenes beredskap. Ambulansebåtene anses samtidig som en *for dyr ordning* til andre formål enn akuttmedisinske tilfeller.

Private båtselskaper benyttes derfor isteden ved særtilfeller, men dette er også en kostbar ordning: Det ene sykehuset fortalte om en øy-beboer som trenger fysioterapi to ganger i uken, og fraktes til og fra opptreningstilbudet i båt. Tjenesten antas å koste 500 000 kroner i året. Det var ønskelig at vedkommende bodde på hotell i tidsrommet mellom de to fysioterapitimene, da flere hundre tusen kroner kunne vært spart. Dette ønsker ikke pasienten, og kommunen er forpliktet til å besørge skyss. Tilsvarende tilbud gis for eksempel ved behov for dialyse eller andre spesialiserte tjenester, men det er forholdsvis få tilfeller per kommune.

⁴ Jf. den eneste studien vi har funnet om ambulansebåter, er [Bruk av båt til helseoppdrag i Norge](#) (2009).

Kontroll av kommunenes helse- og omsorgstjenester

[Statens helsetilsyn](#) har ansvar for å føre tilsyn med at lovbestemte tjenester som ytes av kommunene etterleves. Helsetilsynet er også klageorgan for beboere eller pårørende som har klager på helse- og omsorgstjenestene i sin kommune.

Høy tilfredshet med kommunal helse- og omsorgstjeneste i små kommuner

Når det gjelder kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene er det lite som tyder på at små kommuners tjenestekvalitet er systematisk dårligere enn større kommuners tjenestekvalitet. Ifølge en [nasjonal innbyggerundersøkelse](#) gjennomført av Direktoratet for forvaltning og IKT, var 68 prosent av befolkningen i kommuner med under 5000 innbyggere i 2013 fornøyd med pleie- og omsorgstilbudet, mot 50 prosent av innbyggerne i kommuner med over 110 000 innbyggere.

Misnøyen på helse- og omsorgstjenesteområdet øker helt lineært med størrelsen på kommunen. Blant landsdelene kommer Oslo dårligst ut, mens Nord-Norge - ett område i Norge med mange øy-samfunn, ligger over gjennomsnittet når det gjelder tilfredshet med pleie- og omsorgstjenester.⁵

Ifølge leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Helen Brandtorp (MD PhD) er både pleie- og omsorgstjenestene og legetjenestene i kommunene, svært godt fordelt i Norge, sammenlignet med Sverige og Danmark. Selv om det er avstand til beboere, mener Brandtorp at nærheten i form av færre brukere og tette relasjoner til brukerne og andre instanser, er medvirkende årsaker til at brukerne opplever tjenestene som gode. Dette oppga også lederne i omsorgsavdelingene i kommune vi kontaktet. De har god oversikt over innbyggerne og hvilken fase de er i.

En undersøkelse utført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin viste at andel sykepleiere som arbeidet på *heltid* i primærhelsetjenesten var betydelig høyere i de nordligste fylkene Finnmark og Troms, enn i Sør-Norge.⁶ Det kan også føre til bedre kontinuitet og stabilitet i tjenestene.

5. SÆRLIGE INCITAMENTER OG SAMARBEID

Har man i Norge (eller Sverige) særlige incitament, som understøtter løsningen af denne type opgave? Herunder særlige samarbejder mellem forskellige aktører?

Statlige inntektssystem

⁵ http://www.nsd.m.no/nyheter_cms/2010/januar/stoerre-brukertilfredshet-i-smaakommuner-enn-i-stoerre/96

⁶ http://www.nsd.m.no/nyheter_cms/2016/desember/utdanningssted-og-senere-arbeidssted-for-sykepleiere/726

[Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner](#) skal bidra til at kommunene kan gi et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne, til tross for strukturelle forskjeller.

I utgangspunktet gis kommunene lik kompensasjon for å utføre tjenester, men det foretas en utgiftsutjevning som følge av demografiske, geografiske og sosiale kostnadsskiller som kommunene i liten grad kan påvirke. Skiller i aldersfordeling og reiseavstand innenfor kommunen er forholdet kompenseres for økonomisk.

Det er [Kommunal- og moderniseringsdepartementet](#) som har ansvar for og forvalter inntektssystemet. Fra 2017 er det innført nye regler som skal gi incentiver til kommunesammenslåinger, og dette har medført store kutt i tilskuddene til de minste kommunene.⁷

Samarbeid med andre aktører

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 har kommunen plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere hvis det er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av loven.

Kommunen skal videre (iht. loven) samarbeide med fylkeskommune, regionale helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Iht. § 4-1 skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

6. BEHANDLING I STORTINGET

Er det en problemstilling, som man aktuell har drøftet eller behandlet i Norge (og Sverige), herunder i Stortinget/Riksdagen? Og hvad var i så fald anledningen til drøftelsen? Og hvad var udfaldet af drøftelsen?

I forbindelse med kommuneproposisjonen 2017 ble det statlige inntektssystemet gjennomgått, diskutert og vedtatt i Stortinget.

Debatten omhandlet hvorvidt man vil redusere, eller ikke redusere antall kommuner i Norge ved å slå sammen kommuner.

Det nye inntektssystemet belønner sammenslåing; det skilles mellom *ufrivillig* små kommuner (de som har få innbyggere spredt på et stort areal) og de som er *frivillig* små (få innbyggere med korte reiseavstander i kommunen og til nabokommuner). De ufrivillig små kommunene skal fortsatt få full kompensasjon for avstand til tjenestene,

⁷ Fra leder for omsorgsavdelingen i Lurøy kommune får vi oppgitt at kommunen mister rundt 10 millioner kr. etter innføringen av det nye regelverket.

mens de frivillig små bare skal få beholde tilskuddene hvis de slår seg sammen med andre. Diskusjonen gjaldt alle typer kommunale tjenester, og ikke spesifikt helse- og omsorgstjenester. Mens alle landets 15 største kommuner vil tjene på endringene, vil 52 av de 106 kommunene med under 3.000 innbyggere tape.⁸

Den nye fordelingsnøkkelen som fører til at enkeltkommuner mister sitt tilskudd har møtt sterke reaksjoner og anses som en økonomisk tvang til sammenslåing.⁹ Kommunene har i høringsrunden markert motstand mot struktur-kriteriumet frivillig/ufrivillig små. Enkeltkommuner har tatt kontakt med partier på Stortinget. For eksempel Lurøy, som er kommunen i Norge som kommer aller dårligst ut, møtte Senterpartiet på Stortinget.¹⁰

Siden helsetilbudet er desentralisert foregår de fleste drøftelser vedr. pasienttransport og levering av tjenester mellom helseforetak og kommuner, i de spesifikke regioner. Selv om samarbeidet stort sett oppleves som godt, er det innimellom drakamper om hvorvidt en beboer skal få tjenester levert i hjemmet, eller om vedkommende skal fraktes til et behandlingssted, og i så fall om det er helseforetakene eller kommunene som skal betale.

Det er stor interesse blant representantene på Stortinget når det gjelder hvor langt kommunene skal gå i å tilby hjemmebaserte tjenester eller heldøgns tilsyn i omsorgsboliger, vs. å overføre pasienter til sykehjem/institusjon, med dette er et tema som omfatter alle kommuner, og ikke spredtbebygde kommuner spesielt.

⁸ Jf. <http://kommunal-rapport.no/2016/04/nytt-inntektssystem-i-dag>. Her er det samlet mye informasjon om hva det nye inntektssystemet antas å medføre for kommunene.

⁹ <http://kommunal-rapport.no/2016/04/nytt-inntektssystem-i-dag>

¹⁰ Se: [Møter på Stortinget i vedr. nytt inntektssystem](#).