****

Vi overleverer herved KrFs programkomite vår rapport med prioriterte innspill til programkomiteens videre arbeid.

De fire første temaene er utvalgets prioriterte innspill.

Utvalgets medlemmer:

* *Jan Sahl (leder)*
* *Knut Espeland*
* *Aud Kvalbein*
* *Kristine Banggren Gripsgård*
* *Hans Hilding Hønsvall*
* *Kristin Walstad og Ingebjørg Klingenberg Kovacic har bidratt som sekretærer*

**Å VELGE OMSORGSARBEID FOR SINE KJÆRE**

Innen ti år ser vi en dobling i antall mennesker over 80 år. Samtidig går antall yrkesaktive ned. Våren 2020 ble verden endret av en pandemi med alvorlige konsekvenser for norsk økonomi. Framskrivningene fremover tilsier at statsbudsjettet vil bli mindre og prioriteringene hardere. Utvalget vil anbefale programkomiteen i større grad å involvere familie, pårørende og nettverk når det kommer til omsorgsoppgaver. I korona- tiden har vi sett flere eksempler på at familiene har valgt å utøve omsorg ovenfor sine nære.

**KrF vil:**

* **Innføre skattelette til de som velger å gjøre omsorgsarbeid for sine nærmeste som en del av sin hverdag**

Bakgrunn og tanker om gjennomføring:

Skattenivået gjør det mulig å velge hvordan man velger å innrette livet sitt. For eksempel kan vi redusere inntektsskatten med x %, noe som vil gjøre det mulig for de som ønsker å ta vare på familiemedlemmer/nære pårørende som blir dårlige/gamle ved for eksempel å gå ned i stillingsprosent i sin vanlige jobb, inntil f.eks. 85 % stilling.

Vi står ovenfor bemanningsproblemer i hjemmetjenestene. Det er for få hender. Særlig innen praktisk bistand er det potensiale for familiebasert omsorg.

Når en person blir pleietrengende, innkalles nærmeste familie til samtale. Hvilke ressurser finnes her? Hva kan familien stille opp med for sitt familiemedlem. Hva er familiens ressurser?

Forslaget må utredes. I en slik utredning kan man se til Nederland som har hatt erfaringer med tilsvarende ordninger i flere år.

Vedtak i kommunen/ bydelen må tydeliggjøre hva slags hjelp det offentlige støtter økonomisk. Oppgavene må tydeliggjøres i en kontrakt mellom kommunen/bydelen og familiemedlemmet/familien.

Det må også være en enkel og ubyråkratisk tilsynsordning rundt gjennomføringen av omsorgen.

**STERK ØKNING I ANTALL DEMENSRAMMEDE FRAMOVER - HJERNEN ER NORGES NESTE STORE HELSEUTFORDRING.**

Antall eldre over 80 år øker mye framover. Demens rammer særlig denne gruppen. Det er et sterkt behov for mer hjerneforskning og demensforskning for å finne forebygging, behandling og støttende oppfølging.

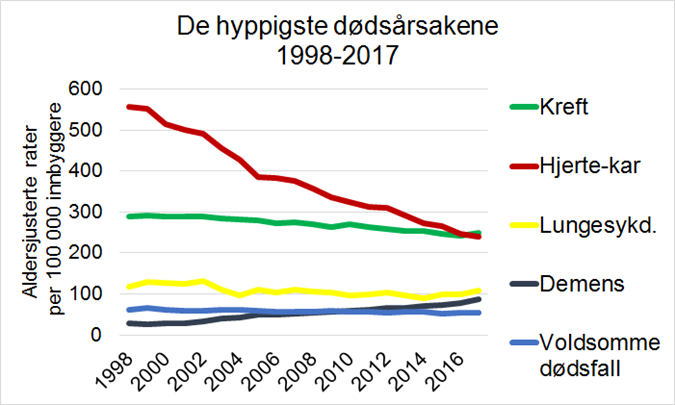
**KrF vil:**

* **Styrke hjerne- og demensforskningen med en milliard i neste stortingsperiode for å møte økningen i helseutfordringen fra hjernen som nå kommer**
* **Fjerne aldersgrensen i demensutredningen. Alle som trenger demensutredning, skal utredes av spesialister**
* **Utdanne flere nevrologer for å møte den kommende helseutfordringen fra demens og andre sykdommer i hjernen og nervesystemet**
* **Ved hjelp av stimuleringsmidler på statsbudsjettet sette mål om at kommunene utvikler lokale lavterskeltilbud for demensrammede og pårørende, ala Villa Frederikke i Drammen**
* **Som et forebyggende demenstiltak skjerpe bestemmelsene om hvor høyt lydnivå som er tillatt i samfunnet, bl.a. på konserter jf. artikkelen i the Lancet under.**
* **Som et forebyggende demenstiltak styrke fysisk aktivitet i skolen**

Bakgrunn:

Demens er nå den fjerde største dødsårsaken i Norge ifølge statistikkene fra Dødsårsaksregisteret/ Folkehelseinstituttet. Demenskurven i statistikken er i tillegg stigende, mens kurvene for de andre dødsårsakene i toppen av listen går nedover. Nedgangen i hjerte-kar og kreft skyldes en massiv innsats innen hjerte-kar- og kreftforskning, som har vart over mange tiår. Det viser at det nytter.

Demens er bare en av mange sykdommer i hjernen, ryggmargen og nervesystemet forøvrig. I statistikkene fra Folkehelseinstituttet burde det derfor vært en kategori som het hjernesykdommer, og som kunne sammenliknes med kategorien kreftsykdommer og kategorien hjerte-kar-sykdommer. Da ville bildet blitt tydeligere på hvor utfordringene er størst, nemlig på hjernens område.



Illustrasjonen er fra Dødsårsaksregisteret hos Folkehelseinstituttet.

Professor Lars Jacob Stovner ved NTNU har studert de norske tallene i den internasjonale sykdomskartleggingen Global Burden of Disease, og han har samlet det som har med hjernen å gjøre. Slik statistikkene nå er satt opp, ligger hjernens og nervesystemets sykdommer veldig spredt. Global Burden of Disease (GBD) ble initiert for 30 år siden av WHO og Verdensbanken. De har laget statistikk på hva folk dør av. De har utviklet en metode til å måle hva folk lider av. Dessuten har de laget et statistiske samletall for dødelighet og sykelighet. Det kalles DALY. DALY gjør det mulig å sammenlikne sykdomsbyrden mellom ulike sykdomsgrupper. Resultatet er følgende:

For den norske befolkningen fant Stovner at hjernesykdom utgjør 26 prosent av sykdomsbyrden (DALY). Tallet gjelder både nevrologisk sykdom, 14 prosent, og psykiatrisk sykdom, 12 prosent. Nyere hjerneforskning er tydelig på at både fysisk og psykisk helse er i hjernen. Årsaken til at hjernesykdom kommer så høyt, er at hjernesykdommer ofte er kroniske. Folk lever med dette over mange år.

Kreftsykdommer har 16 prosent av sykdomsbyrden i befolkningen.

Muskel-skjelett-sykdommer har 12 prosent av sykdomsbyrden.

Hjerte-kar-sykdommer har 10 prosent av sykdomsbyrden.

I dag er det 80 000-105 000 nordmenn som har demenssykdommer. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse regner med at antall demensrammede vil være fordoblet innen 2050. Vi får mer presise tall for antall demensrammede i Norge høsten 2020 når resultater av studier knyttet til HUNT blir ferdig. Forskningssjef Geir Selbæk i Aldring og helse jobber mye med dette.

Demens er bare en av mange hjernesykdommer som har høy sykdomsbyrde for befolkningen. Andre hjernesykdommer som rammer eldre hardt, er for eksempel hjerneslag og Parkinsons sykdom. Hjernesykdommer har ofte sammenheng med hverandre. Gjentatte hjerneslag er for eksempel blant de viktigste årsakene til utvikling av demens. Det er også sammenheng mellom Parkinson og demens, slik at mange Parkinsonpasienter vil utvikle demens som del av sin Parkinson.

Vi kjenner ikke årsaken til demens - heller ikke til mange andre hjernesykdommer. Det er derfor bare én måte å bekjempe dette på, nemlig med mer forskning så vi finner årsakene til demens og annen hjernesykdom. Hjernen er fortsatt det organet i kroppen vi vet minst om. Når vi kjenner årsakene, kan vi jobbe med å utvikle helbredende kur og helbredende behandling, og slik hindre mye lidelse.

I mellomtiden er det viktig å jobbe med forebygging mot demens. Dette må starte tidlig. Demens forebygges trolig gjennom hele livet. Fysisk aktivitet er viktig. God fysisk aktivitet for barn og unge gjennom skolen er f.eks. viktig i dette perspektivet. Det er også svært viktig å ta vare på hørselen. Hørselen gir impulser inn til hjernen. En studie omtalt i det velrennomerte tidsskriftet the Lancet sommeren 2017 viste at tap av hørsel midt i livet er en viktig årsak til utvikling av demens.

Når demens rammer, møter vi en aldersdiskriminering som mange ikke er klar over. De som er yngre enn 65 år og trenger utredning for demens, får automatisk utredning hos spesialist. De som er over 65 år, skal fortrinnsvis utredes av fastlegen. Demens er en komplisert hjernesykdom. Mange fastleger har ikke kompetanse til å utrede dette. Vi kan sammenlikne med kreft. Dersom noen skal utredes for kreft, er det ikke noe spørsmål om alder. Alle sendes til spesialist med en gang. Slik må det også bli med demensutredning. Det finnes en aldersdiskrimenende bestemmelse i regelverket, og den må bort. All slik demensutredning må skje ut fra individuell vurdering av tilstanden og med nødvendig hjelp fra spesialister, uavhengig av pasientens alder. Utredningstilbudet for kognitiv svikt og demens må være helhetlig og sømløst gjennom tverrfaglig samarbeid mellom kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten.

Vi må også jobbe med omsorgen for de som er rammet av demens og deres pårørende. De trenger mye hjelp og støtte. Demens er en sykdom med en sykdomsbyrde som gjerne strekker seg over mange år. Belastningene på familien er ofte svært store. Vi trenger lokale ressurssentre med lav terskel. Ett slikt tiltak er Villa Frederikke i Drammen, startet at Sanitetskvinnene. Dette er en gammel murvilla som ligger i et vanlig boligstrøk. Her kan demensrammede og deres familier «ramle» inn døra og få svar på sine spørsmål, få bearbeidet sin angst i møte med en sykdom som mange frykter, få hjelp til å orientere seg i hjelpeapparatet, treffe likesinnede, oppleve fellesskap og kunne forsone seg med situasjonen. Villa Frederikke ser ut som et helt vanlig bolighus i et helt vanlig boligområde. Det er det som er viktig. Dermed er det ikke flaut å gå dit. Tiltaket har vært drevet i samarbeid med kommunen.

I det som er skrevet over, ligger noe ansvar på nasjonalt plan, men svært mye av oppfølgingen av demensrammede ligger i tjenestene i kommunene. Vi kan likevel tenke oss at et nasjonalt politisk program kan gi føringer til kommunalt nivå om hvor man ser behov for å gjøre en innsats, og hva som skal være det overordnede målet, ala utvikling vi nå har hatt over flere stortingsperioder om utbygging i kommunene av dagtilbud for hjemmeboende eldre.

**SENIOR ARENA – HELSEBRINGENDE KLUBBHUS 60+**

Seniorsentrene eller eldresentrene trenger fornyelse for å ha tilbud til «yngre» eldre. Dette er tenkt som en aktivitetsreform for eldre der tilbudene på eldresentrene vris noe bort fra passiviserende underholdning over til mer aktive tiltak som eldre kan delta i.

**KrF vil:**

* **Videreutvikle seniorsentrene til Senior Arena – helsefremmende klubbhus 60 pluss og gi sentrene nye oppgaver som eldre har behov for**
* **Samlokalisere ulike sentre som f.eks. Senior Arena, frivillighetssentraler og lærings- og mestringssentre**
* **At Senior Arena skal kunne drives av både offentlige, ideelle og andre private i en velferdsmix**
* **At det settes av stimuleringsmidler i statsbudsjettet som kommunene kan søke på for å utvikle Senior Arena**

Bakgrunn:

Eldresenteret/ seniorsenteret, slik vi kjenner det, trenger fornyelse. De første sentrene ble startet opp av Nasjonalforeningen på 50-tallet. Innholdet i sentrene har vært fornyet i flere omganger. I dag sliter mange av seniorsentrene med å få kontakt med de yngre eldre.

Aktivitet og meningsfylte oppgaver bidrar til å holde eldre friske. Aktivitet er sunt. Dette er en erkjennelse som kommer mer og mer. Mens det å være inaktiv gir helsemessige problemer.

Tilbudene til eldre må vris fra tilbud som gjør eldre til passive mottakere av underholdning til tilbud der eldre på ulike måter kan være aktivt med i nærmiljøet. En slik vridning vil være helsebringende.

«Senior Arena – klubbhus 60 +» kan ha mange oppgaver. Velfungerende oppgaver fra seniorsentrene bør fortsette. Senior Arena kan lage aktiviteter selv, men vel så viktig er det at Senior Arena blir en kanal inn til tilbud og aktiviteter i lokalmiljøet som grupper av eldre oppsøker sammen. Det er alltid mer inspirerende og motiverende når man kan gjøre noe sammen med andre.

Aktiviteter og oppgaver for Senior Arena kan være:

* Arbeidsformidling av småjobber og enkeltoppdrag. Mange som går av med pensjon, har fortsatt lyst til å arbeide med noe. Mange kan tenke seg lønnede småjobber og avgrensede prosjekt. Senior Arena kan være et sted der arbeidsgiver og bedrifter informerer om deltidsstillinger og mer avgrensede oppgaver som de ønsker å få utført av mennesker som har erfaringer og høy kompetanse på sine felt. Dette innebærer at Senior Arena må markedsføre seg overfor bedrifter i lokalmiljøet og «selge» seg inn hos dem som en aktuell arbeidsformidler av seniorenes kompetanse. Det vil også være naturlig å ha et samarbeid med NAV.
* Formidling av frivillig arbeid. Noen pensjonister ønsker heller å gå inn i ulike former for frivillig arbeid, i organisasjoner eller i nærmiljøet. Senior Arena skal være en formidler av slike frivillige oppgaver og ta over noen av oppgavene fra Frivillighetssentralen. Dette vil innebære kontakt med organisasjoner og instanser som trenger folk til frivillige oppgaver, som Røde Kors, menigheter, kommunen, barnehager, pasient- og brukerorganisasjoner o.l. Man kan tenke seg flere oppgaver som leksehjelp, besteforeldre som trygghetspersoner i barnehager, pasientvenn, «spisevenn», besøks- og aktivitetsvenn, barnevakt for innvandrermødre som skal ha norskundervisning osv.
* Medlemmene i Senior Arena inspirerer hverandre til sammen å oppsøke treningssentre og andre tilbud i lokalmiljøet. Senior Arena kan f.eks. ha avtale med treningssentre om reduserte priser hvis eldre sammen bruker treningssentret om formiddagen eller i andre stille tider.
* Organisere gå-grupper for turer i nærmiljøet, av og til med lokalguider som kan fortelle om lokal historie. Her kan man også samarbeide med Den norske turistforening, velforeninger o.l. Eldre kan også være lokalguider selv, siden mange har mye lokal kunnskap.
* Senior Arena kan lage lesesirkelgrupper f.eks. gjennom avtale med det lokale biblioteket eller den lokale bokhandelen.
* Måltidsfellesskap der medlemmene av Senior Arena er med på å lage middagen, som så serveres til dem som har meldt seg på.
* Boligrådgivning, råd om tilpasning av sin bolig, rådgivning i å skrive testamente eller framtidsfullmakt, orientere om det nyeste innen velferdsteknologi o.l.
* Generasjonsmøter. Senior Arena kunne ha lokaler sammen med eller i nærheten av den lokale ungdomsklubben.
* Kursvirksomhet som hjelper eldre til å følge med på hva som skjer i samfunnet og forstå mer av utviklingen. Ikke minst er det viktig at eldre blir kjent med endringer innen IT og andre former for kommunikasjon. Senior Arena kunne f.eks. være medlem av Senior-Nett og benytte seg av ressursene der. Dette er mer videreutvikling av ting seniorsentrene allerede gjør i dag.
* Fortsette ting seniorsentrene gjør bra i dag: enkel kafedrift, kurs, reisevirksomhet, orienteringer om nye hjelpemidler som kan være nyttig for å få en god tilværelse, a la Enklere liv. Smarte tips og ideer for dagliglivet. Osv.

Senior Arena lages til nasjonal politikk ved å sette av stimuleringsmidler i statsbudsjettet som kommunene kan søke på for å utvikle Senior Arena, ala ordningen vi har hatt med stimuleringsmidler i statsbudsjettet for å få kommune til å bygge ut dagtilbud for hjemmeboende demensrammede.

# **KrF VIL FØRE EN AKTIV KAMP MOT ALLE FORMER FOR ALDERSDISKRIMINERING**

Eldre er en like mangfoldig gruppe som andre aldersgrupper av mennesker, men eldre møtes ofte med negative, stereotype holdninger. Mange eldre har verdifulle erfaringer fra et langt liv og evner å se lange linjer i samfunnsutviklingen. Eldre er ofte en stabil arbeidskraft med få sykedager. Disse ressursene hos eldre må verdsettes og tas i bruk.

**KrF vil:**

* **At diskriminerende ordbruk om eldre, som f.eks. eldrebølge, må ut av offentlig språkbruk.**
* **At pensjonen ikke skal underreguleres, men justeres tilsvarende gjennomsnittet av konsumprisøkningen og yrkesaktives lønnsjustering.**
* **At eldre må få helsehjelp ut fra individuell vurdering av deres behov. Prioriteringer i helsevesenet må aldri knyttes utelukkende til alder.**
* **Aldersgrensen i demensutredningen må fjernes. Alle som trenger utredning for demens, må få utredning gjort av spesialister uavhengig av alder.**
* **At eldre skal ha mulighet til fortsatt yrkesaktivitet i eldre år.**
* **At særaldersgrensene må gjennomgås og justeres i forhold til eldres helsesituasjon i dag.**
* **At eldre som er i fast lønnet arbeid må ha rett til sykepenger på bakgrunn av sin lønnsinntekt.**

# **VI TRENGER EN SYKEHJEMSREVOLUSJON FOR MENNESKEVERDETS SKYLD**

Tradisjonelle sykehjem i Norge er bygd slik at beboere fratas frihet og menneskeverd. Beboerne møter låste dører og mister frihet. De har lite å gjøre og fylle hverdagen med. Vi trenger endringer, så selvet bygget inviterer til at beboerne kan leve vanlige liv slik de er vant med hjemmefra. Vi trenger vi en revolusjon i måten vi tenker at bygget skal bygges og driftes. Utvalget ser for seg at KrF skal være den ledende kraften i menneskeverds-debatten om hva et sykehjem skal være, hvordan det skal bygges, driftes og omtales. Utvalget mener at vi ikke lenger skal kalle det sykehjem, men heller bare hjem, f.eks. Økernhjemmet, Manglerudhjemmet osv.

**KrF vil:**

* **At hjem for eldre med behov for heldøgns pleie og omsorg bygges med vanlige norske hjem som modell, lett gjenkjennelig for demensrammede**
* **At byggene bygges så beboerne kan fortsette å leve sine liv som de er vant til hjemmefra og kan videreføre sine hobbyer, interesser og gjøremål**
* **At byggene gjenspeiler vanlige norske lokalmiljø**
* **At vaktrommene legges i bakre linje i bygget. Beboernes arealer skal være det man først møter og som preger bygget, for dette er beboernes hjem, bygd for dem**
* **At hjemmene ikke lenger skal kalles sykehjem, men heller får navn etter lokale stedsnavn, som Økernhjemmet, Manglerudhjemmet osv.**

Bakgrunn og begrunnelse:

På 1950-tallet oppsto et behov for å bygge sykehjem. Man hadde noen eldrepensjonat som minnet om alminnelige hjem der eldre bodde nærmest i et kollektiv. Men de færreste eldre bodde slik. Omsorgen for de eldre var en oppgave for familien, og eldre bodde sammen med sin familie. Syke eldre ble sendt på sykehus og opptok et uforholdsmessig stort antall dyre sykehusplasser. Man så behov for et tilbud mellom hjemmet og sykehuset for å få en bedre bruk av offentlige ressurser.

Da det nye sykehjemmet skulle utformes, ble sykehuset modellen for hvordan et sykehjem skulle være og driftes. Hjemmet ble bygd med flere etasjer og lange korridorer der de ansatte lett nådde fram til beboernes rom på begge sider av gangen. Det bodde flere på hvert rom. Vaktrommet lå sentralt plassert og var svært synlig. Der møttes personalet. Vaktrommet er ofte det første du møter i slike bygg, da ofte med en lukket dør som man må banke på. Praktisk for ansatte, men ikke godt for beboerne som fort blir institusjonalisert og passivisert.

Fortsatt er grunnprinsippet for sykehjemsbyggene det som er beskrevet over. Noen diskusjoner er satt i gang. Man begynner å se flere svakheter ved denne måten å forme disse byggene på. For hvem ønsker å bo på et sykehus resten av livet? Men disse diskusjonene om hjem for heldøgns pleie og omsorg har ikke skutt skikkelig fart. Vi mangler fortsatt en gjennomgripende debatt om hvordan et slikt hjem skal bygges og drives. Ganske nylig argumenterte f.eks. lederen av Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse i en artikkel på forskning,no mot det som er blitt kalt demenslandsbyer. På et helt feilaktig grunnlag ble det sagt at beboerne blir «innelåst» i disse demenslandsbyene. Det motsatte er tilfelle.

Saken er at det er i de norske sykehjemmene – bygd som sykehus – at beboerne blir møtt med låste dører i begge ender av en relativt kort korridor. I den såkalte demenslandsbyen i Nederland (navnet er gitt dem i en reportasje i The Guardian for mange år siden), møter ikke beboerne en låst dør. De kan bevege seg i et stort og åpent område både innomhus og utomhus i et miljø som endrer seg bak hver sving. Det er riktig at de ikke kommer ut av «byporten»/ resepsjonen uten følge, men det gjør de ikke på norske sykehjem heller. Det vanlige miljøet utenfor sykehjemmet er farlig for disse beboerne. Det er derfor de er på sykehjem. Utenfor sykehjemmet må de fleste av disse ha følge. Bare noen få kan klare seg med GPS og gå ut alene, da med samtykke fra pårørende. Sykehjemmet i Nederland heter de Hogeweyk. De kaller seg ikke demenslandsby.

Hva skal et hjem for heldøgns pleie og omsorg være? Noen oppfatter fortsatt at dette skal være som et sykehus. De eldre blir værende der når de blir syke i stedet for å sendes på sykehus. Det er bra. Da får de dø «hjemme» ut fra hva som er deres hjem akkurat da.

Men et hjem for heldøgns pleie og omsorg må først og fremst være et HJEM for de som bor der. Flere og flere av de som bor slik, er rammet av demens, nå mer enn 80 prosent. Om få år vil antagelig bortimot 100 prosent av sykehjemsbeboerne være rammet av demens. De fleste med somatiske sykdommer vil få hjelp gjennom hjemmesykepleie og hjemmetjenester og vil slippe å bo på sykehjem pga. sin sykdom.

Demensrammede sykehjemsbeboere kan være ganske spreke i kroppen. Det er deres mentale evner og skrantende hjerne som gjør at de må ha omsorg på et hjem for heldøgns pleie og omsorg. Beboerne trenger noe annet enn det tradisjonelle sykehjemmet bygget og drevet som et sykehus. Disse beboerne trenger først og fremst noe å gjøre, noe å fylle dagene med som gir dem mening. Jf. oppslaget i Aftenposten før jul i 2019 om en demensrammet sykehjemsbeboer som ble voldelig mot personalet. Datteren sa at det faren trengte, var et roterom der han kunne ha fortsatt med det han alltid hadde holdt på med, nemlig å fikse og mekke ting. Da ville han ikke vært voldelig. Det var inaktiviteten i sykehjemstilværelsen, med f.eks. mye TV-titting, som gjorde han voldelig. Dagens sykehjem har ikke slike roterom. De er ikke bygd for at beboerne skal leve sine liv der og ha en meningsfull hverdag. Det er dette vi må gjøre noe grunnleggende med, for dette gjelder beboernes frihet og menneskeverd.

Et hjem for heldøgns pleie og omsorg må likne vanlige norske hjem, vanlige leiligheter og vanlige hus. Bygget må bygges, slik at beboerne kan møte et vanlig lokalmiljø med butikk, kaféer, kino osv., dvs. det de har sett tidligere i livet. Det er på dette området de Hogeweyk i Nederland har gjort et banebrytende arbeid som blir lagt merke til over hele verden. Ideene og grunnprinsippene fra de Hogeweyk burde inspirere til nytenkning i Norge, men prinsippene må tilpasses norske miljøer, slik at våre bygg kan skape gjenkjenning for norsk beboere.

Vi trenger en revolusjon når det gjelder bygging av hjem for heldøgns pleie og omsorg. Selve bygget må bygges for en annen drift enn den vi har i dag. Seniorutvalget ser for seg at KrF er en ledende kraft i den debatten om slike hjem som Norge trenger. Det er et langsiktig arbeid for å nå målet. Her må KrF delta aktivt i debatten om hva et sykehjem skal være og hvordan det skal bygges for å gi beboeren et menneskeverdig liv. KrF må dryppe tankene om en annen type bygg og en annen type drift inn i mange ulike saker som f.eks. behandles i Stortinget og som drøftes i mediene.

Denne saken er i høyeste grad en menneskeverdsak. Det er menneskeverdet til beboerne som tas fra dem når dagens hjem ikke gir dem mulighet til å fortsette å leve sine liv som de er vant med hjemmefra. De fratas denne friheten, på samme måte som de fratas bevegelsesfrihet.

Utvalget mener også at vi må tenke nytt om hvilket navn et hjem for heldøgns pleie og omsorg gis. Hvis vi fortsetter å kalle det sykehjem, legger vi for mye vekt på at de som bor der er syke. Vi må heller legge vekt på at dette er hjem for eldre som trenger daglig hjelp med pleie og omsorg. Utvalget foreslår derfor at vi ikke bruker ordet sykehjem, men heller kaller hjemmene med et geografisk stedsnavn + hjemmet, altså Økernhjemmet, Manglerudhjemmet, Haukåshjemmet, Hurdalhjemmet osv.

**KrF VIL ØKE KAPASITET OG STYRKE BEMANNING OG KOMPETANSE I ELDREOMSORGEN**

I pasient- og brukerombudenes årsmelding for 2018 trekkes eldreomsorgen fram som et område der ombudene får særlig mange henvendelser. Det fortelles om lang ventetid på sykehjemsplass, for få timer og for lavt kvalifisert personell i hjemmetjenesten. Et stort antall personer å forholde seg til og demente som blir overlatt til seg selv store deler av døgnet. KrF vil innføre bemanningsnorm for eldreomsorgen på lik linje med det vi har for barnehager og skoler.

**KrF vil:**

* **At det til enhver tid skal være nok sykehjemsplasser til å dekke behovet for heldøgns pleie og omsorg i kommunene.**
* **At ledelseskompetansen i sykehjem og hjemmetjeneste styrkes.**
* **At det skal innføres kvalitets- og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen.**

**VELFERDSTEKNOLOGI OG IKT I ELDREOMSORGEN**

**OPPLÆRING – NYE MULIGHETER FOR KONTAKT. ØKT BEREDSKAP I ELDREINSTITUSJONER.**

Det har de siste årene kommet flere rapporter både med Velferdsteknologi som hjelpemiddel og som kontaktmiddel til familie og andre pårørende.

Et par eksempler:

* Sosial digital kontakt utført av Nasjonalt senter for e-helseforskning i Tromsø.
* Helsedirektoratet har sammen med KS over flere år drevet et nasjonalt velferdsteknologiprogram for å støtte kommuner i innføringen av velferdsteknologi og KS har gitt ut en guide for hvordan velferdsteknologi best mulig kan tas i bruk i kommunene.

**KrF vil:**

* **Prioritere midler slik at de gode eksemplene på velferdsteknologiske løsninger som et prøvd ut i noen kommuner kan bli tatt i bruk av flere eldre, både hjemmeboende og de som bor i institusjon.**

Teknologi kan ta over noen av de daglige behovene og bidra til økt egenmestring i daglivet, men må ikke være med på å redusere de menneskelige relasjonene. Den erfaringen som er gjort ved å benytte ny teknologi for å holde kontakt med pårørende og fremme frivillighet, må tas med videre. Den tette menneskelige kontakt vil alltid være det grunnleggende i relasjonsbygging.

**KrF VIL HA EN OFFENTLIG UTREDNING OM REHABILITERING AV ELDRE**

Tilgang til gode rehabiliteringstjenester i kommunene er helt nødvendig for mange med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelser, for å opprette sitt funksjonsnivå, å komme tilbake i jobb eller mestre hverdagen. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 har ikke løst utfordringene i kommunene på dette feltet. KrF ser behov for en grundig gjennomgang av status og hva som må til framover.

**KrF vil:**

* **At det settes i gang en offentlig utredning om rehabilitering av eldre.**
* **At eldre som i dag ikke får nødvendig rehabilitering i kommunen skal ha rett til behandlingsopphold på rehabiliteringsinstitusjon.**
* **At høyspesialisert rehabilitering skal bli værende i spesialisthelsetjenesten.**

**REHABILITERING AV GAMLE BOLIGER, HEISTILSKUDDET FRA HUSBANKEN MÅ ØKES**

«Det er et politisk mål at eldre skal bo i egen bolig lengst mulig. Dette er også i tråd med det de aller fleste eldre ønsker. Mange eldre bor i dag i eldre lavblokker uten heis, og veien til sykehjem eller omsorgsbolig blir kort når helsa først begynner å svikte. For disse beboerne er nye boliger med heistilgang ofte for dyre og sjelden et alternativ. NBBL er opptatt av at eksisterende boliger blir oppgradert slik at eldre kan bo hjemme lengst mulig. Ved å etter-installere heis i eldre lavblokker, kan man utsette flytting til omsorgsbolig med flere år.» (fra hjemmesiden til NBBL)

For noen år siden bygde borettslagene i Årdal kommune heis med tilskudd fra Husbanken. Bygningsmassen består i hovedsak av eldre blokker. Alle blokkene har tre etasjer og er bygd i perioden 1950-1967, men uten heis. To borettslag i Årdal har i ettertid fått installert heis- og trapperom. Dette har ført til at de eldre kan bo i boligene sine lengre og komme raskere hjem etter behandling på sykehus.

I 2018 var det søkt om støtte til 158 heiser mens kun 48 ble innvilget tilskudd.

**KrF vil:**

* **c**

Dette vil sette Husbanken i stand til å innfri flere søknader om heis i eldreboliger. Det å kunne utnytte mange av dagens boliger ved å installere heis er god forvaltning. Det betyr at eldre fortsatt kan bo i sitt vante miljø med kjente omgivelser og naboer.

**KrF VIL HA «FRIKORT PÅ HELE KROPPEN» INKLUDERT TANNHELSE, SYN OG HØRSEL**

KrF er bekymret for det totale helsetilbudet til den eldre befolkningen. Tannhelse, syn og hørsel er ikke med i frikortordningen, og mange sårbare grupper faller utenfor. SSB peker på at arbeidsledige, de som går på sosial stønad og de med lavest utdanning og inntekt rammes mest. Problemer med tannhelse, syn og hørsel dukker ofte opp i eldre år med de økonomiske utfordringer det medfører for den enkelte. Frikort på hele kroppen finansieres gjennom skatteseddelen.

**KrF vil:**

* **At frikort på helse også skal inkludere tannhelse, syn og hørsel.**

**KrF VIL HA EN «VELFERDSMIKS» I ELDREOMSORGEN**

KrF vil ikke at all eldreomsorg skal være kommunal. Vi vil derfor ta initiativ til en tverrpolitisk dugnad for å møte fremtidens utfordringer i eldreomsorgen. Det vil bli behov for en «velferdsmiks» der offentlige og private krefter drar lasset sammen for å løse utfordringene. Pårørende og frivilligheten må også inkluderes i diskusjonen om morgendagens omsorgsbehov. KrF mener det er viktig å starte planleggingen nå, både med tanke på tilrettelegging av egen bolig og andre sosiale tiltak.

**KrF vil:**

* **At fremtidens eldreomsorg bygges på en «velferdsmiks» der det offentlige samarbeider med private krefter, frivilligheten, ideelle organisasjoner og pårørende for å løse omsorgsbehovet.**

Bakgrunn:

Utfordringene i eldreomsorgen framover er formidable. Andelen av eldre i den norske befolkningen vil øke mye når barna som ble født i siste del av andre verdenskrig og i tiåret etter krigens slutt, blir 80 år og eldre. Dette skjer særlig fra 2025 og framover. Denne generasjonen har bedre helse enn generasjonen som ble født i mellomkrigstiden, så det er særlig etter fylte 80 år at behovene for hjelp fra offentlige tjenester begynner å gjøre seg sterkere gjeldende. Dette gjør at vi fortsatt har noen år igjen for å rigge oss til de store utfordringene som kommer, men det haster. Der er ikke mange årene igjen.

Alle gode krefter må tas i bruk dersom Norge skal kunne klare å møte disse store utfordringene. Situasjonen kan sammenliknes med den tiden da hele det politiske miljøet satset på full barnehagedekning. Da tok selv SV i bruk all hjelp de kunne få og samarbeidet med både offentlige instanser og ideelle og andre private aktører for å kunne klare oppgaven. Hadde man ikke hatt tilbudene fra de private til både å bygge og drive barnehager, hadde ikke målet om full barnehagedekning blitt nådd. Dette er viktige erfaringer som vi må ta med oss inn i arbeidet for å gi velferdstjenester til de mange eldre framover.

I det politiske miljøet har det vært en del diskusjon om bruk av anbud på tjenester i eldreomsorgen. Dette rammer også ideelle. For hvordan skal man forholde seg dersom to eller flere aktuelle ideelle aktører ønsker å få en oppgave innen eldreomsorgen av en kommune? Dersom politikerne eller administrasjonen skulle velge leverandør uten å ha et skikkelig regelverk som sikrer rettferdig behandling av alle, kan det oppstå mange vanskelige situasjoner der myndighetene kan bli anklaget for urettferdig behandling. Dette må vi unngå, for slike situasjoner er ødeleggende for eldreomsorgen og gir dessuten en gal bruk av offentlige ressurser.

KrF ønsker å ha ideelle aktører i eldreomsorgen. Det har KrF alltid ønsket. Men skal vi ha åpning for at ideelle kan gjøre en jobb for kommunen, må det være anbud og konkurranse mellom dem som ønsker seg oppgaven for å sikre rettferdig behandling. Vi kommer med andre ord ikke utenom en eller annen form for anbud. Ansvaret for tjenestene vil imidlertid alltid ligge hos offentlige myndigheter, enten det er kommunale, ideelle eller andre private som utfører tjenestene.

Oppgavene i eldreomsorgen framover er så store at Seniorutvalget innen programkomiteen mener at vi i tillegg til offentlige krefter, også må ta i bruk ideelle og andre gode private krefter. Det er mange eksempler på at denne gruppen aktører har levert meget gode tilbud, både på nye og kreative løsninger på utformingen av tjenestene og organiseringen av arbeidet.

Det er også eksempler på uheldige forhold i tjenestene, men dette kan man se uansett hvem det er som leverer tjenesten. Uheldige forhold kan oppstå hos alle utførere av tjenesten, også de kommunale. Denne type utfordringer må vi løse på en annen måte enn ved å si at ideelle og private ikke får levere tjenester. Det vil være svært uheldig overfor de eldre om vi kutter ut en gruppe leverandører som vi trenger framover for å løse de store oppgavene i eldreomsorgen som kommer. Måten dette må løses på, er heller å jobbe nøye med innholdet i anbudene, slik at det legges tydelige krav til kvalitet, bemanningsnorm og andre ting det har vært diskusjoner om. Dessuten ha gode offentlige tilsynsordninger.

I arbeidet med tjenestene i eldreomsorgen framover, er det også svært viktig at offentlige tilbud gås nøye igjennom. Det er ikke slik at fordi et tilbud er offentlig, så er det ut videre godt. Når det offentlige utfører tjenestene, er det viktig å understreke at disse tjenestene er laget for de eldre og deres behov. Det er de eldre som må være i fokus for oppmerksomheten, både for innholdet av tjenestene og for organiseringen. Det er ikke slik at disse tjenestene er til for de ansattes skyld, selv om de ansatte skal ha rettferdige og gode arbeidsforhold. De eldres behov må alltid være sentrum for oppmerksomheten og komme i første rekke. Det er dem tjenestene er til for.

Seniorutvalget mener at vi får de beste tilbudene til eldre når vi får en god blanding av tanker og ideer fra både offentlige leverandører og fra ideelle og andre private leverandører, en skikkelig velferdsmix. I samspillet av alle disse gode kreftene vil ideer og kreativitet kunne brynes og brytes, slik at eldreomsorgen kan løftes framover og bli bedre for de eldre. Bare ved bruk av alle gode krefter, kan vi løse de store oppgavene i eldreomsorgen som kommer om noen ganske få år.

**RESSURSKREVENDE BRUKERE OVER 67 ÅR MÅ OGSÅ INNGÅ I DAGENS KOMPENSASJONSORDNING**

Ressurskrevende tjenester er en kommunal oppgave. Den statlige medfinansieringen av tjenesten inngår i det generelle inntektssystemet. I tillegg kommer en statlig toppfinansiering når den totale kostnaden overstiger 1,27 mill. kroner. Over dette nivået dekker staten 80 % av kommunens dokumenterte utgifter. Statlig toppfinansiering gis ikke til brukere over 67 år noe som for mange kommuner er svært økonomisk belastende med påfølgende etiske utfordringer og fare for stigmatisering av eldre ressurskrevende brukere.

**KrF vil:**

* **Gi statlig toppfinansiering for ressurskrevende brukere over 67 år for å sikre nasjonalt likeverdige tjenester for denne gruppen uavhengig av kommunal økonomi**

Bakgrunn:

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble opprettet i 2004 for å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Dette kan gjelde personer med psykisk utviklingshemming, rusmiddelproblemer, psykiske lidelser, demensdiagnoser eller andre former for omfattende nedsatt funksjonsevne. Denne saken har siden vært løftet flere ganger av KS som innspill til statsbudsjettet, men hver gang blitt avvist. Argumentet om at det må være et nasjonalt ansvar å sørge for verdig og like god omsorg for ressurskrevende eldre uavhengig av bokommune blir møtt med at ordningen er kostnadsdrivende og allerede for dyr for staten.

For KrF er det uakseptabelt å akseptere en ordning som stigmatiserer eldre som en belastning for kommuneøkonomien. Dette støttes av rapport fra Telemarkforskning *Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene* (februar 2020) på oppdrag fra Kommunal – og moderniseringsdepartementet) <https://www.telemarksforsking.no/publikasjoner/ressurskrevende-omsorgstjenester-i-kommunene/3584/>

Rapporten slår fast at:

«*Aldersgrensen på 67 år trekkes fram som problematisk av alle aktører vi har snakket med i kommunene. De ressurskrevende brukernes behov for tjenester blir sjelden mindre med høyere alder, og særlig for de minste kommunene kan det være en stor økonomisk belastning å miste hele refusjonen når aldersgrensen passeres.»*

Videre sier rapporten at:

*«Med stadig økende levealder, kan det imidlertid bli vanskeligere å opprettholde tjenestetilbudet til denne gruppen uten refusjoner.»*

I rapporten forklares det at innføring av aldergrensen ble begrunnet med at utgiftene knyttet til de over 67 år skulle finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen. Realiteten er imidlertid at kostnaden for svært mange kommuner langt overgår den totale økning i rammetilskudd for vedkommende årskull, og at sårbarheten for dette er større jo mindre kommunen er. Rapporten trekker opp følgende forslag til løsning for at ordningen ikke skal være kostnadsdrivende:

* *Slippe brukere over 67 år inn i ordningen, men med økt innslagspunkt. Dette vil utelukke at ordinær eldreomsorg inkluderes, samtidig som man fortsatt kan kompensere for de dyreste brukerne.*

# En løsning med økt innslagspunkt kan også kombineres med en betingelse om at brukeren var registrert i refusjonsordningen før man passerte aldersgrensen.

# **ELDRE SKAL FØRST OG FREMST FÅ HJELP TIL Å LEVE OG MØTE DØDEN PÅ EN VERDIG MÅTE, ENTEN DET ER I EGET HJEM ELLER PÅ INSTITUSJON**

Mange eldre kan beholde god helse langt inn i alderdommen. Forebygging og reduksjon av sykdomsutvikling er derfor svært viktig. Like viktig er det å sikre trygge og verdige tjenester når helsa svikter. Diskusjonen om dødshjelp skremmer mange eldre. KrF er opptatt av at eldre skal få hjelp til å leve hele livet og møte døden i trygge omgivelser. Målet er at flest mulig skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og etter eget ønske også få lov til å dø hjemme. Det forutsetter tilstrekkelig bemanning av helsepersonell i kommunene og fastleger som har kapasitet til å følge opp pasienter på dødsleiet.

**KrF vil:**

* **At kommunehelsetjenesten styrkes slik at eldre skal få anledning til å bo hjemme så lenge som mulig og etter eget ønske få mulighet til å dø hjemme.**