Sosial- og helsedepartementet

St meld nr 50

(1996–97)

Handlingsplan for eldreomsorgen

Trygghet – respekt – kvalitet

Sosial- og helsedepartementet

St meld nr 50

(1996–97)

Handlingsplan for eldreomsorgen

Trygghet – respekt – kvalitet

Innhold

		Side
Del I		5
1	**Innledning**	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Mål	5
2	**Sammendrag**	7
2.1	Hovedpunktene i handlingsplanen	7
2.2	Sterkere statlig styring	7
2.2.1	Økonomiske virkemidler	7
2.2.2	Juridiske virkemidler	7
2.2.3	Tiltak for å rekruttere og kvalifisere personell	8
2.2.4	Gjennomføring og krav til kommual planlegging	8
3	**Behovet for pleie- og omsorgstjenester**	9
3.1	Behovet for omfattende pleie og omsorg på døgnbasis	9
3.1.1	Ulike instansers vurdering av behovet	9
3.1.2	Nærmere om enkelte gruppers behov	10
3.1.3	Andre tjenester	11
3.2	**Behovet for hjemmetjenester og tilrettelagt bolig**	11
3.3	Utvikling av behov for pleie- og omsorgstjenester for eldre på kort og lang sikt	12
3.3.1	Befolkningsutviklingen- prognoser for utviklingen i antall eldre over 80 år fram mot år 2050	12
3.3.2	Utviklingen i eldres helsetilstand	13
3.3.3	Utviklingen i familie- og husholdsstrukturen: Flere bor alene	14
3.3.4	Familieomsorg og frivillige organisasjoners innsats	15
3.3.5	Utvikling når det gjelder tilrettelegging av nærmiljøet og boliger og formidling av tekniske hjelpemidler	15
3.4	Sammenfatning og konklusjon	16
4	**Utviklingen i eldreomsorgens tjenester: Innhold og omfang**	17
4.1	Trekk ved utviklingen av eldreomsorgens innhold	17
4.2	Utviklingen i tjenestenes omfang	18
4.3	Kommunale forskjeller	21
4.3.1	Forskjeller mellom kommunene i tjenestetilbudet	21
4.3.2	Årsaker til de kommunale forskjellene	23
4.4	Konklusjoner	24
5	**Utformingen av tjenestene framover**	25
5.1	Hvordan bør tjenestesammensetningen være?	25
5.2	Kvalitet med brukerens behov i sentrum	28
5.3	Pleie- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen	29
5.4	Pleie- og omsorgstjenester til innvandrere	29
5.5	Forebyggende virksomhet	30
5.6	Helsetjenestetilbudet til eldre	31
5.6.1	Kommunehelsetjenesten	31
5.6.2	Spesialisthelsetjenesten	32
5.6.3	Tannhelsetjenesten	32
5.7	Tiltak for å styrke kompetansen i tjenestetilbudet	32
5.7.1	Nasjonalt geriatriprogram	32
5.7.2	Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens	33
5.7.3	Elisabethsenteret i Tromsø	33
5.8	Oppsummering	33
Del II		34
6	**Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen 1998-2001**	34
6.1	Utfordringene	34
6.2	Konkrete tiltak	34
7	**Virkemidler for en god eldreomsorg**	37
7.1	Finansielle virkemidler	37
7.1.2	Dagens finansieringsordninger innenfor pleie- og omsorgssektoren	37
7.1.3	Alternative finansielle virkemidler	37
7.1.4	Valget mellom øremerkede tilskudd og rammetilskudd	39
7.2	Resultatoppfølging og kommunale planer for pleie- og omsorgstjenesten	43
7.3	Juridiske virkemidler	44
7.4	Økt behov for personell i pleie- og omsorgssektoren	45
7.5	Lavere byggekostnader - standardløsninger ved bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger	46

Side

7.6 Statistikk, forsknings- og utviklingsarbeid 47
7.7 Samarbeid mellom kommuner og boligbyggelag 48
7.8 Vurdering av markedsløsninger og bruk av private firmaer i pleie- og omsorgstjenestene 48

Side

8 Økonomiske konsekvenser av handlingsplanen for styrket eldreomsorg .. 50
8.1 Samlede kostnader som følge av handlingsplanen 50
8.2 Budsjettstyrking i 1998 51
8.3 Gjennomføring av handlingsplanen 52

Vedlegg 1. Litteraturliste 53

St meld nr 50

(1996–97)

Handlingsplan for eldreomsorgen

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 13. mai 1997, godkjent i statsråd samme dag.

Del I

1 Innledning

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal ivareta behovene for pleie- og omsorg blant funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser og eldre. Disse gruppene vil ha forskjellige behov, bl.a. som følge av at de er i ulike livsfaser. I denne meldingen fokuseres det på tiltak i forhold til pleie- og omsorgstjenester for eldre.

Regjeringen legger i denne meldingen fram forslag til en 4-årig handlingsplan med konkrete satsinger for utbygging av en helhetlig pleie- og omsorgskjede som ivaretar brukernes behov. Dette innebærer styrking av hjemmetjenestene, fortsatt satsing på omsorgsboliger, flere plasser med heldøgns pleie- og omsorg og utbygging av ensengsrom for alle som ønsker det.

Det legges opp til sterkere statlig styring med vekt på finansielle og juridiske virkemidler.

For å få et best mulig grunnlag for utformingen av den framtidige eldreomsorgen, har Sosial- og helsedepartementet innhentet informasjon og råd fra ulike instanser og ressurspersoner innen dette feltet. Regjeringen arrangerte også et rådsmøte om eldreomsorg i Tromsø 19. mars 1997. Her deltok representanter med ulik erfaringer fra feltet, både pensjonister, ansatte i kommunene og forskere.

1.1 BAKGRUNN

Ved Stortingets behandling av Sosial- og helsedepartementets budsjett for 1997, ble det gjort følgende vedtak (romertallsvedtak IX): «Stortinget ber Regjeringen kostnadsberegne full sykehjemsdekning med enerom innen år 2001», jf. innstilling S. nr. 11 (1996-97). Dette var en oppfølging av Stortingets vedtak i forbindelse med trontaledebatten, hvor Stortinget bad Regjeringen legge fram en stortingsmelding med en plan for full sykehjemsdekning basert på enerom for dem som ønsker det.

1.2 MÅL

Eldreomsorgen skal bidra til at eldre med behov for pleie og omsorg kan fortsette å leve et trygt og mest mulig verdig og selvstendig liv. Et hovedmål er at eldre skal kunne bo i sine egne hjem så lenge som mulig. En forutsetning for dette er at tjenestene både kapasitets- og kvalitetsmessig er utbygd slik at eldre føler seg trygge på at de får et godt tjenestetilbud når de trenger det. Målet er at alle som har behov for det, får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status.

De overordnede målene for utbyggingen av pleie- og omsorgstjenestene er å:

- gi den enkelte trygghet for nødvendige pleie- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov
- styrke omfanget og kvaliteten på tjenestene
- utvikle mer helhetlige og fleksible tjenestetilbud
- gi likeverdige tilbud, uavhengig av den enkeltes bosted, inntekt og ressurser
- gi større rom for brukermedvirkning og personlige valgmuligheter i den daglige omsorgen.

Regjeringen vil i tråd med dette legge opp til en satsing som kan gi eldre mennesker trygghet og god pleie og omsorg tilpasset den enkeltes behov.

Kommunene skal også i framtiden ha ansvaret for utformingen og utbyggingen av pleie- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil derfor legge vekt på at kommunene i størst mulig grad skal utforme og bygge ut et pleie- og omsorgstilbud som er tilpasset de lokale forhold og behov.

2 Sammendrag

2.1 HOVEDPUNKTENE I HANDLINGSPLANEN

- 6 000 flere årsverk i *hjemmetjenestene* fra 1998 til 2001, av dette 1 500 årsverk i 1998. En styrking av hjemmetjenestene er nødvendig for at flest mulig skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, og for at satsingen på omsorgsboliger skal bli vellykket.
- En videreføring av dagens utbyggingstakt for *omsorgsboliger* svarende til 7 200 nye boliger i perioden 1998-2001, av dette 1 800 nye boliger i 1998.
- 6 000 flere *ensengsrom* fra 1998 til 2002 for å innfri målsettingen om ensengsrom til alle sykehjemsbeboere som ønsker det, av dette 1 200 nye plasser i 1998.
- 5 000 flere plasser med *heldøgns pleie og omsorg* i perioden 1998 til 2001 for å holde tritt med økningen i antallet eldre, av dette 1 250 flere plasser i 1998. Dette krever 4 500 flere årsverk i planperioden.
- 1 400 flere plasser med heldøgns pleie og omsorg i perioden 1998-2001 for å styrke eldreomsorgen i kommuner med det dårligste tilbudet, av dette 350 plasser i 1998.
- 4 800 plasser i perioden 1998-2001 for å skifte ut nedslitte syke- og aldershjem, av dette 1 200 plasser i 1998.

Samlede kostnader

- I handlingsplanperioden sett under ett vil det brukes 10 mrd. kroner mer til drift, og det vil bli lagt til rette for investeringer på 19 mrd. kroner. Driftsutgiftene vil trappes opp i løpet av perioden til et nivå som ligger 4 mrd. kroner over dagens (målt i faste priser).
- Gjennom budsjettopplegget for 1998 og kommende budsjettframlegg, vil kommunene bli satt økonomisk i stand til å gjennomføre handlingsplanen.

2.2 STERKERE STATLIG STYRING

For å sikre at handlingsplanen gjennomføres i tråd med intensjonene vil regjeringen ta i bruk sterkere finansielle og juridiske virkemidler.

2.2.1 Økonomiske virkemidler

Generelt for planperioden

- For å sette kommunene i stand til å gjennomføre utbyggingshandlingsplanen fram til år 2001, vil det bli avsatt øremerkede tilskudd til å dekke de økte *driftsutgiftene* i kommunene. Disse midlene vil bli fordelt mellom kommunene bl.a. etter antall innbyggere over 80 år. Stimuleringstilskuddet til opprettelse av døgntjeneste vil bli videreført.
- Det vil bli avsatt et eget beløp på statsbudsjettet til styrking av pleie- og omsorgstilbudet i kommuner med det dårligste tilbudet av pleie- og omsorgstjenester for eldre.
- Det økte investeringsbehovet foreslås møtt gjennom en generell heving av satsene for dagens oppstartingstilskudd, fra 100 000 kroner til 125 000 kroner for omsorgsboliger og fra 150 000 kroner til 250 000 kroner for sykehjem. De økte satsene foreslås gjort gjeldende fra 1. januar 1997.

Statsbudsjettet for 1998

- Kommunene vil fullt ut få dekket merutgiftene i 1998 på 1 515 mill. kroner som følge av handlingsplanen innenfor den foreslåtte rammen for inntektsvekst på om lag 2 pst. fra 1997 til 1998. Av dette foreslås 1 265 mill. kroner som øremerkede tilskudd til kommunal pleie- og omsorgstjeneste og 250 mill. kroner dekket gjennom en reell styrking av kommunenes frie inntekter. I tillegg foreslås bostøtteordningen styrket med 50 mill. kroner.
- Av det øremerkede tilskuddet på 1 265 mill kroner vil 695 mill kroner bli fordelt mellom kommunene bl.a. ut fra antall eldre over 80 år, 443 mill kroner vil gå til å øke bevilgningen for oppstartingstilskudd, herunder å dekke opp økte tilskuddssatser og 105 mill kroner til å bedre tilbudet til eldre i kommuner med dårligst tilbud i dag. Videre er det avsatt til sammen 22 mill. kroner til personelltiltak og administrativ oppfølging, bl.a. til styrking av fylkesmannsembetene.
- Dagens låneordning i Husbanken foreslås videreført.

2.2.2 Juridiske virkemidler

Det skal foretas en gjennomgang av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, herunder dagens sykehjemsforskrift, med sikte på:

- Lovfesting av kommunenes plikt til å tilby beboere med varig opphold i institusjon og som ønsker det, ensengsrom fra år 2003.
- Oppfølging av kvalitetsforskriften med forslag om lovendringer knyttet til spørsmål om internkontroll, forskriftshjemmel og tilsyn.
- Enkeltvedtaket som kommunen gjør i forbindelse med innleggelse i sykehjem eller boform etter

kommunehelsetjenesteloven skal utformes slik at brukerne og deres pårørende er informert om hva et vedtak om opphold i institusjon faktisk innebærer av tjenester. Dette vil bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene for den enkelte bruker.

2.2.3 Tiltak for å rekruttere og kvalifisere personell

- Sosial- og helsedepartementet vil sette i gang et prosjekt for å utrede kompetansebehovet og rekrutteringspotensialet til pleie- og omsorgssektoren.
- Det vil bli iverksatt tiltak for å bistå kommunene med internopplæring av nyansatte, spesielt ufaglært arbeidskraft, og gi ufaglærte muligheter til å avlegge fagbrev i omsorgsarbeid etter § 20 i lov om fagopplæring i arbeidslivet.
- Utdanningskapasiteten holdes høy når det gjelder grunnutdanningene, både på videregående skoles nivå og på høgskolenivå.
- Videre- og etterutdanning av helse- og omsorgspersonell videreføres og styrkes. Dette er tiltak som vil bli fulgt opp i Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for helse- og omsorgspersonell.

2.2.4 Gjennomføring og krav til kommual planlegging

- Kommunene må utarbeide en konkret plan for utbygging av eldreomsorgen etter et standard rapporteringsskjema utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet. En slik plan må være politisk godkjent før statlige tilskuddsmidler kommer til utbetaling i 1998. Sosial- og helsedepartementet vil komme nærmere tilbake til opplegget i eget rundskriv før sommeren 1997.
- Sosial- og helsedepartementet vil følge opp handlingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som vil bli stilt for tilskuddsordningene, samt overvåke gjennomføringen av planene som kommunene skal utarbeide for eldreomsorgen. Fylkesmannsembetene vil få en sentral rolle i gjennomføringen av handlingsplanen, herunder yte råd og veiledning til kommunene. Fylkesmannsembetene foreslås derfor styrket i planperioden.
- Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med fylkesmennene og fylkeslegene utarbeide et enhetlig opplegg for resultatoppfølging. Stortinget vil bli holdt orientert i de årlige budsjettproposisjonene.

3 Behovet for pleie- og omsorgstjenester

I denne meldingen presenterer Regjeringen et opplegg som følger opp Stortingets vedtak om en plan for full sykehjemsdekning. Det er tatt utgangspunkt i det samlede behov for offentlige pleie- og omsorgstjenester til eldre, dvs. både tjenester på sykehjemsnivå og hjemmetjenester. Det er lagt særlig vekt på å fastslå behovet for *omfattende pleie og omsorg på heldøgnsbasis.* Videre er det lagt til rette for økt innsats i forhold til eldre med mindre omfattende pleie- og omsorgsbehov, dvs. behov som ikke forutsetter heldøgns pleie- og omsorgstjenester.

Betegnelsen pleie- og omsorgstjenester omfatter i denne meldingen tjenester både etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Betegnelsen omsorgstjenester brukes om tjenester etter sosialtjenesteloven. Betegnelsen hjemmetjenester omfatter både hjemmesykepleie, hjemmehjelp og andre tjenester som ytes i brukerens hjem. Lovregulerte boliger brukes om institusjoner etter kommunehelsetjenesteloven (sykehjem og andre boformer for heldøgns omsorg og pleie) og institusjoner etter sosialtjenestloven (aldershjem), mens omsorgsboliger er betegnelsen på tilrettelagte boliger som gis oppstartingstilskudd fra Husbanken når de tilfredsstiller visse krav til boligen og at kommunen har etablert døgnbaserte hjemmetjenester.

3.1 BEHOVET FOR OMFATTENDE PLEIE OG OMSORG PÅ DØGNBASIS

De faktorer som i størst grad påvirker etterspørselen etter offentlige pleie- og omsorgstjenester er: Nedsatt funksjonsnivå i forhold til utførelse av de mest grunnleggende dagliglivsfunksjoner, forekomst av aldersdemens, sosioøkonomiske forhold (boligstandard, inntekt mv.) og tilgang på familie- og husholdsbaserte pleie- og omsorgstilbud.

Med økende alder øker forekomsten av sykdommer. Bl.a. inntrer aldersdemens som oftest i høy alder. Den enkeltes evne til å mestre de mest grunnleggende dagliglivsfunksjoner reduseres og behovet for hjelp begynner å melde seg. Selv om behovene for pleie- og omsorgstjenester varierer mye blant eldre, fra de helt selvhjulpne til de som trenger omfattende hjelp på heldøgnsbasis, vil økningen i antall personer 80 år og eldre være den viktigste indikatoren på det framtidige behovet for pleie- og omsorgstjenester (Hjort og Waaler, 1990).

I tillegg vil særlig andelen personer over 80 år som bor alene påvirke behovet. Forskning viser at bruken av offentlige pleie- og omsorgstjenester øker betydelig for personer som bor alene (Brevik 1995).

3.1.1 Ulike instansers vurdering av behovet

For å få et bredest mulig grunnlag for å fastslå behovet for pleie- og omsorgstjenester for eldre, har Sosial- og helsedepartementet basert seg både på tilgjengelig statistikk og forskning, men også innhentet vurderinger fra fylkesmenn og fylkesleger.

I desember 1996 sendte Sosial- og helsedepartementet en forespørsel til landets fylkesleger og fylkesmenn. De ble bedt om å gi opplysninger om status i hver enkelt kommune i fylket. De ble dessuten stilt noen mer generelle spørsmål om situasjonen i fylket sett under ett og bedt om å vurdere hva de mente vil være tilfredsstillende sykehjemsdekning. Svarene varierer etter hvordan tjenestene er bygget ut i dag, og gir svært ulike anslag for behovet for bl.a. sykehjem. Mange gir uttrykk for at det er vanskelig å gi en eksakt dekningsgrad, fordi dette vil variere med utbyggingen av alternative tilbud i hjemmetjenestene, geografisk beliggenhet, osv. Blant de som har svart, mener de fleste at dekningsgraden bør ligge mellom 20 og 25 pst., forutsatt en godt utbygd hjemmetjeneste.

I rapporten «Medisinsk-faglige råd til bruk i planleggingen av kommunale helsetjenester for eldre» (Folkehelsa 1995) anbefales en dekningsgrad for aldersinsititusjoner som svarer til ca. 25 pst. av antall personer 80 år og eldre.

I tilbakemeldingene fra fylkeslegene og fylkesmennene og i rapporten fra Folkehelsa blir behovet for korttidsplasser til avlastning, rehabilitering, observasjon og terminalpleie (pleie ved livets slutt) understreket. Basert på undersøkelser i 15 kommuner i Vestfold, som har en alders- og sykehjemsdekning lik landsgjennomsnittet, konkluderer Otterstad med at antall korttidsplasser bør utgjøre ca. 15 pst. av institusjonsplassene (H. K. Otterstad 1995).

Lege og sosiolog Tor Inge Romøren har gjennomført en undersøkelse, «Larviksundersøkelsen», der 434 personer på 80 år eller eldre ble fulgt fram til de døde. Alle er vurdert nøye mht. helse og mestring av dagliglivets funksjoner, bolig, sosiale forhold m.v. Vurderingen av pleie- og omsorgsbehov baserer seg på registrering av langvarig svikt i grunnleggende egenomsorg, forårsaket av sykdom og/eller skrøpelighet av minimum 3 måneders varighet. Litt

over halvparten (56 pst.) fikk behov for omfattende, døgnkontinuerlig pleie, omsorg og periodevis medisinsk hjelp i en periode på 3-5 år før de døde. Undersøkelsen er den eneste i sitt slag i Norge, men flere internasjonale studier fra europeiske land, USA, Canada og Australia viser tall i samme størrelsesorden som Larviksundersøkelsen.

Larviksundersøkelsen omfatter behov for pleie- og omsorgstjenester blant de som er 80 år og eldre. I følge Statistisk sentralbyrå brukes ca. 27 pst. av institusjonsplassene av personer under 80 år. Det er ingen grunn til å tro at disse er mindre pleietrengende enn de eldste sykehjemspasientene når de først er kommet i institusjon. Dette må en ta hensyn til ved vurderingen av behovet for omfattende pleie og omsorg på heldøgns basis.

Sammenholder man de faglige vurderingene og de vitenskapelige undersøkelsene som er referert, kan behovet for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig uttrykkes som en dekningsgrad på om lag 25 pst. av befolkningen 80 år og eldre. Dette måltallet forutsetter en godt utbygd hjemmetjeneste.

Boks 3.1 Larviksundersøkelsen

Undersøkelsen omfatter alle personer i Larvik som var 80 år eller mer pr. 1. januar 1981. 20 pst. av de 434 personene utviklet alvorlig demens, og 36 pst. en eller flere kroniske sykdommer og hyppige akutte sykdommer eller forverring av grunnsykdommen, som krevde omfattende pleie. (Dette er målt ved svikt i 3-6 såkalte ADL-funksjoner, dvs. dagliglivets aktiviteter som å klare å gå, komme seg opp og ut av sengen, personlig hygiene, av- og påkledning, toalettfunksjoner og spising. Funksjoner som matlaging, rengjøring, innkjøp m.v. er også registrert, men ikke tatt med i vurderingen av pleie- og omsorgsbehovene i denne sammenheng. Det betyr at det er satt en streng definisjon på behovet for omfattende pleie- og omsorgstjenester.) Dette er to grupper av mennesker som er så sterkt hjelpetrengende at de har behov for langvarig døgnkontinuerlig pleie og tilsyn, i bokollektiver/bofellesskap/skjermede avdelinger på sykehjem eller i sykehjem/bolig med tjenester på sykehjems nivå.

På grunnlag av behovene i disse to gruppene er det foretatt en beregning av behovet for plasser med heldøgns pleie og omsorg i en tenkt befolkning med de samme pleie- og omsorgsbehovene. Beregningen viser at en vil trenge et antall institusjonsplasser tilsvarende ca 15 pst. av befolkningen 80 år og eldre for å dekke behovene til disse to gruppene.

Ca. 44 pst. fikk behov for mindre omfattende pleie- og omsorgstjenester. I denne gruppen var det 14 pst. som ville trenge hjelp med 1-2 ADL-funksjoner som f.eks. å kle på seg, komme opp av sengen, komme seg på toalett, m.v. Dette er personer som kan bo i egen tilrettelagt bolig, men som trenger til dels omfattende hjemmetjenester i form av regelmessig og hyppig tilsyn og bistand, evt. kombinert med korttidsopphold i institusjon. De resterende 30 pst. var relativt friske til rett før de døde og klarte seg stort sett selv, men oftest med praktisk bistand fra pårørende og/eller hjemmetjenestene. Varigheten av hjelpebehov var også i disse gruppene 3-5 år.

3.1.2 Nærmere om enkelte gruppers behov

Antall personer med aldersdemens

Basert på ulike undersøkelser anslås antallet personer med demenssykdommer i Norge i dag til ca. 55 000. (Bjertness 1995, Engedal og Haugen 1996, Hofman et.al. 1991) Aldersdemens er en tilstand som går over en bred skala, fra lette tilstander til alvorlig grad av demens. To tredjedeler av de aldersdemente er over 80 år. Undersøkelser på 1980-tallet viste at ca. 70 pst. av beboerne på sykehjem i Oslo og Bergen hadde fra middels til alvorlig mental svikt og stort hjelpebehov (Engedal og Haugen 1993, Nygaard, Breivik og Moe 1987).

På denne bakgrunn anslås at ca. 60-70 pst. av alle beboere i aldersinstitusjoner på landsbasis (anslagsvis 30 000 personer) har en demenssykdom. Anslagsvis 25 000 personer bor i eget hjem. Disse har mindre alvorlige demenssykdommer, men har behov for hjemmetjenester i ulik grad, fra praktisk bistand (hjemmehjelp m.v.) og hjemmesykepleie til dagplasser og korttidsplasser i sykehjem. De dårligste aldersdemente har behov for heldøgnstilbud i egnet bolig, eventuelt skjermet enhet i institusjon.

Eldre med psykiske lidelser - alderspsykiatri

Alderspsykiatriske lidelser kjennetegnes ved at de opptrer for første gang i høy alder. Det er ofte nær sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk sykdom og enten somatisk sykdom eller biologiske, psykologiske eller sosiale aldersforandringer. Depresjon forekommer hyppig hos eldre mennesker. Mange er også plaget av angst. I underkant av1 pst. av befolkningen over 65 år har en psykose. Mange eldre med psykiske lidelser kan bo i egen bolig, evt. omsorgsbolig, men det er også behov for lovregulert bolig med heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

Rus- og medikamentmisbruk blant eldre er godt kjent av det kommunale hjelpeapparatet, men det finnes i dag ikke data som kan si noe om omfanget. Enkelte av misbrukerne har i tillegg omfattende psykiatriske lidelser.

Andre grupper

Når en vurderer behovene for omfattende tjenester, må en ta i betraktning at også andre har store behov som må ivaretas: Sterkt funksjonshemmede barn, unge og voksne, psykisk utviklingshemmede og psykiatriske langtidspasienter.

Mange funksjonshemmede lever lengre enn før på grunn av bedre behandlingstilbud. Undersøkelser viser at psykisk utviklingshemmede utvikler aldersrelaterte lidelser tidligere enn andre, f.eks. aldersdemens. Vi må regne med at flere psykisk utviklingshemmede i årene framover vil få behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester på grunn av aldersrelaterte lidelser. (Ovesen 1994, Janicki 1995.) Det finnes mindre kunnskaper om utviklingen av aldersrelaterte lidelser blant andre grupper funksjonshemmede, men mange vil ha omfattende hjelpebehov som kan være annerledes enn i eldrebefolkningen generelt. Det er under oppbygging data om dette for små grupper funksjonshemmede, dvs. grupper med sjeldne diagnoser. Det vises til nærmere omtale av tiltak for funksjonshemmede i St.meld. 34 (1996-97).

3.1.3 Andre tjenester

For å vurdere behovet for pleie- og omsorgstjenester, er det viktig å være klar over samspillet med virksomheten i andre tjenester og behovet for tiltak i eldreomsorgen.

Redusert liggetid på sykehusene har ført til økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Med kortere liggetid på sykehusene øker behovet for sykehjemsplasser lokalt, både korttids- og langtidsplasser. Samtidig har utbyggingen av eldreomsorgen, i første rekke sykehjemsdekningen, konsekvenser for sykehusenes mulighet for utskriving. Sammenhengen mellom kommunenes sykehjemskapasitet og liggetid på sykehus kommer klart fram i statistikken (se omtale under 4.3.2). Eldre pasienter som bor i kommuner med høy sykehjemsdekning har kortere liggetid i sykehus enn pasienter i kommuner med lav sykehjemsdekning. Tilsvarende kan utviklingen med økt poliklinisk behandling føre til økt press på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, både institusjonsplasser og hjemmetjenester (jf. St.meld. nr. 24 (1996-97)).

Mange eldre er lite kjent med velferdssamfunnets ytelser og kan av den grunn ha et underforbruk av tjenester og tilskuddsordninger. Et bedre samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenestene og kommunenes sosiale tjenester kan bidra til at eldre mennesker får del i ytelser og tiltak som de har behov for og at de derved får et samlet tjenestetilbud på riktigst mulig omsorgsnivå.

3.2 BEHOVET FOR HJEMMETJENESTER OG TILRETTELAGT BOLIG

I det følgende gis en vurdering av behovet for mindre omfattende pleie- og omsorgstjenester, dvs. tjenester som ikke forutsettes gitt på heldøgnsbasis i institusjon eller annen egnet bolig. Det dreier seg om hjemmetjenester av varierende omfang, fra praktisk bistand (f.eks. rengjøring) til omfattende hjemmetjenester i form av regelmessig og hyppig tilsyn, pleie og praktisk hjelp som ytes i brukerens egen bolig. Behovene kan variere sterkt i omfang. Det har ikke vært mulig å tallfeste behovet for tjenester på grunnlag av undersøkelser om eldres funksjonssvikt på samme måte som det er gjort når det gjelder omfattende pleie- og omsorg på heldøgnsbasis i egnet boform.

I vurderingene som fylkeslegene og fylkesmennene ga Sosial- og helsedepartementet i desember 1996 av situasjonen i fylkene, nevnes utbyggingen av døgnbaserte hjemmetjenester i kommunene som særlig positiv. Likevel kommer det klart fram at hjemmetjenestene er presset i mange kommuner. De fleste fylkeslegene og fylkesmennene mener at bedre utbygde hjemmetjenester vil lette presset på institusjonene. Flere mener imidlertid at dette forutsetter både økt kapasitet (mer personell), og kompetanse i hjemmetjenestene. Mange fylkesleger og fylkesmenn påpeker også behovet for en mer differensiert tiltakskjede, spesielt utbygging av alternative boliger og bedre utbygd rehabiliteringstjeneste.

I følge Statistisk sentralbyrå mottok 37 pst. av befolkningen over 80 år hjemmetjenester i 1995. Dette er en nedgang fra 1992 på 3 prosentpoeng. Det vises til omtale under 4.2.

Det ble i 1995 gjort en undersøkelse av udekkede behov for tjenester blant brukere og ikke-brukere i kommuner som har tatt i bruk Gerix informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen viste at 12 pst. av de som ikke mottar offentlige omsorgstjenester har behov for hjelp, særlig til rengjøring og innkjøp. Udekkede hjelpebehov forekommer hyppigere i store kommuner og bykommuner enn i middels store og små kommuner, henholdsvis 19, 10 og 7 pst. (Kitterød 1995.)

Boks 3.3 Gerix

Gerix er betegnelsen på et informasjonssystem utviklet i samarbeid mellom kommunene, Sosial- og helsedepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kommunenes Sentralforbund/Program for storbyrettet forskning. Siktemålet med informasjonssystemet er å bedre tilgangen på data om brukerne og deres behov for tjenester gjennom innhenting av informasjon om brukernes tilstand og omgivelser, og data om de tjenester som ytes og omfanget av disse. Gerix omfatter også data om økonomi (budsjett og regnskap), personell og institusjoner. Systemet skal gi kommunene støtte til beslutninger ved utforming av enkeltvedtak, og i aggregert form gi støtte for strategiske beslutninger om tjenestenes utvikling, budsjettfordeling m.v. Gerix skal gi de sentrale myndigheter informasjon som gjør det mulig å følge utviklingen i kommunene.

Sosial- og helsedepartementet arbeider videre med planene for å etablere Gerix som et nasjonalt informasjonssystem for pleie- og omsorgssektoren og vil i den sammenheng også vurdere andre informasjonssystemer.

Statistikken fra de kommunene som hadde tatt i bruk Gerix i 1995, viser at blant mottakerne av hjemmetjenester har ca. 29 pst. behov for ytterligere hjelp. Det er en klar tendens til at det er de brukere som allerede mottar svært omfattende tjenester, som også trenger mer.

I en intervju-undersøkelse av hjemmehjelpere (Daatland 1994) vurderer 22 pst. at hjelpen de yter er utilstrekkelig og omtrent halvparten mener at de har for knapt med tid hos brukeren, noe som særlig går ut over de sosiale kvalitetene ved tjenesten. I en nylig utført undersøkelse som omfatter personell i hele hjemmetjenesten, rapporterer mer enn to tredjedeler at behovet for hjelp oppleves å være større enn tilbudet (Næss og Wærness 1996.).

På grunnlag av ovennevnte dokumentasjon og forskning synes dagens dekningsgrad for hjemmetjenester å være for lav. Kommunenes ansvar for å yte pleie- og omsorgstjenester til andre grupper, uavhengig av alder, vil øke behovet for hjemmetjenester. Dette tilsier at hjemmetjenestene må styrkes ut over det som økningen i den eldre delen av befolkningen alene skulle tilsi.

3.3 UTVIKLING AV BEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER FOR ELDRE PÅ KORT OG LANG SIKT

Bedringen av befolkningens levekår gjennom framveksten av velferdsstaten og et bedre helsevesen, særlig de siste femti årene, har ført til at folk lever lenger enn før, også om de har sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Den økte levestandarden har dermed stilt oss overfor vår tids kanskje største utfordring: å gi et økende antall eldre en god helse- og omsorgstjeneste.

3.3.1 Befolkningsutviklingen - prognoser for utviklingen i antall eldre over 80 år fram mot år 2050

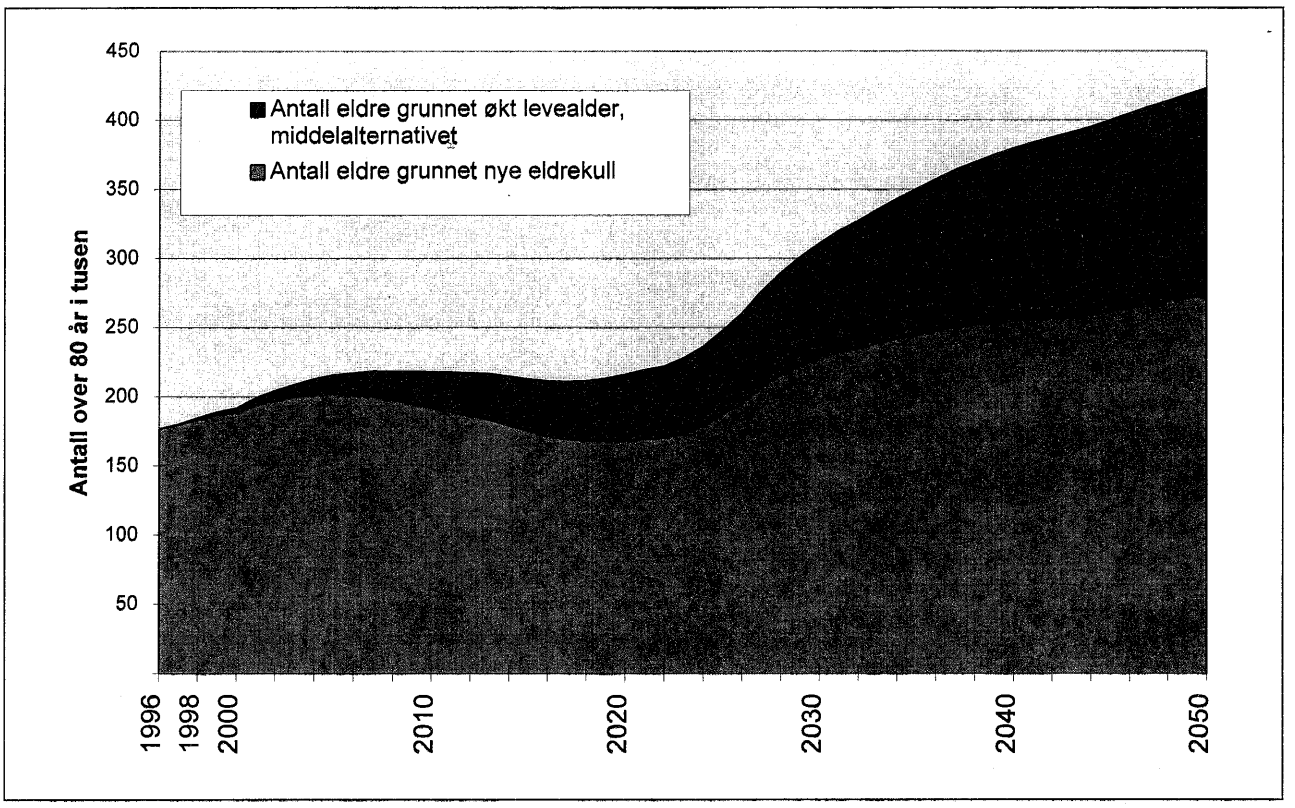
Selv om handlingsplanen strekker seg over en forholdsvis kort periode på 4-5 år, er det helt nødvendig å se denne satsingen i et lengre tidsperspektiv. Figur 3.1 viser at utfordringene i eldrepolitikken i årene framover kan deles inn i tre faser: De nærmeste 10 årene vil antallet eldre over 80 år øke, for deretter å holde seg noenlunde uendret fram mot 2020. Etter ca. 2020 vil behovet for pleie- og omsorgstjenester tilta sterkt som følge av en betydelig økning av personer i de eldste aldersgruppene.

Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger (middelalternativet M1) viser at antall personer 80 år og eldre mer enn fordobles fra 176 000 i 1996 til ca. 423 000 i 2050. Antall personer i denne gruppen når en foreløpig topp i 2007 med vel 40 000 flere enn i 1996, for deretter å bli redusert noe fram til 2017.

Store fødselskull de første årene etter 1. verdenskrig forklarer en vesentlig del av økningen i antall personer 80 år og eldre de nærmeste 10 årene. Lave fødselskull i mellomkrigsperioden (fram mot 2. verdenskrig) forklarer hvorfor antallet antas å gå noe ned mellom 2007 og 2017. Dette forholdet motvirkes imidlertid i noen grad av antatt lavere dødelighet for personer over 80 år.

Utviklingen i antallet eldre etter 2017 er påvirket både av store fødselskull etter 2. verdenskrig og økt antall forventede leveår for 80-åringer. I Statistisk sentralbyrås mellomalternativ, som framskrivningene her baserer seg på, legges det til grunn at forventet gjenstående leveår for de som fyller 80 år vil øke fra 7,9 år i 1996 til 9,9 år i 2050 (gjennomsnitt for kvinner og menn), dvs. med 2 år. Til sammenlikning har gjennomsnittlig levealder for de som er fylt 80 år økt fra 7,12 år i 1976 til 7,85 år i 1994, dvs. med ca. $^3/_4$ år.

Økningen i forventet levealder bidrar alene til at det vil være ca. 150 000 flere personer 80 år og eldre i 2050, sammenliknet med 1996. Større kull med eldre som kommer opp i alder over 80 år bidrar til at antall eldre vokser med om lag 95 000 i denne perioden.



Figur 3.1 Framskriving av antall eldre 80 år og over (SSB's alternativ M 1). 1996 til 2050
Kilde: SSB

3.3.2 Utviklingen i eldres helsetilstand

Levekårsundersøkelsen

Levekårsundersøkelsene tyder på at det er en bedring i helsetilstanden blant de eldre. Andelen eldre 67-79 år med nedsatt funksjonsevne slik dette måles i disse undersøkelsene, har gått ned fra om lag 55 pst. til 45 pst. i perioden 1980-95 og andelen hjelpetrengende menn 67-79 år har gått ned fra 28 pst. til 16 pst i samme tidsrom.

Levekårsundersøkelsene har imidlertid et svært lite utvalg av de aller eldste (80+), både fordi institusjonsbeboere ikke er med og fordi en del hjemmeboende eldre ikke er istand til å gi fullgode svar på slike omfattende spørreskjemaer som i disse undersøkelsene. Det er blant de aller eldste og blant de som bor i institusjon at en finner de med dårligst helse og det høyeste forbruk av pleie- og omsorgstjenester. Det er derfor ikke mulig isolert sett å trekke bastante slutninger om pleie- og omsorgsbehov på grunnlag av levekårsundersøkelsene alene.

Den medisinske utvikling

Det er fem hovedgrunner til betydelige hjelpebehov i høy alder: aldersdemens, leddsykdommer, skader (inkl. lårhalsbrudd), hjerneslag og kombinasjonen av to eller flere av disse sykdommene (Manton 1990, REVES 1996, Romøren 1994). Dersom vi vurderer mulighetene for bedre forebygging, behandling eller rehabilitering de kommende 5-10 årene, er det lite sannsynlig at de medisinske framskrittene vil komme på de to feltene som hyppigst bidrar til det mest omfattende pleie- og omsorgsbehovet: alderdemens og kombinasjonen av flere aldersrelaterte, alvorlige kroniske sykdommer.

Det er i dag ikke holdepunkter for at den aldersspesifikke forekomsten av aldersdemens endres over tid. På grunnlag av beregningen av antall demente i dag og SSBs befolkningsprognoser for aldersgruppene 70-79 år, 80-84 år og 85 år og eldre, kan antall personer med aldersdemens i årene framover anslås å øke fra ca. 55 000 i 1995 til ca. 59 500 i år 2000 og ca. 64 500 i år 2010. Selv om forskningen på Alzheimers sykdom gir håp om framtidig forebygging og behandling, er det ikke realistisk å regne med slike muligheter med det første.

I løpet av de siste årene har det skjedd framskritt i behandlingen av leddsykdommene (innsetting av nye ledd, f.eks. hofteproteser). Det er fortsatt et potensiale for forebygging av skader. Framskrittene på disse områdene vil imidlertid i mindre grad berøre hjelpebehov som krever omfattende heldøgns pleie og omsorg.

Hjerneslag, noen kreftformer, hjertesvikt og kronisk lungesykdom er tilstander som viser økende forekomst med økende alder. Det betyr at ved bedre behandlingstilbud og redusert dødelighet for disse sykdommene vil presset på helsetjenesten og på sykehjemmene kunne øke, til tross for en viss redusert sykdomsspesifikk dødelighet.

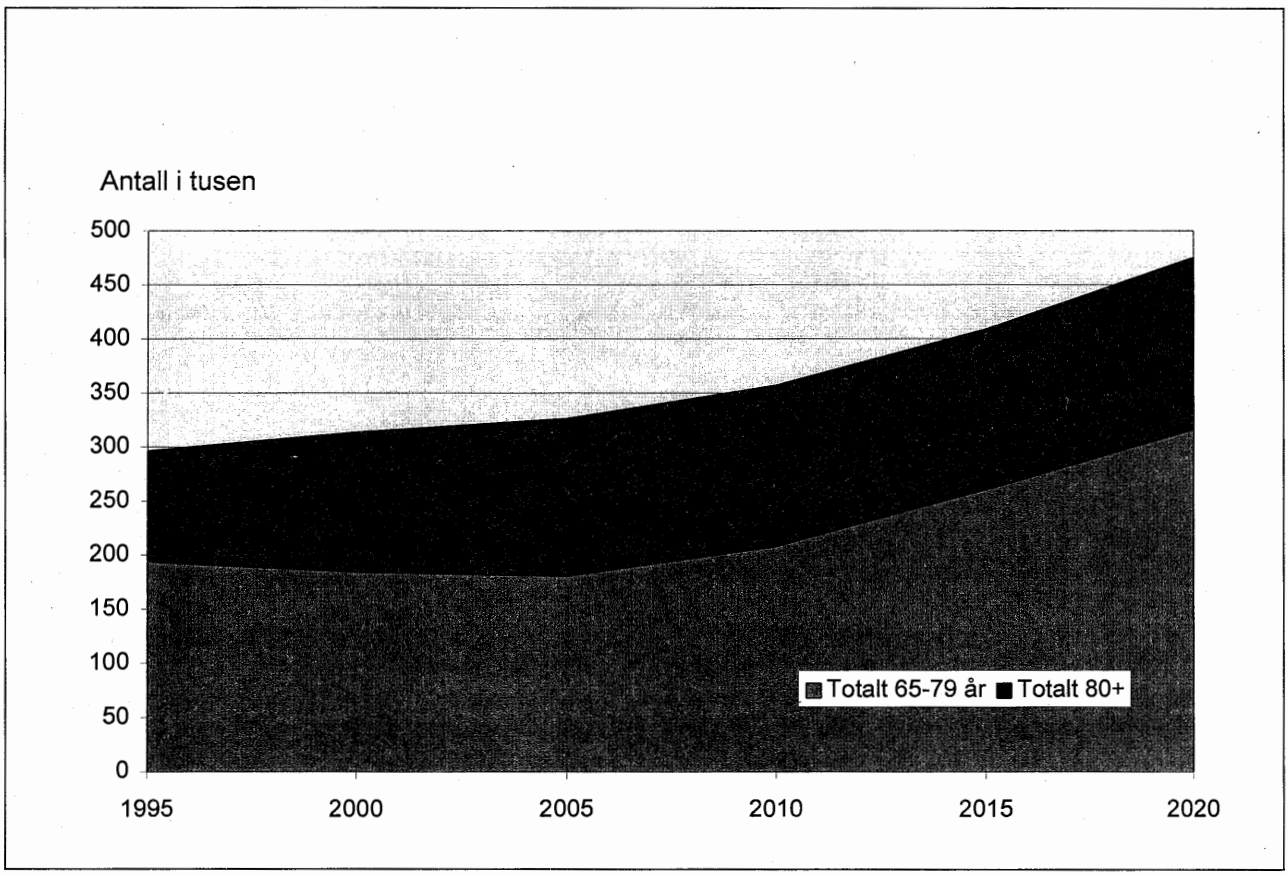
De kroniske ikke-dødelige sykdommene og psykiatriske tilstander som angst og depresjon vil særlig bidra til å øke behovet for varig pleie og omsorg blant svært gamle. Med økende levealder vil disse tilstandene ramme på et tidspunkt av livet der normale aldersdegenerative forandringer er langt framskredet.

Dersom den positive trenden med stadig høyere levealder fortsetter, vil antall personer i aldersgruppen over 80 år øke betydelig i årene framover (jf. fig. 3.1). Det er usikkert i hvor stor grad høyere levealder påvirker lengden på den perioden den enkelte eldre trenger pleie og omsorg. Det kan tenkes at ett ekstra leveår ikke medfører økt behov for pleie og omsorg, men at tidspunktet for når behovet inntrer kun skyves ett år ut i tid. Det motsatte kan også være tilfelle, nemlig at ett ekstra leveår medfører at perioden med pleie og omsorgsbehov øker tilsvarende. Det er ikke mulig å trekke sikre konklusjoner mht. hvordan økt levealder vil påvirke pleie- og omsorgsbehovet i framtiden. Det er nødvendig å skaffe mer sikker kunnskap om disse sammenhengene for å kunne anslå det framtidige behovet for pleie og omsorgstjenester mer sikkert. Med det forholdsvis korte tidsperspektivet for handlingsplanen (1998-2001), synes det rimelig, slik det er gjort i denne meldingen, å anta at pleie og omsorgsbehovet i befolkningen 80 år og eldre følger utviklingen i antallet eldre.

3.3.3 Utviklingen i familie- og husholdsstrukturen: Flere bor alene

Mens 52 pst. av befolkningen som var 67 år og eldre bodde alene i 1970, var den tilsvarende andelen 58 pst. i 1990 (St.meld.nr 35 (1994-95)). I følge Brevik (1995) antas andelen eldre over 80 år som bor alene å stige fra 58 pst. i 1990 til 61 pst. i år 2000 og 65 pst. i år 2015. Bruken av av offentlige pleie- og omsorgstjenester øker betydelig for personer som bor alene. Hovedtyngden av den private, familiebaserte omsorgen ytes av personer i husholdet, hovedsakelig ektefeller. Denne omsorgen kan forventes å bli redusert pga. økningen i antall aleneboende. Til en viss grad kan denne utviklingen motvirkes av at det er flere eldre som har voksne barn som kan utføre omsorgsoppgaver. Utbygging av omsorgsboliger og andre former for bofellesskap/leilighetskomplekser for eldre gjør det også lettere å utvikle og opprettholde vennskapsrelasjoner og uformell omsorg blant beboerne. Det er imidlertid lite sannsynlig at venner og naboer vil ta på seg så omfattende omsorgsoppgaver som ektefeller og andre nære pårørende gjør i dag.

Framskrivningene i figur 3.2.viser at antall eldre aleneboende over 80 år vil øke fram til år 2010 og gå noe ned til 2020. For aldersgruppen 65-79 år vil antallet gå noe ned fram til år 2005, for så å stige betydelig mot år 2020. Totalt vil aldersgruppen over 65



Figur 3.2 Prognose for antall aleneboende - basisframskrivning
Kilde: SSB

år som bor alene øke fra 300 000 i 1995 til 475 000 i år 2020. Institusjonsbeboere er forutsatt holdt konstant på 45 000 i hele perioden og er ikke inkludert i tallet på aleneboende.

3.3.4 Familieomsorg og frivillige organisasjoners innsats

Det er gjennomført flere undersøkelser som viser at familien yter omfattende hjelp og omsorg til eldre og funksjonshemmede. Selv med økt deltakelse av kvinner i yrkeslivet, er ikke familieomsorgen blitt redusert i vesentlig grad (Kitterød 1993).

Familieomsorgen bærer i seg vesentlige kvaliteter ved samfunnet som det er viktig å ta vare på. Med fortsatt høy yrkesaktivitet blant kvinner er det ikke realistisk å tenke seg at den familiebaserte omsorgen vil øke. Hovedoppgaven er derimot å ta vare på og støtte opp under familienes omsorgsevne. Avlastning (særlig korttidsopphold i institusjon) og samarbeid med de pårørende er de viktigste tiltak kommunene kan ha med sikte på å støtte opp om de private omsorgsyterne.

De frivillige organisasjonene har vært sentrale for utviklingen av tilbud om pleie- og omsorgstjenester, både når det gjelder institusjoner og forebyggende innsats som eldresentre, matombringing m.v. Medlemmene utfører gratis arbeid av stort omfang. I Frivillighetsmeldingen (St. meld. 16, 1993-94) ble det vist til at de frivillige organisasjonene er i endring. De store tradisjonsrike, frivillige organisasjonene har rekrutteringsproblemer. Samtidig vokser det fram en ny type frivillighet basert på felles erfaringer, gjensidighet og selvhjelp. Mens de frivillige organisasjonene tidligere i stor grad har vært drevet fram av idealistiske, veldedige organisasjoner med et ønske om å hjelpe andre, er den nye typen frivillighet som nå vokser fram i større grad fora for egenaktivitet og gjensidig hjelp (selvhjelpsgrupper, interesseorganisajoner og pårørendeforeninger). Selv om dette også gjelder eldre f.eks deltar mange eldre som frivillige på eldresentre), kan en ikke regne med at mange av de eldste eldre i vesentlig grad vil kunne bidra med frivillig innsats. For yngre eldre derimot, vil eldresentrene og tiltak som bygger på egenaktivitet og gjensidig hjelp kunne ha forebyggende effekt.

For å legge til rette for et bedre samspill i frivillig sektor og mellom frivillige aktører og det offentlige er det nå etablert ca. 150 frivillighetssentraler med statlig støtte. Sentralene skal være et bindeledd mellom folk som ønsker å yte en frivillig innsats, de som trenger frivillig hjelp og lokale frivillige organisasjoner, menigheter, kommuner m.v. En evaluering av frivillighetssentralene ble foretatt i 1994. Evalueringen konkluderte med at sentralene er et godt virkemiddel til å utløse frivillig innsats.

Sosial- og helsedepartementet har i 1996 satt i gang lokal forsøksvirksomhet for å få bedre kunnskap om hvordan helse- og sosialsektoren i samarbeid med frivillige organisasjoner og kultursektoren kan ta i bruk kulturelle virkemidler for å mobilisere de eldres ressurser og øke deres deltakelse i lokalsamfunnet.

3.3.5 Utvikling når det gjelder tilrettelegging av nærmiljøet og boliger og formidling av tekniske hjelpemidler

Det har vært liten tradisjon for tilrettelegging for bevegelseshemmede i utvikling av nærmiljøet. Det er ønskelig at kommunene tar dette i betraktning fra starten av enhver planleggingsprosess, f.eks. ved bygging av offentlige bygg, gangveier, transportmidler og ved etablering av fritids- og friluftstilbud m.v. Bl.a. er det viktig å trekke de kommunale eldrerådene med i planleggingen.

Gode boforhold er viktig for å forebygge helseproblemer og sosiale problemer. Behovet for praktisk bistand til f.eks. rengjøring og handling vil reduseres hvis forholdene er lagt til rette for bevegelseshemmede og orienteringshemmede. Transportmuligheter har også betydning for dette. Boligene og bomiljøene er viktige for tilretteleggingen av hjemmebasert omsorg.

Den generelle boligstandarden har gjennom mange år blitt bedre. Det er en del av boligpolitikken at flest mulig boliger bygges slik at de kan være funksjonelle for beboere med funksjonssvikt. Det er derfor i de senere år gjennom Husbanken gitt et lånetillegg til bygging av boliger med såkalt livsløpsstandard. Boliger med livsløpsstandard er boliger som er tilgjengelige for rullestolbrukere og andre bevegelseshemmede. Gjennom dette tiltaket er en større del av den vanlige boligmassen blitt tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede.

Men selv om den generelle boligstandarden er god, er deler av boligmassen uegnet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Mange bor i boliger med dårlig tilgjengelighet for bevegelseshemmede, særlig gjelder dette eldre i de store byene. Det ligger et stort potensiale i utbedringer av eldres boliger, og utnyttelsen av Husbankens tilskudd- og låneordninger bør derfor økes. Dette krever imidlertid aktiv innsats fra kommunenes side med informasjon og bistand.

Det er også viktig å peke på at den enkelte selv har ansvar for å tilrettelegge for et liv som gammel, bl.a. når det gjelder bosituasjonen. Sosial- og helsedepartementet vil utarbeide informasjonsmateriale om det å planlegge for alderdommen, der boligaspektet vil bli vektlagt.

Gjennom økt bruk av utbedringstilskudd og -lån og økt bygging av boliger med livsløpsstandard vil boligmassen bli bedre egnet for personer med nedsatt funksjonsevne. Tekniske hjelpemidler og ergonomiske tiltak er også viktige tiltak i denne sammenheng.

På sikt kan flere boliger med livsløpsstandard og bruk av de mulighetene de tekniske hjelpemidlene

gir, kunne utsette behovet for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester i omsorgsbolig og institusjon.

Videre kan bruk av trygghetsalarm være avgjørende for at det oppleves som trygt å bli boende hjemme selv om en er syk og hjelpetrengende. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere om trygghetsalarm bør vurderes på linje med tekniske hjelpemidler og derved dekkes over folketrygden.

3.4 SAMMENFATNING OG KONKLUSJON

Ut fra en vurdering av vitenskaplige undersøkelser og faglige analyser, er det for planperioden lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst. av befolkningen 80 år og eldre. Denne dekningsgraden kan oppfattes som et uttrykk for hva som er tilfredsstillende behovsdekning på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester. Det reelle behovet i hver enkelt kommune vil kunne variere rundt dette gjennomsnittet. Til grunn for anslaget ligger både behovet for omfattende heldøgns omsorg og pleie i befolkningen 80 år og eldre, bl.a. basert på Romørens undersøkelse, og at det vil være personer under 80 år med omfattende behov for pleie- og omsorg i egnet bolig. Videre er det tatt med i vurderingen et visst behov for korttidsopphold, samt at en viss fortsatt reduksjon i liggetiden på sykehus og økning i enpersonhushold isolert sett vil kreve noen flere plasser med heldøgns pleie og omsorg.

Samlet dekningsgrad for *syke- og aldershjem samt andre boformer med heldøgns pleie* var 24,9 pst. i 1995, dvs. omtrent som det anslåtte behovet.

Anslaget som her er gjort forutsetter godt utbygde hjemmetjenester og rimelig tilgang på tilrettelagte boliger. På grunnlag av undersøkelser av udekkede behov blant eldre, kan det konkluderes med at hjemmetjenestene bør styrkes utover det økningen i antall eldre tilsier.

4 Utviklingen i eldreomsorgens tjenester: Innhold og omfang

4.1 TREKK VED UTVIKLINGEN AV ELDREOMSORGENS INNHOLD

Pleie- og omsorgstjenestene utgjør i dag en stor andel av kommunal sektor. Om lag en fjerdedel av de kommunale utgiftene går til disse tjenestene. Virksomheten skal møte behovene til alle aldersgrupper, men den klart største delen er tjenester til eldre.

De viktigste tjenestene har tradisjonelt vært hjemmehjelp og hjemmesykepleie, aldershjem og sykehjem. I tillegg ble det i mange kommuner bygd trygdeboliger eller aldersboliger, som i utgangspunktet kun var en vanlig (liten) bolig uten tjenester tilknyttet. Dette har vært rimelig klare begreper, og man har opplevd tiltakene som kvalitativt ulike tjenester. Hjemmehjelp handlet om praktisk hjelp i hjemmet, mens hjemmesykepleie var et medisinsk pleietilbud. Aldershjemmene var opprinnelig et tilbud til eldre som strengt tatt var noenlunde selvhjulpne, men som ønsket eller kunne ha behov for å leve i en felleshusholdning. Sykehjemmene har alltid vært definert som et medisinsk tilbud for pleietrengende som ikke trengte opphold i sykehus eller sykestue.

Disse skillene er imidlertid ikke like meningsfylte i dag. Hjemmehjelpen og hjemmesykepleien er integrert i de aller fleste av landets kommuner, og man bruker gjerne betegnelsen hjemmetjenesten. Det er lenge siden beboerne i aldershjem var «selvhjulpne». I mange kommuner oppleves det som et problem at beboerne her er like pleie- og omsorgstrengende som i sykehjemmene fordi aldershjemmene ikke er rustet for dette.

Tjenestetilbudet har etter hvert også blitt utvidet og mer differensiert. Innholdet i hjemmetjenestene er et annet enn for få år siden. Det har vært vekst i antall årsverk i hjemmesykepleien (jf. pkt. 4.2) og en pleiefaglig styrking av hjemmetjenestene. Videre er det et økende antall kommuner som har innført døgntjeneste, 312 av 490 kommuner og bydeler i 1995. Dette innebærer at personer med relativt omfattende behov for hjelp lettere kan fortsette å bo i eget hjem. Antall kommuner med døgntjeneste ventes å øke som følge av at det fra 1996 er innført et eget døgntjenestetilskudd til kommunene. Flere kommuner har også mer bevisst enn tidligere satset på rehabilitering overfor eldre, både innen- og utenfor institusjon.

Mange kommuner har arbeidet for å forbedre organisasjon og arbeidsformer innen tjenestene, og det er drevet et aktivt effektiviseringsarbeid. Flertallet av kommunene har integrert hjemmehjelpen og hjemmesykepleien i en organisasjon. Distriktsinndeling innen kommunene er blitt vanlig, noe som muliggjør en bedre oversikt over problemer og behov. Den økte geografiske nærhet mellom tjenesteyterne og brukerne bidrar til økt trygghet. Flere kommuner har også gjennomført eller påbegynt integrering av alt personellet, enten de arbeider i hjemmetjenestene eller institusjonene. Hjemmehjelpen er kvalitativt styrket på flere måter. Bare for få år siden var de fleste hjemmehjelpere timeansatte og arbeidet i praksis alene, uten veiledning eller annen regelmessig kontakt med de øvrige tjenestene. I dag har de fleste fast ansettelse og arbeidet er i økende grad organisert i grupper. Også opplæringen av hjemmehjelpere er blitt betydelig bedret.

Videre omfatter hjemmetjenestene i dag langt mer enn sykepleie og praktisk hjelp i hjemmet. Ambulerende vaktmestere supplerer hjemmehjelpstjenesten, og utfører ymse tjenester som det tidligere kunne være vanskelig å få leiet hjelp til. Matombringing, ofte i regi av eldresentre og utført av frivillige, innebærer en avlastning i hjemmehjelpsarbeidet. Ett av de nyeste tiltakene er at kommunene er pliktige til å ha en ordning med avlastning og omsorgslønn til pårørende som har en særlig tyngende omsorgsbyrde. Avlastning kan gis i form av dagsenteropphold, korttidsopphold i sykehjem eller hjelp i brukerens hjem.

Eldresentrene er et tilbud til alle hjemmeboende eldre innen senterets distrikt. Her kan eldre ta del i ulike aktiviteter, arbeide som frivillig, treffe andre, motta hår- og fotpleie, og i mange tilfelle også kunne få sosialrådgivning. Sentrene representerer et viktig forebyggende tiltak, særlig med tanke på å bringe eldre ut av sosial isolasjon og ensomhet, jf. omtale i boks 5.3. Antallet sentre har vokst jevnt, bl.a. som en følge av at mange kommuner som bygger eldreboliger eller omsorgsboliger ofte knytter et eldresenter til boliganleggene. I dag er det nærmere 350 eldresentre, i første rekke lokalisert til byer og tettsteder. Minst 350 000 eldre bor i en kommune med eldresenter. Dette tiltaket er samtidig et godt eksempel på samarbeid mellom kommunene og frivillige organisasjoner. I likhet med mange andre tiltak i eldreomsorgen ble eldresentrene først etablert av frivillige organisasjoner. Fortsatt drives halvparten av sentrene av organisasjoner, men med driftstilskudd fra kommunene.

I de seneste årene er det med statlig støtte også etablert i underkant av 150 frivillighetssentraler, som dels yter tjenester til eldre, men som også representerer en mulighet for egen aktivitet som frivillig for mange eldre.

Institusjonene har utviklet et mer differensiert tilbud. Skjermete enheter for aldersdemente finnes i

de fleste kommunene. Mange tilbyr dagopphold, dels som avlastning og dels som ledd i rehabilitering eller opptrening. Korttidsopphold anvendes til ulike formål; avlastning, rehabilitering og overgangspleie etter sykehusbehandling. De tradisjonelle institusjonene har fortsatt en sentral rolle i eldreomsorgen. Samtidig har vi fått nye botilbud og boformer som har bidratt til å øke mangfoldet i den kommunale eldreomsorgen. Vi har fått alderspensjonat, serviceboliger og bofellesskap. Betegnelsene som nyttes er mange. Fra 1994 har omsorgsboliger blitt et nytt botilbud, nær beslektet med serviceboliger. Omsorgsboligene skiller seg fra serviceboligene ved at det er et krav om etablering av døgntjeneste i den kommunale hjemmetjenesten, og ved at det er en egen tilskuddsordning for slike boliger, jf. omtale i boks 5.1. Det viktige i denne sammenheng er viljen til å satse på boligtilbud og økt differensiering.

Ved siden av det offentlige engasjementet i eldreomsorgen, ser vi også tegn på at private aktører kan være på vei inn i noe større grad enn tidligere, jf. 7.7 og 7.8. Dette gjelder i første rekke på boligsiden, hvor bl.a boligkooperasjonen i økende grad står for utbygging og forvaltning av trygdeboliger og omsorgsboliger. Eldres boligspareklubber har dessuten bidratt på samme område. Enkelte kommuner har etterhvert engasjert private aktører også i selve tjenesteutførelsen.

4.2 UTVIKLINGEN I TJENESTENES OMFANG

Når utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene skal beskrives, er det ut fra måten statistikken i dag er utformet på, ikke mulig å skille ut hva som spesifikt går til eldre sett i forhold til andre målgrupper for pleie- og omsorgstjenestene. I praksis må derfor tjenestene beskrives under ett. Samtidig er det nødvendig å relatere den tallmessige utviklingen av tjenestene til et uttrykk for endringer i behovene. Dette gjøres ved å vise innsatsen i de ulike deltjenestene pr. 100 personer 80 år og eldre.

Ressursbruk

Tabell 4.1 viser utgiftsutviklingen for pleie- og omsorgstjenestene samlet fra 1988 til 1995 målt i 1995-kroner.

Tabell 4.1 Kommunenes utgifter til drift av pleie- og omsorgstjenester 1988 - 1995. Milliarder 1995-kroner (justert med prisindeks for kommunalt konsum). Vekst i prosent fra året før

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Mrd. kroner	18,82	19,16	19,58	24,17	25,48	25,69	26,09	26,95
Vekst fra året før i prosent		1,8	2,2	23,4	5,4	0,8	1,6	3,3

Kilde: Sosial- og helsedepartementets utgiftsdatabase.

Tallene før 1991 er ikke uten videre sammenlignbare med de senere år. Dette skyldes reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, som innebar at primæransvaret for alle psykisk utviklingshemmede ble lagt til kommunene i dette året og midlene som ble brukt i det fylkeskommunale HVPU ble overført til kommunene. Vi ser at det hele tiden har vært en reell vekst i midlene til pleie- og omsorg. Veksten er riktig nok ikke stor i de siste årene, og tatt i betraktning ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, er det en rimelig tolkning av tallene at ressursinnsatsen i forhold til eldre har vært forholdsvis stabil i perioden.

Tabell 4.2 viser utgiftene pr. person over henholdsvis 67 og 80 år. Relateres utgiftene til gruppen over 67 år, har det vært en liten vekst i hele perioden. Men ser vi på utgiftene i forhold til befolkningen over 80 år var det nedgang fra 1992 til 1994. I 1995 steg utgiftene pr. person 80 år og eldre til et noe høyere nivå sammenlignet med 1992. Bildet kompliseres imidlertid av at det i alle årene etter 1991 har vært øremerkete tilskudd til tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming, og i 1995 også til styrking av kommunenes innsats overfor mennesker med psykiske lidelser. Fra 1994 til 1995 var det en økning i de øremerkede tilskuddene til disse brukergruppene på i alt 430 mill kroner. Dette tilsvarer ca. 2 400 kroner pr. innbygger over 80 år.

Tabell 4.2 Kommunenes utgifter til drift av pleie- og omsorgstjenester 1988 - 1995. Tusen 1995-kroner pr.innbygger over hhv. 67 og 80 år (justert med prisindeks for kommunalt konsum)

	1988	1989	1990	1991[1])	1992	1993	1994	1995
67 år+	31,5	31,6	32,0	39,2	41,1	41,4	42,0	43,4
80 år +	123,6	122,6	122,8	148,0	152,3	151,4	150,4	152,7

Kilde: Sosial- og helsedepartementet.
[1]) Den store økningen fra 1990 til 1991 skyldes i hovedsak ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Hjemmetjenestene

Kapasiteten i hjemmetjenestene (hjemmehjelp, hjemmesykepleie m.v.) uttrykkes best i antall timeverk eller årsverk, fortrinnsvis skilt mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Fram til 1992 er det sammenlignbare tall for utviklingen av hjemmehjelpen og hjemmesykepleien. Fra 1988 til 1992 økte antallet timeverk i året pr. person 80 år og eldre i hjemmesykepleien med knapt 13 timer. I samme periode sank imidlertid den årlige timeverksinnsatsen i hjemmehjelpen med nesten 24 timer. Netto reduksjon i hjemmetjenestene var m.a.o. nesten 11 timer pr. person 80 år og eldre. I disse tallene er økningen i årsverk fra 1991 til 1992 som skyldtes ansvarsreformen trukket fra.

Fra 1991 til 1993 var det vekst i antall årsverk i hjemmetjenestene, vel 10.000 nye årsverk i alt. I følge anslag fra SSB var 6.000 nye årsverk fra 1991 til 1992 en følge av ansvarsreformen. Etter 1992 er det ikke utarbeidet tilsvarende anslag for hvor stor del av årsverkene som er knyttet til psykisk utviklingshemmede, men det er overveiende sannsynlig at det meste av tilveksten fra 1991 til 1993 var en følge av reformen.

I 1993 ble det utført 30.000 årsverk i hjemmetjenestene, eller 177 årsverk pr. 1000 innbyggere over 80 år. Fra 1994 skiller ikke personellstatistikken mellom hjemmetjenester og institusjoner. Det samlete antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene har imidlertid steget lite etter 1993, og dekningsgraden har sunket fra 409 i 1993 til 400 årsverk pr. 1000 personer 80 år og eldre i 1995. I samme periode har det vært nedgang i tallet på institusjonsplasser, og det kan antas at dette er fulgt av en viss nedgang i antall årsverk i institusjonene. Når en tar hensyn til dette, anslås årsverksinnsatsen i hjemmetjenestene å ha økt med ca. 1 500 fra 1993 til 1995. I denne perioden ble det gitt øremerkede tilskudd til styrking av tilbudet for personer med psykiske lidelser og personer med psykisk utviklingshemming på til sammen 430 millioner kroner. Det antas at økningen i årsverk fra 1993 til 1995 for en stor del kan føres tilbake til disse brukergruppene.

Etter 1992 har vi opplysninger om antall mottakere av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i ulike aldersgrupper. Fram til 1995 sank andelen 80 år og eldre som mottok disse hjemmetjenestene fra 40 til 37 pst., dvs. en nedgang på 3 prosentpoeng. En nedgang i antall brukere kan skyldes flere forhold, som at kommunene har valgt å konsentrere innsatsen til færre personer, dvs. personer med større behov. Men det kan også være et uttrykk for at kapasiteten faktisk har gått ned.

Det er i dag ingen statistikk som viser volumet av avlastningstiltak, og det er derfor ikke mulig å si noe om hvilket omfang avlastningstjenestene har. Tjenestene er imidlertid inkludert i den generelle statistikken over institusjoner og hjemmetjenester, og kommer derfor ikke som noe tillegg til disse. Fra og med 1996 blir opplysninger om avlastningstiltak tatt med i statistikken. Bruken av omsorgslønn er analysert i en fersk undersøkelse (Løwe, 1997). Her anslås at til sammen 3500 personer mottok omsorgslønn i 1996. Dette tilsvarte om lag 1000 årsverk, og kommunenes utgifter ble anslått til ca. 140 millioner kroner.

Institusjonene

Tabell 4.3 viser utviklingen i antall plasser i alders- og sykehjem fra 1980 til 1995, mens tabell 4.4 viser utviklingen i dekningsgrader i forhold til befolkningen 80 år og eldre.

Tabell 4.3 Utvikling i plasser i aldersinsitusjoner 1980-95

	1980	1985	1988	1992	1993	1994	1995
Sykehjem	26 709	29 532	30 485	31 822	32 127	32 329	32 806
Aldershjem m.v.	14 042	16 075	16 967	14 008	13 640	12 612	11 122
I alt	40 751	45 607	47 812	45 890	45 767	44 941	43 928

Kilde: SSB

Tabell 4.4 Dekningsgrad for alders- og sykehjem pr. 100 personer 80 år og eldre. 1980 - 1995

	1980	1985	1988	1992	1993	1994	1995
Sykehjem	22,8	21,3	20,4	19,1	18,9	18,6	18,5
Aldershjem m.v.	11,9	11,6	11,4	8,4	8,0	7,3	6,4
I alt	34,7	32,9	31,8	27,4	27,0	25,9	24,9

Kilde: SSB

Vi ser at i løpet av 1980-årene, fram til 1988, økte antall plasser i alders- og sykehjem med vel 7 000 plasser (tabell 4.3). Likevel sank dekningsgraden noe, som følge av veksten i antall eldre (tabell 4.4). Etter 1988 har også det absolutte tallet på institusjonsplasser gått ned. Dekningsgraden har de siste ti årene derfor sunket med 8 prosentpoeng, fra 32,9 pst. i 1985 til 24,9 pst. i 1995, målt i forhold til antall personer 80 år og eldre.

Tallet på aldershjemsplasser er gått ned. Dette kan ha å gjøre med at boligstandarden i Norge har økt betraktelig de senere årene (Bull og Christophersen, 1997), og at eldre ikke lenger har behov for et boligtilbud tilsvarende det aldershjemmene tradisjonelt har kunnet gi. Den bygningsmessige standarden er ofte betydelig dårligere ved aldershjemmene enn ved sykehjemmene.

Nedgangen i institusjonsdekningen har følgelig vært sterk. Hvordan dette skal tolkes er imidlertid ikke helt opplagt. Det kan på den ene siden hevdes at disse tallene viser at situasjonen i eldreomsorgen er bekymringsfull. På den annen side var hjemmesykepleien tidligere dårligere utbygd, og enkelte ble trolig tildelt plass i institusjon før de var sterkt pleietrengende. Det kan derfor tolkes som at institusjonsdekningen var for høy i begynnelsen av 1980-årene, og at dagens dekning er mer i samsvar med det reelle behovet. Veksten i hjemmesykepleien kan ha bidratt til at hjemmetjenestene er blitt bedre i stand til å yte nødvendig pleie og omsorg i den eldres eget hjem. Likevel er det en realitet at en del kommuner har ventelister, i form av personer som kvalifiserer til sykehjemsplass uten at de får slik plass. Man har ikke gode tall for hvor mange dette reelt sett kan dreie seg om. Mange av dem som står i sykehjemskø mottar i mellomtiden tjenester fra hjemmetjenestene, og mange søker om plass i institusjon lenge før de er reelt hjelpetrengende.

Ved utgangen av 1995 var det fortsatt nesten 7 000 tosengsrom og i underkant av 200 flersengsrom i institusjonene, jf. tabell 4.5. Dette innebærer at i underkant av 15 000 beboere må dele rom med andre. Antallet tosengsrom har gått ned med 800 siden 1992, mens tallet på flersengsrom har sunket med vel 100. Andelen ensengsrom har økt med 1,5 prosentpoeng fra 1992 til 1995.

Tabell 4.5 Antall tosengs- og flersengsrom i institusjoner, 1992 - 1995

	1992	1993	1994	1995
Ensengsrom	30 997	30 600	30 475	30 175
Tosengsrom	7 726	7 590	7 257	6 925
Flersengsrom	299	264	234	186
Rom i alt	39 022	38 454	37 966	37 286

Kilde: SSB

Særskilte tiltak for aldersdemente

En undersøkelse blant alle landets kommuner som Informasjonsbanken om aldersdemens ved Granli senter i Vestfold har gjennomført i 1996, gir for første gang en oversikt over særlige botilbud for aldersdemente. Svarene viser at vel 70 pst. av kommunene har skjermede enheter for aldersdemente i ett eller flere av sine sykehjem. Om lag 14 pst. av plassene ved sykehjemmene er i slike enheter. I tillegg er det knapt 400 plasser i bofellesskap for aldersdemente, fordelt på 50 anlegg. I underkant av 200 omsorgsboliger var spesielt innrettet på aldersdemente. I betraktning av at opp til 70 pst. av beboerne i sykehjem karakteriseres som aldersdemente i varierende grad, kan tallet på tilrettelagte tilbud fortsatt sies å være lavt. Samtidig er det grunn til å understreke at disse tallene reflekterer en utvikling som i første rekke har pågått i de senere årene, og på den bakgrunn kan det hevdes at vi er inne i en gunstig utvikling. Også for hjemmeboende aldersdemente og deres pårørende er det kommet nye tilbud de senere årene, uten at vi kan tallfeste omfanget. Dette gjelder både dagsentervirksomhet og støttegrupper for pårørende.

Boligtiltak

Fra midten av 1980-tallet har det vært vekst i antallet alders- og trygdeboliger. Betegnelsene servicebolig, bofellesskap og senere omsorgsbolig indikerer for øvrig at de senere års tilvekst rommer noe mer enn et rent botilbud. Det nye boligtilbudet er i større grad enn de tradisjonelle trygdeboligene rettet inn på å skulle fungere som alternativ til institusjon. I denne sammenheng er det interessant å merke seg at om lag 270 kommuner har fått tilsagn om tilskudd til bygging av 5.500 omsorgsboliger i løpet av de tre årene Husbankens ordning med særskilt oppstartingstilskudd har vært i funksjon.

Tabell 4.6 Beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede

	1991	1994	1995
Under 67	4367	9013	9493
67-79	12852	8437	9038
80+	11072	12112	12893
Alder uoppg.		698	682
Totalt	28291	30260	32106

Kilde: SSB

Personellsituasjon

Hovedtyngden av personellet i pleie- og omsorgssektoren består av sykepleiere, hjelpepleiere samt hjemmehjelpere/pleieassistenter og gruppen «andre i brukerrettet tjeneste». Det finnes ikke tilgjengelig, sammenlignbar statistikk over utviklingen av de ulike personellgruppene over tid. Nedenfor presenteres derfor tall for 1994 og 1995.

Tabell 4.7 Årsverkene fordelt på yrkesgrupper

	Psyk. syke-pl	Ger. syke-pl	Andre syke-pl	Hjelpe-pleiere	Ergo-terap.	Verne-pleiere	Hjem-mehjelp, pleieass.	Om-sorgs-arb.	Annet p. i bruker rettet tj.	Annet p. i adm., ledelse	I alt
1994	416	283	10 665	23 406	462	1 443	15 620		10 664	3 431	68 331
1995	543	398	11 977	24 956	455	1 661	10 223	283	16 954	2 346	69 795

Kilde: SSB

Ufaglærte utgjør en stor andel av årsverkene i pleie- og omsorgstjenestene. Nøyaktig hvor stor andel framgår ikke klart av personellstatistikken. Ufaglærte er registrert under kategoriene hjemmehjelp/pleieassistenter og annet personell i brukerrettet tjeneste. I kategorien annet personell i brukerrettet tjeneste er det imidlertid også registrert noe personell med fagutdanning. I og med at statistikken skiller ut sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og ergoterapeuter, er det imidlertid rimelig å anta at de ufaglærte utgjør størsteparten av årsverkene registrert som annet i brukerrettet tjeneste. Det innebærer at ufaglærte utgjør mer enn en tredjedel av årsverkene i pleie- og omsorgstjenestene, eller mellom 25 000 og 27.000 årsverk.

Mye av personellet i pleie- og omsorgssektoren arbeider deltid. Bare 14 pst. av hjemmehjelperne/pleieassistentene og 18 pst. av personellet betegnet som «annet i brukerrettet tjeneste» arbeider full tid (1995). I alt var det ca. 60 000 personer som tilsammen utførte 27 000 årsverk i disse gruppene. Antallet personer er mao. betydelig høyere enn antallet årsverk. Blant hjelpepleierne arbeider 77 pst. deltid.

4.3 KOMMUNALE FORSKJELLER

4.3.1 Forskjeller mellom kommunene i tjenestetilbudet

Bak de nasjonale gjennomsnittstallene ligger det store forskjeller mellom kommunene. Ulikhetene gjelder bl.a utgifter til pleie- og omsorgstjenester, institusjons- og boligdekning og personellinnsats. Tallene som presenteres nedenfor er hentet fra «Styrings- og informasjonshjulet» og gjelder 1995. Selv om forskjellene mellom de kommunene som har lavest og høyest innsats er store, er det grunn til å understreke at flertallet av kommunene fordeler seg noenlunde jevnt rundt gjennomsnittet.

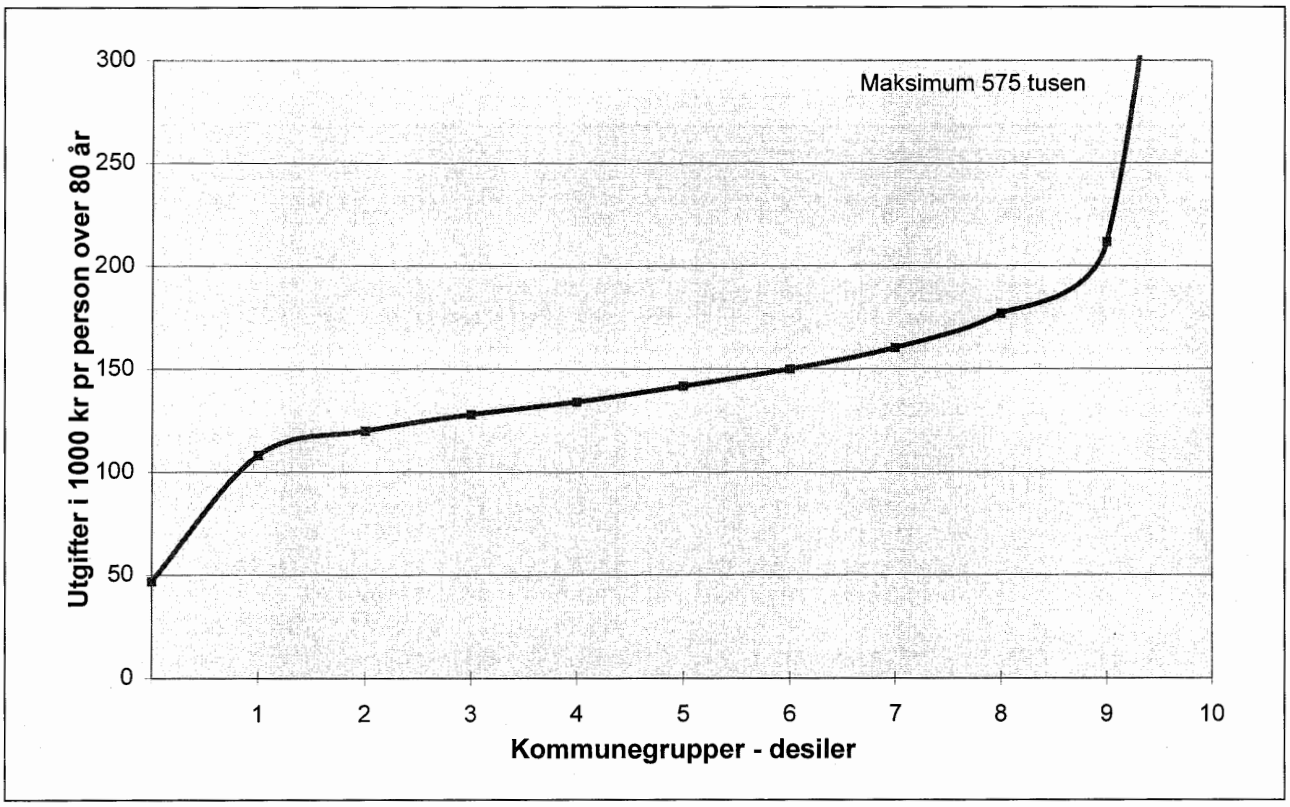
Ressursinnsats pr. innbygger 80 år og eldre

I 1995 var kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester gjennomsnittlig 154 500 kroner pr. innbygger 80 år og over. Medianverdien, dvs. utgiftene i den kommunen som ligger «midt på treet», var 141 600 kroner.

Figur 4.1 viser variasjoner i kommunenes utgifter til pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over basert på statistikk for 1995. I figuren er kommunene gruppert i desiler, dvs. i grupper som hver utgjør 10 pst. av det samlete antall kommuner, og gruppert etter økende nivå på utgiftene til pleie og omsorg. Endepunktene i hver desil er markert med et punkt på kurven. Det framgår av figuren at de 10 pst. av kommunene som brukte minst til pleie og omsorg i 1995 (1. desil), anvendte under 107.000 kroner pr. person 80 år og eldre. De 10 pst. som brukte mest (10. desil) brukte over 207.000 kroner, med 571.000 kroner som absolutt høyeste forbruk pr. innbygger 80 år og over. De kommunene som har høyest forbruk brukte dermed dobbelt så mye som de som brukte minst.

30 pst. av kommunene brukte mindre enn 127 000 kroner til pleie- og omsorgstjenester pr. innbygger 80 år og over, mens 30 pst. av kommunene brukte mer enn 177 000 kroner, dvs. en forskjell på 50 000 kroner eller knapt 40 pst. Ca. 23 pst. av de eldre over 80 år bor i den førstnevnte gruppen av kommuner, mens ca. 11 pst. bor i den sistnevnte gruppen av kommuner.

Disse variasjonene kan delvis ha sin årsak i ulike behov utover det som kan forklares med antall innbyggere over 80 år, som f.eks. stort antall aleneboende eldre, kostnadsforskjeller i tjenesteproduksjonen som kommunene selv ikke kan påvirke (f.eks. arbeidsgiveravgift, bosettingsmønster mv.) og høyt utgiftsbehov knyttet til andre målgrupper for pleie- og omsorgstjenesten (personer med psykisk utviklingshemming, yngre uføre, personer med psykiske lidelser). En finner da også at de såkalte vertskommunene i forbindelse med ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming (33 kommuner i alt) er klart overrepresentert i de høyeste desilgruppene. Det er imidlertid på det rene at disse forholdene som her er nevnt samlet sett ikke forklarer hele variasjonen i kommunal ressursbruk, og at det gjenstår en betydelig variasjon som bl.a. har sin årsak i ulikt inntektsnivå og kommunale prioriteringer.



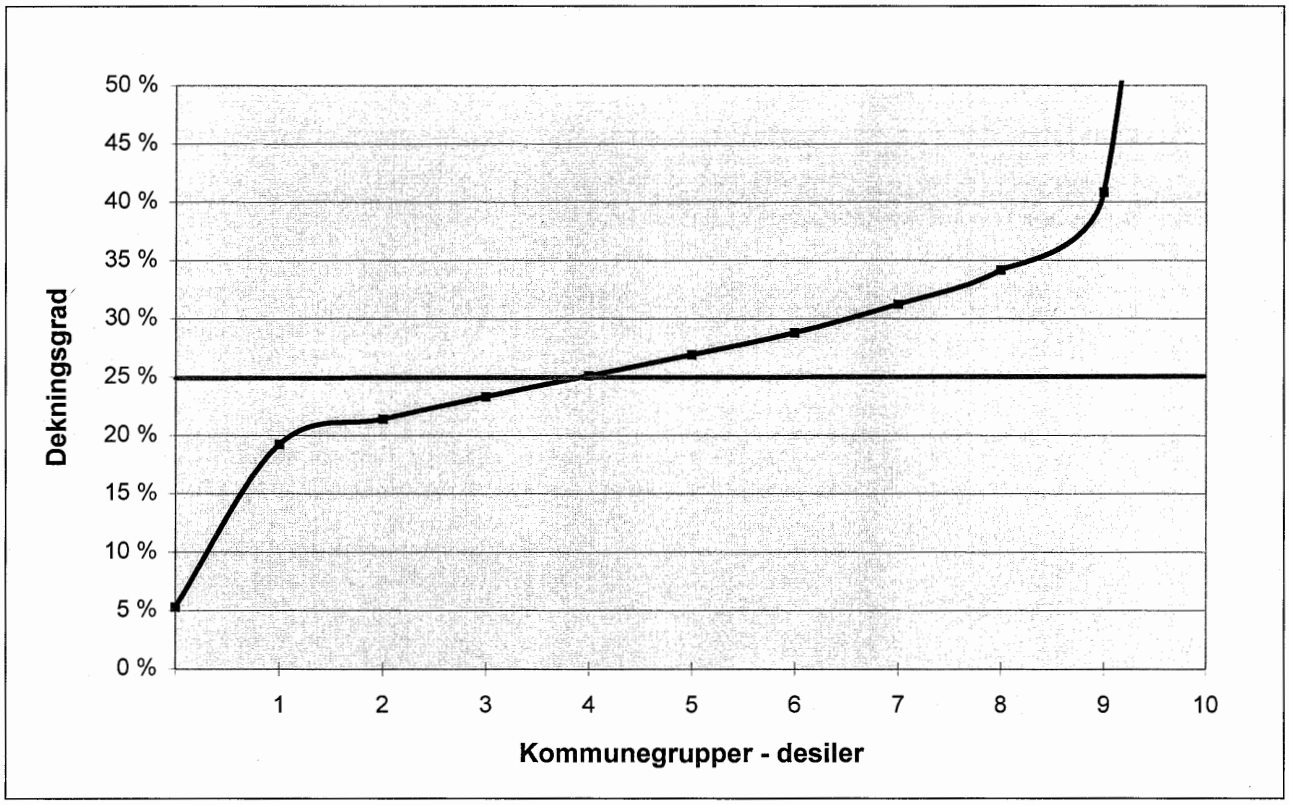
Figur 4.1 Kommunale variasjoner i utgifter til pleie- og omsorg pr innbygger 80 år og over. 1995
Kilde: Sosial- og helsedepartementet

Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene samlet pr. innbygger 80 år og eldre

Kommunene som hadde lavest dekning hadde under 0.3 årsverk pr. person 80 år og over. De med høyest dekning hadde over 0.64 årsverk pr. innbygger i den aktuelle aldersgruppen. Landsgjennomsnittet var 0,40 årsverk pr. eldre 80 år og over.

Institusjonsdekning pr. 100 innbyggere 80 år og over

Figur 4.2 viser antall plasser i aldersinstitusjoner i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre. Også i denne figuren er kommunene gruppert i grupper på 10 pst. av totalt antall kommuner, men nå etter stigende dekningsgrad. Endepunktene for hver desil er markert med et punkt på kurven. Gjennomsnittlig institusjonsdekning i 1995 i forhold til aldersgruppen 80 år og over var ca. 25 pst. Det framgår av figuren at 40 pst. av kommunene hadde en dekningsgrad som var lavere enn dette. 53 pst. av personer i aldersgruppen 80 år og eldre bor for øvrig i disse kommunene. De 20 pst. av kommunene som hadde den laveste institusjonsdekningen, hadde en dekningsgrad mindre enn 21 pst. De 20 pst. av kommunene med høyest dekningsgrad hadde institusjonsplasser til over 34 pst. av personer i aldersgruppen over 80 år.



Figur 4.2: Institusjonsdekning i forhold til innbyggere 80 år og over. 1995
Kilde: Sosial- og helsedepartementet

4.3.2 Årsaker til de kommunale forskjellene

Norsk Institutt for by og regionforskning (NIBR) ble i desember 1996 gitt i oppdrag å analysere de kommunale forskjellene og hvilke faktorer som kan forklare disse. Undersøkelsen (Hagen 1997) viser at de variablene som i størst grad forklarer ulikhetene i kommunenes samlete ressursinnsats til omsorgstjenester, er kommunenes frie inntekter, andel eldre over 80 år og nivået på de øremerkede tilskuddene til tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming. Disse variablene sammen med andel aleneboende over 67 år, forklarer ca. 80 pst. av forskjellene i kommunenes utgifter til pleie- og omsorgsformål. De uforklarte variasjonene må antas bl.a. å ha sammenheng med ulik kommunal prioritering, men ulikheter i kostnader og effektivitet kan eventuelt også ha betydning.

Levealder er den av forklaringsfaktorene som har den største forklaringskraften utover de ovennevnte variablene. Dette indikerer at i kommuner med lavere levealder enn landsgjennomsnittet inntreffer behovet for pleie- og omsorgstjenester tidligere og at kriteriet antall innbyggere over 80 år derfor ikke fullt ut fanger opp behovene i disse kommunene. Effekter av andel uføre og spesielt tilskudd i forbindelse med reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, viser at pleie- og omsorgstjenestene i høy grad også benyttes av andre enn eldre.

Ikke overraskende er det de kommunene som har sterkest vekst i antall eldre som har størst vansker med å bygge ut tjenestene i samsvar med endringene i behovene.

Sammenheng mellom utbygging av omsorgstjenestene og forbruk av sykehustjenester

Det er klar negativ sammenheng mellom på den ene siden kommunenes satsing på omsorgstjenestene generelt og dekningsgrad i institusjon spesielt, og forbruket av liggedager i sykehus. Jo færre sykehjemsplasser desto flere liggedøgn i sykehus. Dette kan skyldes at sykehusene lettere skriver ut pasienter hvis kommunen har kapasitet i pleie- og omsorgstjenestene til å ta i mot såkalt utskrivningsklare pasienter.

Fordeling mellom hjemmetjenester og institusjoner

Når det gjelder sammensetningen av tjenestene kunne en kanskje forvente at kommuner med lav institusjonssatsing hadde høy dekning i hjemmetjenestene og eventuelt omvendt for kommuner med lav institusjonsdekning. Analysen har ikke avdekket noen slik generell sammenheng mellom dekningsgradene for hhv. hjemmetjenester og institusjon.

Hvilke kommuner bruker mest ressurser på tjenestene

De kommunene som anvender mest penger til pleie- og omsorgstjenestene er gjennomgående kommuner med høye inntekter. Bl.a. er det flere kraftkommuner i denne gruppen. Det er også mange kommuner i Finnmark som har høy ressursinnsats i forhold til antallet svært gamle. Ved siden av at også disse kommunene har høye inntekter, kan det her tenkes at «behovsindikatoren», antall personer 80 år og eldre, ikke er helt treffende for kommunene i Finnmark. Kortere levealder enn resten av landet innebærer at andelen over 80 år blir lavere og muligens at behovet for omsorgstjenester inntrer tidligere enn i andre deler av landet.

4.4 KONKLUSJONER

En enkel sammenfatning av status og utviklingstrekk i eldreomsorgen er at vi står overfor to ulike utviklingstrekk.

For det første har det vært nedgang i de tradisjonelle tjenestenes kapasitet sett i forhold antall personer 80 år og eldre. Det er grunn til å anta at tjenestetilbudet dermed ikke har holdt tritt med den reelle behovsutviklingen. Dette gjelder både institusjonene og hjemmetjenestene.

For institusjonenes del er det også et klart behov for standardheving. Fortsatt er det nærmere 15 000 personer som må dele rom. Samtidig er både den bygningsmessige standarden og personelldekningen i aldershjemmene for lav.

Den andre tendensen er at kommunene har arbeidet mye med å utvikle innholdet, organiseringen, effektiviteten og fleksibiliteten i tjenestene. Økt satsing på boformer som alternativ til institusjon, døgntjeneste, tilbud til aldersdemente og utvikling av en mer helhetlig og integrert tjeneste er her viktige stikkord.

Mellom kommunene er det til dels store forskjeller, både i hvor store ressurser de anvender på eldreomsorgen, og i utbyggingen av de ulike delene av eldreomsorgen. Den variabel som i størst grad bidrar til å forklare ulikhetene er kommunenes inntekter.

5 Utformingen av tjenestene framover

Kommunene har ansvaret for å planlegge, utforme og bygge ut et pleie- og omsorgstilbud i samsvar med de overordnede målene. Utforming av en helhetlig og fleksibel pleie- og omsorgstjeneste som tar hensyn til brukernes ulike behov, er en hovedforutsetning for å lykkes. For å få dette til må kommunene etablere en tiltakskjede dimensjonert og organisert både for å dekke eldres behov for heldøgns pleie og omsorg og med tanke på at det vil bli et betydelig antall eldre med behov for mindre bistand. Det er videre viktig at pleie- og omsorgstjenestene sikrer et godt samarbeid med øvrig virksomhet i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Pleie- og omsorgstjenestene vil i framtida ytes i tre ulike boformer:

- Tjenester i ordinære boliger, for brukere som ikke har behov for tilrettelagte boliger og som kan fungere i en vanlig bolig med tilpassede hjemmetjenester. Det er viktig å kunne tilpasse tjenestene til endringer i behov slik at pleietrengende kan bli boende i sitt eget hjem så lenge de ønsker det og det er praktisk mulig. Boligens utforming, standard og beliggenhet vil imidlertid sette grenser for type og omfang av tjenester.
- Tjenester i omsorgsboliger. Disse boligene er bygningsmessig tilpasset slik at brukerne kan bli boende selv med omfattende pleie- og omsorgsbehov. Det er en forutsetning at det kan tilbys heldøgns hjemmetjenester og at tjenestene kan tilpasses endringer i behov.
- Tjenester i lovregulerte boliger med heldøgns pleie og omsorg (sykehjem).

5.1 HVORDAN BØR TJENESTESAMMENSETNINGEN VÆRE?

Målet for Regjeringens politikk er å utforme det framtidige omsorgstilbud slik at den enkelte så langt som mulig skal ha en reell mulighet til å velge å bo hjemme eller få et tilpasset botilbud selv om funksjonsevnen er redusert. Undersøkelser viser at målsettingen er i tråd med eldres ønsker (Dahl, E. og Vogt, P. 1996, Kaasa, K. og Brænn, A.S. 1996). Ved valg av tjenesteløsning er det viktig at både brukernes og pårørendes synspunkter så langt som mulig tas med i vurderingen. Om slike ønsker og synspunkter av faglige eller økonomiske grunner ikke tas til følge, er det vesentlig at brukerne og deres pårørende blir orientert om årsaken til dette.

For å gi brukerne en valgmulighet er det viktig at kommunene gir tilbud om heldøgns hjemmetjenester i brukerens egen bolig. Pleie- og omsorgstjenestene bør utformes slik at tilbudet kan økes når pleie- og omsorgsbehovet øker, og slik at den enkelte bruker sikres et tilbud som i størst mulig grad er tilpasset behovet. Samtidig skal brukerne ha trygghet for at de vil få et tilfredstillende pleie- og omsorgstilbud når det ikke lenger oppleves som trygt å bo i den gamle boligen, og der dette heller ikke er forsvarlig eller hensiktsmessig sett fra hjelpeapparatets side. I utbyggingen av tilbudet framover er det viktig å understreke betydningen av at kommunene velger bygningsmessige løsninger som åpner for fleksibel utnyttelse ettersom behovene endrer seg. Økt satsing på omsorgsboliger kombinert med et godt utbygd tilbud av hjemmetjenester på heldøgns basis, kan bidra til dette. Samtidig vil det flere steder være behov for å bygge ut tilbudet av lovregulerte boliger (sykehjem o.l.) for å gi et godt tilbud til de med størst pleiebehov og for å ivareta behovet for korttidsopphold til bl.a. avlastning og rehabilitering.

Siden utformingen av tjenestetilbudet i pleie- og omsorgstjenesten må tilpasses de lokale forhold og den enkelte brukers behov for tjenester, legger ikke Sosial- og helsedepartementet opp til å gi normer for hvor mange sykehjemsplasser eller lovregulerte boliger den enkelte kommune bør tilby. I kapittel 3 ble behovet for heldøgns pleie og omsorg på landsbasis anslått å tilsvare 25 pst. av antall eldre over 80 år under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester. Det vil imidlertid kunne være store kommunale variasjoner i behovet rundt dette gjenomsnittet. Behovet vil bl.a. være avhengig av kommunens geografi, hvilket tilbud kommunen har av hjemmetjenester, tilrettelagte boliger, befolkningens helse, og omfanget av familiebasert omsorg.

Eldre med moderat funksjonssvikt

Eldre mennesker med mindre omfattende behov, f.eks. bistand til praktiske gjøremål som handling, rengjøring, matlaging, o.l., vil ved hjelp av praktisk bistand (hjemmehjelp, e.l.) klare seg i sin egen bolig. Hjemmesykepleie skal sørge for at brukere som har behov for behandling og pleie får nødvendig oppfølging i eget hjem. For mange vil et tilbud om omsorgsbolig kunne bidra til å lette den praktiske hverdagen og skape trygghet for at man får den hjelp man trenger selv om behovene øker. Derfor kan omsorgsbolig også være nyttig for mennesker med moderat funksjonssvikt.

Eldre med omfattende funksjonssvikt

Mange eldre med omfattende funksjonssvikt har behov for pleie og omsorg hele døgnet. Funksjonssvikten kan være forårsaket av sykdommer som krever behandling og omfattende pleie, og/eller alvorlig aldersdemens. For mange brukere med svært omfat-

Boks 5.1 Pleie- og omsorgstjenester og boligtiltak for eldre

(1) Institusjoner (lovregulerte boliger)

– Sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie er en kommunal lovpålagt oppgave, jf. kommunehelsetjensteloven § 1-3. Dette er helseinstitusjoner som skal gi pasienten nødvendig behandling og pleie, opphold av lengre varighet og korttidsopphold. I praksis blir også betegnelser som bo- og behandlingssenter, bo- og servicesenter eller helsesenter brukt på disse boformene. Boformer etter kommunehelsetjenesteloven må tilfredstille reguleringene gitt i forskrift om sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.

Av lov om statlig tilsyn § 2 følger det at fylkeslegen fører tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket. I dette ligger at fylkeslegen som statlig representant i fylket, fører tilsyn med sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie.

– Aldershjem og boliger med heldøgns omsorgstjenester er regulert i lov om sosiale tjenester, § 4-2 d. Dette er et tilbud som omfatter både bolig og omsorgstjenester og der omsorgstjenestene skal være tilgjengelig hele døgnet. Ut over dette er det ingen klart definerte oppgaver og heller ikke spesifiserte krav til personell, utstyr eller bygningsmessig utforming.

Etter lov om sosiale tjenester § 7-9 fører fylkesmannen tilsyn med institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i fylkeskommunens og kommunens planer.

(2) Hjemmetjenester

- Hjemmesykepleie (lov om helsetjenesten i kommunene, § 1-3, jf. forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste).
- Praktisk bistand, herunder hjemmehjelp (lov om sosiale tjenester, § 4-2 a og § 4-3).
- Avlastning for personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver (lov om sosiale tjenester, § 4-2 b).
- Støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer (lov om sosiale tjenester, § 4-2 c).
- Lønn til personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver (lov om sosiale tjenester, § 4-2 e).

Hverken fylkeslege eller fylkesmann har noen tilsynsmyndighet i menneskers egne hjem. Fylkeslegen skal riktig nok føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell, men fylkeslegen kan ikke føre tilsyn i private hjem uten samtykke fra beboeren evt. dennes verge eller hjelpeverge.

(3) Boligtiltak

Husbanken gir lån og tilskott til utbedring av private boliger slik at personer som får funksjonstap kan fortsette å bo hjemme. Kommunene disponerer i tillegg boliger for eldre som trygdeboliger, aldersboliger, serviceboliger og omsorgsboliger.

Siden 1994 er det gjennom Husbanken gitt tilskudd og lån til bygging av omsorgsboliger. For å få dette må boligen tilfredstille visse krav. Omsorgsboligene må bl.a. bygningsmessig være tilpasset rullestolbrukere og andre med behov for spesielt tilrettelagt bolig. Omsorgsboligen må også være tilrettelagt slik at det kan utføres pleieoppgaver i boligen. I tillegg skal det gjøres politisk vedtak om innføring av heldøgns hjemmetjeneste, hvis kommunen ikke allerede har gjort det. Omsorgsboligen er beboerens eget hjem. Det er ikke omsorgstjenester knyttet til boligen, men beboerne skal få tildelt pleie- og omsorgstjenester på linje med andre hjemmeboende etter behov, også når pleie- og omsorgsbehovet øker.

Bostøtte - gis til pensjonister med lave inntekter som bor i egne boliger, herunder også til beboere i omsorgsboliger.

tende behov for pleie- og omsorgstjenester vil ikke hjemmetjenester kombinert med tilrettelagt bolig alltid gi tilstrekkelig trygghet. I lovregulerte boliger etter kommunehelsetjenesteloven (sykehjem e.l.) er det et krav at det skal være personale tilstede hele tiden. Det er også et krav at legetjeneste og fysioterapitjeneste skal knyttes til virksomheten. I tillegg skal lovregulerte boliger være underlagt tilsyn, se boks 5.1. Tilsynsvirksomheten bidrar til å sikre at tjenestene ytes i henhold til fastsatte krav. Det er spesielt viktig å føre tilsyn med tjenester der tjenestemottakerene ikke selv er i stand til å hevde sine interesser. Disse forholdene tilsier at pleie- og omsorgstilbudet i en lovregulert bolig vil være hensiktsmessig for brukere med det mest omfattende behovet for pleie- og omsorg.

For å bedre tilsynsfunksjonen også i hjemmetjenestene (herunder tjenester i omsorgsboliger) har Sosial- og helsedepartementet gjennomført et prosjekt for å utrede og prøve ut bruk av internkontroll og tilsyn for å sikre overholdelse av krav gitt med hjemmel i sosialtjenesteloven. Departementet vil

følge opp erfaringene fra dette prosjektet gjennom endringer i lovverket, jf. omtale under 7.3.

Lovregulerte boliger etter kommunehelsetjenesteloven vil også i framtida ha en viktig plass i pleie- og omsorgstjenestene for eldre som har behov for langvarig pleie og omsorg, enten som følge av alvorlig demenstilstand eller behov for omfattende medisinsk pleie. Det er nødvendig å sikre at pleie- og omsorgstilbudet i de lovregulerte boligene får god kvalitet. Utformingen av boligdelen av tilbudet er viktig, og det må tas hensyn til at sykehjemmet for disse gruppene skal være beboerens hjem i en siste fase av livet. I dagens bygningsmasse er det mange eksempler på at bofunksjonen på sykehjemmene er for dårlig ivaretatt. Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie skal bl.a. bidra til kvalitet i sykehjemmene. Fra 1. mai 1997 trer kvalitetsforskriften i kraft (jf. 5.2). Denne forskriften vil også få betydning for beboere i sykehjem. Sosial- og helsedepartementet vil i løpet av 1998 foreta en revisjon av sykehjemsforskriften.

I framtidig utbygging av eldreomsorgen bør omsorgsboligene fylle de gamle aldershjemmenes tradisjonelle rolle. For å dekke behovene til personer med omfattende pleie- og omsorgsbehov som i dag bor i aldershjem, bør imidlertid noen av dagens aldershjem rustes opp.

For andre eldre med behov for omfattende pleie og omsorg, kan botilbud i omsorgsbolig og hjemmetjenester tilpasset den enkeltes behov være et egnet tjenestetilbud. Det er da en forutsetning at kommunen har godt utbygde hjemmetjenester med tilstrekkelig og kvalifisert bemanning hele døgnet. Dette er en forutsetning dersom omsorgsboligen skal framstå som et alternativ til sykehjem. Innflytting i omsorgsbolig vil imidlertid sette andre krav til brukerne enn innflytting i sykehjem. Flytting innebærer å etablere seg i et nytt miljø og det er viktig at omsorgsboligene utformes slik at det er lett å etablere sosial kontakt. For mange eldre kan det være hensiktsmessig å flytte inn i omsorgsbolig før pleie- og omsorgsbehovet blir for stort. Etablerte nettverk i omsorgsboligen kan bidra til at det føles trygt å bo i omsorgsboliger.

Eldre med aldersdemens

Aldersdemens utvikler seg over tid med stadig sterkere svekkelse av personens funksjonsnivå. På et tidlig stadium vil hjemmetjenester kombinert med ulike dagtilbud kunne bidra til at demente fungerer i sin egen bolig. Ettersom sykdommen utvikler seg, vil demente få behov for heldøgns pleie og omsorg. De vil ha redusert evne til å se konsekvenser av egne beslutninger, de har redusert evne til å gi samtykke til behandling og vil i mindre grad kunne styre hverdagen i sitt eget hjem. Dette taler for at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for aldersdemente. I lys av at en høy andel av beboerne i sykehjem er aldersdemente er det viktig å tilrettelegge en større del av plassene spesielt for denne gruppen. Spesielt tilrettelagt tilbud kan bidra til mer trygghet og øke beboernes funksjonsnivå.

Eldre med behov for dag- eller korttidsopphold i institusjoner

Beboere som er innlagt til korttidsopphold har ulike behov, og det må stilles ulike krav til utformingen av tilbudet ut fra oppholdets art. Korttidsopphold blir brukt i forbindelse med rehabilitering, avlastning eller i forbindelse med overgangspleie etter utskriving fra sykehus. I tillegg har enkelte behov for sykehjemsplass av kortere varighet i forbindelse med terminalpleie, dvs. pleie ved livets slutt. Korttidsopphold kan sette mindre krav til bofunksjonen, men stiller samtidig større krav til personellinnsatsen. Beboere som er inne til korttidsopphold, kan ofte ha behov for mer intensiv behandling og pleie enn langtidsbeboerne. Det er nødvendig at sykehjemmet utformer et tilbud som i størst mulig grad tar hensyn til de ulike behovene brukerne som får korttidplass har.

Mange kommuner tilbyr dagopphold for hjemmeboende eldre i eller i tilknytting til sykehjem. Formålet kan være å gi medisinsk behandling, rehabilitering, avlastning eller aktivisering av eldre som er bundet til hjemmet. Vanligvis er dagtilbudet organisert som en egen enhet eller avdeling ved institusjonen, men i små kommuner forekommer det også at en integrerer hjemmeboende i en vanlig avdeling. Også for dagtilbud er det viktig at det tilrettelegges med utgangspunkt i brukernes behov og målsettingen for oppholdet. Både for personer med lettere aldersdemens og med psykiske lidelser kan tilrettelagte dagtilbud i et skjermet miljø være nyttige.

Økt bruk av dagplasser og korttidsplasser vil kunne medvirke til at behovet for langtidsopphold på sykehjem blir redusert. For å sikre et godt pleie- og omsorgstilbud vil det i framtida være behov for å øke bruken av dag- og korttidsplasser. Plasser til avlastning kan gjøre det mulig for eldre å bo hjemme selv om de har store pleie- og omsorgsbehov. Samtidig er det viktig for å sikre at pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus, gis en god oppfølging i hjemkommunen. For å sikre dette vil det være behov for plasser i sykehjemmene for å ta hånd om overgangspleie etter sykehusopphold.

Mange steder er det ikke avsatt egne plasser til rehabilitering. Personer med rehabiliteringsbehov blir ofte henvist til langtidsavdelinger. Korttidsopphold for rehabilitering krever en annen type kompetanse og organisering av tjenesten enn det langtidspasientene har behov for. Rehabilitering bør derfor foregå skjermet. Plass for kortere rehabiliteringsopphold skal kunne tilbys alle med slikt behov uavhengig av alder, jf. omtale under 5.6.1.

Boks 5.2 Trygghetsplasser på sykehjem

Trygghetsavdeling kan være et tilbud til hjemmeboende eldre som uventet kommer i en vanskelig situasjon. Ved Dønski sykehjem i Bærum er det opprettet en egen trygghetsavdeling. Ved trygghetsavdelingen er det de eldre selv som melder behov for plass. Innleggelsesårsaker kan f.eks være angst, ensomhet, alminnelige sykdommer som normalt sett ikke krever sykehusinnleggelse og sosiale forhold. Brukerne kan selv skrive seg inn uansett tid på døgnet og få opphold i trygghetsavdelingen i inntil 14 dager. Trygghetsplassen er ment å fungere som en sikkerhetsventil for hjemmeboende. Tiltaket skaper trygghet for at det er et tilbud der hvis en plutselig endring i omsorgsbehov skjer. Utskriving planlegges allerede ved innleggelse, og under oppholdet skal brukerens behov for pleie- og omsorgstilbud etter utskriving klarlegges.

Eldre mennesker med psykiske lidelser

Helse- og sosialtjenestene som kommunen yter til sine innbyggere, er viktige også for eldre mennesker med psykiske lidelser. De aller fleste med alderspsykiatriske lidelser bør og kan behandles i kommunehelsetjenesten. Primærlegene har sammen med sykepleietjenesten i kommunene en nøkkelfunksjon i behandlingsarbeidet. Disse yrkesgruppene bør delta i utforming av behandling, rehabilitering og omsorgstilbud for alderspsykiatriske pasienter. Psykiatriske sykepleiere vil være et meget godt tilskudd til behandlingskjeden både i hjemmesykepleien og i lovregulerte boliger.

Mange eldre med psykiske lidelser som i tillegg har omfattende pleiebehov, vil trenge plass i lovregulerte boliger. Dette gjelder både pasienter som tidligere har hatt lange opphold i psykiatriske institusjoner, og hjemmeboende som utvikler psykiske lidelser når de blir eldre. Enkelte vil imidlertid ha såpass avvikende atferd eller mangelfull kontaktevne at de trenger spesielt tilrettelagt tilbud. Sosial- og helsedepartementet vil gi ut faglig veiledningsmateriell som gir råd om hvordan boformer for heldøgns pleie- og omsorg kan tilpasses mennesker med ulike psykiske lidelser.

Det et behov for å øke kunnskapen om psykiske lidelser i pleie- og omsorgstjenesten og i kommunehelsetjenesten for øvrig. For å bidra til å møte opplæringsbehovet har Statens helsetilsyn i samarbeid med norsk fjernundervisning utviklet en undervisningspakke som tar for seg møtet med mennesker med psykiske lidelser i ulike situasjoner. Undervisningspakken ble sendt alle landets kommuner i januar 1997.

5.2 KVALITET MED BRUKERENS BEHOV I SENTRUM

Det er et mål at den offentlige pleie- og omsorgstjenesten skal ha god kvalitet. For å rette søkelys på kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, både i og utenfor institusjon, er det utformet forskrift til kommunehelsetjenesteloven og retningslinjer for sosialtjenesteloven, jf. Rundskriv I-13-97 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Årsaken til at det foreløpig bare er retningslinjer til sosialtjenesteloven er at det mangler forskriftshjemmel. Det vil i løpet av 1998 bli fremmet forslag om endringer i sosialtjenesteloven for å skaffe forskriftshjemmel.

Formålet med forskriften og retningslinjene er å bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel. Forskriften understreker kommunens ansvar for å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at det bl.a. gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, og at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Kommunene pålegges i tillegg å etablere prosedyrer som skal søke å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene og eventuelt pårørende tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

Som et ledd i gjennomføringen av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten vil Statens helsetilsyn starte et opplæringsprogram for kvalitetsrådgivere (1997-2000). I løpet av 1998 skal alle fylkeslegekontor etter planen ha ansatt en person med ansvar for rådgiving overfor kommunene i kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten. Tiltaket er en videreutvikling av rådgiverprogrammet som har vært gjennomført i sykehussektoren. Kvalitetsrådgiverne vil bl.a kunne bistå pleie- og omsorgstjenesten i forbindelse med etablering av system og prosedyrer for å tilfredstille kvalitetsforskriftens krav.

For pleie- og omsorgstjenesten vil kvaliteten på tjenesten være knyttet til brukerens livskvalitet og opplevelse av trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie. For at pleie- og omsorgstjenestene skal kunne ha tilfredstillende kvalitet, er det derfor nødvendig å organisere tjenestene med utgangspunkt i brukers behov. Tjenestene må legge til rette for at brukerens gjenværende ressurser blir stimulert og brukt for å bidra til en best mulig livssituasjon. En god kartlegging kan bidra til at tilbudet i størst mulig grad tilpasses individuelt. Dette må være utgangspunktet når kommunale vedtak om å yte tjenester fattes og settes i verk. Brukerens behov for pleie- og omsorgstjenester vil kunne endres, og det er viktig at brukeren gis trygghet for at tjenesten kan tilpasses endringer i behov. Det vil være behov for å etablere oppfølgingsrutiner slik at behovet for pleie- og omsorgstjenester revurderes med jevne mellomrom.

Det kan være et problem at vedtak om tildeling av tjenester er lite spesifisert slik at brukerne ikke får god nok informasjon om hvilket tilbud kommunen forplikter seg til å gi. Sosial- og helsedepartementet mener at en sterkere presisering av enkeltvedtaket ved innflytting i lovregulert bolig kan bidra til å bedre kvaliteten for den enkelte bruker. Departementet vil derfor vurdere å innføre krav til spesifisering og konkretisering av enkeltvedtaket som kommunen gjør i forbindelse med innleggelse i sykehjem eller annen boform etter kommunehelsetjenesteloven (jf. 7.3).

Oppbygging av system og prosedyrer som skal søke å sikre kvaliteten i tjenestene, bør skje samtidig med en bevisstgjøring hos personellet. Personellet er pleie- og omsorgstjenestens viktigste ressurs og personellets kvalifikasjoner, holdninger og atferd er avgjørende for brukernes opplevelse av kvalitet på tjenestene. For mange brukere er personellet i pleie- og omsorgstjenesten også et viktig sosialt holdepunkt. Personrettet arbeid i pleie- og omsorgstjenesten er krevende både fysisk og psykisk. Det er derfor nødvendig at ledelsen i pleie- og omsorgstjenesten inntar en aktiv rolle både ved å legge arbeidsvilkårene til rette og ved å bidra med motivering og holdningsskapende arbeid i sektoren.

Individuelle omsorgsplaner

For å sikre brukerperspektivet i omsorgstjenestene kan omsorgsplaner være et nyttig redskap. Utforming av en slik plan kan skje etter at det er fattet vedtak om å tilby pleie- og omsorgstjenester. Omsorgsplanen for den enkelte må utformes i samarbeid med brukeren og evt. pårørende. Den kan være hensiktsmessig både for brukere av hjemmetjenesten og for brukere som får tildelt plass på sykehjem. Samarbeid om utforming av omsorgsplan kan bidra til en felles forståelse av rammebetingelsene for tjenestene, bidra til å styrke brukerens innflytelse på tjenesteutformingen og bidra til å skape tillit til tjenesteapparatet.

Sosial- og helsedepartementet vil i løpet av 1997 gi ut en veileder til kommunene om utforming og bruk av individuelle omsorgsplaner for brukere i alle aldersgrupper.

5.3 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNINGEN

Hovedprinsippet for helse- og sosialtjenesten er at det ordinære helse- og omsorgstilbudet skal gjelde for alle grupper i samfunnet. NOU 1995:6 slår fast at det må være en integrert og samordnet helse- og sosialtjeneste for den norske og den samiske befolkning.

Samisk språk, kultur og levemåter er i liten grad blitt tatt hensyn til i utformingen av pleie- og omsorgstjenestene. I utredningen beskrives samiske eldres situasjon og problemer som oppstår i deres møte med pleie- og omsorgstjenestene. Språkproblemer, såvel som forskjeller i kultur, forhold til naturen og familietradisjoner, kan medføre betydelige misforståelser og samhandlingsproblemer. Personer som utvikler aldersdemens og har norsk som annet språk, får problemer i en norskspråklig pleie- og omsorgstjeneste. Når hukommelsen svekkes vil det ofte være vanskelig å kommunisere på et fremmed språk, selv om en har lært språket tidligere i livet. Samtidig øker behovet for omgivelser som oppleves kjent ut fra deres samiske bakgrunn, for å kunne orientere seg. Aldersinstitusjonene har i liten grad tilrettelagt miljøet eller uformet aktiviteter ut fra samiske kulturtradisjoner eller andre hensyn til samiske eldres behov.

Samer har rett til å leve i et språklig og kulturelt miljø som har basis i det språk og miljø de har levd med gjennom et langt liv (jf. Grunnloven § 110 A og sameloven). Det er viktig å legge opp en eldrepolitikk som sikrer samer en alderdom på deres egen språklige og kulturelle grunn. De aktuelle kommuner bør derfor i sine planer for eldreomsorgen utforme egne tiltak for den samiske befolkningen.

Både i utredningen og i høringsuttalelsene er det bred enighet om at det er samhandlingsproblematikken i møtet mellom samiske pasienter/brukere og den norske helse- og sosialtjenesten, som det må gripes fatt i for å sikre den samiske eldrebefolkningen en tilfredsstillende og likeverdig eldreomsorg. Et sentralt virkemiddel vil være å sikre rekruttering av personell, som i tillegg til ren fagkompetanse, har kunnskap om samisk kultur og språk, jf. 7.4 om rekruttering og kvalifisering av personell.

5.4 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER TIL INNVANDRERE

Blant innvandrerne og flyktningene er det en konsentrasjon av unge voksne og svært få gamle. Bare 6 pst. av innvandrerne og deres barn er 65 år eller eldre. I NOU 1992:1 «Trygghet, verdighet, omsorg», er tallet på eldre over 65 år med røtter i fjernkulturell bakgrunn beregnet til ca. 10 000 personer i år 2015. Tallene er imidlertid usikre, og vil bl.a. avhenge av hvor mange som velger å flytte tilbake til hjemlandet på sine gamle dager.

Innvandringen har ført til svekkede familiebånd, og den tradisjonelle forventningen om at de yngre tar vare på de eldre svekkes. Samtidig er våre sosiale velferdsordninger fremmede for mange innvandrere. Kartlegginger som er gjort i Oslo, viser at det er stor mangel på informasjon om rettigheter og muligheter for eldre (Birkeland 1990, Moen 1993).

Språklige og kulturelle problemer i møtet med helse- og sosialtjenestene gjelder også for innvan-

drere fra fjernkulturelle land. En tilpasning til et flerkulturelt samfunn innebærer at tjenestene må legges til rette for å gi et likeverdig tilbud til en mer mangfoldig brukergruppe. F.eks. er det nødvendig at helse- og sosialtjenesten utarbeider informasjon om ulike sider av hjelpetilbudet som er i en slik form at det er tilgjengelig for eldre invandrere. Alle mennesker har behov for å kunne være sammen med andre de kan dele erfaringer og opplevelser med. Det er viktig å kunne snakke med andre mennesker der språk, kultur og religion danner en felles referanseramme. Når hukommelsen svekkes, vil det ofte være vanskelig å kommunisere på et fremmed språk, selv om en har lært språket tidligere i livet. Det vil være ønskelig å legge forholdene slik til rette at eldre innvandrere kan bo sammen med andre som snakker samme språk og har samme kulturbakgrunn når de ikke lenger klarer seg i sitt opprinnelige hjem. Dette synes å være i tråd med eldre innvandreres egne ønsker. I hjemmetjenestene er det også viktig å legge til rette for å møte de eldre innvandrernes behov.

Også når det gjelder pleie- og omsorgstjenester til innvandrere vil et sentralt virkemiddel være å sikre rekruttering av personell, som i tillegg til ren fagkompetanse, har kunnskap om ulike innvandrergruppers språk, kultur og religion.

I St. meld. nr. 17 (1996-97) foreslår Regjeringen at det opprettes en kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg for personer med innvandrerbakgrunn. Kompetanseenheten skal veilede første- og andrelinjetjenesten, drive opplysningsarbeid, bidra til undervisning av personell og tolker samt stimulere til forskning og forsøksvirksomhet.

5.5 FOREBYGGENDE VIRKSOMHET

I planleggingen av framtidens eldreomsorg er det viktig å vurdere mulighetene til å forebygge behovet for pleie- og omsorgstjenester. Bygging av boliger med livsløpsstandard kan redusere behovet for omsorgsboliger og i enkelte tilfeller også sykehjem. Tilpasning av hjelpemidler og større bruk av ergoterapitjenester bidrar til å øke funksjonsdyktigheten hos brukerne og dermed redusere behovet for hjelp. Tilbud om trygghetsalarm til eldre kan være et viktig forebyggende tiltak som kan bidra til å opprettholde trygghet, og dermed i noen grad avlaste behovet for pleie- og omsorgstjenester, jf. omtale under 3.3.5.

Gjennom planlegging av et samfunn for alle uansett funksjonshemming, vil behovet for omsorgstjenester for eldre reduseres. Regjeringen har derfor i sine handlingsplaner for funksjonshemmede gjennom 8 år lagt vekt på at samfunnet skal tilrettelegges for funksjonshemmede.

Forebygge ensomhet og isolasjon

Ensomhet og isolasjon er forhold som øker behovet for pleie- og omsorgstjenester. Mulighet til egenaktivitet i frivillige organisasjoner, pensjonistforeninger og i kommunens kulturliv er viktig for å opprettholde sosial kontakt. Slike aktiviteter kan bidra til å ivareta sosiale behov hos eldre og dermed redusere behovet for omsorg. For å gi eldre med funksjonstap mulighet til å delta på slike tiltak, vil tilrettelegging av transporttjenester være viktig.

Eldresenterene vil også ha en viktig funksjon i det forebyggende arbeidet blant eldre, jf. boks 5.3.

Boks 5.3 Eldresentrene - en krumtapp i det forebyggende arbeidet

Eldresentrene er åpne for alle eldre innen senterets område, og er derfor også et tiltak som når ut til svært mange. Hvilke tilbud som finnes varierer fra senter til senter. Mange av aktivitetene ved eldresentrene er satt i gang og drives av brukerne selv. Denne frivillige innsatsen er med på å gjøre sentrene til relativt rimelige tilbud, samtidig som nettopp muligheten for meningsfylt virksomhet og brukermedvirkning er en viktig del av sentrenes egenart. Ved de godt utbygde sentrene vil det ofte være tilsatt sosionom, gjerne som leder, og sentrene kan derved fylle et behov for sosialrådgivning, hjelp med søknader eller formidling av andre hjelpetiltak. Enkelte sentre driver oppsøkende virksomhet. Kombinert med det forhold at senteret har kontakt med en stor andel av de eldre i distriktet, ofte 50 pst., gir dette mulighet for å gripe inn med hjelp og tiltak på et tidlig tidspunkt, og derved stoppe eller begrense en uheldig utvikling.

Det er imidlertid fortsatt mange kommuner som ikke har noe eldresentertilbud. Sosial- og helsedepartementet ser det som ønskelig at flere kommuner etablerer eldresenter. Kommunene kan f.eks. inngå samarbeid med pensjonistforeninger og andre frivillige organisasjoner om driften. Men det er likevel en forutsetning at kommunen tar det økonomiske ansvaret for virksomheten. Selv om sentrene har vist at de kan utløse frivillig arbeid i betydelig omfang, er det nødvendig med noe fast ansatt personell.

(«Eldresentre i utvikling - en veileder». NGI 1993)

Medisinsk forebygging

Forebyggende arbeid med sikte på å redusere sykdommer vil også kunne påvirke behovet for pleie- og omsorgstjenester. Livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, riktig sammensatt ernæring og fravær av røyking vil være tiltak som kan påvirke forekomst av både dødelige og ikke dødelige sykdommer. Slike

tiltak kan bidra til å redusere behovet for hjelp av mindre omfang, men det er lite trolig at det i avgjørende grad vil bidra til å redusere behovet for heldøgns pleie- og omsorg. Behandling av kroniske lidelser på et tidlig stadium vil imidlertid kunne ha betydning både for funksjonsevne og livskvalitet. Forebygging av benskjørhet er i denne sammenheng særlig viktig.

Bruddskader som følge av fall kan i større grad forebygges gjennom bedre tilrettelegging av de fysiske forholdene der eldre ferdes, både ute og inne. Riktig tilpassede hjelpemidler vil også redusere risiko for fallskader og andre uhell. Det er nylig lagt fram en handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2000). Handlingsplanen tar også for seg tiltak som retter seg mot forebygging av ulykker blant eldre.

Tiltak for å ta vare på den familiebaserte omsorgen: Avlastning og omsorgslønn

De offentlige pleie- og omsorgstjenestene er helt avhengige av det familiebaserte omsorgsarbeidet. Omfanget av denne innsatsen er stort, og vil ikke kunne erstattes av offentlige tiltak. Derfor er det viktig at kommunene legger til rette for et samarbeid med de private omsorgsyterne. De viktigste virkemidlene er avlastning og omsorgslønn. For de mange som yter omsorg for ektefellen, er trolig avlastning det viktigste. For yngre omsorgsytere, som kanskje må redusere sin deltaking i arbeidslivet, kan omsorgslønn være en hensiktsmessig løsning. For å gjøre pårørende i stand til å kunne yte omfattende omsorg er kommunene pålagt en plikt etter sosialtjenestelovens § 4-2 til å kunne gi såkalt omsorgslønn. Forskningsinstituttet NOVA har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gjennomført en undersøkelse av kommunenes bruk av omsorgslønn.

> På bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen vil Sosial- og helsedepartementet i løpet av 1997/98 utarbeide retningslinjer til kommunene om bruk av omsorgslønn.

Bruk av omsorgslønn og utformingen av avlastningstilbudet må tilpasses den enkelte omsorgsyter og omsorgsmottakers situasjon. En god løsning vil være at dette skjer i samarbeid med brukeren og den pårørende når en individuell omsorgsplan settes opp.

5.6 HELSETJENESTETILBUDET TIL ELDRE

Et kvalitativt godt tilbud på alle nivå i helsetjenesten kan være med på å redusere befolkningens behov for pleie- og omsorgstjenester. Riktig diagnose og rask og effektiv behandling vil øke livskvaliteten og bidra til å hindre eller redusere funksjonstap og dermed også redusere behovet for hjelp til å mestre dagliglivets funksjoner. Gode samarbeidsrelasjoner mellom ulike virksomheter i kommunen og i forhold til spesialisthelsetjenesten vil bidra til et godt tjenestetilbud. Eldre mennesker har større behov for helsetjenester enn yngre. Derfor er utvikling av et godt tjenestetilbud til eldre en av helsetjeneste største ufordringer. For å møte framtidige utfordringer på dette området og for å sikre kvaliteten i tilbudet, kreves fagfolk med spesialkunnskap. Det skyldes bl.a. at sykdomsbildet endres med alderen. Normale aldersforandringer endrer sykdomsforløpet og sammensatte sykdommer gir ofte alvorlig funksjonssvikt. Diagnose, behandling og rehabilitering krever samarbeidsmodeller på tvers av fagmiljøer og forvaltningsnivåer for å møte gamle menneskers behov.

5.6.1 Kommunehelsetjenesten

Legetjenesten

Almenlegetjenesten er en viktig samarbeidspartner for pleie- og omsorgstjenesten. I sykehjemmene skal det være tilknyttet en tilsynslege som har det medisinskfaglige ansvar for driften og som følger opp beboernes helsetilstand. I hjemmesykepleietjenesten vil også samarbeid med legetjenesten være viktig for å sikre brukerne best mulig medisinsk oppfølging. Det er behov for å styrke kompetansen i geriatri i kommunehelsetjenesten for å gi et godt helsetilbud til eldre. I perioden 1993-96 har det i fire kommuner vært prøvd ut en ordning med fast lege for innbyggerne. Erfaringene fra fastlegeforsøket har vært gode. Både innbyggerne, et flertall av legene og kommunene selv ønsker å fortsette ordningen på permanent basis. Regjeringen foreslår i St. meld. nr. 23 (1996-97) å innføre en fastlegeordning for hele landet fra årsskiftet 1998-99. Reformen vil føre til at alle som ønsker det kan velge en fast almenlege. Fastlegeordningen vil føre til at legen får et klarere ansvar for pasientene og gi et tettere lege/pasientforhold.

Erfaringene fra fastlegeforsøket har vist at eldre brukere av almenlegetjenesten setter pris på en fast lege. Eldre, særlig de eldste eldre, har ofte flere og sammensatte helseproblemer og vil ha fordel av et tett og varig lege/pasientforhold. En lege som kjenner pasienten, vil lettere kunne oppdage endringer i pasientens helse og funksjonsnivå enn en lege som ikke tidligere har hatt vedkommende som pasient. Fastlegeordningen legger til rette for at samarbeidet både mellom almenlegene og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og med spesialisthelsetjenesten skal kunne bli bedre, fordi det er klart hvem som er pasientens faste lege. Ansatte i pleie- og omsorgssektoren vil vite hvem de skal henvende seg til dersom det oppstår behov for medisinske konsultasjoner. Fastlegeordningen vil dermed kunne sikre en rask og helhetlig oppfølging av pasientene.

Rehabiliteringstjenesten

Eldre vil være en målgruppe for rehabiliteringsarbeidet i kommunen, og mange har samtidig behov for pleie- og omsorgstjenester. En godt fungerende rehabiliteringstjeneste vil kunne bidra til å forebygge noe av behovet for tjenester og derfor gi bedre rammevilkår for pleie- og omsorgstjenesten. Sosial- og helsedepartementet vil i løpet av 1997 fremme en Stortingsmelding om rehabilitering. Rehabiliteringsmeldingen vil gi omtale av rehabiliteringsarbeid på ulike nivå og overfor ulike brukergrupper. Det vil bli gitt en oversikt over status på området og fremmet forslag til tiltak for å styrke dette arbeidet.

5.6.2 Spesialisthelsetjenesten

Aldersgruppen 75 år og over utgjør 7,4 pst. av befolkningen, men står for omkring 20 pst. av alle innleggelser i landets somatiske sykehus og om lag 30 pst. av alle liggedøgn. Andelen av sykehuspasientene som er over 75 år har vokst i løpet av de siste årene. En betydelig andel av sykehusinnleggelsene skjer fordi det er behov for nærmere undersøkelse og diagnostisering i spesialisthelsetjenesten.

En godt fungerende spesialisthelsetjeneste kan bidra til å redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester. Behandling til rett tid kan hindre funksjonssvikt og forebygge videre skade. Det er viktig at spesialiteten geriatri styrkes og at spesialisthelsetjenesten generelt styrker sin kunnskap innen geriatri for å kunne stille riktig diagnose og sette i verk behandlingstiltak.

For å legge til rette for god oppfølging når pasienter skrives ut fra sykehus, er samarbeid med kommunehelsetjenesten viktig. Økt bruk av poliklinisk behandling og kortere liggetid på sykehusene gjør at kommunehelsetjenesten har fått et større ansvar for oppfølging. Dette gjør at kunnkapsbehovet i kommunehelsetjenesten har økt, og samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten er viktig for å tilrettelegge gode tilbud.

I mange tilfeller vil eldre med psykiske lidelser kunne hjelpes i kommunehelsetjenesten, med støttetiltak i den eldres hjemmemiljø. Alvorlige tilfeller kan kreve behandling hos spesialist og henvisning til poliklinikk eller innleggelse i sykehus evt. behandling ved dag(døgn)avdeling ved distriktspsykiatriske sentra. Spesialisthelsetjenestens rolle er diagnostisering, utredning og behandling. For å sikre riktig oppfølging og behandling i hjemkommunen er det viktig at spesialisthelsehjenesten bistår med opplæring, rådgiving og rettledning til primærhelsetjenesten og ikke minst til pleie- og omsorgstjenesten.

Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Kommunene har ansvar for å gi pleie- og omsorgstjenester til pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel et problem at pasienter blir liggende på sykehus etter at nødvendig utredning og behandling er fullført. Utskrivningsklare pasienter opptar kapasitet slik at det hindrer en effektiv utnyttelse av spesialisthelsetjenestens ressurser. Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet et lovforslag som gir lovhjemmel for i forskrift å pålegge kommunene betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. Ordningen er subsidiær i den forstand at den først kommer til anvendelse når slik betaling ikke skjer etter avtale mellom fylkeskommune og kommune. Lovforslaget legger opp til at kommunen kan bli pålagt å betale en døgnsats for sykehusopphold som vedvarer etter at pasienten er definert som utskrivningsklar og etter at kommunen har fått rimelig tid til å overta ansvaret. Lovforslaget er lagt fram for Stortinget, jf. Ot.prp. nr. 57 (1996-97).

5.6.3 Tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten har et spesielt ansvar for å gi tannhelsetjenester til brukere av pleie- og omsorgstjenesten, både overfor brukere i sykehjem og brukere som mottar hjemmesykepleie. Som en følge av dette er det viktig at tannhelsetjenesten bistår personellet i pleie- og omsorgstjenesten slik at disse får nødvendig opplæring i det daglige tannhelsearbeidet for å ivareta brukernes tannhelse. Beboere i alders- og sykehjem, samt brukere som mottar hjemmesykepleie, har rett til gratis tannlegetjeneste etter tannhelsetjenesteloven.

5.7 TILTAK FOR Å STYRKE KOMPETANSEN I TJENESTETILBUDET

For eldre, syke og funksjonshemmede mennesker er det viktig at tjenestene holder høy faglig standard. Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten kan bare sikres ved tilstrekkelig og velkvalifisert personell. Det vil være nødvendig å iverksette tiltak som kan bidra til å styrke kompetansen hos personellet i pleie- og omsorgstjenesten. Fra statlig side er det i tillegg satt i gang tiltak som skal bidra til å øke kunnskapen i geriatri og om aldersdemens. Gjennom Sosial- og helsedepartementets satsing i Nasjonalt geriatriprogram er siktemålet å styrke spesialisthelsetjenestetilbudet innen geriatri og styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samtidig ønsker departementet gjennom etableringen av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens å styrke kunnskapen om aldersdemens og hvordan en skal tilrettelegge et godt tjenestetilbud til demente.

5.7.1 Nasjonalt geriatriprogram

Fra 1994 har det på Sosial- og helsedepartementets budsjett vært avsatt midler til styrking av fagfeltet geriatri. Statens helsetilsyn er ansvarlig for gjennomføringen av Nasjonalt geriatriprogram. Pro-

grammet er planlagt å vare til 1999. Programmet er konsentrert om det medisinske tilbudet til de eldste eldre. Det stimuleres til utbygging av geriatri i alle landets fylker og styrking av kompetansen i kommunehelsetjenesten.

Geriatriprogrammet har tre satsingsområder:
- rekruttering av geriatrisk nøkkelpersonell
- tverrfaglig geriatrisk kompetanseheving
- modeller for samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten.

Med tilskudd fra programmet bygges det opp geriatriske sykehusteam i de sju fylkene der dette mangler. Det gis tilskudd til forskning, fagutvikling og videreutdanning. Eksisterende tilbud styrkes og det utvikles IT-baserte nettverksløsninger innen fagfeltet. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri er opprettet i Bergen som en del av programmets utadrettede satsing. Programmets strategi er å bygge opp virksomhet som kan videreføres etter programmets slutt.

5.7.2 Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Ved behandlingen av St. meld. nr. 50 (1993-94) besluttet Stortinget at det skulle etableres et nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Kompetansenteret er besluttet lagt til Ullevål sykehus og INFObanken ved Granli senter i Vestfold skal organisatorisk knyttes til kompetansesenteret. Det er over Sosial- og helsedepartementets budsjett bevilget 5 mill. kroner til oppstart av kompetansesenteret i 1997. Organiseringen bygger på allerede etablert samarbeid mellom fagmiljøene, bl.a. med bakgrunn i nasjonalt utviklingprogram for aldersdemens. Kunnskap om aldersdemens er viktig for å gi et kvalitativt godt tilbud. Den viktigste oppgaven for det nasjonale kompetansesenteret for aldersdemens vil være å spre kunnskap til personell og kommuner om god organisering og omsorg for aldersdemente.

5.7.3 Elisabethsenteret i Tromsø

Det foreligger planer om å etablere et kompetansesenter i eldreomsorg i Tromsø, Elisabethsenteret. Kompetansesenteret i eldreomsorg er et samarbeidsprosjekt mellom Tromsø kommune, Troms fylkeskommune og staten. Senteret vil både bestå av sykehjem og spesialisthelsetjeneste og samtidig drive forskning. Sosial- og helsedepartementet har i 1996 og 1997 bevilget penger til aldersforskning i Tromsø. Det er forutsatt at disse midlene skal inngå i etableringen av Elisabethsenteret, og videreføres i 1998.

5.8 OPPSUMMERING

Tilrettelagte tilbud tilpasset den enkelte brukers behov er kjennetegnet på en god pleie- og omsorgstjeneste. For å få til dette må det utvikles omsorgskjeder som gir tilbud til brukere tilpasset den enkeltes funksjonstap. Pleie- og omsorgstjenestene er også avhengig av et samspill med andre tjenester, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Økt kompetanse i geriatri og bedre kunnskap om aldersdemens står sentralt når det gjelder å skape et samlet tjenestetilbud.

Hjemmetjenester på dag- og døgnbasis vil bli viktige i utviklingen av omsorgstilbudet framover. Omsorgsboliger skal bygges ut for å bidra til at flere kan bli boende i sin egen bolig til tross for økt funksjonstap. Samtidig er det viktig å bygge ut tilbudet av sykehjem og andre lovregulerte boliger for å ivareta de med stort pleie- og omsorgsbehov. For å styrke brukernes mulighet til å bli boende i egen bolig, er det nødvendig at sykehjemmet styrker sin funksjon for korttidsopphold. De lovregulerte boligene må bygningsmessig utformes for bedre å ivareta beboerenes behov. For brukere med omfattende pleie- og omsorgsbehov er den lovregulerte boligen brukerens eget hjem, og det er viktig å styrke boligkvaliteten. Det vil samtidig være nødvendig at flere boenheter tilrettelegges spesielt for demente.

Del II

6 Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen 1998-2001

6.1 UTFORDRINGENE

De viktigste utfordringene og oppgavene for eldreomsorgen de nærmeste årene kan sammenfattes til:

– *Å øke tjenestenes kapasitet*

Både på kort og lang sikt står vi overfor sterk vekst i den eldre befolkningen. I første omgang er det særlig eldre over 80 år som øker i antall. Kapasiteten for heldøgns pleie- og omsorg i egnet bolig må økes for å følge befolkningsutviklingen. Likeledes må kapasiteten i hjemmetjenestene bygges opp.

For å nå målet om at eldre skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, er det viktig å fortsette utbyggingen av omsorgsboliger.

– *Å bedre kvaliteten*

Nærmere 15 000 beboere i aldershjem og sykehjem deler rom med andre, samtidig som bygningsmassen mange steder er gammel og nedslitt. Det er nødvendig å heve bostandarden i institusjonene ved å erstatte flersengsrom med ensengsrom eller omsorgsboliger, og å utbedre eller erstatte nedslitt bygningsmasse.

Det er også nødvendig med tiltak som sikrer kvaliteten på tjenesten for den enkelte bruker. Som et ledd i dette er det viktig med tiltak både for å rekruttere og kvalifisere personell i tjenestene.

– *Å sikre brukerne mest mulig likeverdig tilbud på landsbasis*

Det er store forskjeller i kommunenes ressursbruk til eldreomsorgen. Dette fører til at ikke alle eldre kan sies å ha tilgang til likeverdige tilbud. En viktig årsak til ulikhetene er kommunale inntektsforskjeller. Nettopp dette forhold gjør det nødvendig å gjennomføre særlige tiltak for å utjevne forskjellene.

– *Å bedre de statlige styringsvirkemidlene*

De statlige virkemidlene må utformes slik at de ivaretar hensynet til kvalitet og trygghet for brukeren, og fleksibilitet og valgfrihet når det gjelder kommunale løsninger. Samtidig må de ivareta hensynet til at eldre i ulike deler av landet skal ha mest mulig likeverdige tilbud.

6.2 KONKRETE TILTAK

For å møte de utfordringene vi de nærmeste årene står overfor, vil Regjeringen foreslå følgende handlingsplan for perioden 1998-2001:

– *6 000 flere årsverk i hjemmetjenestene*

Målet om at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig fordrer en sterk satsing på hjemmetjenestene. Dette er også viktig for at satsingen på omsorgsboliger skal bli vellykket.

> *Kapasitetsbehov:* For å øke personelldekningen i hjemmetjenestene, og samtidig følge befolkningsutviklingen, vil det være behov for 6 000 flere årsverk i perioden 1998-2001, av dette 1 500 årsverk i 1998.

– *7 200 flere omsorgsboliger*

For eldre med mer moderate funksjonstap vil en tilrettelagt omsorgsbolig være en god løsning. I følge tall fra Husbanken har det de tre siste årene vært gitt tilsagn om tilskudd til bygging av ca. 1 800 nye omsorgsboliger hvert år. Det legges opp til at denne utbyggingstakten fortsetter.

> *Kapasitetsbehov:* Utbyggingen av omsorgsboliger videreføres med 7 200 nye boliger i perioden 1998-2001, av dette 1 800 boliger i 1998.

– *6 000 nye ensengsrom*

Det er i dag i underkant av 15 000 plasser i flersengsrom. Dette er fordelt på ca. 7 000 rom for to personer og i underkant av 200 rom for tre eller flere personer. Kommunene har ofte ikke mulighet til omgjøring til ensengsrom innenfor den eksisterende bygningsmassen, som i mange tilfeller er gammel og uhensiktsmessig. En omgjøring vil derfor ikke kunne skje uten tap av plasser. For å unngå dette vil de aller fleste kommunene måtte foreta større ombyggingsarbeider eller nybygging (ny fløy ved eksisterende institusjon eller helt nytt bygg), med tilsvarende kostnader.

Hvis alle flersengrom skal gjøres om til ensengsrom uten en reduksjon i antall plasser, vil det være behov for ca. 7 500 nye enerom. Sosial- og helsedepartementet forutsetter at det i hver kommune vil være behov for noen få dobbeltrom, for personer med kortidsopphold, eller for at personer som ønsker å bo sammen med andre faktisk kan gjøre det. Det er her lagt til grunn et behov for 1000 rom til disse formålene. Videre er det lagt til grunn at det i løpet av 1997 vil bli foretatt omgjøringer fra flersengsrom til ensengsrom svarende til ca. 500 plasser.

Det antas at omgjøring fra flersengrom til ensengsrom vil medføre en viss økning i driftsutgiftene for kommunene, selv om antall beboere er det samme. Den samlede effekten for driftsutgiftene vil imidlertid være avhengig av hvilken bygningsmessig løsning man velger. Hvis kommunene velger å bygge en helt ny fløy, vil det som følge av økte avstander for personalet kunne bli behov for flere ansatte. På den andre siden vil en mer moderne bygningsmasse kunne føre til en mer rasjonell og effektiv drift.

Kapasitetsbehov: Det er behov for ca. 6 000 nye plasser i perioden 1998-2002 som følge av omgjøringer fra flersengsrom til ensengsrom, av dette 1 200 plasser i 1998.
Personellbehov: 280 nye årsverk i handlingsplanperioden.

– *5 000 plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig for å holde tritt med befolkningsutviklingen*

Det er de nærmeste årene lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 pst. av befolkningen 80 år og eldre. Tallet på eldre over 80 år kan forventes å øke fra 176 000 i 1996 til over 200 000 i 2001, (jf. omtale under 3.3). Dette vil medføre økt behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig. Det vil være opp til den enkelte kommune å velge utformingen av tilbudet, som enten kan gis i lovregulert bolig etter kommunehelsetjenesteloven (sykehjem e.l.) eller i form av omsorgsbolig tilknyttet heldøgns tjeneste fra hjemmetjenesten.

Kapasitetsbehov: Økningen i antall eldre vil medføre at tilbudet om heldøgns pleie og omsorg må øke med ca. 5 000 enheter i perioden 1998-2001, av dette 1 250 enheter i 1998.
Personellbehov: 4 500 nye årsverk i perioden 1998-2001, av dette 1 120 nye årsverk i 1998.

– *1 400 nye plasser for å utjevne kommunale forskjeller*

Som vist tidligere, er det til dels store forskjeller mellom kommunene mht. dekningsgrad for alders- og sykehjem. De kommunale forskjellene er et problem i forhold til de nasjonale målsettingene for sektoren, og det vil være nødvendig å iverksette tiltak for å løfte kommuner med et for dårlig tilbud opp på et akseptabelt nivå. Å løfte alle kommuner opp til den anbefalte dekningsgraden på 25 pst. vil tilsi ca. 2 600 nye heldøgnstilbud. En del kommuner vil ha kompensert manglende institusjonsdekning gjennom alternative løsninger i form av omsorgsboliger og godt utbygd hjemmetjeneste, mens andre kommuner som følge av lokale forhold ikke vil ha behov for en så høy dekning. I tillegg er det enkelte kommuner som ligger svært tett opp under en dekningsgrad på 25 pst., og som ikke vil ha behov for spesielle tiltak. Derfor antas det reelle behovet å være noe lavere.

Kapasitetsbehov: For å sikre et akseptabelt tilbud av plasser med heldøgns pleie og omsorg i hele landet, må det bygges ca.1 400 plasser i perioden 1998-2001, av dette 350 nye plasser i 1998 .
Personellbehov: 1 250 flere årsverk i perioden 1998-2001, av dette 310 nye årsverk i 1998.

– *4 800 nye enheter for å heve den bygningsmessige standarden ved dagens institusjoner*

Mange av dagens institusjoner er gamle og lite hensiktsmessige. Moderniseringen av den eksisterende bygningsmassen må fortsette for å kunne opprettholde et tilstrekkelig nivå på tjenestene. Manglende tilrettelegging av bygninger kan føre til tungvint drift og et lite egnet tilbud til brukerne. Det kan derfor mange steder være nødvendig med større utbedringer av bygningene for å skape bedre driftsbetingelser for kommunene og bedre trivsel både for brukerne og de ansatte.

Kapasitetsbehov: Det gjennomføres en utbedringsplan tilsvarende 4 800 enheter i perioden 1998-2001, av dette 1 200 enheter i 1998.

Tabell 6.1 Oppsummering av handlingsplanen for eldreomsorgen 1998-2001. Årsverk og boenheter

	1998		Perioden 1998-2001	
	Flere årsverk	Utbyggings-behov (plasser)	Flere årsverk	Utbyggings-behov (plasser)
1. Styrking av hjemmetjenestene	1500	–	6000	–
2. Videreføre dagens utbyggingstakt av omsorgsboliger	–	1800	–	7200
3. Omgjøring til ensengsrom	70	1200[2])	280	6000[1])
4. Flere plasser med heldøgns pleie og omsorg	1120	1250[2])	4500	5000[2])
5. Flere plasser for å sikre et visst minstenivå (utjevne komm. forskj.)	310	350[2])	1250	1400[2])
6. Utskiftings-/saneringsbehov	–	1200[2])	–	4800[2])
7. Sum (1+2+3+4+5+6)	3000	5800	12030	24400

[1]) Investeringsbehov over 5 år fra 1998 til 2002
[2]) Det er beregningsmessig lagt til grunn ca. halvparten omsorgsbolig og halvparten sykehjem

7 Virkemidler for en god eldreomsorg

Regjeringen vil legge opp til en kombinasjon av sterkere bruk av finansielle, juridiske og andre statlige virkemidler.

7.1 FINANSIELLE VIRKEMIDLER

Med utgangspunkt i de nasjonale mål for pleie- og omsorgstjenestene kan det stilles opp følgende krav til et godt fungerende finansieringssystem:
- det skal legge til rette for et godt pleie- og omsorgstilbud i hele landet
- det skal stimulere til effektiv ressursutnyttelse
- det skal sikre god kostnadskontroll.

Med effektivitet i tjenestetilbudet siktes det både til *kostnadseffektivitet,* dvs. å produsere tjenester av god kvalitet med lavest mulig ressursinnsats, og *prioriteringseffektivitet,* dvs. at tjenestetilbudet har et omfang og en sammensetning som er godt tilpasset brukernes behov. Det er derfor viktig at finansieringssystemet stimulerer til så fleksible løsninger som mulig.

7.1.2 Dagens finansieringsordninger innenfor pleie- og omsorgssektoren

Tabell 7.1 viser hvordan kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester er finansiert.

Det framgår av tabell 7.1 at pleie- og omsorgstjenestene i hovedsak er finansiert av kommunenes frie inntekter, dvs. summen av skatter og rammetilskudd gjennom inntektssystemet. De viktigste øremerkede statlige tilskuddene til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene framgår av tabell 7.2.

Tabell 7.1 Finansiering av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene etter finansieringsform 1994. Prosentfordeling

	Frie inntekter[1])	Øremerkede statstilskudd	Bruker-betaling	Andre inntekter	Sum
Pleie og omsorgstjenestene i kommunene	75	12	12	1	100

[1]) Frie inntekter består av skatter og rammetilskudd gjennom inntektssystemet.

Tabell 7.2 Større øremerkede statstilskudd til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene for 1997

	Mill. kroner	Tildelingskriterier
Tilskudd til omsorgstjenester i kommunene	504	354 mill. kroner fordeles i hovedsak etter alderskriterier og 150 mill. kroner fordeles til kommuner med (eller vedtatt utbygd) døgntjeneste i den åpne omsorgen
Oppstartingstilskudd (Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjett)	607	Vedtatte satser for 1997: 150 000 kroner pr. ny sykehjemsplass, 100 000 kroner pr. ny omsorgsbolig og 90 000 kroner pr. nytt ensengsrom ved omgjøring fra flersengsrom. I tillegg gis det tilskudd til utbedring av eksisterende bygg med 60 000 kroner.

7.1.3 Alternative finansielle virkemidler

Regjeringen vil bruke sterkere finansielle virkemidler for å:
1) øke *kapasiteten* slik at den følger befolkningsutviklingen
2) bedre *kvaliteten* på tjenestene, herunder tilbud om ensengsrom for de som ønsker det
3) sikre brukerne et mest mulig *likeverdig tilbud* på landsbasis, dvs. å utjevne kommunale forskjeller

Definisjon av ulike tilskuddsordninger

Det er vanlig å skille mellom to former for statlige tilskudd: *øremerkede tilskudd* eller *rammetilskudd* gjennom inntektssystemet. Øremerkede tilskudd er enten utformet som et *prisvridende tilskudd,* også kalt refusjonstilskudd, der overføringsbeløpet er knyttet direkte opp mot kommunenes ressursinnsats, eller som et *ikke-prisvridende* tilskudd hvor tilskuddsmidlene fordeles etter visse kriterier uavhengig av faktisk ressursbruk i kommunene. Eksempel på sistnevnte tilskuddsutforming er den delen av dagens tilskudd til omsorgstjenester som fordeles etter alderskriterier (jf. tabell 7.2).

En skiller gjerne mellom to typer av prisvridende tilskudd (refusjonsordninger), nemlig *enhetstilskudd* (f.eks. fast kronebeløp pr. stilling eller pr. ny sykehjemsplass mv.) og *prosenttilskudd* (f.eks. fast pro-

sentvis refusjon av medgåtte utgifter). Dagens oppstartingstilskudd er et eksempel på et enhetstilskudd.

Økonomiske virkninger av ulike tilskudd

Innføring av refusjonstilskudd gjør at tjenester som omfattes av tilskuddsordningen blir relativt sett billigere å produsere for kommunene enn tidligere. Denne prisvridningen medfører som regel at tjenestesammensetningen i kommunene dreies fra tjenester som ikke subsidieres til tjenester som subsidieres. På teoretisk grunnlag er det vanskelig å si noe sikkert om de indirekte prioriteringseffektene, dvs. virkningene for ressursinnsatsen på andre tjenesteområder.

Foreliggende empiriske analyser (f.eks. Rattsø 1989, Hagen 1996) indikerer at subsidiering av en tjeneste vrir ressursbruken bort fra de fleste andre tjenester. Øremerkede tilskudd der overføringsbeløpet ikke er knyttet opp til kommunenes faktiske ressursinnsats (ikke-prisvridende tilskudd), vil ikke endre lokale kostnadsforhold, og en vil derfor normalt forvente at tilskudd av denne typen ikke har noen vesentlig effekt på sammensetningen av tilbudet (vridnings-/prioriteringseffekt). Det kan imidlertid ikke utelukkes at også slike tilskudd vil kunne ha en viss effekt på kommunenes prioriteringer. Trolig forutsetter det nøye oppfølging gjennom mål og resultatstyring, hvilket kan være meget ressurskrevende. Også refusjonstilskudd kan være ressurskrevende å administrere.

Empirisk analyse av kommunenes bruk av frie inntekter til pleie- og omsorgsformål

Det har vært foretatt en analyse av effekten på kommunenes utgifter til pleie- og omsorgssektoren ved en økning i kommunenes frie inntekter. (Hagen 1997). Analysen, som er foretatt på data for kommunesektorens inntekter og utgifter for årene 1992 t.o.m. 1995, indikerer at utgiftene til pleie- og omsorg øker mindre enn om sektoren hadde fått sin forholdsmessige andel av en økning i de frie inntektene. Med utgangspunkt i foreliggende studier (Hagen 1997, NOU 1996:1) kan det som en svært grov tommelfingerregel anslås at når de frie inntektene øker med en krone, vil utgiftene til pleie- og omsorgssektoren øke med mellom 20 og 25 øre. Analysene indikerer at kommuner med lave inntekter vil ha en tilbøylighet til å bruke en forholdsmessig større andel av sin inntektsøkning på pleie- og omsorg enn dette, mens det motsatte er tilfelle for kommuner med forholdsvis høye inntekter.

Det kan ikke utelukkes at en styrking av de frie inntektene kombinert med økt politisk fokus på pleie- og omsorgssektoren, eventuelt med sterkere bruk av juridiske virkemidler, vil medføre at en større del av en økning av de frie inntektene vil tilfalle pleie- og omsorgssektoren enn det som her er antydet.

Empirisk analyse av oppstartingstilskudd

Oppstartingstilskuddet er et prisvridende tilskudd som ble innført i 1994, og gis som et bestemt kronebeløp pr. ny omsorgsbolig eller sykehjemsplass (jf. tabell 7.2). Normalt vil en forvente at kommuner med lave inntekter pr. innbygger ikke vil utnytte en slik tilskuddsordning i samme grad som høyinntektskommuner. Grunnen til det er at lavinntektskommuner har mindre økonomisk grunnlag for å dekke opp den kommunale medfinansiering som kreves. En analyse av tilskuddsordningen for årene 1994 til 1996 (Hagen 1997) viser ingen systematisk sammenheng mellom høye kommunale inntekter pr. innbygger og høy tilskuddsandel. Dette er et noe overraskende resultat siden slike fordelingseffekter er påvist for andre liknende tilskuddsordninger (Rongen 1995, Hagen 1996).

Tilskudd til opprettelse av døgntjeneste

Fra 1996 ble det innført et eget øremerket tilskudd til opprettelse av døgntjeneste i kommunene. Tilskuddet fordeles gjennom fylkesmennene til kommuner som har politisk vedtatte planer for opprettelse av døgntjeneste, og som fyller kravene Sosial- og helsedepartementet har satt for å få utløst tilskudd. Departementet vil få inn rapporter for bruken av midlene i juni 1997. Regnskapstall tyder på at midlene i hovedsak er disponert, noe som indikerer at de aller fleste kommunene nå har innført døgntjenester. Unntakene kan være små kommuner med store geografiske avstander, der det oppleves som uhensiktsmessig og kostbart å opprette en slik tjeneste.

Boks 7.1 Historisk oversikt over noen statlige tilskuddsformer innenfor pleie- og omsorgssektoren

Sykehjem

Fra 1970 til 1972 dekket staten 85 pst. av godkjente kurpenger og takster. Satsen ble redusert til 75 pst. i 1972, og ytterligere satt ned til 50 pst. i 1977. Kurpengesystemet opphørte i 1980 og ble erstattet av rammetilskott. Refusjonsordningen for investeringsutgifter har delvis fulgt refusjonssatsen for driftsutgifter. Refusjonssatsen for godkjente investeringsutgifter ble videreført etter 1980 med effektiv sats på 37,5 pst., og avviklet i 1985.

Hjemmehjelp mv.

Fra 1959 til 1969 ble det ytt et fast kronebeløp pr. stilling i husmorvikarvirksomheten. Etter 1969 ble det innført en refusjonssats på 35 pst. av kommunenes nettoutgifter til hjemmehjelp og husmorvikartjeneste, som ble økt til 50 pst. fra 1977. Etter 1980 ble det av hensyn til kostnadskontroll satt et tak på refusjonsutgiftene for hver enkelt kommune. Refusjonsordningen opphørte i 1984.

Hjemmesykepleie

Fra 1972 til 1984 dekket staten 75 pst. av godkjente utgifter. Staten dekker i dag 100 pst. av kommunenes skyssutgifter i hjemmesykepleietjenesten.

7.1.4 Valget mellom øremerkede tilskudd og rammetilskudd

Det er ulike argumenter både for og mot hhv. rammefinansiering og øremerkede tilskudd. Det som er fordeler ved rammefinansiering er ofte ulemper ved øremerkede tilskudd og omvendt.

*Argumenter **for** rammefinansiering*

- Inntektssystemet bygger på det styringsprinsipp at kommuner best kan avveie nytte og kostnader for de enkelte tjenester. Forutsatt at de økonomiske rammene oppfattes som upåvirkelige av kommunene, legger rammefinansiering til rette for prioriteringseffektivitet.
- Gir kommunene og fylkeskommunene bedre oversikt over egne inntektsforhold og dermed bedre anledning til effektiv planlegging og styring av sin virksomhet.
- Legger til rette for en mer rettferdig inntektsfordeling mellom kommunene.

*Argumenter **mot** rammefinansiering*

- Gir ikke mulighet til å målrette en statlig budsjettstyrking.
- Premierer ikke økt innsats og gir derfor begrenset incentiv til kostnadseffektivitet.
- Ulik standard på pleie- og omsorgstilbudet pga. ulik kommunal prioritering.

I forhold til dette siste punktet er det viktig å være klar over at ulikheter i kommunale inntekter er en viktig forklaring på ulikheter i kommunalt tjenestetilbud også innenfor pleie- og omsorgssektoren. Dette er påvist i flere empiriske studier (Hagen 1997 og NOU 1996:1). Det må derfor skilles mellom kapasitet- og standardforskjeller som skyldes ulike kommunale inntekter og de som skyldes ulike kommunale prioriteringer.

*Argumenter **for** bruk av øremerkede tilskudd*

- Bruk av øremerkede tilskudd, og da først og fremst prisvridende tilskudd, er effektivt når tilbud skal bygges ut fra et lavt nivå.
- Gir mulighet for å avgrense målgruppen av kommuner for statlige budsjettiltak. For en gitt budsjettsatsing gjør dette at en raskere kan nå en eventuell målsetting om et visst minimumsnivå på pleie- og omsorgstilbudet i hele landet.
- Lettere å legge føringer på kommunal bruk av budsjettmidlene og stille krav til kommunal rapportering.

*Argumenter **mot** bruk av øremerkede tilskudd (privridende og ikke-prisvridende)*

- Pleie- og omsorgstilbudet spenner fra hjemmehjelp/hjemmesykepleie til sykehjem. Hva som er en optimal sammensetning og nivå på tilbudet, er kommunene nærmest til å avgjøre. Ulike statlige refusjonsordninger i forhold til disse tjenestene vil kunne lede til en uoptimal sammensetning av tjenestetilbudet.
- Det er problematisk å fastsette et produksjonsmål som er egnet både i og utenfor institusjon og som fanger opp variasjoner i pleietyngde på en tilfredsstillende måte.
- Dersom det forutsettes en betydelig kommunal medfinansiering, er det en fare for at prisvridende tilskudd først og fremst kommer de økono-

misk velstående kommunene til gode, kanskje kommuner som allerede har et godt nok tilbud.
- Et øremerket ikke-prisvridende tilskudd kan virke som en øvre grense for kommunal satsing og således virke mot sin hensikt.
- Det krever kommunale og statlige administrasjonskostnader.

Rammefinansiering

Hovedprinsippet for finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester bør fortsatt være rammefinansiering. Dette vil sikre en mest mulig rettferdig inntektsfordeling kommunene imellom i forhold til å møte de økte behov for pleie- og omsorgstjenester i årene framover, samtidig som det vil legge til rette for fleksible tjenestetilbud tilpasset brukernes behov. Det vil imidlertid være behov for å supplere rammefinansieringen med mer målrettede økonomiske virkemidler i forhold til gjennomføringen av handlingsplanen for en bedre pleie- og omsorgstjenste. På sikt bør deler av driftstilskuddene legges inn i inntektsystemet.

Øremerket driftstilskudd

Et statlig tilskudd til refusjon av kommunale driftsutgifter i pleie- og omsorgstjenesten forutsetter et klart definert produktmål som ikke lett lar seg påvirke gjennom strategiske tilpasninger. For å unngå uheldige vridningseffekter i tjenestetilbudet, bør dette produktmålet være egnet både for tjenester gitt i institusjon og i omsorgsbolig eller egen bolig.

Fra og med 1. juli innføres det innsatsstyrt finansiering i sykehussektoren basert på det såkalte DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper). På grunnlag av medisinsk informasjon som registreres rutinemessig i sykehusenes pasientadministrative systemer, klassifiseres pasientene i tilnærmet homogene ressursgrupper med en fastsatt refusjonssats pr. pasient.

Det er utviklet et beslektet klassifikasjonssystem til DRG-systemet for geriatriske pasienter som kalles RUG (Resource Utilization Groups). RUG er en del av et internasjonalt multidimensjonalt instrument til bruk i geriatri - RAI (Resident Assessment Instrument) som i tillegg til medisinske data også kartlegger opplysninger om funksjon, emosjonell tilstand og kognitive og sosiale forhold hos pasientene. RUG er utviklet for bruk i institusjoner. Et tilsvarende system for hjemmetjenestene finnes ennå ikke. Det pågår imidlertid et internasjonalt arbeid for å forsøke tilpasse RUG-systemet til hjemmetjenestene. Systemet har vært utprøvd på to poster i Norge i 1995; en rehabiliteringspost på Diakonhjemmets sykehus og en post på et sykehjem. Mens RUG er et mål for gjennomsnittlig ressursbehov pr. dag, er DRG et mål på gjennomsnittlig ressursbehov *pr. pasienttilfelle/ behandling.* RUG synes således å ha noen av de samme egenskapene som kurdøgnsystemet i sykehus. Kurdøgnsystemet ble avviklet som statlig tilskuddsordning til fylkeskommunale sykehus i 1980, bl.a. på bakgrunn av at systemet på en uheldig måte stimulerte til lange institusjonsopphold (svekket kostnadseffektivitet), og fordi det førte til manglende kostnadskontroll. Det går imidlertid et viktig skille mellom RUG og kurdøgnsystemet ved at RUG klassifiserer pasientene i ulike kategorier mht. ressursbehov. I likhet med DRG-systemet, forutsetter RUG-systemet rutinemessig registrering av karakteristika ved pasientenes pleie- og omsorgsbehov og hvilken behandling/pleie som har vært utført. Innen geriatrien og pleie- og omsorgstjenestene har det så langt ikke vært tradisjon for å foreta slik registrering. Det vil være en betydelig utfordring å få til en slik rutinemessig registrering innen pleie- og omsorgstjenestene og innen geriatrien.

Sosial- og helsedepartementet anser RAI/RUG som interessante instrumenter som kan være nyttige supplement til Gerix (se boks 3.3). Instrumentene kan være egnet bl.a. som beslutningsstøttesystem i den kommunale ressurs- og økonomistyring, samt som kvalitetssikringsinstrument. Sosial- og helsedepartementet vil derfor følge den videre utvikling av systemene nøye. I tillegg kan RUG vise seg egnet for innsatsstyrt finansiering i forhold til korttidsopphold i sykehjem. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere dette nærmere i forbindelse med oppfølgingen av NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Pr. i dag er RUG ikke egnet som et gjennomgående finansieringssystem i pleie- og omsorgssektoren i Norge. Ut fra det departementet har kjennskap til, er det heller ingen europeiske land som har tatt disse instrumentene i bruk som grunnlag for generell innsatsstyrt finansiering i forhold til pleie- og omsorgssektoren slik det nå innføres i sykehussektoren i Norge.

Slik de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er organisert i Norge, vil det ideelt sett måtte kreves av et klassifikasjonssystem at alle målgruppene for tjenestene (eldre pleietrengende, sterkt fysisk funksjonshemmede barn, unge og voksne, psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser) fanges opp enten tilbud gis i institusjon eller i den åpne omsorgen. Dersom ikke et slikt krav kan innfris, står en i fare for at ulike målgrupper får ulik behandling og pleie avhengig av hvor godt deres behov fanges opp av klassifikasjonssystemene. En ensidig statlig refusjon av driftsutgifter i sykehjem/institusjon kan ha en uheldig effekt på sammensetningen av det kommunale pleie- og omsorgstilbudet dersom tilbud i sykehjem prioriteres av kommunene i de tilfeller der tilbud i egen bolig eller omsorgsbolig er det beste for den enkelte og samtidig billigst for samfunnet.

I fravær av et veldefinert produksjonsmål som grunnlag for en generell statlig refusjonsordning, vil et eventuelt prisvridende tilskudd måtte basere seg på mer indirekte produksjonsmål, som f.eks. antall

stillinger eller medgåtte utgifter. Sistnevnte ordning var i bruk fram til 1984 (se boks 7.1). En statlig prosentvis refusjon av godkjente utgifter til kommunal pleie og omsorg vil imidlertid innebære svekket kostnadskontroll, samtidig som en slik tilskuddsordning vil redusere kommunenes incentiver til kostnadseffektiv drift. Incentivene til kostnadseffektivitet svekkes fordi eventuelle kostnadsgevinster delvis trekkes inn av staten i form av reduserte overføringer. Kommunene vil dessuten få sterke incentiver til å føre utgifter på andre sektorer inn under pleie- og omsorgssektoren for å utløse et statlig subsidium.

Ved en eventuell statlig refusjon utformet som et fast kronebeløp pr. årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, vil det kunne oppstå tvilstilfeller for når en stilling skal regnes med i refusjonsgrunnlaget eller ikke. Dessuten kan det oppstå praktiske problemer mht. hvordan kommuner som kjøper sine tjenester fra private leverandører, skal håndteres. Det er tvilsomt om dagens personellstatistikk holder den kvalitet som må kreves dersom den skal danne grunnlag for en statlig refusjonsordning. Et prisvridende tilskudd utformet som et kronebeløp pr. årsverk vil i tillegg kunne lede til svekket kostnadseffektivitet, f.eks. ved at kommunene vil se seg i stand til å ansette uforholdsmessig mange i administrative stillinger.

Det tilrås *ikke* innført statlig *prisvridende* driftstilskudd i forhold til den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

Hvordan sikre at økte statlige driftsmidler kommer eldreomsorgen til gode?

Uten et statlig prisvridende driftstilskudd er det en fare for at økte statlige driftsmidler til den kommunale pleie- og omsorgssektoren ikke får den tilsiktede effekt, dvs. at det skjer lekkasje til andre sektorer/formål. Eventuelle tiltak for å begrense slike lekkasjeeffekter vil bli vurdert fram mot statsbudsjettet for 1998. I dette arbeidet vil det bli innhentet råd fra kommunesektoren, herunder Kommunenes sentralforbund.

For å sette kommunene i stand til å gjennomføre den skisserte handlingsplanen fram til år 2002, vil det bli avsatt øremerkede tilskudd til å dekke økte driftsutgifter i kommunene. Disse midlene vil bli fordelt bl.a. etter antall innbyggere over 80 år.

Investeringstilskudd

Et statlig investeringstilskudd kan enten utformes som et engangstilskudd (dagens ordning), eller et amortiseringstilskudd der staten dekker en viss prosentvis andel av kommunenes løpende utgifter til betjening av investeringslån.

*Argumenter **for** engangstilskudd*

- Dagens tilskuddsordning synes å ha hatt positiv effekt og er godt mottatt i kommunene.
- En større del av investeringskostnadene synliggjøres i statsbudsjettet. Statsbudsjettet vil gi et mer korrekt uttrykk for den relle etterspørselsimpuls fra offentlig sektor og dermed ekspansiviteten i budsjettpolitikken.
- I nasjonalregnskapet føres investeringene etter kontantprinsippet. Et amortiseringstilskudd vil kun reflektere årlige utgifter til renter og avdrag. I år med høy investeringsaktivitet vil dette isolert sett medføre økt underskudd i kommunesektoren i h.h.t. nasjonalregnskapets føringsmåte. Dette kan igjen lede til et press for å øke kommunenes inntekter uten at det foreligger reelle økonomiske grunner til det.

*Argumenter **for** amortiseringstilskudd*

- Amortiseringstilskudd er brukt i forbindelse med gjennomføring av grunnskolereformen, og er derfor kjent i kommunene.
- Bygninger vil ha en forventet levetid på minst 40 år. De årlige kapitalkostnader vil være lik kapitalslit (økonomisk forringelse av bygningenes verdi) og renter på bundet kapital i den eksisterende bygningsmassen. Et statlig tilskudd etter amortiseringsprinsippet er bedre tilpasset den faktiske profilen på kommunenes kapitalkostnader, slik disse føres i kommuneregnskapene sammenliknet med et engangstilskudd.

Ekstra statstilskudd ved omgjøring av flersengsrom til ensengsrom?

Ved omgjøring til ensengsrom innvilges kommunene i dag et tilskudd på 90 000 kroner. Det stilles ikke krav om at kommunene skal opprettholde samme antall plasser. I praksis kan kommunene derfor få tildelt et tilskudd på 90 000 kroner, samtidig som antall institusjonsplasser reduseres og uten at det bygges opp et alternativt tilbud. Tilskuddsordningen kan i tillegg kritiseres for å forskjellsbehandle kommunene på en urimelig måte.

Denne problemstillingen kan illustreres på følgende måte: En kommune har plassert to langtidsbeboere på ett sykehjemsrom. Kommunen bestemmer seg så for at begge beboerne skal tildeles enerom. Dette gjøres ved å bygge et nytt sykehjem som den ene personen flytter inn i, mens det opprinnelige rommet gjøres om til ensengsrom for den andre. Etter gjeldende tilskuddsordning får kommunen 150 000 + 90 000= 240 000 kroner i engangstilskudd. En annen kommune som også har en under-

dekning på sykehjemsplasser, men som har valgt å gi tilbud i egen bolig eller omsorgsbolig som en midlertidig løsning, vil ved bygging av nytt sykehjem kun få tildelt 150 000 kroner pr. plass.

Isolert sett kan det være ønskelig med et slikt ekstratilskudd (90 000 kroner) ved omgjøring av flersengsrom til ensengsrom for i større grad å målrette budsjettstyrkingen mot de kommunene som har mange eldre på flersengsrom. I tillegg kan dette være ønskelig for å stimulere kommunene til å prioritere en slik kvalitetsheving i en situasjon der mange kommuner oppfatter at en kapasitetsøkning er den viktigste utfordringen.

For å unngå eventuelle utilsiktede kommunale tilpasninger, som f.eks. at kommunene velger å omgjøre ensengsrom til flersengsrom for derigjennom å utløse et ekstra statstilskudd når rommene igjen gjøres om til ensengsrom, kan det være nødvendig å avgrense en slik ordning til kun å gjelde for de flersengsrom som er registrert pr. i dag. Kommuner som heretter tar i bruk flere flersengsrom vil i så fall ikke omfattes av tilskuddsordningen. Det kan oppfattes som urimelig, og vil i neste omgang kunne lede til et press for at også slike tilfeller skal omfattes av ordningen med ekstratilskudd. Mye av poenget med et ekstra tilskudd ved omgjøring fra flersengsrom til ensengsrom faller imidlertid da bort, siden kommuner kan utløse dette tilskuddet ved strategiske tilpasninger.

Ut fra en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved ulike utforminger av investeringstilskudd, vil Regjeringen tilrå at det økte investeringsbehovet møtes gjennom en generell heving av satsene for dagens oppstartingstilskudd. Dagens låneordninger i Husbanken videreføres. Utbedringstilskuddet foreslås videreført med en viss økning fra dagens nivå, mens det særskilte tilskuddet ved omgjøring til ensengsrom avvikles fra 1.januar 1998.

Hensikten med investeringstilskuddene er å stimulere til økt utbygging av botilbud for de som ikke lenger føler tilstrekkelig trygghet ved å bo i sin opprinnelige bolig, og der det blir for kostbart å yte hjemmetjenester pga. omfattende pleie- og omsorgsbehov. Tilskuddene skal derfor *ikke* brukes til å øke den bygningsmessige standarden utover det som er nødvendig og heller *ikke* gå til å subsidiere husleier i omsorgsboliger. Det er et mål å kunne fastsette kostnadsriktige husleier i omsorgsboliger. Bostøtteordningene skal utjevne boutgifter for de med lave inntekter. Regjeringen vil foreslå å heve boutgiftstaket i bostøtteordningen, for å utjevne boutgiftene for de med lave inntekter.

Tilskudd til utjevning av kommunale forskjeller

Det er betydelige kommunale variasjoner i tilgjengeligheten til pleie- og omsorgstjenester for eldre. Selv om det er mange forklaringer på dette, viser studier som har vært gjennomført (Hagen 1997, NOU 1996:1), at variasjoner i inntekter er en viktig forklaringsfaktor. For å bringe tjenestetilbudet til eldre pleie- og omsorgstrengende raskt opp på et akseptabelt nivå i hele landet, kan det være nødvendig å gi et særskilt driftstilskudd til kommuner som i dag har det dårligste tilbudet til eldre.

*Argumenter **for** avgrensning av målgruppen av kommuner*

- Det er et vesentlig mer effektivt virkemiddel for å nå en viss minstestandard i hele kommune-Norge.

*Argumenter **mot** avgrensning av målgruppen av kommuner:*

- Det kan gi uheldige signaler/incentiver i og med at de kommunene som allerede har løst oppgavene på en god måte ikke tilgodeses med statlige midler. Dette kan medføre at kommuner i neste omgang nedprioriterer tilbud til eldre ut fra en forventing om at staten på sikt vil gi ekstratilskudd.
- Det krever klare og alment aksepterte kriterier for å avgrense målgruppen. Med de grove indikatorene som er tilgjengelige (f.eks. antall sykehjemsplasser i forhold til antall personer over 80 år), vil dette være en stor utfordring. Det er neppe til å unngå at mange kommuner vil hevde at de er forskjellsbehandlet på en urimelig måte.
- Det er administrativt krevende.
- Kommuner med lav dekningsgrad av sykehjemsplasser målt i forhold til befolkningen 80 år og over vil *som gruppe* tjene på omleggingen av inntektssystemet (Rattsøutvalget). Det er imidlertid ikke noe entydig bilde. Om lag halvparten av kommunene med lav dekningsgrad vil tjene på omleggingen, mens den andre halvdelen vil tape på omleggingen.

Målet om et likeverdig tilbud uavhengig av bosted gjør det imidlertid nødvendig å treffe tiltak som raskt sikrer et mer likverdig og akseptabelt pleie- og omsorgstilbud i hele landet.

Regjeringen vil avsette et eget beløp på statsbudsjettet til kommuner med det dårligste tilbudet av pleie- og omsorgstjenester. Fylkesvis fordeling av driftstilskuddet fastsettes på grunnlag av institusjonsdekning for befolkningen 80 år og over. Fylkesmennene i samarbeid med fylkeslegene foretar den kommunevise fordelingen primært ut fra samme kriterium, men der det skal tas med i vurderingen om en godt utbygd hjemmetjeneste i noen grad kompenserer for lav institusjonsdekning. Ytterligere konkretisering av tildelingskriteriene for dette tilskuddet vil bli gitt i statsbudsjettet for 1998.

7.2 RESULTATOPPFØLGING OG KOMMUNALE PLANER FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

De utfordringer eldreomsorgen står overfor i årene som kommer må møtes gjennom en planmessig utvikling av tjenestene. Eldreomsorgen krever stor ressursinnsats fra kommunene, og det er nødvendig med et systematisk planarbeid som grunnlag for å kunne prioritere og utnytte de tilgjengelige ressursene på best mulig måte. Som påpekt under 3.1 og 5.6 påvirkes behovene for innsats i eldreomsorgen av virksomheten innen andre tjenester, både kommunale og fylkeskommunale. Planlegging blir derfor også et viktig instrument for å styrke samordningen mellom ulike tjenester og sektorer. Videre bør planarbeidet være grunnlag for en kritisk gjennomgang og vurdering av hvordan tjenestetilbudet er egnet til å møte dagens og fremtidens problemer og behov blant kommunens eldre. Planleggingen skal med andre ord bidra til bedre grunnlag for prioritering av midlene, bedre samordning i forhold til andre tjenester, og samtidig gi grunnlag for faglig utvikling av eldreomsorgens innhold.

«Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene» (19. nov. 1982, nr. 68) pålegger kommunene å utarbeide plan for sosiale tjenester og helsetjenesten. På 1980-tallet ble det fra Sosialdepartementets side satset mye på å utvikle planarbeidet i kommunene, og kommunene fulgte opp med omfattende planlegging i helse- og sosialsektoren. Erfaringene var imidlertid ikke entydig positive (Bastøe og Vetvik 1989). Dels manglet planene prioriteringer og dels var prioriteringene ufullstendige. Selv om de fleste planene var politisk vedtatte, innebar ikke vedtakene i kommunestyrene at planene var realitetsbehandlet. Konkrete vedtak ble heller gjort i tilknytning til budsjettbehandlingen. Planarbeidet ble ikke det styringsmiddel en hadde håpet.

Etter få år ble vekten på planarbeidet nedtonet, til fordel for utvikling av statistikk- og informasjonssystemer som statlig styringsmiddel. I dag synes det imidlertid klart at både kommunale og statlige myndigheter trenger bedre styringsmidler for å kunne utnytte de tilgjengelige ressursene på best mulig måte. På denne bakgrunn vil Sosial og helsedepartementet ta inititativ til en styrking av planarbeidet i kommunene, særlig med sikte på å bedre kommunenes styring med utviklingen i eldreomsorgen, men også for å styrke de sentrale myndigheters grunnlag for å følge med i og styre utviklingen.

Det er viktig at man i kommunene lager en samlet plan for hele helse- og sosialtjenesten. På enkelte områder vil det imidlertid likevel være ønskelig at det utarbeides delplaner. Pleie- og omsorgstjenestene er et slikt område.

Planarbeidet vil bli knyttet til et system for rapportering om kommunenes innsats i eldreomsorgen. Rapporteringssystemet vil bli samordnet med den løpende statistikkinnhenting som Statistisk sentralbyrå står for, og også være tilpasset det behovet Sosial- og helsedepartementet har for tilbakemelding om bruk av øremerkede midler til pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig vil rapporteringen legges slik opp at den utgjør en naturlig del av det plangrunnlaget kommunene må bygge på. Departementet vil følge opp handlingsplanen bl.a. gjennom de mål og resultatkrav som vil bli stilt til tilskuddsordningene i statsbudsjettet for 1998. Fylkesmannen vil få en sentral rolle i oppfølgingen av handlingsplanen, herunder yte råd og veiledning til kommunene. Fylkesmennene foreslås derfor styrket i planperioden.

Styrkingen av planarbeidet skal skje i to faser:

I første omgang må kommunene utarbeide en konkret plan for utbygging av eldreomsorgen etter et standard rapporteringsskjema utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet. En slik plan må være politisk godkjent før statlige tilskuddsmidler kommer til utbetaling i 1998. Sosial- og helsedepartementet vil komme nærmere tilbake til opplegget i eget rundskriv før sommeren.

For i neste omgang å styrke det mer langsiktige og faglige planarbeidet, skal alle kommuner utarbeide fire-års planer for pleie- og omsorgssektoren. Dette arbeidet skal være startet opp i løpet av 1998. Departementet vil utarbeide retningslinjer og veiledningsmateriell om hvordan planarbeidet bør legges opp og gjennomføres. I denne sammenheng er det helt nødvendig å styrke fylkesmannsembetene med sikte på å kunne yte råd og veiledning til kommunene. Departementet vil følge planarbeidet, og gi tilbakemeldinger bl.a. i form av sammenfatninger av kommunenes utviklingsplaner.

7.3 JURIDISKE VIRKEMIDLER

Problemer med to lovverk.

Pleie- og omsorgstjenestene reguleres av to lovverk, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dette kan skape problemer når det gjelder ivaretakelse av helhet og fleksibilitet i tjenestene. I de fleste kommunene er f.eks. hjemmesykepleie og hjemmehjelp organisasjonsmessig integrert (jf. 4.1), mens tjenestene er regulert i hhv. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I en del kommuner er det fortsatt enkelte kombinerte alders- og sykehjem, der aldershjemsavdelingene er regulert i sosialtjenesteloven og sykehjemsavdelingen i kommunehelsetjenesteloven, selv om beboerne tilnærmet er like pleie- og omsorgstrengende i de to avdelingene.

Det byr derfor på problemer at de to lovverkene ikke er harmonisert på alle punkter. Det er f.eks. hjemmel for forskrift om kvalitet i kommunehelsetjenesteloven men ikke i sosialtjenesteloven. Sosial- og helsedepartementet ser derfor behov for å gå igjennom de to lovverkene for å få en best mulig harmonisering på disse områdene.

For å følge opp kvalitetsforskriften vil det i løpet av 1998 bli fremmet forslag om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven knyttet til spørsmål om forskriftshjemmel, internkontroll og tilsyn.

Videre vil man med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven forskriftsfeste en spesifisering og konkretisering av enkeltvedtaket som kommunen gjør i forbindelse med innleggelse i sykehjem eller boform etter kommunehelsetjenesteloven, slik at brukerne og deres pårørende er informert om hva et vedtak om opphold i institusjon faktisk innebærer av tjenester. Dette vil bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene for den enkelte bruker.

Sosial- og helsedepartementet vil foreta nødvendige oppdateringer i forskriften om somatiske sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg (sykehjemsforskriften).

Ulike finansierings- og egenbetalingsordninger avhengig av boform

Finansieringsansvaret for ulike helsetjenester er i dag ulikt fordelt mellom folketrygden, kommunene og den enkelte bruker avhengig av boform. Skillet går mellom egen bolig og omsorgsbolig på den ene siden, og boform regulert etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (sykehjem og aldershjem) på den andre siden. Dette skillet gjør seg også gjeldende i forhold til botilskuddsordningene. Bostøtte gis kun til de som bor i egen bolig eller i omsorgsbolig, men ikke til beboere i sykehjem eller aldershjem.

Finansieringsordningene bør fungere mest mulig nøytralt slik at det er den enkelte brukers behov for tjenester som er bestemmende for tilbudet, og ikke kommunenes økonomiske tilpasning ut fra en isolert lønnsomhetsbetraktning. Dette er en viktig forutsetning for å oppnå prioriteringseffektivitet. Det er grunn til å anta at dagens ulike finansieringsordninger avhengig av boform kan skape uheldige vridninger i det kommunale tjenestetilbudet. Bl.a. av den grunn ble det i 1995 oppnevnt et utvalg som fikk i oppdrag å utrede og komme med forslag til finansierings- og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten. Utvalget har nylig avgitt sin innstilling (NOU 1997:17) til Sosial- og helsedepartementet. Innstillingen vil bli sendt på høring. Handlingsplanen som denne meldingen legger opp til, kan gjennomføres uavhengig av en eventuell framtidig harmonisering av finansierings- og brukerbetalingsordningene i og utenfor institusjon. Om en slik harmonisering er ønskelig, eventuelt hvordan dette skulle skje, vil departementet først ta stilling til etter en grundig vurdering av innstillingen og høringsuttalelsene til denne.

Plikt til ensengsrom

I handlingsplanen legges det opp til at alle med langvarig opphold i institusjon og som ønsker det skal ha ensengsrom, og at kommunene skal ha bygget ut et tilbud som er i stand til å oppfylle dette målet i løpet av år 2002. Regjeringen vil sikre dette tilbudet også etter år 2002 gjennom lovfesting av kommunenes plikt til å tilby beboere med varig opphold i institusjon og som ønsker det, ensengsrom fra 2003.

Det vil bli fremmet forslag om å lovfeste kommunenes plikt til å tilby beboere med varig opphold i institusjon og som ønsker det, ensengsrom innen 2003.

Ny helsepersonellov

Sosial- og helsedepartementet vil i juni 1997 sende på høring utkast til en lov om helsepersonells rettigheter og plikter. Lovutkastet tar sikte på å samle og presisere de reguleringer av helsepersonell som i dag gjelder i helselovgivningen. Lovforslaget vil omhandle generelle krav til yrkesutøvelsen, spesielle krav og rettigheter for autorisert personell, regler om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og reaksjoner og reaksjonssystem. Hovedformålet med loven er å bidra til kvalitet i helsetjenesten og å sikre tillit til helsetjenesten og helsepersonell.

7.4 ØKT BEHOV FOR PERSONELL I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

Den foreslåtte satsingen på eldreomsorgen vil kreve økte personellressurser. En kvantitativ styrking er ikke alene nok. Både fylkesleger og fylkesmenn framholder at fordi brukerne av tjenestene har større behov enn tidligere, har behovet for faglig kompetanse blant personalet økt, både når det gjelder grunnutdanning og videreutdanning. Dette er en sektor som tradisjonelt har sysselsatt mange ufaglærte, som har gjort og gjør en utmerket innsats. Det er mulig å øke personellinnsatsen gjennom ansettelse av ufaglærte, men det er en forutsetning at det i større grad enn i dag gis muligheter for veiledning, kompetansebygging og fagutvikling i kommunene.

En voksende pleie- og omsorgssektor står overfor disse utfordringene på personalområdet:

- det er behov for mer arbeidskraft
- det er knapphet på kvalifisert arbeidskraft
- en stor andel av personalet arbeider deltid
- det er stigende krav til kvalitet og standard i omsorgen

Sosial- og helsedepartementet er i ferd med å utarbeide en handlingsplan for helse- og omsorgspersonell. Handlingsplanen vil inneholde en rekke tiltak for å bedre tilgangen på personell og øke kompetansen innen helse- og omsorgssektoren. Det vil i omtalen nedenfor bli vist til handlingsplanen når det gjelder konkrete forslag og tiltak.

Det foreslås i meldingen å øke personellinnsatsen med vel 12 000 nye årsverk i løpet av 4 år, som et nødvendig tiltak for å holde tritt med veksten i de eldste aldersgruppene og styrke tjenestene, jf. 6.2. Det er behov for økt kompetanse blant personalet både når det gjelder grunnutdanning på høyskolenivå og videregående skoles nivå, og videre- og etterutdanning.

Rekruttering

De senere årene har det vært en sterk vekst i utdanningskapasiteten når det gjelder grunnutdanning, både på høyskolenivå og gjennom etablering av fagutdanning på videregående skoles nivå, og utdanningskapasiteten bør holdes på et høyt nivå også framover. Kapasiteten ved høyskolene er økt med ca. 60 pst. fra 1990 til i dag. De videregående skolene utdanner både omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, aktivitører og andre grupper som er aktuelle i omsorgssektoren. I skoleåret 1996/97 har tilsammen ca. 3 000 elever i studieretningene omsorgsarbeider og hjelpepleier enten lærlingeplass eller Videregående kurs II i videregående skole. Dette skoleåret ble det videre tatt opp ca. 3 500 elever til Videregående kurs I i disse fagene. Det er viktig at kommunene etablerer tilstrekkelig med lærlingeplasser og det nødvendige antall veiledere som kan følge opp lærlingene fram til avlegging av fagbrev. Det er samtidig viktig å sikre praksisplasser for hjelpepleierelever.

Videre blir det viktig å rekruttere nyutdannede fra høyskoler og videregående skoler til pleie- og omsorgsektoren og beholde dem i sektoren. For å få dette til må kommunene satse på ulike tiltak; som f.eks. rekrutteringskampanjer, tilrettelegging av arbeidsforhold, gi muligheter til videre- og etterudanning, m.v. Ikke minst fordi pleie- og omsorgsyrket er fysisk og psykisk belastende er slike tiltak viktige. Bl.a. har hjelpepleiere langt høyere hyppighet av uførepensjonering i aldersgruppen 40-66 år enn mange andre yrkesgrupper.

Det er fortsatt nødvendig å rekruttere ufaglærte, men det vil være viktig at kommunene stimulerer og legger til rette for at ufaglært personell får opplæring og veiledning og muligheter til å ta grunnutdanning for dem som ønsker det.

I omtalen under 4.3, blir det vist til at mange i pleie- og omsorgssektoren arbeider deltid. Andelen er høyest blant de ufaglærte, dvs. hjemmehjelperne, pleieassistentene og «andre i brukerrettet tjeneste», hvor godt over 80 pst. arbeider deltid. Også blant de andre personellgruppene er andelen deltidsarbeidende høy: blant hjelpepleierne 77 pst., blant sykepleiere uten videreutdanning ca. 60 pst. og blant sykepleiere med videreutdanning i geriatri eller psykiatri vel 30 pst. av de ansatte. (SSB's pleie- og omsorgsstatistikk 1995.)

Det er flere årsaker til den høye andelen deltidsarbeidende. En viktig årsak er ønsker fra den enkelte arbeidstaker om å arbeide deltid. En annen årsak er at kommunene har opprettet et betydelig antall deltidsstillinger, til tross for at Hovedavtalens fellesbestemmelser tilsier at det som en hovedregel skal opprettes og tilbys tilsetting i fulle stillinger.

I en undersøkelse Opinion gjennomførte for Norsk sykepleieforbund og Norsk helse- og sosialforbund i 1996, ble de som arbeidet deltid spurt om de ønsket å arbeide heltid. 16 pst. av sykepleierne og 27 pst. av hjelpepleierne svarte bekreftende på dette. På spørsmål om tiltak som skal til for at de kan arbeide heltid, svarte 76 pst. av de deltidsarbeidende hjelpepleierne og 33 pst. av sykepleierne flere heltidsstillinger på arbeidsstedet. For å utnytte det potensiale som ligger i de mange deltidsarbeidende må kommunene tilby arbeidstakere som ønsker det stillingsandeler og tilsettingsvilkår i tråd med Hovedavtalens bestemmelser. Tilrettelegging av gode turnusordninger er også et virkemiddel som kan øke mulighetene for å arbeide full tid.

Arbeidet i pleie- og omsorgstjenestene er fysisk og psykisk belastende. Gjennom en fleksibel organisering av tjenestene kan det legges til rette for at arbeidstakerne får større mulighet til variasjon i arbeidet. Dette vil kunne lette belastningen på den enkelte arbeidstaker. Kommunene bør også aktivt bruke bedriftshelsetjenesten, slik at arbeidssituasjonen kan tilrettelegges best mulig for arbeidstakerne. Videre er det viktig at kommunene kartlegger hvilke psykiske belastninger arbeidstakerne utsettes for og etable-

rer støtteordninger og veiledning for personell som utsettes for store psykiske belastninger i arbeidssituasjonen. Dette kan være faktorer som er avgjørende for hvor stor stillingsandel den enkelte arbeidstaker ønsker.

I tillegg kan økt satsing på både grunnutdanning (fagbrev i omsorgsarbeid), opplæring i jobben, veiledning og videreutdanning, bidra til at flere ønsker å utvide sin stillingsandel. Sosial- og helsedepartementet vil følge utviklingen på dette feltet framover.

Økt bruk av avlastning og omsorgslønn kan bidra til ta vare på de mange som har omsorg for pleietrengende familiemedlemmer og gjøre det mulig å opprettholde denne innsatsen.

Kompetanseheving

Som vist i 4.3 utgjør ufaglærte ca. 1/3 av årsverkene i pleie- og omsorgssektoren. Det er et mål å heve kompetansen blant de ufaglærte. Dette kan f.eks. gjøres ved at ufaglært personell som allerede arbeider i sektoren, gis anledning og stimuleres til å avlegge fagbrev i omsorgsfag etter §20 i Lov om fagopplæring i arbeidslivet eller gjennom videregående skole, og på denne måten får kompetanse og status som omsorgsarbeider/hjelpepleier.

Sosial- og helsedepartementet forutsetter videre at kommunene, som en del av arbeidsgiveransvaret, sørger for at nyansatte, spesielt ufaglærte, får innføringskurs og tilstrekkelig veiledning i arbeidssituasjonen. Departementet vil komme tilbake til tiltak for opplæring av nyansatte i departementets handlingsplan for helse- og omsorgspersonell. Det vil dreie seg om utvikling av opplæringstilbud (kurspakke), undervisningsmateriell og kvalifisering av forelesere/veiledere.

Behovet for fagpersoner med kunnskap om aldring og eldre er stort i sektoren. Det er derfor nødvendig å styrke videre- og etterutdanningene av personell. Dette gjelder både personell med høyskoleutdanning (spesielt sykepleiere og vernepleiere) og personell med fagutdanning fra videregående skole.

> I Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for helse- og omsorgspersonell vil det bli fremmet forslag til tiltak for å øke videre- og etterutdanningskapasiteten bl.a. på disse områdene.

Det er behov for å gå gjennom dagens grunnutdanninger i medisin og sykepleie for å få vurdert om undervisningen i geriatri og eldreomsorg er omfattende og god nok, med sikte på å øke studentenes interesse for fagområdet og gjøre dem bedre istand til å møte de faglige utfordringer de vil møte i arbeidssituasjonen.

Det er behov for særskilte tiltak for å sikre personell som kjenner samisk språk og kultur. Som nevnt i 5.6 vil Sosial- og helsedepartementet som en oppfølging av NOU 1995:6 rette søkelyset bl.a. på opplæring i språk og kulturkompetanse og tolketjeneste. Departementet vurderer ulike stimuleringsordninger, f.eks. språkkurs og kurs i samisk historie og samfunnsforhold for helsepersonell, organisering av veiledningstjeneste, tilrettelegging av praksisplasser og turnustjeneste i institusjoner og kommuner med samisk befolkning, samt rekrutterings- og informasjonsarbeid i skolene. Det er også nødvendig å styrke utbyggingen av en funksjonell tolketjeneste, bl.a. ved å tilby utdanning for tolker, kurs i bruk av tolk og utvikling av faste rutiner for bruk av tolk.

Liknende tiltak vil bli vurdert mht. å kvalifisere personell til arbeid blant innvandrere. Det vises bl.a. til forslag i St. meld. nr. 17 (1996-97).

Mangelfull statistikk

Statistikken over personell i pleie- og omsorgssektoren er mangelfull. Den skiller ikke mellom personell som arbeider i institusjon og personell i hjemmetjenester. Den gir ikke opplysning om kompetansen til den store gruppen registrert som annet personell og ingen oversikt over midlertidige stillinger, ekstravakter, og «turn-over» i ulike stillingskategorier. Kontroller viser at kvaliteten på statistikken er dårlig. Det er derfor nødvendig å sette inn tiltak for å bedre personellstatistikken og få bedre oversikt over personellsituasjonen sett i forhold til kommunenes behov for kompetanse og årsverk i sektoren.

> Sosial- og helsedepartementet vil etablere et helse- og omsorgspersonell-register som kan gi bedre statistikk både over personellressurser, utdanning/kompetanse og personellmangel i helse- og omsorgssektoren for å få bedre oversikt over situasjonen og derved kunne sette inn nødvendige tiltak.
>
> Departementet vil sette igang et eget prosjekt for å få bedre kunnskaper om kompetansebehovet i og rekrutteringspotensialet til pleie- og omsorgstjenestene.

7.5 LAVERE BYGGEKOSTNADER - STANDARDLØSNINGER VED BYGGING AV NYE SYKEHJEM OG OMSORGSBOLIGER

Husbankens statistikk viser at det er store variasjoner i totalkostnadene for ulike sykehjems- og omsorgsboligprosjekter. Gjennomsnittskostnadene pr. sykehjemsplass var i følge Husbanken 826 000 kroner og for omsorgsboliger 738 000 kroner i 1996. Kostadene varierte imidlertid mellom ca. 400 000 kroner og godt over 1 million kroner.

Prisvariasjonene kan skyldes flere forhold:

- Prisen på den enkelte sykehjemsplass eller omsorgsbolig dekker ulike typer kvaliteter og kostnadselementer.
- Mange steder bygger kommunene fellesareal som ikke har noen direkte tilknytning til det konkrete sykehjems- eller omsorgsboligprosjekt, men er tenkt som en del av et større kommunalt servicetilbud. Det kan dreie seg om felles kantine for flere kommunale brukere, storkjøkken for flere sykehjem og felles servicelokaler for sykehjemmet og hjemmetjenesten. Å satse på flerbruksløsninger og fellesopplegg kan være en rasjonell og ressurseffektiv løsning for kommunene. Kostnadene for denne typen fellesarealer blir ikke utlignet på alle de botilbudene og funksjonene som skal betjenes av arealene, men blir utelukkende belastet det aktuelle prosjektet, noe som fører til at prisen pr. plass trekkes opp.
- Store prosjekter med mange sykehjemsplasser er ofte mer teknisk kompliserte enn små prosjekter med få plasser. Videre kan mange sykehjemsplasser i et prosjekt nødvendiggjøre løsninger med heis, storkjøkken, vaskeri. Dette er kostnadskrevende tiltak som øker prisen pr. plass betraktelig.
- Tomteprisene er et viktig kostnadselement som kan forklare prisforskjeller mellom ellers like prosjekter. Tomteprisene er betydelig høyere i byer enn i spredtbygde strøk. Noen kommuner stiller rimelige tomter til disposisjon for pleie- og omsorgsformål og får dermed relativt sett lave kostnader i sine prosjekter.

Husbanken er i ferd med å utarbeide en rapport som skal se nærmere på prisvariasjonene og årsakene til høye eller lave kostnader i det enkelte prosjekt. Rapporten vil foreligge høsten 1997.

Sosial- og helsedepartentet vil i samarbeid med Kommunal- og arbeidsdepartementet og Husbanken arbeide for å komme fram til rimelige standardløsninger med god kvalitet ved bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger.

Kommunal- og arbeidsdepartementet er videre i gang med å revidere forskriften og retningslinjene for oppstartingstilskuddet til nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Her vil også spørsmål knyttet til krav til den bygningsmessige utformingen bli tatt opp. I tillegg vil Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet om kort tid sende ut en veileder om hva en omsorgsbolig skal være. Dette er en oppfølging av Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av Velferdsmeldingen.

7.6 STATISTIKK, FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID

Statistikk og informasjonssystemer

Under beskrives utviklingen innen pleie- og omsorgstjenestene de senere årene. Samtidig påpekes visse svakheter ved det statistiske materialet.

Både for statlige og kommunale myndigheter er det nødvendig å ha oversikt over utviklingen i sektoren og dagens situasjon, både for styrings- og planleggingsformål. Også for forsknings- og utredningsvirksomhet er statistikk sentralt. Det er derfor stort behov for å bedre statistikken innen pleie- og omsorgssektoren.

Pleie- og omsorgssektoren har gjennomgått store endringer de senere årene, og det har ikke vært enkelt å følge opp disse endringene i statistikken og samtidig sikre sammenlignbarhet over år. Resultatet er at statistikken til dels ikke er sammenlignbar over tid, til dels er noe usikker. Det bør vurderes om det bør innhentes flere data enn det som gjøres i dag, bl.a. om den enkeltes forbruk av tjenester over tid. Pleie- og omsorgsstatistikken har heller ikke den aktualitet statlige myndigheter har behov for.

Det er først og fremst behov for å bedre kvaliteten på den statistikk som allerede samles inn. Videre er det ønskelig å bedre aktualiteten. Deretter er det nødvendig å ta en grundig gjennomgang av gjeldende statistikk med henblikk på å vurdere om den er tilstrekkelig for nasjonal styring. Endring i statistikkinnhentingen må ses i sammenheng med mulighetene Kostra, Gerix-prosjektet og andre systemer gir, og koordineres med dette arbeidet. Sosial- og helsedepartementet vil også følge utviklingen av RAI (se 7.1.4) og vurdere om dette klassifikasjonssystemet bør tas i bruk som kvalitetssikrings- og ressursstyrings-instrument i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. For å få en bedre pleie- og omsorgstatistikk, vil det bl.a. være behov for å styrke statistikkarbeidet i SSB.

Arbeidet med pleie- og omsorgstatistikken i SSB skal styrkes.

På Sosial- og helsedepartementets budsjett for 1998 settes det av prosjektmidler til arbeidet med utvikling av pleie- og omsorgsstatistikken. Prosjektet bør gå over en 5-årsperiode og formålet er å bistå SSB med å få en tilfredsstillende pleie- og omsorgsstatistikk, herunder utvikling av Gerix og Kostra og en vurdering av RAI.

Forskning og utviklingsarbeid

For å forebygge og behandle sykdom og funksjonshemminger, høyne livskvaliteten blant eldre og utvikle en bedre eldreomsorg, er det et stort behov for å øke kunnskapene om aldringsprosessene, eldres

psykiske og fysiske helse og deres sosiale situasjon samt ulike behandlings- og omsorgstiltak.

Norsk gerontologisk institutt, nå en del av det nye instituttet for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), har siden 1950-årene drevet omfattende forsknings- og utredningsarbeid, særlig innen det sosialgerontologiske området. Den medisinske forskningen i geriatri er yngre og ble startet av Norges forskningsråd (NAVF) i 1976. Geriatrisk forskning har derfor få tradisjoner i vårt land, og bevilgningene har vært små. Rekrutteringen av forskere til geriatri har vært begrenset og fagets status har vært lav.

Det foregår i dag mye forsknings- og utviklingsarbeid på dette området, både internasjonalt og i Norge. Ved alle universitetsmiljøene er det ansatser til et styrket forskningsmiljø. I løpet av 1997 blir det etablert et nasjonalt kompetansesenter om alderdemens, som videreføre departementets utviklingsprogram om aldersdemens. Det er viktig å støtte opp under denne utviklingen, bl.a. med bevilgninger til fortsatt forsknings- og utviklingsarbeid i de etablerte miljøene og de som er under etablering.

Sosial- og helsedepartementet har fra 1996 gitt støtte til program for aldersforskning i Tromsø. Målsetningen er å bygge opp et bredt fagmiljø for å styrke kompetansen innen aldersforskningen. Midlene er tildelt Regionsykehuset i Tromsø som har opprettet en egen styringsgruppe for programmet. Det er lagt opp til en flerfaglig tilnærming der det er gitt støtte til forskningsprosjekter innen geriatri, aldersdemens og prosjekter med samfunnsvitenskapelige tilnærminger.

På Sosial- og helsedepartementets budsjett bevilges årlig rundt 30 mill kroner til aldersrelaterte forsknings- og utviklingsprosjekter innen medisin og samfunnsvitenskap. Regjeringen vil videreføre og styrke denne satsingen i handlingsplan-perioden.

7.7 SAMARBEID MELLOM KOMMUNER OG BOLIGBYGGELAG

Regjeringen vil legge opp til en styrking av samarbeidet mellom kommunene og boligbyggelagene ved bygging av omsorgsboliger for eldre. Dette vil skje bl.a. ved at kommunene tar dette inn i planleggingsprosessen for sektoren, og i søknadsprosessen for oppstartingstilskudd.

Oppstartingstilskuddet til omsorgsboliger og sykehjemsplasser blir utbetalt til kommunen, fordi det er kommunen som har best forutsetning for å vurdere behovet for omsorgsboliger innenfor eget område, og fordi omsorgsboligene skal inngå som en del av det samlede pleie- og omsorgstilbudet i kommunen. Også i dag står kommunen fritt til å la tilskuddet gå til boligbyggelag, stiftelser, ideelle organisasjoner eller andre som ønsker å organisere/bygge omsorgsboliger. Dette bidrar til at en kan få en variert sammensetning av eieforhold knyttet til omsorgsboligene.

Omsorgsboliger bygges vanligvis som kommunale prosjekter, eller i regi av boligbyggelag og stiftelser i nært samarbeid med kommunen. I 1995 var 75 pst. av boligene som fikk oppstartingstilskudd eid av kommuner, 11 pst. var eid av borettslag og 10 pst. var eid av stiftelser. Det er en klar tendens til at selvstendige boliger organiseres som borettslag.

Regelverket for oppstartingstilskuddet er utformet med tanke på at kommunene kan samarbeide med bl.a. boligbyggelagene om boligløsninger for pleie- og omsorgstrengende. Forutsetningen er at kommunene inngår samarbeidsavtaler med de andre aktørene for å sikre at de statlige midlene går til det formålet de er tenkt.

Man har gode erfaringer med samarbeid mellom kommuner og boligbyggelag. Eksempler fra kommuner hvor dette fungerer godt, er Fredrikstad, Tønsberg, Gjøvik, Bodø og Lier. I disse tilfellene er boligene i hovedsak organisert som borettslag som organiseres av boligbyggelaget.

I veilederen som Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet nå vil gi ut om omsorgsboligene, vil også spørsmålet om forholdet til boligbyggelagene bli tatt opp.

7.8 VURDERING AV MARKEDSLØSNINGER OG BRUK AV PRIVATE FIRMAER I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

I St.meld. nr. 35 (1994-95), Velferdsmeldingen, legger Regjeringen til grunn at det offentlige har det overordnede ansvaret for at mennesker som trenger hjelp og omsorg, får tilgang på tjenester de har krav på ifølge lovverket. Kommunene kan imidlertid inngå samarbeid med ulike private aktører, både ideelle organisasjoner og fortjenestebaserte tjenesteytere, om organisering og drift av tjenester. Med flere aktører på arenaen aktualiseres spørsmål vedrørende ansvars- og arbeidsfordeling, standarder og kvalitet på tjenestene.

Fortjenestebaserte aktører har til nå i liten grad påtatt seg drift av omfattende pleie- og omsorgsoppgaver, men i hovedsak gått inn på delområder som kjøkken og matombringing, rengjøring og trygghetsalarmer. I den senere tid er imidlertid konkurranseutsetting av kjerneoppgaver som drift av aldersinstitusjoner, hjemmesykepleie og hjemmehjelp blitt aktualisert, der også private, fortjenestebaserte virksomheter deltar.

Innføring av markeder og anbudskonkurranse om drift av tjenester innebærer ikke nødvendigvis bruk av private aktører. Kommunale enheter kan gjøres om til selvstendige budsjettenheter som konkurrerer om oppdrag med private leverandører.

Finansiering, beslutning om tildeling av tjenester etter gjeldende lovverk, utforming og sammenset-

ning av tjenestene, oppfølging og tilsyn, er det offentliges ansvar. Dette innebærer at kommunen må sikre at brukernes rettigheter etter lovverket ivaretas, bl.a. ved at saksbehandlingsreglene for vurdering og tildeling av tjenester, klagebehandling m.v. følges, og at tjenestene har tilfredsstillende kvalitet. Fylkeslegens og fylkesmannens tilsynsansvar omfatter også private tiltak som utfører tjenester for det offentlige som ellers er underlagt tilsyn.

I en nylig utgitt rapport gjennomgås erfaringer med konkurranseutsetting av kommunal tjenesteproduksjon i Norge og flere andre land. I følge rapporten er det ikke mulig å trekke entydige konklusjoner om virkningene av konkurranseutsetting. Spesielt har man mangelfull kunnskap om de langsiktige virkningene. (Kjerstad og Kristiansen 1996.) Det synes klart at konkurranseutsetting stiller store krav til kommunene når det gjelder anbud, kontrakter, kvalitetskrav og oppfølging.

Lovgivningen er i dag preget av uklarhet med hensyn til regulering av privat virksomhet innenfor pleie- og omsorgssektoren, spesielt innen den hjemmebaserte omsorgen. Forhold som det er behov for å avklare nærmere er blant annet: skillet mellom offentlig myndighetsutøvelse og tjenesteyting, forholdet mellom enkeltvedtak og kontrakt om tjenester, forholdet mellom privat, kontraktsbasert virksomhet og offentlig styring, instruksjonsrett, tilsyn og kontroll, samt private tjenesteyteres taushetsplikt.

Det er også ulikheter mellom helse- og sosiallovgivningen når det gjelder mulighetene for statlig styring. Sosial- og helsedepartementet vil foreta en nærmere gjennomgang av lovverket med tanke på en klargjøring av disse spørsmålene.

Sosial- og helsedepartementet vil understreke at kommunene må bevare sin kompetanse innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Dette er viktig for å sikre tilstrekkelig kvalitet på tjenestene og kommunenes evne til å utvikle de samlede tjenestene i tråd med befolkningens behov. Disse hensyn tilsier at kommunene bør vise stor tilbakeholdenhet med konkurranseutsetting av kjernefunksjoner i sektoren.

8 Økonomiske konsekvenser av handlingsplanen for styrket eldreomsorg

Nedenfor presenteres de økonomiske og budsjettmessige konsekvenser av handlingsplanen.

8.1 SAMLEDE KOSTNADER SOM FØLGE AV HANDLINGSPLANEN

Tabellene 8.1 og 8.2 viser de samlede kostnadene knyttet til gjennomføringen av handlingsplanen for årene 1998 til 2001. For investeringsutgiftene er det lagt til grunn en femårsperiode til år 2002.

Tabell 8. 1 Årlige kostnader til drift og investeringer i mill. kroner. (Investeringskostnadene ført etter kontantprinsippet) og samlede investeringskostnader 1998-2002.

	Driftsutgifter[1])		Investeringer[2])	
	1998	2001	1998	Sum invest.utgifter 1998-2002
1. Styrking av hjemme- tjenestene	415	1660	0	0
2. Videref. dagens utbyggings- takt av omsorgsboliger (1 800 pr. år)	0	0	1330	5320
3. Omgjøring til ensengsrom	25	100	990	4950
4. Flere plasser med heldøgns pleie og omsorg	440	1760	980	3920
5. Flere plasser for å sikre et visst minstenivå (utjevne komm. forskj.)	120	480	275	1100
6. Utskiftings-/saneringsbehov	0	0	940	3760
7. Sum (1+2+3+4+5+6)	1000	4000	4515	19050

[1]) Brutto driftsutgifter (dvs. før fratrekk for egenbetaling) anslås til 350 000 kroner pr. plass med heldøgns pleie og omsorg og 275 000 kroner pr. årsverk i hjemmetjenestene.
[2]) Investeringskostnadene er basert på gjennomsnittstall oppgitt av Husbanken (826 000 kroner for sykehjem og 738 000 kroner for omsorgsboliger) og er ført etter kontantprinsippet.

Tabell 8.2 Samlede driftkostnader av handlingsplanen i 1998 og 2001 og investeringskostnader i 1998 og 2002. Investeringskostnadene utgiftsført som 30 års serielån (faste avdrag). Mill. kroner

	Driftsutgifter		Utgifter til betj. av invest.lån[1])		Sum utgifter 1998 til drift og betj. av investeringslån
	1998	2001	1998	2002	1998
1. Styrking av hjemmetjenestene	415	1660	0	0	415
2. Videref. dagens utbyggings- takt av omsorgsboliger 3)	0	0	95	360	95
3. Omgjøring til ensengsrom	25	100	70	340	95
4. Flere plasser med heldøgns pleie og omsorg	440	1760	70	265	510
5. Flere plasser for å sikre et visst minstenivå (utjevne komm. forskj.)	120	480	20	75	140
6. Utskiftings-/saneringsbehov	0	0	65	255	65
7. Sum (1+2+3+4+5+6)	1000	4000	320	1295	1320

[1]) Der er lagt til grunn serielån med 30 års nedbetalingstid og 3,8 pst. rente pa.

Samfunnsmessige kostnader

Tabell 8.1 og 8.2 skiller seg fra hverandre ved at investeringskostnadene er ført etter *kontantprinsippet* i tabell 8.1, mens de i tabell 8.2 er fordelt over 30 år med *faste årlige avdrag* (serielån) og 3,8 pst. rente pa. (som er renten på nye lån i Husbanken med flytende rente fra 1. juli 1997).

Det framgår av tabell 8.1 at økningen i de samlede *driftsutgifter* i 1998 vil beløpe seg til 1 mrd.

kroner, økende til 4 mrd. kroner i 2001, dvs. tilsammen 10 mrd. kroner i 4-årsperioden. *Investeringskostnadene* vil beløpe seg til ca. 4,5 mrd. kroner i 1998, og ca. 19 mrd. kroner for perioden 1998 til 2002. Fordelt over 30 år og med 3,8 pst. rente pa. vil utgiftene til betjening av investeringslån i hht. tabell 8.2 utgjøre 320 mill. kroner i 1998, økende til 1 295 mill. kroner i 2002.

De samlede utgiftene *for samfunnet* til drift og betjening av investeringslån anslås dermed til (1000+320=) 1 320 mill. kroner i 1998, økende til (4000+1295=) 5 295 mill. kroner i 2002.

I handlingsplanperioden sett under ett, vil det brukes 10 mrd. kroner mer til drift, og det vil bli lagt til rette for investeringer på 19 mrd. kroner. Driftsutgiftene vil trappes opp i løpet av perioden til et nivå som ligger 4 mrd. kroner over dagens (målt i faste priser).

Brukerbetaling

Verken i tabell 8.1 eller 8.2 er det gjort fratrekk for brukerbetaling, men det er her lagt til grunn uendrede regler og gjennomsnittlig brukerbetaling på ca. 50 000 kroner pr. år for brukere med heldøgns pleie og omsorg enten tilbud gis i omsorgsbolig eller i sykehjem. (Det er forutsatt 45 000 kroner i gjennomsnittlig husleie i omsorgsbolig pr. år og 25 000 kroner *pr. årsverk* i hjemmetjenestene.) Beregningsteknisk er brukerbetaling kommet til fratrekk ved anslag for netto driftsutgifter for det offentlige. Det innebærer at husleie i omsorgsboliger er ført som lavere driftsutgifter og ikke som lavere kapitalkostnader. Gitt disse forutsetningene vil brukerne finansiere ca. 200 mill. kroner av de økte utgiftene i 1998 til drift og betjening av investeringslån (husleie m.v.), økende til ca. 800 mill. kroner i 2002.

Utgifter for det offentlige

De samlede utgiftene for *det offentlige* til drift og betjening av investeringslån vil dermed beløpe seg til (1 320-200=) 1 120 mill. kroner i 1998, økende til (5 295-800=) 4 495 mill. kroner i 2002.

8.2 BUDSJETTSTYRKING I 1998

Tabell 8.3 viser de budsjettmessige konsekvenser i 1998 av Regjeringens handlingsplan.

Tabell 8.3 Budsjettmessige konsekvenser av handlingsplanen. Økning i mill. kroner i forhold til vedtatt budsjett for 1997

	1998
1. Økte driftstilskudd (1.1+1.2+1.3+1.4)	822
Med følgende fordeling:	
1.1 Fordelt etter alderskriterier	695
1.2 Fordelt etter skjønn	105
1.3 Personelltiltak	15
1.4 Administrativ oppfølging	7
2. Økt bostøtte (Kommunal- og arb.dep. budsjett)	50
3. Økt investeringstilskudd (Kommunal- og arb.dep. budsjett)	443
4. Sum øremerkede tilskudd (1+2+3)	1315
5. Økte frie inntekter	250
6. Sum budsjettmessige konsekvenser (4+5)	1565

Planperioden 1998-2002

Kommunene vil fullt ut få dekket merutgiftene til drift i 1998 som følge av handlingsplanen over tilskuddsordningen på Sosial- og helsedepartementets budsjett til omsorgstjenestene (kap. 670.61). Tilskuddet foreslås økt med (695+105+15+7=) 822 mill. kroner sammenliknet med vedtatt budsjett for 1997, til 1 326 mill kroner. I dette ligger også 22 mill kroner til personelltiltak og administrativ oppføging av planen. Det foreslås videre satt av 50 mill. kroner til økte utbetalinger over bostøtteordningen som følge av målsettingen om mer kostnadsriktige husleier i omsorgsbolig og dermed behov for å øke kostnadstaket noe, samt fordi det vil bli flere beboere i omsorgsboliger med antatt behov for bostøtte. Stimuleringstilskuddet til opprettelse av døgntjeneste videreføres på dagens nivå med til sammen 150 mill kroner.

For å avhjelpe kommunenes *finansieringskostnader* som følge av investeringsplanen, foreslås tilskuddssatsene til bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser økt fra hhv. 100 000 kroner til 125 000 kroner og fra 150 000 kroner til 250 000 kroner. De økte satsene foreslås gjort gjeldende fra 1. januar 1997. Forskjellen i tilskuddsutmålingen må bl.a. ses på bakgrunn av at det er et mål at beboerne i omsorgsboliger selv finansierer boligkostnadene enten ved kostnadsriktige husleier og/eller i form av innskudd. Bostøtten skal utjevne boutgifter for de med lave inntekter. Videre skyldes differensieringen av tilskuddssatsene at det er ulike finansieringsordninger for helsetjenester i sykehjem i forhold til omsorgsboliger.

Med forslaget til utbyggingstakt i tabell 6.1 innebærer dette at bevilgningen til omsorgsboliger og sykehjemsplasser på Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjett (kap. 586.62) må økes med 443

mill. kroner sammenliknet med vedtatt budsjett for 1997, til 1 050 mill kroner. Dagens låneordning i Husbanken foreslås videreført. Forutsatt at kommunene lånefinansierer differansen mellom gjennomsnittlige investeringskostnader for h.h.v. sykehjem og omsorgsbolig og oppstartingstilskudd, vil utgiftene til å betjene lån og avdrag i 1998 beløpe seg til om lag 250 mill. kroner. Dette beløpet vil kommunene få tilført gjennom en reell styrking av de frie inntektene (inntekter fra skatter og rammetilskudd) med 250 mill. kroner i 1998. Boks 8.1. viser et eksempel på de kommunale utgiftene til betjening av investeringslån ved bygging av 30 nye sykehjemsplasser.

Samlet sett innebærer Regjeringens handlingsplan en økning i øremerkede tilskudd til eldreomsorg med 1 315 mill. kroner i 1998 og en reell styrking av kommunenes frie inntekter med 250 mill. kroner, til sammen (1315+250=)1565 mill. kroner.

Boks 8.1 Eksempel på kommunale utgifter til betjening av investeringslån ved bygging av sykehjem med 30 plasser

	Pr. plass	Plasser	Sum utgifter
Investeringskostnad	kr. 825 000	30	24,8 mill. kr.
- Investeringstilskudd	kr. 250 000	30	7,5 mill. kr.
= Komm. lånebehov i Husbanken / Kommunalbanken	kr. 575 000	30	17,3 mill. kr.
Nedbetalt over 30 år med 3,8 pst. rente pa.vil de årlige utgifter til renter og avdrag være:	kr. 41 000	30	1,2 mill kr.

1997-budsjettet

De økte satsene for oppstartingstilskudd foreslås gjort gjeldende fra 1. januar 1997. Det er nødvendig for å unngå at kommuner skal stoppe allerede planlagt utbygging i påvente av høyere statstilskudd. Isolert sett antas det å ville medføre økt bevilgningsbehov i 1997 på knapt 260 mill. kroner. Ut fra opplysninger fra Husbanken om innvilgede lånetilsagn hittil i år, antas det å bli et underforbruk av bevilgningen på ca. 300 mill. kroner i 1997 etter gjeldende satser. Økningen av tilskuddssatsene slik det her er foreslått med virkning fra 1. januar 1997 kan derfor dekkes innenfor tilskuddsrammen for 1997.

8.3 GJENNOMFØRING AV HANDLINGSPLANEN

Gjennom budsjettopplegget for 1998 og kommende budsjettframlegg vil kommunene bli satt økonomisk i stand til å gjennomføre handlingsplanen. Det vil imidlertid måtte påregnes en viss tid fra statlige tilskudd utbetales til nye sykehjem og omsorgsboliger står ferdig. Det er derfor viktig at hver enkelt kommune raskt kommer i gang med det forberedende arbeidet og treffer de nødvendige beslutninger slik at dette tidsetterslepet kan begrenses.

Sosial- og helsedepartementet vil fortløpende følge opp handlingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som vil bli stilt for tilskuddsordningene i statsbudsjettet for 1998, samt overvåke gjennomføringen av planene som kommunene skal utarbeide for eldreomsorgen. Fylkesmannsembetene vil få en sentral rolle i gjennomføringen av handlingsplanen, herunder yte råd og veiledning til kommunene. Fylkesmannsembetene foreslås derfor styrket i planperioden, jf. 7.2.

Stortinget vil bli holdt orientert om gjennomføringen av planen i de årlige statsbudsjettene.

Sosial- og helsedepartementet

tilrår:

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 13. mai 1997 om Handlingsplan for eldreomsorgen blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Litteraturliste

Bastøe og Vetvik: «Statlige intensjoner og kommunale realiteter. En studie i helse- og sosialplanlegging. DIASOS-Rapport 28, Diakonhjemmets sosialhøgskole, 1989

Birkeland, R.: Om å bli gammel i et annet land. Kartelgging av eldre innvandrere i Oslo. Prosjektrapport, Oslo kommune 1990

Bjertness, E.: Forekomst av demens - hvilke tall kan man stole på. INFO-banken 1995

Brevik, I.: Flere gamle og aleineboende eldre krever økt innsats i eldreomsorgen. Sosiologi i dag, 1995; 3-4:49-70

Bull og Christophersen: «Boligutbedring for funksjonshemmede», NBI, 1997

Daatland, S.O.: Hjemmehjelper i eldreomsorgen, NGI-rapport nr. 2, 1994

Dahl, E. og Vogt, P.: Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre. Fafo-rapport 185, 1996

Engedal, K. og Haugen, P.K.: Aldersdemens - Fakta og utfordringer. INFO-banken 1996

Engedal, K. og Haugen, P. K.: «The Prevalence of Dementia in a Sample of Elderly Norwegians», Int. J. of Geriatric Psychiatry, vol. 8: 565-570, 1993

Folkehelsa: «Medisinsk-faglige råd til bruk i planleggingen av kommunale tjenester til eldre» Oslo 1995

Hagen T.P. «Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommune, NIBR Notat 1996:112

Hagen T.P. «Eldreomsorgen i Norge 1992 - 1995» Notat, 18.2.1997, NIBR

Hjort, P.F. og Waaler, H.T.: Eldre i Norge fram til år 2010. Demografi, helse og behov for helse- og omsorgstjenester. SIFF-rapport 1990

Hofman, A. et.al.: Int. Journal of epidemiology, 1991; 20; 736-748

Janecki, M.P.: Aging and mental retardation. I Current Opinion of Psychiatry, no.8, Sep. 1995, s. 301-307

Kaasa, K og Brønn A.S: «Kvalitet i kommunehelsetjenesten i Tønsberg kommune» rapport nr. 4 1996

Kitterød, R.H.: Funksjonsnivå og hjelpebehov blant brukere og ikke-brukere av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, SSB, Notater 57/1995

Kitterød, R.H.: Uformell omsorg for eldre og funksjonshemmede, Sosialt utsyn 1993

Kjerstad, E. og Kristiansen, F.: Erfaringer med konkurranseutsetting av kommunal tjenesteproduksjon. SNF-rapport nr. 87/96

Løwe, T.: «Kommunenes bruk av omsorgslønn.» NOVA-Rapport 2/1997

Manton, K.G.: «Mortality and Morbidity» i Binstock, R.H. and George, L.K. (eds) Handbook of Aging and the Social Sciences, Academic Press, New York, 1990

Moen, B.: Eldre innvandrere i Gamle Oslo. NGI-rapport nr. 4, 1993

NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen

NOU 1995:6 «Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge»

NOU 1992: 1 «Trygghet, verdighet, omsorg»

Nygaard, H. A., Breivik, K., Moe, T.J. «Dementia and work load evalutation of the elderly», Compr. Gerontol, (A) 1 (2), 65-68, 1987

Næss, S. og Wærness, K.: Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-95. Senter for samfunnsforskning, Notat 135/1996

Otterstad, H.K.: Økt sirkulasjon i alders- og sykehjemmene. Sykepleien nr. 4, 1995

Ovesen, I.: 45 år og dement?: En undersøkelse om mennesker med Downs syndrom og demens. Infobanken, rapport nr. 12, 1994

Rattsø, J. 1989. «Local government allocation of labour and the grant system: An applied model analysis of local government behaviour in Norway.» Environment and Planning C: Government and Policy

REVES: Global Assessment of Positive Health. Equipe Demographie et Santé, Montpellier, 1996

Romøren, T.I.: Courses of disability among the oldest old. Innlegg ved The Gerontological Society of America, 47th Annual Scientific Meeting 1994, Atlanta, Georgia, USA

Rongen, G. 1995. «Effekter av øremerkede tilskudd til kommunene.» Arbeidsnotat 1995/19. Sandvika: Handelshøyskolen BI

Sommerfeldt, E. m.fl. «Eldresentre i utvikling - en veileder» NGI, Oslo, 1993

St. meld. nr. 17 (1996-97) «Om innvandring og det flerkulturelle Norge»

St. meld. nr. 23 (1996-97) «Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen»

St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste

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

St.meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre

St. meld. nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen

St. meld. nr. 50 (1993-94) «Samarbeid og styring. Mål og virkemidler»

O. Fredr. Arnesen. Mai 1997.