

# BRUKERSTYRING OG BRUKERMEDVIRKNING I NORSKE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

**BEOGRAD 17. NOVEMBER 2008**

## 1. Brukerstyring og medvirkning i norske helse- og omsorgstjenester.

**Ressurscenter for omstilling i kommunene, med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde.**

## 2. Utvikling av institusjoner for fattige og syke

Institusjoner for å ivareta en viss pleie av fattige og de som ikke kan ta vare på seg selv, og etter hvert behandling av syke, har lange tradisjoner også i Norge. De første institusjonene var knyttet til kirken. Et eksempel er Trondhjems Hospital, opprettet i 1277 og fortsatt i drift. Opprettet for å ta hånd om syke pilegrimer til St Olavs kirke i Trondheim, i dag sykehjem, det vil si bolig og behandlingssted for syke eldre.

De smittsomme sykdommene herjet, og institusjoner for å gi omsorg, og skille de syke fra de friske, ble etablert utover på 1700-tallet. Eksempel: Lepra -institusjon i Molde ca 1750. Sanatorier for tuberkuløse etableres fra slutten av 1800 og i drift fram mot 1970.

## 3. Aldershjem og sykehjem

Aldershjem for eldre som ikke kunne ivaretaes med privat (familie) omsorg. I utgangspunktet arbeidsplikt hvis mulig. Kraftig utbygging av aldershjem etter 1945 (WWII). Den medisinske utviklingen medførte stadig flere og større sykehusetableringer, og også et behov for plasser der man kunne behandle syke eldre. Aldershjemmene ble etter hvert uegnet rent bygningsmessig, og ble gradvis redusert fra ca 1980 og fram til i dag.

Sykehjemmet overtok som sted for behandling og pleie av syke eldre. Ble etablert som formelt tiltak i 1970, og utviklingen viser en økning i takt med avvikling av aldershjems plasser og økningen i antall eldre.

## 4. Tabell 1 Andel med mor eller far i alders- eller sykehjem (av respondenter med foreldre på 75 år +). Prosent.

	Norge	England	Tyskland	Spania
Mor i alders- eller sykehjem	19,8	5	13	4,2
Far i alders- eller sykehjem	12,5	3,8	7,9	3,1

Kilde: Daatland og Herlofson 2004.

## 5. Framvekst av offentlige omsorg

Etter krigen i 1945 var situasjonen at det var en blanding av familie-omsorg, humanitære organisasjoners innsats (Eksempel: Norske Kvinners Sanitetsforening) og offentlig omsorgstjenester. En gradvis oppbygging av offentlige tiltak fra 1945 til 1965. I 1965 hadde 50 % av norske kommuner en hemmehjelpstjeneste.

1965 – 1980: En voldsom vekst i offentlige helse- og omsorgstjenester. Velstandsutvikling og mobilisering av kvinner i yrkeslivet bidro. De offentlige tiltakene, hovedsakelig aldershjem, sykehjem og hjemmetjenester, ekspanderte i kommunene. En drivkraft var et % vist fast tilskudd fra staten. Fra 1970 til 1980 ble antall årsverk innen kommunal omsorg fordoblet.

I 1986 ble det innført rammefinansiering av kommunenes virksomhet for å dempe veksten, men utgiftene ble likevel tredoblet fra 1985 til 1997. Utgjør nå nesten 3 % av bruttonasjonalprodukt (BNP).

## 6. Avvikling av institusjoner

HVPU-reformen i 1991 var tuftet på at de utviklingshemmede ikke skulle motta tjenester i institusjoner, men i ordinære hjem og som ordinære hjemmetjenester. Det ble etablert svært mange boliger for målgruppen på relativt kort tid.

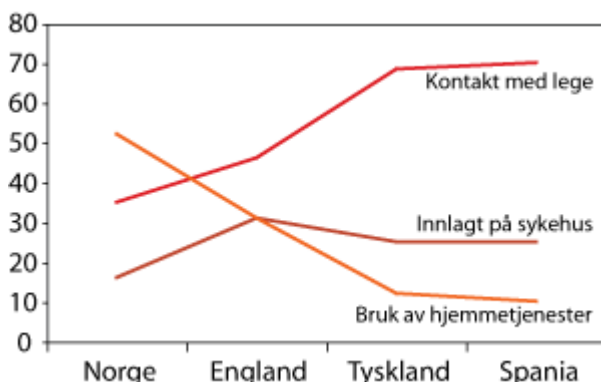
En utfordring med sykehjemmet er at det er både en bolig og et sted for behandling. Vanskelig å ivareta begge deler like godt på samme sted. Kvaaseutvalget i 1999 konkluderte med at man måtte velge en strategi for sykehjemmene, enten som behandlingssted eller som bolig. Dette er fortsatt et motsetningsfylt spørsmål i Norge. Siden begynnelsen av 1990- tallet har det blitt bygd mange omsorgsboliger, det vil si leiligheter tilrettelagt for mennesker med funksjonshemminger. Det har vært flere statlige stimuleringsordninger med rimelige lån og tilskudd til kommunene. Det er etablert mange boliger, men ikke i samme grad etablert heldøgns omsorg knyttet til disse boligene. De har derfor ikke i så stor grad blitt det alternativet til sykehjemsplasser som de var tenkt å bli.

På slutten av 1990-tallet ble det gjennomført en satsning på utskriving av yngre beboere fra sykehjem. Tallet på yngre beboere gikk ned, men problemstillingen er fortsatt aktuell.

I 2008 utgjør utgiftene til institusjoner (sykehjem) litt under 50 % av kommunenes totale utgifter til omsorgstjenester.

## 7. Figur 1 Andel av personer i alderen 85år + som har: 1) vært innlagt på sykehus, 2) mottatt hjemmetjenester siste 12 måneder, 3) hatt kontakt med lege siste måned, i Norge, England, Tyskland og Spania.

Kilde: Daatland og Herlofson 2004



## 8. Kommunalt selvstyre

Formannskapsloven av 1837 formaliserte norske kommuner som politisk styrte offentlige organer. Kommunenes selvstyre fortsatt et viktig prinsipp. Norge har 432 kommuner med til sammen 4 769 100 innbyggere per november 2008. Tre viktige reformer i nyere tid ga de norske kommunene ansvaret for helse- og omsorgstjenestene:

Kommunehelseloven (1984): Kommunene fikk ansvar for alle primærhelsetjenester

Sykehjemsreformen (1988): Alle sykehjem ble et kommunalt ansvar

HVPU-reformen (1991): Alle tjenester til utviklingshemmede ble et kommunalt ansvar

## 9. Privat og offentlig

Sykehus og spesialisthelsetjeneste er et statlig/nasjonalt ansvar. Budsjettfinansiert og pasientene betaler kun små egenandeler.

Primærhelsetjeneste er et kommunalt ansvar. Tjenestene finansieres med tilskuddsordninger fra kommunen, tilskudd per behandling gjennom Folketrygden og egenbetaling fra pasientene. Det er en øvre grense for årlige egenandeler per pasient. Tannhelse er i hovedsak et privat ansvar, unntatt er barn/unge og de som mottar omsorgstjenester.

Omsorgstjenester er kommunens ansvar, og budsjettfinansieres. Kommunen er oftest leverandør, men det finnes private leverandører der kommunen finansierer driften. Få rent private leverandører uten avtale med kommunen.

Bolig er normalt et privat ansvar, også omsorgsboliger er et økonomisk ansvar for beboeren som betaler husleie, strøm osv. Unntaket er institusjoner (sykehjem) der kommunen har ansvaret. Sykehjem budsjettfinansieres, men beboerne betaler 75 % av alderspensjonen, og 85 % av annen inntekt.

## 10. Brukerorganisasjonenes innflytelse

Med brukerorganisasjoner menes organisasjoner som representerer og fremmer pasienters/tjenestemottakernes interesser. Eksempler er Norges Handikappforbund (NHF) og Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU). Disse organisasjonene har både formell og uformell innflytelse.

Uformelt driver slike organisasjoner lobbyvirksomhet, de inviteres til deltakelse i ulike utredninger og arbeidsgrupper, de påvirker den politiske dagsorden gjennom media og ulike markeringer osv. Dette er åpent og akseptert.

Offentlige styringsdokumenter utvikles gjennom tre steg/nivåer: Offentlig utredning – stortingsmelding – odelstingsproposisjon (lov). Det er ulike høringsrunder knyttet til dette, og her deltar slike organisasjoner som høringsinnstanser. Brukerorganisasjonene er også representert i faste råd og utvalg. På kommunalt nivå finnes både eldreråd og råd for funksjonshemmede, og som har en rådgivende funksjon overfor kommunestyret.

## **11. Formalisert brukerstyring og brukermedvirkning på individnivå**

### **Lov, forskrift og kontrollorganer**

## **12. Forvaltningsloven (1970)**

Forvaltningsloven regulerer hvordan kommunen skal forvalte/saksbehandle spørsmål om tildeling av omsorgstjenester.

Krav om at alle saker skal utredes, konkluderes og begrunnes. Det skal alltid foreligge et skriftlig vedtak, og det skal begrunnes. Det skal også opplyses om klageadgang. Klager skal først behandles av kommunen på nytt, og hvis vedtak opprettholdes, så skal saken oversendes Fylkesmannen for behandling. Fylkesmannen kan overprøve kommunen.

Tjenestemottakeren har rett på innsyn i alle dokumenter, har rett på hjelp til å klage, har rett på veiledning for å ivareta egne interesser, og rett til å la seg bistå (for eksempel av advokat).

## **13. Sosialtjenesteloven (1966/1991)**

Regulerer praktisk bistand som hjelp til renhold, handling og matlaging med mer.

Brukermedvirkning ivaretas gjennom at forvaltningsloven gjelder, det er plikt til å rådføre seg med klienten, og informasjon skal innhentes i samråd med klienten.

## **14. Helsetjenesteloven (1984)**

Regulerer helsetjenester som hjemmesykepleie, sykehjem, skolehelsetjeneste, allmennlegetjeneste, legevakt, fysioterapi og ergoterapi med mer.

Brukermedvirkning sikres gjennom at det er en rettighet å få nødvendig helsehjelp, at alle innbyggere har rett på en fastlege, og at det er klageadgang.

## **15. Pasientrettighetsloven (2001)**

Sikrer alle lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Skal fremme tillit mellom pasient og helsevesen, og ivareta respekten for liv, integritet og menneskeverd.

Brukermedvirkning sikres gjennom bestemmelser om rett til informasjon, medvirkning, samtykke, innsyn i egen journal og klageadgang.

## **16. Individuell plan (2005), del av sosialtjenesteloven og helsetjenesteloven**

Skal sikre den som mottar omfattende sosial- og helsetjenester at tjenestene blir koordinerte.

Brukermedvirkning sikres gjennom rett til å delta i planleggingen, og rett til samtykke.

## **17. Internkontroll**

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fastsetter at myndighetskrav skal overholdes.

Lov om helsepersonell fastslår at virksomhet som yter helsetjenester er pålagt å sikre at helsepersonell har mulighet for å overholde myndighetskrav.

Forskrift om internkontroll sier at det skal gis faglig forvarlige helse- og sosialtjenester, og at det skal drives kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid.

### **18. Tilsyn og klagebehandling**

Pasientombudet kan behandle saker om helse og omsorgstjenester fra enkeltpersoner. En i hvert fylke (19 stk).

Fylkesmannen/ Fylkeslegen er statens representanter, en i hvert fylke. Fører tilsyn/kontroll med kommunal helse- og omsorgstjeneste, og behandler klagesaker i henhold til forvaltningslov, sosialtjenestelov og helsetjenestelov.

Helsetilsynet er det nasjonale og overordnede tilsynsorganet.

### **19. Ytelser gjennom Folketrygden**

Det ytes også økonomiske tilskudd for å bygge opp under tjenestemottakjernes/pasientenes egne ordninger for hjelp og bistand. Disse er:

Grunnstønnad for å dekke ekstra utgifter ved sykdom, hjelpestønnad for å dekke ekstra utgifter til privat pleie, og forhøyet hjelpestønnad ved særlig høye utgifter til barns pleie og omsorg.

### **20. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) En gjennomgang av BPA-ordningen**

**21. Dette er Bente Skansgård.** Hun er sosiolog og ”mor” til brukerstyrt personlig assistanse i Norge. Her underviser hun personer som skal bli arbeidsledere for sin egen assistanse. Bentes assistent er ikke til stede her, men kommer når Bente er ferdig med undervisningen.

Bente er selv bevegelseshemmet etter en ulykke for mange år siden, og har i dag brukerstyrt personlig assistanse. I 1990 ble BPA introdusert i Norge. Norges Handikapforbund fikk midler til et forsøksprosjekt via Sosial- og helsedepartementet.

To resultat av arbeidet:

1. I 1991 ble ULOBA opprettet, et andelslag for brukerstyring (bilde av Uloba)
2. I 1994 ble BPA et satsingsområde i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede. Dette førte til at kommunene kunne søke om stimuleringsstilskudd fra Staten. Stimuleringsstilskuddet eksisterer også i dag.

Hensikten er å motivere kommunene til starte med BPA for personer med behov for assistanse. Staten ønsket også at ideologien i BPA skulle smitte over på de ordinære, kommunale helse- og omsorgstjenestene.

RO ble bedt om å administrere stimuleringskuddet. I tillegg har RO har hatt og har ansvaret for de obligatoriske oppstartskursene for personer som får BPA og deres assistenter. Til disse kursene inviteres også en representant fra kommunen. På kursene har RO forelesere som selv har BPA.

RO gir daglig veiledning til kommuner og andre som har spørsmål om BPA. I tillegg arrangerer RO oppfølgingskurs, kurs for saksbehandlere i kommunene og erfaringskurs om BPA. RO har også arrangert kurs om BPA for departementet.

### **Stimuleringstilskuddet**

I dag får kommunen 250' kr fordelt over 4 år for hver person som får BPA. 2008: 317 nye tilskudd og 905 videreføringer. Totalt 1222 stimuleringstilskudd.

### **Ideologi**

#### **22. "I have a dream"**

BPA springer ut fra Independent Living-bevegelsen i USA. Studenter som hadde en bevegelseshemming, måtte skrive seg inn på universitetssykehuset i Berkely for å få hjelp til å stå opp, legge seg, spise og ordne med andre praktiske ting som de måtte ha hjelp til. Dette var i 1972.

Tankegangen bak Independent Living-bevegelsen er enkel og basert på at hvert enkelt menneske, uavhengig av en eventuell funksjonshemming, har rett og krav på å kunne delta i samfunnet og ta ansvar for eget liv. Mennesker med funksjonshemming ønsker å bo i vanlige boliger. De ønsker å bli kvitt sykdomsstemplet og vil ses som friske borgere som trenger praktisk assistanse som kan kompensere for funksjonshemmingen.

RO anslår at det i dag er ca 2500 personer som har BPA i Norge.

### **Målgruppen**

#### **23. En ungdom**

BPA for personer som har varige og sammensatte behov for assistanse, der kommunens organisering av omsorgstjenesten ikke møter det reelle behovet hos brukeren.

#### **24. En far**

BPA skal gi brukeren muligheter til å ivareta sine sosiale roller ved hjelp av assistansen. Lov om sosiale tjenesterets formål er " ...bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre".

#### **25. Barn**

Målgruppen ble utvidet i 2005 til å gjelde personer som ikke kan ivareta arbeidslederrollen. Dette betyr at en mor eller far eller en annen person skal være arbeidsleder på vegne av den som har behov for assistanse. Dette reiser spørsmålet om grad av brukerstyring.

### **Forskjellige roller:**

**Forvaltningsrollen:** (Helse- og sosiallovgivningen og brukers rettssikkerhet)

Kommunen skal vurdere behovet for assistanse hos den enkelte person som søker, i henhold til lovkrav og kommunens tjenestestandarder.

Kommunen bestemmer gjennom enkeltvedtak hvor mange timer per uke som tildeles. Kommunen bestemmer også om disse timene skal organiseres som BPA eller organiseres som de ordinære omsorgstjenestene. Personen som søker om assistanse, har rett til å klage på vedtaket til fylkesmannen.

## **26. Arbeidslederrollen**

NN har fått BPA og blir arbeidsleder for sine assistenter. I praksis blir NN kvalitetssikrer for sin egen assistanse og skal rapportere til kommunen om hvordan BPA fungerer. NN har ansvar for å sette opp turnus/arbeidstidsordning, lage plan for oppgaver som skal gjøres hver dag/uke/mnd/år, skaffe assistenter og vikarer.

NN skal være personalleder for sine assistenter. Arbeidsleder må følge arbeidsmiljølovens bestemmelser og andre lover som regulerer forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Arbeidsleder skal ha en kontaktperson i kommunen som skal veilede og gi opplæring til arbeidslederen. Arbeidsleder skal holde oversikten over bruken av timene og rapportere hvordan ordningen fungerer. Det er viktig at kommune og arbeidsleder inngår en avtale om oppgavefordeling.

## **27. Assistentrollen**

Assistenten kan være tilsatt i kommunen, i et andelslag eller hos brukeren selv. I det siste er det etablert private selskap som ansetter og formidler assistenter.

Assistenten skal fra sin arbeidsgiver ha en skriftlig arbeidsavtale som beskriver ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og timelønn.

Assistenten skal ha en stillingsbeskrivelse som er en avtale mellom arbeidsleder og assistenten om hvilke oppgaver som assistenten skal utføre for arbeidsleder.

Antall timer for den enkelte tjenestemottaker kan variere fra 6 timer per uke til timer som dekker hele døgnet. Det er personens behov for assistanse som avgjør antall timer.

### **Rekruttering av assistenter**

En assistentjobb i en BPA-ordning er en annerledes jobb. En jobb som handler om en annen person sitt liv, der vedkommende har behov for assistanse for å kompensere for sin funksjonshemming. Dette synes interessant for noen arbeidstakere, andre synes dette blir en ensom jobb. Å rekruttere assistenter er en utfordring for noen, mens dyktige arbeidsledere beholder sine assistenter over tid.

### **Rettighetsfesting av BPA**

Rettighetsfesting av BPA skjedde i 2000 gjennom en endring i Lov om sosiale tjenester.

I 2005 ble BPA utvidet til også å gjelde personer som ikke kan ivareta arbeidslederrollen.

I 2007 la Helse- og omsorgsdepartementet fram et ”Høringsnotat om sterkere rettighetsfesting av BPA”. Forslaget har vært til høring. Det foreligger ikke info om

hva/hvordan forslagene blir fulgt opp. Dette skal ses i forhold til arbeidet med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

**Aktuelle problemstillinger:**

- Brukerorganisasjonenes ønske om å være subjekt i eget liv, for å kunne ta del i samfunnsutviklingen kontra samfunnets og omsorgstjenestens begrensninger
- Kommunen har ansvar for kvaliteten på tjenestene. Dette krever innsynsrett fra kommunens side. Brukeren ønsker ikke slikt innsyn, da dette betraktes som inngripen i brukerstyringen
- Avgrensning når det gjelder hvilke oppgaver en assistent kan utføre. Dette gjelder både praktiske oppgaver og oppgaver som helsepersonell tradisjonelt har utført eller som helselovgivningen har bestemmelser for
- Assistentenes ansettelsesforhold og arbeidsforhold
- Kravet til arbeidsleder og kompetanse til å lede
- Kommunens ansvar for opplæring og veiledning av arbeidsleder