



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.meld. nr. 34

(1999-2000)

Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 19. mai 2000,
godkjent i statsråd samme dag.*

1 Innledning

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen, ba Stortinget om at man kom tilbake med nye behovsanslag og vurderinger av virkemidlene i den vedtatte handlingsplanen for eldreomsorgen etter to års erfaringer med planen. I Innst.S. nr. 294 (1996-97) heter det følgende: «Komiteen ser det som naturlig at det i tillegg til en løpende vurdering og oppfølging av handlingsplanen, også foretas en gjennomgang av behovsanslagene etter 2 år, bl.a. i lys av kommunenes egne utbyggingsplaner og fylkesmennenes vurdering av disse. I denne sammenheng vil også innretningen av virkemidlene måtte vurderes».

Regjeringen legger fram en Stortingsmelding om handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år, som omhandler erfaringene med planen så langt, evt. behov for justeringer i forhold til vedtatte måltall og innretning av virkemidler, samt forslag til tiltak etter at nåværende handlingsplanperiode utløper. I tillegg omhandler meldingen enkelte spørsmål av juridisk og organisatorisk art. Dette er oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-97), jf. Innst. S. nr. 294 (1996-97). I tillegg gis det også en omtale av spørsmålet om og problemstillinger knyttet til utforming og organisering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene i dag og i framtida, herunder en drøfting av tjenestesammensetning og sykehjemmenes framtidige rolle.

Denne meldingen omhandler altså i hovedsak spørsmål knyttet til behovet for og nivået på tjenestene, driftsmessig og bygningsmessig kapasitet og bygningsmessig kvalitet. Regjeringen forutsetter at spørsmål knyttet til innhold, kvalitet og verdier i tjenestene drøftes i forbindelse med Stortingets behandling av St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene og St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta.

I St. meld. nr. 50 (1996-97) angis følgende mål for pleie- og omsorgstjenestene:

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

Gjennom handlingsplanen for eldreomsorgen er kommunene satt i stand til å bygge ut pleie- og omsorgstjenestenes kapasitet for å møte det økende tjenestebehovet som følge av et økende antall eldre i samfunnet, bedre kvaliteten på de eksisterende tilbudene og sikre at kommunene gis anledning til å bygge ut et tilbud som er i samsvar med lokale behov og prioriteringer. Handlingsplanen bidrar til en generell styrking av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste som vil komme hele tjenestekjeden til gode.

Målet har vært å gi kommunene mulighet til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud som er tilpasset lokale forhold og behov. Derfor har ikke staten

gjennom handlingsplanen pålagt kommunene spesielle organisatoriske løsninger eller tjenestemodeller.

Regjeringen legger til grunn at handlingsplanen for eldreomsorgen representerer et krafttak for å bedre tilbudet til hjelpetrengende i kommunene. Regjeringen mener at dette er nødvendig for å bygge opp et godt tilbud. Det er tatt i bruk virkemidler som sikrer en sterk statlig oppfølging og styring av innsatsen inn mot kommunesektoren i planperioden. Stortinget har ansett dette som hensiktsmessig og nødvendig i en periode der det har vært viktig med målrettet innsats for å bygge opp denne sektoren i kommunen. Resultatene så langt viser at dette har vært vellykket. Den kritikk som har vært reist mot et slikt opplegg går på at det fratar kommunene mulighetene til tilpasninger til lokale forhold. Regjeringen ser det derfor som viktig å se på innretningen av virkemidlene på nytt når handlingsplanen er over. I tillegg til spørsmålet om evt. justeringer i handlingsplanen skisserer denne meldingen også et opplegg for hvordan behovene i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2002-2007 kan møtes.

2 Sammendrag

Handlingsplanen for eldreomsorgen har som mål å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste i stand til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester, som en følge av at det er blitt flere eldre. Alle som har behov for det, skal på denne måten få et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status.

Dette gjør det nødvendig med en kapasitetsmessig utbygging av tjenestetilbudet, beregnet i St.meld. nr. 50 (1996-97) til 12 030 nye årsverk og 13 600 nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Videre krever det en kvalitetsmessig forbedring av pleie- og omsorgstjenestens bygningsmasse, ved at 10 800 alders- og sykehjemsplasser skal få eneromsstandard, utbedres eller skiftes ut. En slik opprustning vil skape bedre forutsetninger både for bomiljø og arbeidsmiljø, og legge grunnlag for større effektivitet og bedre kvalitet på tjenestetilbudet. Til sammen er det vedtatt en investeringsramme på 24 400 sykehjemsplasser/omsorgsboliger. Når det gjelder innhold, verdier og kvalitet i omsorgstjenestene, vises til St.meld. nr. 28 (1999-2000) og St.meld. nr. 26 (1999-2000) som allerede er lagt fram for Stortinget.

Denne meldingen gir status for handlingsplan for eldreomsorgen etter to år (kap 3), vurderer om det er nødvendig å foreta justeringer av behovsanslag og virkemidler (kap 4 og 5), foretar slike justeringer og legger fram forslag til tiltak etter at handlingsplanperioden er slutt (kap 7). I tillegg drøfter meldingen framtidig utforming, organisering og finansiering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen (kap 6) og gjennomgår enkelte juridiske og andre spørsmål knyttet til dette.

2.1 Status

To år etter at handlingsplanen for eldreomsorgen ble satt ut i livet, har kommunenes pleie- og omsorgstjeneste fått en økning på vel 6 000 nye årsverk, og Husbanken har gitt godkjenning til bygging/utbedring av 11 777 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Til sammen har kommunene for perioden 1998-2001 planlagt 11 500 nye årsverk og 26 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger, hvorav 7 400 går med til eneromssatsing og utskifting av gammel bygningsmasse. I tillegg har kommunene planlagt ytterligere 12 500 sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2003. I disse tallene inngår også planlagte boliger til andre brukergrupper i pleie- og omsorgstjenesten, herunder opptrappingsplan for psykisk helse.

Resultatene halvveis i planperioden er i godt samsvar med måltallene i St.meld. nr. 50 (1996-97). Fordelingen mellom sykehjem og omsorgsboliger er i tråd med den fordeling som beregningsmessig ble lagt til grunn, og andelen sykehjemsplasser er økende. Omsorgsboligene blir så langt i planperioden fulgt opp med hjemmetjenester. Samlet fordeler de nye årsverkene seg med 56 pst på hjemmetjenester, 34 pst på institusjon og 10 pst på andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten.

Fram til 2003 har imidlertid kommunene planlagt en utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger som langt overstiger handlingsplanens mål-

tall og rammer. Erfaringstall så langt tyder imidlertid på at en del planlagte prosjekter ikke vil bli gjennomført eller blir forskjøvet i tid.

2.2 Behov

Regjeringen har vurdert de kommunale planene opp mot en ny gjennomgang av tidligere behovsanslag, og kommet til at det ikke er grunnlag for å endre behovsanslaget i St.meld. nr. 50 (1996-97). Nye befolkningsprognoser viser at økningen i tallet på eldre over 80 år er noe lavere enn tidligere beregnet og at tallet på personer i aldersgruppen 67-79 år er synkende. Nyere forskning kan også tyde på at eldres helsetilstand over tid vil bli bedre, og at den uformelle husholdsbaserte omsorgen er mer stabil enn tidligere forutsatt. Dette må ses opp mot en sterk økning i tallet på eldre over 90 år, oppgavefordelingen mellom sykehus og den kommunale helse- og sosialtjenesten og behovet for å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet. For planperioden 1998-2001 ligger derfor måltallene i handlingsplanen fast.

Illustrasjonsmessig anslås behovene for perioden 2002 til 2007 til 5 500 nye årsverk og 5 000 nye sykehjemsplasser/omsorgsboliger.

Regjeringen vil understreke usikkerheten i disse anslagene og vil følge opp spørsmålet om behovsutviklingen i statsbudsjettet for de enkelte år.

2.3 Virkemidler

Etter regjeringens oppfatning har det vært helt nødvendig å nytte sterke statlige virkemidler i en periode på 4 år for å sikre en utbygging av pleie- og omsorgstjenesten som holder tritt med befolkningsutviklingen og styrker tjenestetilbudet både med hensyn til faglig innhold og bygningsmessig standard.

Regjeringen er derfor tilfreds med at tiltakene som ble satt i verk med handlingsplan for eldreomsorgen så langt i hovedsak ser ut til å ha virket etter forutsetningene. Den har utløst planlegging og utbygging av pleie- og omsorgstjenesten i hele landet, og har gitt resultater i tråd med vedtatte måltall.

I kapittel 5 er de økonomiske virkemidlene vurdert nærmere. Vurderinger viser at:

- Veksten i pleie- og omsorgstjenesten er gjennomført i en periode med lav realvekst i kommunenes inntekter, noe som kan ha vært medvirkende til økt budsjettunderskudd og svekket netto driftsresultat. De øremerkede driftstilskuddene ser imidlertid ikke ut til å redusere utgiftene til andre sektorer.
- En analyse av regnskapstallene viser at det heller ikke er «lekkasje» av øremerkede tilskudd til andre sektorer. Dette underbygger at driftstilskuddene har fungert etter intensjonen. Skjønnstilskuddet som opprinnelig ble innført for å bedre tjenestetilbudet i de dårligst stilte kommunene har hatt liten utjevnende effekt. Dette skyldes for en stor del at ordningens formål er blitt endret i samsvar med Stortingets vedtak for i sterkere grad å ivareta hensynet til kommuner som bygde ut tjenestene før handlingsplanen ble vedtatt.
- Tilskuddsordningene i Husbanken ser ut til å ha gjort det mulig for kommuner med svak kommuneøkonomi å bygge ut sykehjemsplasser og omsorgsboliger på lik linje med kommuner med god økonomi. I forhold

- til kommunenes inntektsnivå, ser det ut til at investeringstilskuddene bidrar til å utjevne forskjellene i tjenestenivå. Kommuner med svak økonomi satser likevel sterkest på omsorgsboliger, mens kommuner med god økonomi styrker sykehjemstilbudet sitt ytterligere. Forventede personellkostnader ved ulike driftsformer er sannsynligvis forklaringen på dette
- De store kommunene benytter i mindre grad Husbankens tilskuddsordninger enn små og mellomstore kommuner. Regjeringen vil derfor holde fast på at kommuner som trenger lenger tid får to år utover handlingsplanperioden på å gjennomføre byggeprosjektene. Søknadsfristen er fastsatt til 30. juni 2001, noe som kommunene ble gjort kjent med i februar i år.
 - Kostnadsveksten ved bygging av omsorgsboliger og sykehjem har vært betydelig i planperioden. Kommunenes høye plantall for perioden fram til 2003 er likevel uttrykk for at kommunene vurderer dagens finansieringsordning som svært gunstig. Regjeringen finner det på denne bakgrunn lite tjenlig å øke tilskuddssatsene, men vil i stedet sette i verk ytterligere kostnadsdempende tiltak.

Videre er effekten av å stille særlige plankrav vurdert. For å sikre at utbyggingen som skjer blir videreført etter planperioden, må den forankres i den ordinære kommunale virksomhet. Regjeringen tilrår derfor at kommunene istedenfor å lage egne handlingsplaner, innarbeider tiltakene i sitt løpende plan- og budsjettarbeid.

På bakgrunn av de resultatene som er oppnådd og de planer som er lagt for resten av perioden, ser regjeringen det ikke lenger nødvendig å opprettholde de stramme statlige styringsvirkemidlene etter endt handlingsplanperiode.

2.4 Andre spørsmål

Meldingen drøfter i kap. 6 framtidig utforming, organisering og finansiering av den kommunale helse- og sosialtjenesten. De veivalg som blir gjort i forhold til oppgavefordelingen mellom fylkeskommunale og kommunale tjenester, og måten kommunen velger å organisere sine tjenester i og utenfor institusjon, vil påvirke de rammevilkårene staten gir gjennom finansieringsordninger og lovgivning. Både brukerbetalingsspørsmålet, ønsket om å harmonisere den kommunale helse- og sosiallovgivning og forskriftsfesting av retten til ensengsrom i institusjon for beboere som ønsker det med virkning fra 2003, må ses i lys av denne utviklingen.

For å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet, vil regjeringen arbeide videre med å forbedre saksbehandlingsrutinene i pleie- og omsorgstjenesten, spesifisere innholdet i enkeltvedtak om plass i sykehjem og boform etter kommunehelseloven.

Meldingen tar ellers opp brannsikkerhet, lokalisering, miljøvennlighet, arkitektonisk utforming og byggeskikk knyttet til den utbygging som nå skjer. Regjeringen forutsetter videre at kommunene fortsatt skal ha driftsansvaret for trygghetsalarmtjenesten. Når det gjelder tannhelsetjenesten til eldre, viser regjeringen til forsøk i 3 fylkeskommuner, og vil komme tilbake til saken når dette forsøket er evaluert.

2.5 Justering av handlingsplan - framtidige virkemidler

Regjeringen legger til grunn at behovsanslaget og måltallene i St.meld. nr. 50 (1996-97) ligger fast for handlingsplanperioden 1998-2001, evt. med mindre justeringer. Kommuner som trenger lenger tid til å gjennomføre sitt byggeprogram, kan slik Stortinget har vedtatt, fullføre dette innen 2003.

Kommunenes samlede investeringsplaner ligger godt over handlingsplanens rammer. For å sikre en prioritering av prosjekter med størst mulig nytteeffekt, foreslår regjeringen i kap. 7 at de gjenstående tilsagnsrammer for handlingsplanperioden fordeles på kommunene allerede nå. Inntil juridiske problemstillinger knyttet til etablering av boliger i utlandet er avklart, vil ikke dette ha høy prioritet.

For å sette kommunene i stand til å møte tjenestebehovet for perioden 2002-2007 drøfter meldingen 3 alternative tilnærminger med hensyn til bruk av virkemidler etter at handlingsplanperioden er over:

- Forlengelse av nåværende handlingsplan og virkemidler.
- Avvikling av alle øremerkede tilskudd, plan- og rapporteringskrav.
- Mellomløsning der øremerkede driftstilskudd under visse forutsetninger innlemmes i inntektssystemet fra 2002, mens det opprettholdes et eget engangstilskudd til finansiering av sykehjem og omsorgsboliger gjennom Husbankens boligtilskuddsordning.

Regjeringen går inn for å avslutte nåværende handlingsplan som forutsatt ved utgangen av 2001. For å hindre at omfordelingseffekten ikke blir for stor, vurderes fordelingsnøkkelen endret ved innlemming av øremerkede driftstilskudd i inntektssystemet. Regjeringen mener imidlertid at det er nødvendig å opprettholde et eget engangstilskudd til bygging og utbedring av sykehjemsplasser og omsorgsboliger og vil arbeide med å innlemme dette i boligtilskuddet i Husbanken fra 2002. Da vil man også komme tilbake med en konkretisering av innretningen og nivået på tilskuddet. Regjeringen går derfor inn for mellomalternativet.

Regjeringen viser også til at det er etablert en prøveordning med konsultasjoner om kommuneøkonomien mellom staten og kommunesektoren som kan bidra til å skape en felles forståelse mellom staten og kommunesektoren om de oppgaver som kan realiseres innenfor en gitt inntektsramme og skape enighet om prioriteringer av kommunesektorens ressurser.

3 Status

3.1 Pleie- og omsorgstjenesten fram til 1998

Generelle utviklingstrekk

I St.meld. nr. 50 (1996-97) ble det vist til to ulike utviklingstrekk for pleie- og omsorgstjenestene på 1980- og 90-tallet. For det første kunne det påvises en nedgang i de tradisjonelle tjenestenes kapasitet sett i forhold til antall personer 80 år og eldre, og at tjenestene ikke hadde holdt tritt med de utfordringer befolkningsutviklingen, husholdsstrukturen, oppgavefordelingen i helsevesenet m.v., stiller til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Samtidig ble det slått fast at tallet på enerom i institusjon fortsatt var for lavt, og at det i tillegg var behov for en heving av den bygningsmessige standarden og den faglige kvaliteten. Den andre tendensen som kunne påvises var at kommunene gjennom denne perioden har arbeidet med å utvikle innholdet, effektiviteten og organiseringen av tjenestene, samordning og integrering, etablering av alternative boformer, døgnbasert hjemmetjenestetilbud m.v.

Utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten fram til 1998

SSBs statistikk for pleie- og omsorgstjenesten (jf.tab. 3.1 og 3.2) viser at syke- og aldershjemsdekningen ble redusert i tida 1992-97. I tillegg viser den at andelen eldre som mottok hjemmetjenester ble redusert og at eneromsandelen i aldersinstitusjonene ikke utviklet seg i tråd med nasjonale mål. Til gjengjeld viser utviklingen en viss økning når det gjelder beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål, særlig gjelder dette for personer under 67 år. Dette har bl.a. sammenheng med ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Tabell 3.1: . Plasser i sykehjem og aldershjem, andel enerom og beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål. Utvikling i dekningsgrader for årene 1992-97.

Bolig /Institusjon	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Plasser i sykehjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	19,10	18,90	18,60	18,60	18,70	18,50
Andel av rommene i alders-institusjoner som er enerom	79,40	79,60	80,20	80,90	81,70	83,10
Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål pr. 100 innbyggere i samme aldersgruppe						
0-66 år	0,13	0,11	0,24	0,24	0,25	0,28
67-79 år	2,35	2,15	1,88	1,94	2,28	2,52
80 år og eldre	7,51	7,50	6,98	6,89	7,83	8,49
Plasser i aldershjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	8,40	8,00	7,30	6,30	5,60	5,00

Tabell 3.2: Andel mottakere av hjemmetjenester etter alder pr. 100 innbyggere i ulike aldersgrupper.

Hjemmetjenester	1992	1993	1994	1995 ¹	1996	1997
0-66 år	0,68	0,66	0,72	0,65	0,79	0,83
67-79 år	11,80	11,30	10,90	10,30	10,70	10,80
80 år og eldre	40,00	39,70	38,30	36,50	37,40	37,30

¹ Den sterke reduksjonen i mottakere som kommer fram i tall for 1995 skyldtes endret registreringsmåte og var derfor ikke reell.

Den reduserte institusjonsdekningen målt i forhold til antall personer 80 år og eldre ble ikke kompensert gjennom en styrking av hjemmetjenestene på 90-tallet. Når det gjelder forholdet til yngre brukergrupper viser utviklingen en mer positiv tendens. Også dette har sammenheng med bl.a. ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede og satsingen på et tilbud for unge funksjonshemmede utenfor institusjon.

3.2 Resultater etter 2 år med handlingsplanen

3.2.1 Vedtatte måltall 1998-2001

Stortinget vedtok for perioden 1998-2001 til sammen 24 400 sykehjemsplasser og omsorgsboliger og vel 12 000 nye årsverk i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, jf tabell 3.3. Innretningen av satsingen skulle bidra til å styrke hele tjenestekjeden fra utbygging av tilbudet om enerom i institusjon og utvidelse av kapasiteten for heldøgns pleie- og omsorgstjeneste, til styrking av hjemmetjenestene og tilbudet om tilrettelagte boliger.

Tabell 3.3: Oversikt over handlingsplanens måltall for perioden 1998-2001/2

Formål	årsverk	investeringer
Styrking av hjemmetjenestene	6 000	
Flere omsorgsboliger		7 200
Omgjøring til enerom	280	6 000 ¹
Flere plasser med heldøgns pleie- og omsorg	4 500	5 000 ²
Flere plasser for å sikre et visst minstenivå	1 250	1 400 ²
Utskifting/saneringsbehov		4 800 ²
Sum:	12 030	24 400

¹ Investeringsbehov over 5 år fra 1998 til 2002

² Det er beregningsmessig lagt til grunn ca. halvparten omsorgsbolig og halvparten sykehjem.

Kilde: (St meld nr 50 (1996-97))

Enerom/utsifting

Det ble beregnet et behov for tilsammen 10.800 nye omsorgsboliger/sykehjemsplasser for å møte behovet for enerom i institusjon og til utskifting og sanering av gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse. Det er naturlig å se

tallene for eneromsutbygging og utskifting i sammenheng, ettersom flersengsrommene blir borte både ved omgjøring til enerom og ved utskifting av eldre bygningsmasse som inneholder flersengsrom (f.eks. gamle aldershjem). I begge tilfeller forutsettes tapte plasser erstattet både med omsorgsboliger og sykehjem.

Kapasitetsvekst

13 600 nye plasser/boliger ble beregnet med sikte på å øke kapasiteten i pleie- og omsorgstjenestens botilbud. Kapasitetsveksten fordeler seg beregningsmessig med 6 400 nye plasser/boliger for å møte behovet for heldøgns pleie og omsorg (3 200 sykehjemsplasser og 3 200 omsorgsboliger), og der 1 400 plasser/boliger er beregnet med sikte på å løfte opp tjenestenivået i kommuner med dårlig utbygd tjeneste. 7 200 omsorgsboliger er i tillegg beregnet på personer med et noe mindre omsorgsbehov.

Tilsammen innebærer dette at det beregningsmessig er lagt til grunn en kapasitetsøkning på 3 200 nye sykehjemsplasser og 10 400 nye omsorgsboliger. Det er imidlertid opp til kommunene selv å vurdere hvordan bo- og tjenestetilbudet skal sammensettes og organiseres utfra lokale behov i den enkelte kommune. Virkemidlene er utformet slik at dette er mulig.

I tillegg er det vedtatt bygd 3 400 omsorgsboliger knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (Jf. St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Flere årsverk

I St.meld. nr 50 (1996-97) er det anslått et behov for til sammen 12 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, fordelt med 3 000 nye årsverk hvert år i planperioden. Hjemmetjenesten forutsettes styrket med 6 000 årsverk, mens 5 750 årsverk er knyttet til etableringen av nye plasser med heldøgns pleie og omsorg. I tillegg er det beregnet et behov for 280 nye årsverk i forbindelse med eneromssatsingen.

De 12 030 nye årsverkene skal sammen med investeringen i 13 600 nye omsorgsboliger/sykehjemsplasser sette den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i stand til å møte økningen i antall eldre, og styrke både kvaliteten og kapasiteten på tjenestetilbudet.

3.2.2 Resultater 1998-1999

Den vedtatte handlingsplanen forutsetter en jevn utbyggingstakt gjennom hele planperioden. Kommunene er pålagt å sende årlige rapporter for gjennomført aktivitet innenfor handlingsplanen, sammen med reviderte plantall for resten av perioden til fylkesmannen og fylkeslegen.

Husbankens tilsagnsramme

For perioden 1998-1999 har Husbanken disponert en tilsagnsramme på 11 600 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Beregningsmessig er det forutsatt at 4 800 enheter erstatter plasser som ble borte pga. ombygging til enerom og utskifting av gammel bygningsmasse, og 6 800 enheter skulle bidra til å gi en kapasitetsøkning (1 600 nye sykehjemsplasser og 5 200 nye omsorgsboliger) i hht. St.meld. nr. 50 (1996-97).

Søknader til og gitte tilsagn fra Husbanken

I følge Husbankens statistikk fikk kommunene tilsagn om tilskudd til bygging og utbedring av 5 610 boenheter i 1998 og 6 167 enheter i 1999, til sammen 11 777 enheter. Av dette var 118 omsorgsboligtilsagn knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Utviklingen viser at tallet på søknader til Husbanken er økende.

Ferdigstilte sykehjem og omsorgsboliger

Kommunenes rapporter viser at 7 550 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger ble ferdigstilt i løpet av 1998 og 1999, mens 600 enheter ble utbedret. Til sammen utgjør dette 8 150 enheter.¹⁾

I dette ligger også plasser/boliger som har fått tilsagn i 1997 eller tidligere, dvs. før handlingsplanen trådte i kraft.

Rapportene viser en kapasitetsøkning på i alt 5 300 nye boenheter, fordelt med 1 000 nye sykehjemsplasser og 4 300 omsorgsboliger (om vi regner at omsorgsboliger erstatter nedgangen i aldershjemsplasser). Dette innebærer at om lag 39 pst av den samlede målsettingen på 13 600 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i kapasitetsøkning er dekket etter to år av handlingsplanperioden.

Husbankens anslår at 25 pst av enhetene som har fått tilsagn ferdigstilles første år, deretter fordeler det seg med 40, 30 og 5 pst for de neste årene.

Enerom

Om lag 2 250 ferdigstilte sykehjemsplasser og omsorgsboliger har så langt gått med til å erstatte plasser som er gått tapt ved ombygging til enerom og utskifting av gammel bygningsmasse.

Byggingen av omsorgsboliger bidrar etter hvert til at mange gamle aldershjemsplasser og institusjonsplasser med to- og flersengsrom erstattes med omsorgsboliger. Regnes omsorgsboligene med, har derfor «eneroms»-andelen økt sterkere. Et flersengsrom kan vanligvis ikke ombygges før det er bygd et nytt rom eller en ny bolig til den som må flytte. Dette er en prosess som går i to trinn, og som tar noe tid. Det har derfor ikke vært forventet at handlingsplanens virkemidler skulle gi særlige resultater på dette området i handlingsplanperiodens første halvdel.

Sykehjem og omsorgsboliger

Fra flere hold har det vært satt spørsmålsteget ved om kommunene i for stor grad satser på omsorgsboliger som erstatning for den mer tradisjonelle institusjonsomsorgen. Tall for utviklingen så langt viser at mange kommuner fortsatt ønsker å bygge sykehjem, og at forholdstallet mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser ved handlingsplanens utløp i 2001 vil være godt i samsvar med det som beregningsmessig ble lagt til grunn i St.meld. nr. 50 (1996-97).

¹⁾ Til sammenligning har Husbanken utbetalt tilskudd til 8.129 ferdig bygde omsorgsboliger og sykehjemsplasser i 1998 og 1999.

I følge kommunenes rapporter er 31 pst av de nybygde enhetene i 1998 og 1999 sykehjemsplasser og 69 pst omsorgsboliger. Andelen sykehjemsplasser er økende fra 1998 (27 pst) til 1999 (34 pst).

Av 11 777 tilsagn gitt av Husbanken i 1998 og 1999 er andelen sykehjemsplasser 33 pst, og andelen har økt fra 1998 til 1999.

Eierform

I følge Husbankens statistikk for ferdig bygde prosjekter var 63 pst av de sykehjemsplasser og omsorgsboliger som ble bygd eller utbedret i 1998 og 1999 kommunalt eid, 19 pst var knyttet til borettslag, 8 pst til stiftelser og 10 pst hadde andre eierformer. Andelen borettslag har økt med 5 prosentpoeng fra 1998 til 1999, og kommunale eierformer er tilsvarende redusert.

Nye årsverk

Statistisk Sentralbyrås statistikk viser en økning av antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten med ca. 3 360 årsverk fra 1997 til 1998. I tillegg viser kommunenes rapporter for 1999 at det ble opprettet om lag 2 700 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten. Samlet gir dette en økning på 6 060 nye årsverk i løpet av 1998 og 1999. For 1999 er dette foreløpige tall. Offisielle tall fra SSB vil først foreligge i juni 2000.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til anslagsvis 500 nye årsverk, mens de øvrige 5.500 årsverkene kan relateres til handlingsplanen for eldreomsorgen. Dette betyr at resultatet ligger 500 årsverk under målsettingen for de to første årene av planperioden.

Av materialet fylkesmannen har innhentet fra kommunene framgår det at om lag 53 pst av årsverkene er knyttet til hjemmetjenestene, 35 pst til institusjonsomsorg og 12 pst til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten.

En del av tilskuddsmidlene er ellers anvendt til opplæring og kompetansehevende tiltak, mindre utstyrsanskaffelser, herunder trygghetsalarmer og andre nødvendige driftsformål i eldreomsorgen. Dette var spesielt aktuelt i 1998, ettersom det tok tid både å få opprettet, utlyst og besatt nye stillinger.

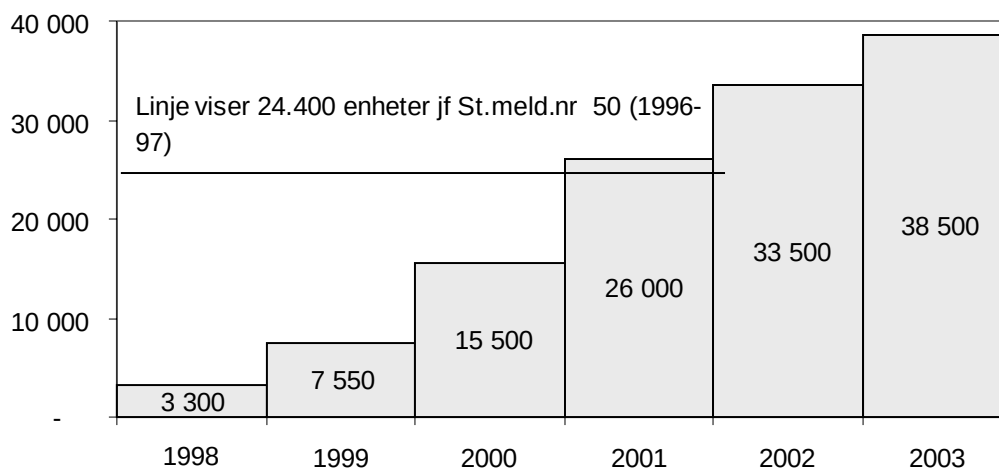
3.2.3 Kommunale planer 2000-2003

De kommunale investeringsplanene viser at en fortsatt kan forvente høy aktivitet de siste årene i planperioden. En del kommuner trengte tid til å komme i gang med planprosessen og måtte benytte handlingsplanens første år på planarbeid. For disse kommunene innebærer det økt aktivitet mot slutten av planperioden.

Kommunenes planer viser at det planlegges ferdigstilt omlag 8.000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i 2000. I dette ligger også ferdigstillelse av prosjekter som er startet opp i de to første årene i planen, og også noe etterlep fra tidligere år. Om lag 25 pst planlegges i form av enerom og utskifting av gammel bygningsmasse, mens 75 pst vil gi effekt i form av tilgang på nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger ved årets slutt.

Til sammen planlegges 26 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger ferdigstilt i perioden 1998-2001. Tallene omfatter også omsorgsboliger knyttet

til opptrappingsplan for psykisk helse som for perioden 1999-2006 er beregnet til 3 400 nye omsorgsboliger.



Figur 3.1 Mål- og plantall for sykehjemsplasser og omsorgsboliger 1998-2003

Kilde: Kommunenes planer 10.1.2000 (ekskl. rene utbedringsprosjekter).

I tillegg planlegger kommunene 12 500 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i 2002 og 2003, samt en del mindre utbedringer. Utbyggingen vil utfra de kommunale planene nå en topp i år 2001, for så å reduseres fra år 2002.

Enerom/utskifting

I følge kommunenes planer vil om lag 7 400 sykehjemsplasser og omsorgsboliger benyttes til utbygging av enerom og utskifting av gammel bygningsmasse i perioden 1998-2001. For årene 2002 og 2003 planlegges det ytterligere 5 300 enheter til slike formål. Dette betyr at 36 pst av enhetene planlegges med sikte på kvalitetsheving, mens 64 pst gir økt kapasitet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

Gamle aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem planlegges skiftet ut, og over 3 900 aldershjemsplasser vil falle bort innen utgangen av 2003. Disse plassene vil i stor grad bli erstattet med omsorgsboliger. Dette er i samsvar med statlige signaler bl.a. i Velferdsmeldinga (St.meld. nr. 35 (1994-95) og St.meld. nr. 50 (1996-97).

Kapasitetsvekst

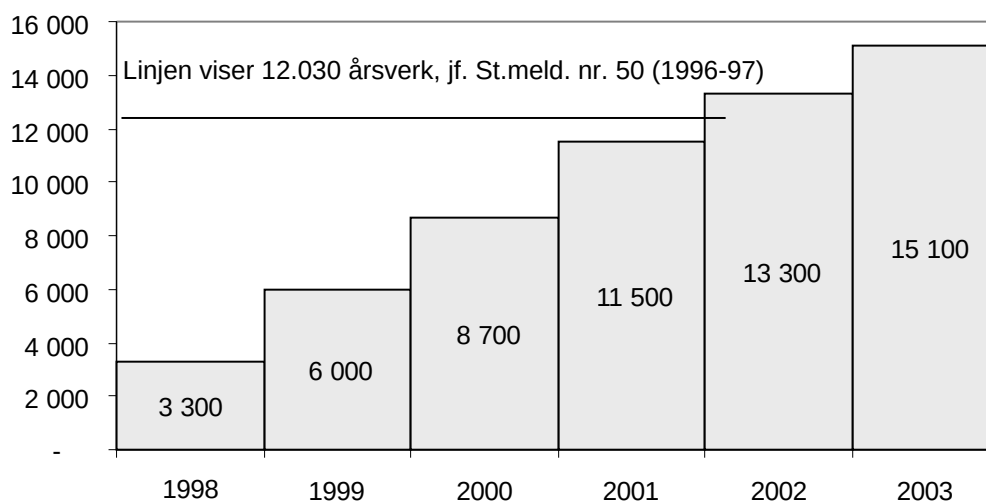
Kommunene ønsker ihht. sine planer å utvide kapasiteten i pleie- og omsorgstjenesten med 18.600 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i løpet av perioden 1998-2001. Kapasiteten planlegges styrket med ytterligere 7.200 enheter i 2002 og 2003.

Flere årsverk

De kommunale planene angir at pleie- og omsorgstjenesten vil få en vekst med 2.700 årsverk i 2000 og 2.800 årsverk i 2001. Samlet gir dette 11.500 nye års-

verk for hele perioden 1998 -2001. Kommune har planlagt ytterligere 3.600 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 2002 og 2003.

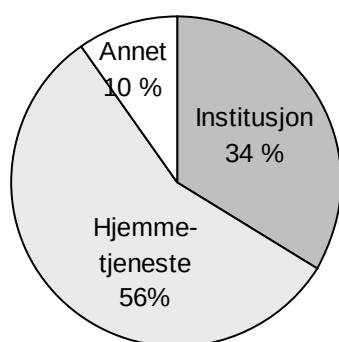
De planlagte årsverkene for 2000 og 2001 er i hovedsak knyttet til handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er rimelig å anta at så mye som 5.200 årsverk knytter seg til førstnevnte plan, mens 300 årsverk er planlagt finansiert med midler fra opptrappingsplanen.



Figur 3.2 Mål- og plantall for nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten 1998-2003

Kilde: SSBs statistikk, kommunenes planer 10.1.2000, inkl. opptrappingsplanen for psykisk helse

Samlet for hele handlingsplanperioden fordeler årsverkene seg med 56 pst på hjemmetjenester, 34 pst på institusjon og 10 pst på andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten, jf. figur 3.3.



Figur 3.3 Fordeling av nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten 1998-2001

Kilde: Kommunenes planer 10.1.2000

3.3 Resultatvurdering og utfordringer

Handlingsplanen for eldreomsorgen i god rute halvveis i planperioden

Regjeringen legger til grunn av resultatene fra kommunene er i rimelig samsvar med måltallene i handlingsplanen halvveis i planperioden. Som nevnt er

det gitt tilsagn om bygging av 11 777 omsorgsboliger og sykehjem, mens måltallet i St.meld. nr. 50 (1996-97) var 11 600 enheter. Foreløpige tall indikerer at det er etablert om lag 6 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenestene og at 5 500 av disse knytter seg til handlingsplanen for eldreomsorgen. Målsettingen var 6 000 nye årsverk.

Utbygging av eldreomsorgen prioriteres altså i kommunene, og handlingsplanen har utløst høy aktivitet og kapasitetsvekst i pleie- og omsorgstjenesten, bidratt til bedring av bomiljø og arbeidsmiljø, og satt utvikling av kvaliteten på tjenestetilbudet på dagsorden.

Omsorgsboliger følges opp med hjemmetjenester

Fordelingen av personell i institusjon og hjemmetjenester samsvarer godt med byggeaktiviteten og fordelingen mellom sykehjem og omsorgsboliger. Dette indikerer at byggingen av omsorgsboliger i planens første to år følges opp med økt bemanning og tjenestetilbud, slik handlingsplanen forutsetter.

Høye plantall - lavere faktisk utbygging

De kommunale planene for 1998 og 1999 forutsatte et betydelig høyere antall ferdigbygde sykehjemsplasser og omsorgsboliger enn det som faktisk ble resultatet i planens to første år. Dette skyldes først og fremst at

- planene ble forskjøvet i tid og var for optimistiske med hensyn til omfang og gjennomføringstid
- en del planlagte prosjekter blir ikke gjennomført, enten fordi kommunenes planer ble endret, eller fordi enkelte prosjekter ikke falt inn under handlingsplanens ordninger

Sykehjemsandelen øker

Både i forhold til ferdigbygde enheter og tilsagn som er gitt fra Husbanken er sykehjemsandelen økende. Det er grunn til å anta at dette først og fremst skyldes at planlegging og utbygging av sykehjem har tatt noe lengre tid enn for omsorgsboliger.

Investeringsvolum må justeres

Kommunene har planlagt å bygge ferdig 26.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger innen planperioden 2001. Dette er i rimelig samsvar med handlingsplanens måltall for 4-årsperioden 1998-2001. Utover dette planlegges imidlertid ytterligere 12 500 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i årene 2002-2003, slik at det planlagte investeringsvolum ligger godt over det handlingsplanen gir dekning for.

Med erfaringstall for 1998-99 og den godkjenningsprosess prosjektene må gjennom i forbindelse med finansiering i Husbanken, vurderer en det fortsatt slik at antall ferdigstilte sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2000 til 2003 vil ligge betydelig lavere enn det kommunene har lagt opp til i sine planer. I forhold til tidligere plantall fra kommunene ser det ut til at planene fortsatt forskyves i tid, slik det også er gitt anledning til fra regjeringens side. Når det gjelder spørsmål knyttet til realismen i kommunenes planer, behovsvurde-

ring og innretningen av statlige styringsvirkemidler for framtiden, vises til omtale under hhv. kap. 4 og kap. 7.

I en prioritering mellom prosjekter mener Regjeringen at sykehjem og boliger tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorgstilbud må prioriteres. Videre bør en forsvarlig opprustning av dagens bygningsmasse sikres, og eneroms-satsingen gjennomføres innenfor handlingsplanperiodens ramme. Dette må skje på en slik måte at fordelingen har en utjevnende effekt i forhold til kommunale variasjoner i utbyggingsnivå og dekningsgrader.

Justerte årsverkstall

Tallet på nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten ved handlingsplanperiodens slutt vil ligge i underkant av handlingsplanens måltall. Årsakene til dette er først og fremst at en stor andel av skjønnstilskuddet er vedtatt brukt til andre formål i pleie- og omsorgstjenesten (kompetanseheving og kompensasjon for tidligere utbygging), og at veksten i lønnskostnadene innebærer at driftstilskuddet gir færre årsverk enn beregnet. Fylkesmannen og fylkeslegen har fått anledning til å gi rom for å godskrive effektivisering i vurdering av kommunenes oppfyllelse av aktivitetskravene. I slike tilfeller økes tjenestetilbudet til brukerne uten tilsvarende personellvekst. Driftstilskuddet skal også kunne nyttes til andre driftsutgifter i pleie- og omsorgstjenesten (trygghetsalarmer, mindre utstyr, opplæringstiltak og andre utgifter).

På denne bakgrunn er de kommunale plantallene samlet i rimelig samsvar med det som kan forventes.

Kommunale variasjoner

I de kommunale plantallene er det betydelige variasjoner kommunene imellom. Dette gjelder i noen grad tallet på nye årsverk, men spesielt planlagt investeringsvolum. Enkelte kommuner har lagt opp til en kapasitetsvekst i handlingsplanperioden som gir en svært høy dekningsgrad for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjeneste, uten at dette står i forhold til planlagt personellvekst. Enkelte andre kommuner som i utgangspunktet har lav dekningsgrad, har ikke lagt tilstrekkelige planer for å oppnå en forsvarlig behovsdekning. Dette kan skyldes både økonomiske forhold, kommunestørrelse og problemer med organisering og gjennomføringsevne. For disse kommunene vil det være av betydning at de gis tilstrekkelig tid til gjennomføring og utbygging, noe de er gitt anledning til gjennom Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1999 og 2000 (jf. St.prp. nr. 1 (1998-99) og St.prp. nr. 1 (1999-2000)).

3.4 Personellsituasjonen

En stor utfordring både for pleie- og omsorgstjenesten generelt og for gjennomføringen av handlingsplanen for eldreomsorgen, er å rekruttere og å beholde tilstrekkelig og kvalifisert personell. Fra flere hold har det vært reist tvil om det vil være tilstrekkelig personell til å gjennomføre denne handlingsplanen.

Sosial- og helsedepartementet vil vise til at erfaringene fra planens første to år er at kommunene i hovedsak har vært i stand til å realisere det antall årsverk handlingsplanen forutsetter.

Dette bekreftes av tall fra pleie- og omsorgsstatistikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB) som viser at det har vært en betydelig økning i antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene fra 1992 til 1998.

Det var ved utgangen av 1998 ca. 82 500 årsverk i pleie- og omsorgssektoren. Tabell 3.4 viser at det har vært en faktisk økning i dekningsgraden pr. bruker og pr. 100 innbyggere over 80 år fra 1997 til 1998. Dette innebærer at det har vært en realvekst i antall årsverk det første året i handlingsplanen.

Tabell 3.4: Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1992-98. Dekningsgrader pr. bruker og pr. innbygger 80 år og eldre

Personell	1992	1993	1994	1995	1996	1997 ¹	1998 ¹
Årsverk pr. bruker av pleie- og omsorgstjenester ²	0,35	0,37	0,36	0,39	0,39	0,41	0,42
Årsverk pr. 100 innbyggere 80 år og eldre	39,70	40,90	39,40	39,50	40,90	43,10	43,80

¹ I følge SSB er det knyttet usikkerhet til årsverkstallene. Tallene bør derfor tolkes med var-somhet. Noe av veksten fra 1996-97 kan forklares med endringer i kommunenes registre-ringsrutiner ved at ansatte som yter tjenester i forhold til mennesker med psykisk utviklings-hemming og mennesker med psykiske lidelser, og som før ikke ble registrert, i større grad ble tatt med i statistikken.

² Omfatter både mottaker av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon.

Fordelingen av årsverksveksten på personellgrupper for 1998 viser at antall sykepleiere har økt med 446 årsverk til ca. 15 100, antall hjelpepleiere økte med ca. 570 årsverk til ca. 28 200 og antall årsverk blant vernepleiere økte med 120 til ca. 2 250. Det ser dermed ut til at noe over 1/3 av økningen på ca. 3 000 årsverk har skjedd innen disse yrkesgruppene. I 1998 publiseres for første gang tall for omsorgsarbeidere, sosionomer, barnevernspedagoger, miljø-terapeuter, aktivitører og barne- og ungdomsarbeidere. Til sammen utgjorde disse yrkesgruppene ca. 5 500 årsverk, hvorav over halvparten var omsorgsar-beidere. Faglært personell totalt blir dermed ca. 51 500 årsverk, eller 62,5 pst av årsverkene. 12 pst av årsverkene i pleie- og omsorgssektoren er personell i servicefunksjoner som kjøkken, rengjøring m.v. (9 pst) og personell i adminis-trasjon og ledelse (3 pst). Pleie- og omsorgssektoren er en sektor som tradi-sjonelt har hatt mange ufaglærte. I St.meld. nr. 50 (1996-97) ble andelen ufaglærte anslått til å ligge et sted mellom 25 og 28 pst. I 1998 var ca. 20 900 års-verk, vel 25 pst, ufaglært personell (hjemmehjelpere, pleieassistenter og annet personell i brukerrettet tjeneste).

Å rekruttere og å beholde personell i helse- og sosialsektoren er en betydelig utfordring. Derfor er det satt i gang en egen handlingsplan for helse- og sosialpersonell for perioden 1998-2001 (Rett person på rett plass) som innehol-der en rekke tiltak med sikte på rekruttering og kvalifisering av personell til sektoren. Dette er tiltak som også er viktige for pleie- og omsorgssektoren, der det er viktig med en bred tilnærming, alt fra kvalifisering av ufaglærte til å øke andelen høyskoleutdannede med spesialistutdanning innen geriatri og eldreomsorg, til å øke utdanningskapasiteten generelt.

Fordi en stor andel av de ansatte i pleie- og omsorgstjenestene er ufaglærte, har det vært lagt vekt på at arbeidsgiver gir denne gruppen ansatte opplæring enten i form av grunnkurs eller gjennom muligheten for fagbrev etter §3.5 i Opplæringslova.

Resultatrapporter fra handlingsplanen for helse- og sosialpersonell viser stor aktivitet i kommunene mht. kvalifisering av ufaglærte og personell med videregående opplæring i 1998. Over 3 000 ufaglærte fikk opplæring enten i form av grunnopplæringskurs, såkalt fagopplæring eller annen videregående opplæring. Rapportene viser også at nærmere 300 personer med videregående skole fikk etter- eller videreopplæring i geriatri/eldreomsorg, rehabilitering, miljøarbeid/vernepleie eller andre fagområder. 100 personer er i gang med desentralisert sykepleieutdanning, mens det var over 140 personer med høgskoleutdanning som tok etter/videreutdanning i geriatri/eldreomsorg på initiativ fra arbeidsgiver.

Selv om tallene så langt viser at personelltilgangen er tilfredsstillende, er det likevel forhold som skaper grunn til bekymring når det gjelder rekruttering til denne sektoren framover. Dette er for eksempel (jf. St.meld. nr. 28 (1999-2000)):

- større personellvekst i sykehussektoren enn forutsatt
- at færre unge søker seg til helse- og sosialutdanningene i videregående skole
- avgang av personell til andre bransjer
- utenlandsk personell reiser tilbake til hjemlandet
- at arbeidstakere blir uførepensjonert som følge av psykiske og fysiske arbeidsbelastninger

Det ligger store utfordringer både for utdannings-, helse- og sosial-, og arbeidsmarkedsmyndighetene i å påvirke disse trendene slik at behovene i sektoren vil kunne møtes i årene framover. Selv om tallene så langt for handlingsplanen for eldreomsorgen viser at det vil være mulig å realisere det vedtatte antall årsverk for den vedtatte planperioden, vil det likevel ligge en betydelig utfordring i å møte etterspørselen etter personell i forbindelse med den behovsøkningen vi ser både fram til 2007, men særlig etter 2010. I tillegg vil endringer i oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenestene (jf. drøfting kap. 6) medføre et økende kompetansebehov i kommunene for å ivareta de mer spesialiserte oppgavene som en ser for kommunesektoren i årene framover.

Regjeringen mener at den synkende søkningen til helse- og sosialarbeiderutdanningene er særlig bekymringsfull. Tall for førsteinntaket til grunnkurs i helse- og sosialfag høsten 1999 viser en nedgang på omlag 8 pst fra 1998 til 1999, jf. omtalen i St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene.

Regjeringen mener at det framover vil være en stor utfordring å få unge gutter og jenter til å søke seg til disse utdanningsretningene. Bl.a. av den grunn arbeider Sosial- og helsedepartementet med en rekrutteringskampanje for å få flere til å søke seg til helse- og sosialfagutdanningene.

Det vil i løpet av personellplanperioden 1998-2001 bli gitt tilskudd til kvalifisering av ufaglærte og etter/videreutdanning av personell med videregående opplæring på til sammen over 120 mill. Rapportene for 1998 og 1999 tyder på at disse midlene har utløst stor aktivitet hos arbeidsgiverne i kommunesektoren. De har både gitt en etterlenget kompetanseheving og gitt de til-

satte en følelse av å være verdsatt i sin arbeidssituasjon. Dette virker stabiliserende på personellsituasjonen ved at personell i tjenestene velger å bli værende, og det virker rekrutterende ved at tilfredse medarbeidere som føler at arbeidsgiver verdsetter deres innsats, er de beste rekrutteringsagenter overfor ungdom og andre arbeidssøkende. På denne måten kan en bidra til å snu det negative bildet som er skapt av arbeidsplassene i pleie- og omsorgsektoren som tunge og belastende «trøste- og bære-yrker» samtidig som en viser at det ikke bare er personell med høyere utdanning som verdsettes i sektoren.

Det er særlig viktig at de mange tusener middelaldrende kvinner som i dag utgjør hovedstammen i pleie- og omsorgspersonellet mobiliseres til å anbefale sine yrker og arbeidsplasser overfor ungdommen, og spesielt overfor guttene. Skal en oppnå denne effekten er det ikke nok at sektoren kan tilby sikre og meningsfulle arbeidsplasser. En må også kunne tilby selvstendige karriereveier for personell med videregående opplæring, -veier som ikke krever at en nødvendigvis tar en høyskole- eller universitetsutdanning for å bli verdsatt innen pleie- og omsorgsektoren. For dette formål har Sosial- og helsedepartementet innenfor rammen av handlingsplanen for helse- og sosialpersonell satt i gang utprøving av læreplaner for videreutdanninger innen psykiatri, eldreomsorg, miljøarbeid, rehabilitering, mv for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i til sammen 13 fylkeskommuner. Siktemålet er å få en fagskole for helse- og omsorgsfagene på linje med den tekniske fagskolen. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil avvente høringen på Bergutvalgets innstilling før forslag til organisering av utdanningsfeltet mellom videregående opplæring og høyere utdanning (mellomnivået) blir fremmet for Stortinget.

3.5 Andre resultater

I tillegg til utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger og etablering av nye årsverk i sektoren, har handlingsplanen også satt den bygningsmessige kvaliteten på dagsordenen. Dette gjelder alt fra spørsmål knyttet til lokalisering og samlokalisering av boliger til bygningsmessig kvalitet og brannsikkerhet.

Lokalisering

I forbindelse med satsingen på omsorgsboliger har det oppstått en debatt om lokalisering av boligene. Særlig fra miljøer som representerer yngre grupper tjenestemottakere har det blitt reist kritikk mot kommunene for at det i for stor grad bygges samlokaliserte, og at dette kan føre til at det etableres såkalte omsorgsgettoer.

Regjeringen mener prinsipielt at lokalisering av omsorgsboliger må drøftes lokalt og i de fora der beslutningene skal treffes. I utgangspunktet bør sykehjem og omsorgsboliger ha en sentral beliggenhet i lokalsamfunnet med nærhet til service- og aktivitetstilbud. I områder med spredt bebyggelse kan det være nødvendig med samlokalisering med eksisterende institusjon av driftsmessige hensyn. Boliger til unge funksjonshemmede, personer med psykiatriske lidelser og psykisk utviklingshemmede bør så langt som mulig bygges i ordinære boområder.

I rundskrivet Omsorgsbolig - en veileder (SHD/KRD 1997) fremheves både betydningen av integrering i vanlige bomiljø og nærmiljøfunksjoner. Samtidig understrekes behovet for nærhet til omsorgsbasis gjennom lokalisering nær eksisterende sykehjem. I praksis kan det være vanskelig å forene disse to hensynene, blant annet fordi det gamle sykehjemmet ofte er plassert i utkanten og er lite sentralt i forhold til servicetilbud. Kommunene må dermed i spørsmålet om lokalisering foreta en avveining av hensynet til effektiv tjenesteyting på den ene siden, og hensynet til integrering i det vanlige bomiljøet på den andre siden.

Det er viktig at kommunene har høy bevissthet mht. hvem som skal bo sammen i samlokaliserte omsorgsboliger. For eksempel må en unngå at unge funksjonshemmede skal bo sammen med alders demente i tette bomiljøer. Fra et omsorgsfaglig ståsted vil ikke dette være en godt egnet løsning, selv om det isolert sett kan være effektivt i forhold til driften av tjenestene.

I enkelte byer og tettsteder har man vært meget bevisst på plassering og utforming av omsorgsboliger i folks nærmiljø, f.eks. Steinkjer, Namsos, Molde og Kristiansund. Samlokalisering kan innebære gode løsninger hvis antall omsorgsboliger og sykehjemsplasser ikke er for stort, gode utearealer sikres og at prosjektene tilpasses det eksisterende lokalmiljøet. Mange eldre føler dessuten trygghet ved å bo i nærheten av sykehjem, omsorgsbasis og trives med å bo i nærheten av andre eldre.

Kvalitet, miljø, brannsikkerhet, mm.

Norsk Byggforskningsinstitutt (Christoffersen -95 og -98, Ytrehus -97) har gjennomført evaluering av omsorgsboligene og sykehjemmene som viser at kvaliteten på omsorgsboligene gjennomgående er bra. Husbanken stiller krav om fellesareal ved bygging av bokollektiv og bofellesskap. I selvstendige boliger, som oppfyller alle krav til Husbankens minstestandard, er fellesareal ikke et krav, men en anbefaling. For sterkt pleietrengende beboere kan fellesareal være av stor verdi både sosialt og mht. kommunens ressursbruk ved at man kan ha en tilknytning til omsorgsbasis, eller lignende.

I forhold til brannsikkerhet er omsorgsboliger plassert i risikoklasse 4 (risikoklasse legges til grunn for å bestemme nødvendige branntekniske tiltak), dvs. samme klasse som ordinære boliger. Veiledning til teknisk forskrift til plan- og bygningsloven (§7-22 Risikoklasser og brannklasser) legger vekt på at siden det forutsettes å bo sterkt pleietrengende personer i omsorgsboliger kan det være nødvendig å plassere boligene i risikoklasse 6. Det er sannsynlig at de fleste omsorgsboligene før eller senere beboes av personer som vil trenge assistanse ved en evt. rømning. Husbanken anbefaler derfor i sine veiledere at omsorgsboliger alltid plasseres i risikoklasse 6. Dette innebærer at det kreves røykdetektor i rømningsvei, evt. fellesrom, soverom og i andre rom. Det kreves også varmedetektor i rømningsveier og i fellesrom. Regjeringen vil legge vekt på at brannsikkerheten blir godt ivaretatt i omsorgsboligene, og vil vurdere nærmere om omsorgsboliger automatisk skal plasseres i en høyere risikoklasse, dvs. risikoklasse 6.

Mange eldre sykehjem har gjennom utbedring fått et betydelig standardløft. I en del tilfeller har det vært vanskelig å få fullt minimumsareal i privaten-

heten ved utbedring når bad legges inn. Alle sykehjem som har fått tilskudd har imidlertid enerom med bad tilgjengelig for rullestol.

Miljøvern, arkitektonisk utforming

Det foreligger ingen undersøkelser om i hvilken grad hensynet til miljøvern er ivaretatt for investeringer i handlingsplanen. Få prosjekter har antagelig fokusert på dette. Det er utarbeidet gode verktøy for miljøvennlig planlegging og prosjektering som kommunene kan ta i bruk i forbindelse med nybygging og utbedring av omsorgsboliger og sykehjem. Et eksempel på verktøy er Øko-profil for hhv bolig og bygg, der miljøkravene er strukturert og beskrevet innenfor hovedområdene ytre miljø, forbruk av ressurser og helsemessige påvirkninger. Det er et mål å øke antall prosjekter med miljøvennlige løsninger i den fremtidige byggevirksomheten også for omsorgsboliger og sykehjem. Arkitektonisk utforming og god byggeskikk i prosjektene kan i en del sammenhenger vies større oppmerksomhet. Det bør være et mål at den statlige og kommunale satsingen på botilbud for pleie- og omsorgstrengende resulterer i funksjonelle og rasjonelle bygg der også hensynet til miljø og estetikk ivaretas. Hovedsakelig bør dette gjøres gjennom en forbedret og styrket faglig veiledning og formidling av informasjon om gode eksempler.

Beboerne i omsorgsboliger

Handlingsplanen for eldreomsorgen har medført at stadig flere kommuner tar i bruk omsorgsboliger som et supplement til institusjon. Dette betyr at i mange kommuner har nye brukergrupper flyttet inn i omsorgsboligene. Utover alder, kjønn og sivil status vet man lite om beboernes funksjonsnivå, diagnose, mv. En utvalgsundersøkelse fra Norsk Byggforskningsinstitutt (Ytrehus, 1997) viser at det er de eldste, samt enslige og kvinner som flytter til omsorgsboliger. Undersøkelsen viser i tillegg at tidligere boforhold har stor betydning for flytting til en omsorgsbolig. Enkelte kommuner har gjort et bevisst valg om at omsorgsboligene kan være et alternativ til, eller erstatning for, institusjonsplass. For å få bedre kunnskap om hvordan omsorgsboligene brukes og til hvilke grupper, kan det være aktuelt å registrere hvor beboerne kommer fra, hvor lenge de bor i boligene og hva som er årsaken til at leieforholdet opphører. Sosial- og helsedepartementet vil også vurdere en undersøkelse evt. i tilknytning til evalueringen av handlingsplanen der dette spørsmålet blir fulgt opp spesielt.

3.6 Oppsummering

To år etter at handlingsplan for eldreomsorgen ble satt ut i livet, er kommunens pleie- og omsorgstjeneste tilført vel 6.000 nye årsverk, og Husbanken har gitt godkjenning til bygging/utbedring av 11 777 sykehjemsplasser (33 pst) og omsorgsboliger (67 pst). Til sammen har kommunene for perioden 1998-2001 planlagt 11.500 nye årsverk og 26 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger, hvorav 7 400 går med til eneromssatsing og utskifting av gammel bygningsmasse. I tillegg har kommunene planlagt ytterligere 12 500 sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2003. I disse tallene inngår også planlagte boliger til andre brukergrupper i pleie- og omsorgstjenesten, herunder opptrappingsplan for psykisk helse.

Resultatene halvveis i planperioden er i godt samsvar med måltallene i St.meld. nr. 50 (1996-97). Fordelingen mellom sykehjem og omsorgsboliger er i tråd med den fordeling som beregningsmessig ble lagt til grunn, og andelen sykehjemsplasser er økende. Omsorgsboligene er så langt fulgt opp med hjemmetjenester. Samlet fordeler de nye årsverkene seg med 56 pst på hjemmetjenester, 34 pst på institusjon og 10 pst på andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten.

Fram til 2003 har imidlertid kommunene planlagt en utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger som langt overstiger handlingsplanens måltall og rammer. Erfaringstall så langt tyder imidlertid på at en del planlagte prosjekter ikke vil bli gjennomført eller blir forskjøvet i tid. Sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester må prioriteres, samt en forsvarlig opprustning av dagens bygningsmasse og eneromsutbygging.

Handlingsplanen for eldreomsorgen har også ført til økt fokus på spørsmål knyttet til bygningsmessig kvalitet, brannsikkerhet, gode lokaliseringsløsninger. Dette bidrar til en heving av kvaliteten på den bygningsmessige standarden på omsorgsboliger/sykehjemsplasser.

4 Behovene

Stortinget ba i forkant av handlingsplanen for eldreomsorgen om å få lagt fram en plan for full sykehjemsdekning med enerom for dem som ønsker det. I meldingen ble dette definert som behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester til personer med så omfattende funksjonssvikt at de har behov for tjenester på sykehjemsnivå, dvs. tilsyn og pleie hele døgnet. St.meld. nr. 50 (1996-97) peker på at de faktorene som i størst grad påvirker etterspørselen etter offentlige pleie- og omsorgstjenester er forekomsten av nedsatt funksjonsnivå i forhold til de mest grunnleggende dagliglivsfunksjoner i befolkningen, forekomst av aldersdemens, sosioøkonomiske forhold som boligstandard, inntekt, og tilgang på familie- og husholdsbasert omsorg. Ut fra en samlet vurdering basert på vitenskapelige undersøkelser og faglige anbefalinger, ble behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester på landsbasis anslått til 25 pst målt i forhold til befolkningen 80 år og eldre. I dette beregningsmessige anslaget inngår behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester til personer over 80 år, et anslått behov for heldøgns tjenester til eldre under 80 år, samt at det er behov for et visst antall plasser knyttet til korttidsopphold, for eksempel i forbindelse med etterbehandling etter sykehusopphold eller avlastningsopphold for pleietrengende som bor hjemme.

Anslaget ble gjort under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester og rimelig tilgang på tilrettelagte boliger. Det var en viss usikkerhet knyttet til dette anslaget.

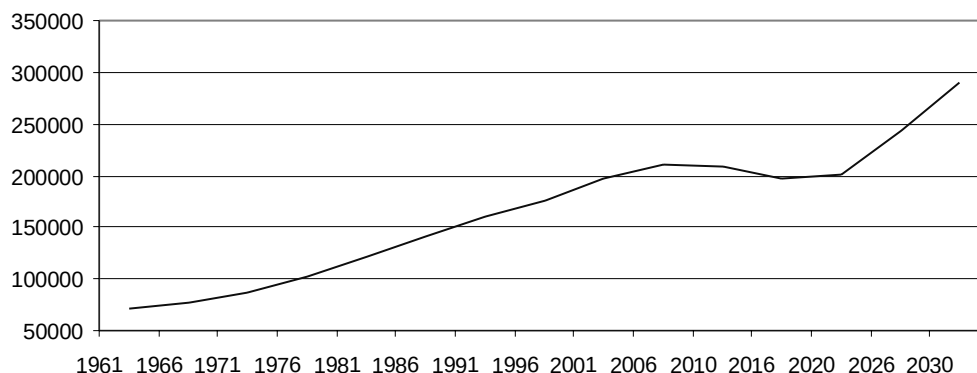
Sosialkomiteen ba i forbindelse med behandlingen av meldingen, jf. Innst. S. nr. 294 (1996-97) om at det ble foretatt en ny gjennomgang av behovsanslagene etter 2 års erfaringer med planen. Sosial- og helsedepartementet har, på den bakgrunn gått gjennom behovsanslagene på nytt, og også vurdert tjenestebehovet for den første perioden etter handlingsplanens utløp, dvs. for perioden 2002-2007.

Den nye behovsvurderingen tar utgangspunkt i forhold som endringer i befolkningssammensetningen, utviklingen i eldres helsetilstand, hjelpebehovet til yngre personer og endringer i oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer. Kommunenes planer for perioden 1998-2003 er også en del av vurderingsgrunnlaget.

4.1 Befolkningsutviklingen

Aldersutviklingen er en vesentlig faktor for dimensjonering av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Landet har fra slutten av 70-tallet hatt en relativ sterk vekst i antallet innbyggere over 80 år, jf. fig. 4.1, og beregninger fra SSB viser at veksten vil vedvare fram til 2007. Deretter vil tallet være nokså stabilt fram til 2020, hvor det igjen forventes en kraftig økning fram mot 2050. Antall personer 90 år og eldre fortsetter deretter å øke også i perioden etter 2007. De nye befolkningsframskrivningene fra SSB viser en mindre økning i tallet på innbyggere 80 år og eldre enn det som ble anslått i 1996, og som var lagt inn i beregningsgrunnlaget for behovsanslagene i St.meld. nr. 50 (1996-97). Dette skyldes at SSB med utgangspunkt i forventet levealder/dødelighet de siste 20 årene forventer en høyere dødelighet blant innbyggere over 80 og 90 år enn

ved forrige beregning. Store fødselskull de første årene etter første verdenskrig forklarer en vesentlig del av økningen i antall innbyggere over 80 år for perioden 1996 til 2007. Lave fødselskull i mellomkrigsperioden (fram mot 2. verdenskrig) forklarer hvorfor antallet antas å gå noe ned mellom 2007 og 2020. Dette forholdet motvirkes imidlertid i noen grad av antatt lavere dødelighet for personer over 80 år. I SSBs prognoser gjøres ulike antakelser om fruktbarhet, dødelighet (antatt levealder), innenlandske flyttinger og inn- og utvandring. Viktigst i denne sammenhengen er økningen i levealderen, hvor mellomalternativet innebærer at forventet gjenstående leveår for de som fyller 80 år vil øke fra 7,9 år i 1996 til 8,5 år i 2007, dvs. med i overkant av 7 måneder (vektet gjennomsnitt for kvinner og menn). Til sammenlikning har levealder for de som er fylt 80 år økt fra 7,1 år i 1976 til 8,2 år i 1998, altså med i overkant av 13 måneder. Prognosene fram til 2050 baserer seg på at levealderen fortsetter å øke og at den vil være 9.6 år for personer som opplever å fylle 80 år.



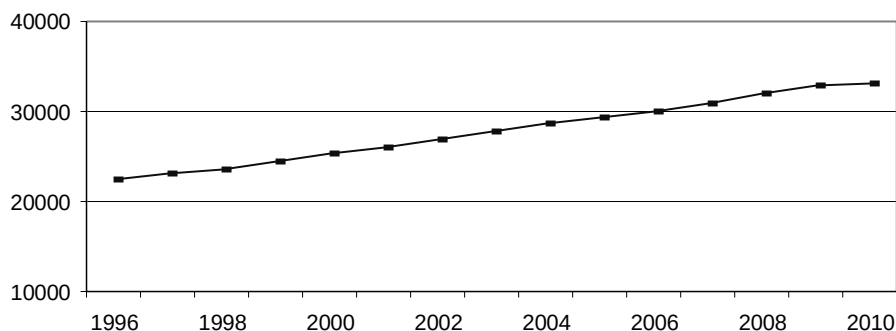
Figur 4.1 Utviklingen i befolkningen over 80 år 1961-2030

Kilde: SSB observert og prognose MMMM-99.

SSBs mellomalternativ viser at antall innbyggere over 80 år øker med anslagsvis 20 500 fra 1996 til 2001 og med 14 500 fra 2002 til 2007.

St.meld. nr. 50 (1996-97) tok utgangspunkt i prognoser om utviklingen for befolkningen 80 år og eldre for perioden fra 1996 til 2001. De nyeste prognosene utarbeidet av SSB høsten 1999 viser at veksten i antall 80 år og eldre er lavere enn det som ble lagt til grunn i St.meld. nr. 50 (1996-97). For hele handlingsplanperioden vil dette innebære et redusert behov for plasser med hel-døgns pleie- og omsorgstjenester med anslagsvis 500 enheter.

Befolkningen over 90 år er erfaringsmessig den aldersgruppen som har den største andelen mottakere av pleie- og omsorgstjenester. I hht. SSBs prognoser vil denne gruppen øke med anslagsvis 3 600 fra 1996 til 2001 og med i underkant av 5 000 til 2007.



Figur 4.2 Utviklingen i befolkningen 90 år og eldre 1996-2010.

For aldersgruppen 67 til 79 år viser prognosene at antallet 67-79 år vil synke med om lag 57 000 personer fra 1996-2010, deretter vil gruppen øke betydelig. Aldersutviklingen i den enkelte kommune viser at utfordring knyttet til økt antall eldre inntrer på ulikt tidspunkt. Vel 30 kommuner har hatt en vekst som er minst dobbelt så sterk som gjennomsnittet (gjennomsnittlig vekst for aldersgruppen 80 år og eldre er 20 pst for perioden 1996-2007), mens vel 300 kommuner har hatt vekst opp til 40 pst. Vel 100 kommuner vil ha reell nedgang i antall eldre over 80 år, mens 50 har reell nedgang i antall eldre over 90 år i løpet av denne perioden.

4.2 Utvikling i familie- og husholdsstrukturen

Utviklingen i familie- og husholdsstrukturen antas å ha betydning for etterspørsmål etter offentlige omsorgstjenester fordi bruken av omsorgstjenester øker betydelig for folk som bor alene, jf. St.meld. nr. 50 (1996-97), og fordi hovedtyngden av den private, familiebaserte omsorgen ytes av personer i husholdet, hovedsakelig ektefeller. Selv om det fortsatt er en betydelig utfordring knyttet til mange aleneboende eldre, viser nyere forskning at omfanget av innsatsen som familie og pårørende er stabil. En stadig større andel av befolkningen gir omsorg, men omfanget av omsorgen som hver enkelt yter er noe mindre enn tidligere. En undersøkelse gjennomført i 1997 (Gautun, -97) viser at samspillet mellom offentlig innsats og familie- og husholdsomsorg er viktig for å opprettholde den uformelle omsorgen. Eldre som får hjemmetjenester får mer hjelp fra sønner og døtre enn eldre som ikke får hjelp fra hjemmetjenestene.

Tidligere undersøkelser viste at andelen aleneboende i befolkningen økte fra 52 pst i 1970 til 58 pst i 1991. Videre ble andelen anslått til å øke til 61 pst i år 2000 (Brevik 1995). Familiestatistikken som gav tall for aleneboende ble avviklet fra 1997. Derfor er det ikke lenger mulig å si hvor stor andel av befolkningen over 80 år som reelt sett er aleneboende. Statistikken gir imidlertid tall for ikkegifte innbyggere. Denne viser at andelen ikkegifte 80 år og eldre har gått ned fra 73 pst i 1990 til 71.1 pst i 1999. Andelen som reelt sett er aleneboende vil antakelig være noe lavere, men pga. manglende statistikk er det vanskelig å anslå i hvor stor grad de tidligere prognosene har slått til. Utviklingen i tallet på ikkegifte vil sammen med utviklingstrekk for den uformelle omsorgen gi grunn til å anta at behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge av redusert familieomsorg ikke vil øke dramatisk de første årene.

4.3 Utviklingen i eldres helsetilstand

Utviklingen i eldres helsetilstand vil ha stor betydning for pleie- og omsorgsbehovet i befolkningen. I St.meld. nr. 50 (1996-97) er det forutsatt en konstant dekningsgrad, dvs at behovet for pleie og omsorg øker proposjonalt med økning i levealder.

Nyere internasjonale undersøkelser indikerer imidlertid en viss bedring i eldres helsetilstand på slutten av 1980 og i løpet av 1990-årene. Dette vil igjen kunne innebære en viss bedring i funksjonsnivået, og en tilsvarende reduksjon eller forskyvning av omsorgsbehovet. De nyere internasjonale studiene er imidlertid ikke entydige, og det hersker til dels motstridende hypoteser.

I utgangspunktet gjelder tre hypoteser i den internasjonale forskningen på området:

- teorien om sammentrengt sykelighet som forutsetter at folk er friskere (uten funksjonstap) lenger, samtidig som levealderen ikke øker nevneverdig. Dette fører til redusert hjelpebehov.
- teorien om utvidet sykelighet som forutsetter at levealderen fortsatt vil kunne øke betraktelig. Medisinsk teknologi kan føre til redusert dødelighet, men til gjengjeld kunne føre til at man lever flere år med funksjonstap. Samlet vil dette medføre flere hjelpetrengende i befolkningen og økt behov for tjenester.
- teorien om utsettelse av sykelighet forutsetter at folk blir friskere (uten funksjonstap) lenger, men at levealderen øker, og at tiden med funksjonstap blir omtrent den samme. Dette innebærer et noenlunde stabilt hjelpebehov i befolkningen.

I handlingsplanen er det lagt til grunn at hjelpebehovet stiger proposjonalt med økt levealder. Dette er en noe mer pessimistisk vurdering enn i den tredje hypotesen som forutsetter konstant lengde på tidsrommet for funksjonstap.

Det har foreløpig ikke vært mulig å trekke endelige konklusjoner mht hvilke av disse teoriene som stemmer best overens med den faktiske utviklingen. Dette skyldes mangel på tilstrekkelig entydig empirisk materiale som kan bekrefte eller avkrefte teoriene. Det er mange feilkilder i materialet og undersøkelsene er vanskelige å sammenligne, bl.a. fordi man har usikre mål på dårlig helse og funksjonstap, som stort sett er basert på selvrapportering (helse- og levekårsundersøkelsene), og at det er problemer med å sammenligne, både over landegrensene og over tid, pga. ulike/endrede spørsmål, nye metoder for datainnsamling og ulik toleranse for sykdom/funksjonstap i ulike kohorter (aldersgrupper). Hvorvidt økende levealder er en følge av, eller medfører bedre helse blant eldre vil bl.a. være avhengig av om folk lever lenger med kroniske lidelser som medfører et omsorgsbehov, eller om forebyggende tiltak, nye behandlingsformer, m.v.

Selv om det heftet stor usikkerhet ved de ulike undersøkelsene gir den internasjonale forskningen likevel indikasjoner på en bedring i eldres helsetilstand på 80- og 90-tallet, som igjen vil kunne medføre at behovet for pleie- og omsorgstjenester reduseres noe.

Bortsett fra Tor Inge Romørens Larviksundersøkelse (jf. omtale i St.meld. nr. 50 (1996-97)), er det gjort relativt få studier av utviklingen av eldres helse-tilstand og konsekvensene for pleie- og omsorgsbehovet i Norge. En rapport fra SSB basert på helse- og levekårsundersøkelsene i perioden 1985-95 viser

at andelen eldre over 67 år som rapporterte nedsatt funksjonsevne i perioden 1985 til 1995 gikk ned, mens andelen hjelpetrengende blant eldre 80 år og over var stabil/hadde en svak økning. En svakhet ved dette tallmaterialet er at det har vært endringer i registreringspraksis over tid, slik at tallene ikke uten videre er sammenliknbare, og tallene må derfor tolkes med svært stor forsiktighet. En annen svakhet er at de mest hjelpetrengende eldre, de som bor i institusjon, ikke er med i undersøkelsene.

I Sverige har man også hatt en gjennomgang av denne problemstillingen. I den svenske langtidsutredningen konkluderer man (etter gjennomgang av internasjonal litteratur og svenske tall) med at den mest sannsynlige utvikling blir:

- Flere år uten funksjonstap
- Fortsatt reduksjon i dødelighet, men i mindre grad blant de eldste.

Man mener at dette vil kunne innebære at behovet for pleie- og omsorgstjenester blir mindre enn en ren befolkningsframskrivning ville tilsi.

Med tanke på de store utfordringene samfunnet står overfor i årene fra 2020 og utover, vil det være viktig å kunne si noe mer sikkert om utviklingen i helsetilstanden til norske eldre, og hvordan dette slår ut i forhold til tjenestebehovet. Sosial- og helsedepartementet og Finansdepartementet satt i gang et prosjekt i samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Statistisk sentralbyrå der målet er å få en bedre oversikt over utviklingstrekk i Norge, sammenliknet med andre land.

4.4 Spesielle grupper tjenestemottakere

Pleie- og omsorgstjenestene har ansvaret for å dekke behovet for pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven for alle innbyggere i kommunene. Uansett utviklingen i eldres helsetilstand vil det fortsatt være en betydelig utfordring knyttet til et økende antall aldersdemente. Anslag viser at det er mellom 55-60 000 aldersdemente i Norge i dag (Engedal og Haugen -96). Dette er en gruppe brukere som har et omfattende tjenestebehov, og som vil ha behov for et særlig tilrettelagt tilbud (jf. drøfting i St.meld. nr. 28 (1999-2000)). I tillegg skal tjenester til unge funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser, m.v. omfattes av tjenesteapparatet. Som nevnt foran, var hensynet til disse gruppene også regnet inn i dekningsgraden på 25 pst målt i forhold til antall eldre over 80 år. Det er vanskelig å gi gode prognoser for tjenestebehovet til yngre aldersgrupper, da det ikke er gjort systematiske undersøkelser av dette. I opptrappingsplanen for psykisk helse er behovet for tjenester knyttet opp til mennesker med psykiske lidelser beregnet til 3 400 boliger og tilsvarende antall årsverk i hjemmetjenestene fram til 2006.

For yngre psykisk utviklingshemmede har vi imidlertid bedre oversikt over behov. I Sosial- og helsedepartementets rapporter fra kommunene om status for kommunenes arbeid med oppbyggingen av tjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede går det fram at det pr. 01.01.99 var 2 400 utviklingshemmede under 21 år som bodde i foreldrehjem eller hos andre pårørende. De fleste av disse har behov for annet botilbud.

Det var på samme tid i alt vel 7 800 utviklingshemmede som bodde hos foreldre eller andre pårørende. I 1998 var det i underkant av 400 som flyttet.

Utflyttingen i 1997 og 1998 har vært lavere enn kommunenes planer fra året før skulle indikere. Det var beregnet at de som ble planlagt utflyttet i 1998 fra foreldrehjem i gjennomsnitt trengte 59 timer med hjelpetjenester pr. uke. Det er grunn til å regne med at kommunene vil ha behov for boliger og tjenester til denne målgruppen minst dette nivået hvert år framover.

Fra 1996 har kommunene fått et øremerket til skudd for hver utflytting av yngre fysisk funksjonshemmede som har hatt varig opphold i aldersinstitusjon. Tilskuddet vil etter planen bli avviklet i løpet av 2002. Det er da viktig å legge til rette for at kommunene i årene framover kan etablere individuelle bo- og tjenestetilbud til yngre funksjonshemmede slik at det ikke skjer en ny utvikling med varig opphold i aldersinstitusjoner for nye unge funksjonshemmede.

4.5 Oppgaver fra spesialisthelsetjenestene til kommunen

Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjeneste de siste femten årene har medført større oppgaver for kommunene. Til grunn for behovsanslagene i St.meld. nr. 50 (1996-97) ligger en forutsetning om økte oppgaver for kommunene knyttet til en viss reduksjon i liggetid ved sykehusene.

Økt antall innleggelser i sykehus kombinert med redusert liggetid antas å føre til økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og spesielt behovet for plasser i sykehjem lokalt i pasientens hjemkommune. 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)).

Antall sykehusopphold for den eldre befolkningen har økt kraftig på nittitallet, både fordi antallet eldre over 80 år øker og fordi de eldre bruker sykehusene i langt større omfang enn tidligere (jf. div. Samdatarapporter). Den kraftigste veksten er for gruppen 80 år og eldre, hvor veksten i antall sykehusopphold var på drøye 8 prosent fra 1992 til 1997. Økning i gjennomsnittlig antall opphold pr. pasient er også mest markert for den eldre delen av befolkningen. Aktivitetsveksten har i hovedsak kommet som øyeblikkelig hjelp, i første rekke for pasienter i medisinske avdelinger. Gjennomsnittlig liggetid har gått ned fra 1995 til 1999, og reduksjonen er sterkest for de eldste aldersgruppene.

Sintef-Unimed, NIS (Halsteinli 1996) har foretatt en analyse av sammenhengen mellom kapasitet innenfor institusjonsbasert omsorg og eldres forbruk av sykehustjenester i Oslo og Akershus. Resultatene viser at *innleggespraksis* ved sykehusene i en viss grad påvirkes av institusjonskapasiteten i kommunen. Ifølge rapporten er det også mye uforklart variasjon i forbruket av sykehustjenester blant den eldre del av befolkningen, og at organisatoriske forhold og samarbeidsrelasjoner mellom første- og andrelinjetjenesten har betydning for eldres sykehusforbruk.

Statens helsetilsyn v/Nasjonalt geriatriprogram gjennomførte i oktober 1998 en kartlegging av alle pasienter på 75 år og over som var innlagt i indremedisinsk avdeling i landets somatiske sykehus på en bestemt dag. (Utredningsserien nr. 7 (1999)). I denne kartleggingen var 42 pst av alle pasienter

innlagt i landets indremedisinske avdelinger 75 år og over. 17 pst av pasientene var meldt utskrivingsklare eller ferdigbehandlet. 22 pst ventet på sykehjemsplass og 29 pst ventet på sykehjemsplass eller hjemmetjenester i kommunen. 21 pst hadde fått sykehusoppholdet forlenget p.g.a. manglende tilbud i kommunen. I alt 37 pst ventet enten på utskriving, på rehabilitering eller var i livets slutfase.

Høringsuttalelsene til rapporten om sykehjemmenes funksjon viser at mange kommuner opplever at oppgavene knyttet til ferdigbehandlede pasienter har økt i løpet av nittitallet.

Reduksjonen i antall liggedager pr innleggelse er delvis gjort mulig ved at kommunen overtar ansvaret for pasienten tidligere enn før. Dette har krevd økt ressursinnsats fra kommunene. En ytterligere reduksjon i antall liggedager forutsetter at kommunene har kapasitet til å ta hånd om utskrivingsklare pasienter, enten ved innleggelse i sykehjem eller ved bruk av hjemmetjenester.

4.6 Kommunenes planer og tolking av disse

Sosialkomiteen ba i sin merknad om at en ny vurdering av behovsanslagene også måtte ses i lys av kommunenes planer og fylkesmennene og fylkeslegenes vurdering av disse. Sosial- og helsedepartementet har på bakgrunn av bl.a. fylkeskommunene og fylkeslegenes rapporter og vurderinger foretatt en gjennomgang av kommunenes planer for perioden 1998-2001. Disse viser, som tidligere nevnt, at det planlegges vel 26 000 omsorgsboliger/sykehjemsplasser, og 11 500 årsverk. I tillegg planlegger kommunene 12 500 omsorgsboliger/sykehjemsplasser og 2 000 årsverk for 2002 og 2003.

Dette viser at det er et rimelig samsvar mellom de vedtatte måltallene og kommunenes planer når det gjelder årsverk, men at kommunene ser behov for noe styrking av årsverksinnsatsen også de første årene etter handlingsplanens utløp.

For investeringene er det en betydelig forskjell mellom kommunenes planer og de vedtatte måltallene. Dette kan skyldes flere forhold. En forklaring er at kommunene har innarbeidet planlagte boliger til mennesker med psykiske lidelser som en del av opptrappingsplanen. (Opptrappingsplanens måltall er 3 400 omsorgsboliger og 3 400 årsverk). Andre forklaringsfaktor er at kommunene planlegger for en lengre tidsperiode enn det handlingsplanen er vedtatt for, (befolkningsutviklingen viser at det er en økning i tallet på innbyggere 80 år og eldre fram til 2007), og at det fortsatt er et behov for å skifte ut gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse.

Kommunenes planer viser at det planlegges en langt større kapasitetsøkning enn det den vedtatte handlingsplanen gir rom for. Regjeringen vil anta at dette i noen grad er uttrykk for at man ønsker å møte behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester etter at nåværende handlingsplan er avsluttet i 2001. Men i tillegg er det rimelig å anta at kommunene bl.a. pga. de relativt gunstige finansieringsordningene (jf. omtale i kap.5) ønsker å bygge flere tilrettelagt omsorgsboliger enn det som isolert sett kan begrunnes ut fra et pleie- og omsorgsbehov de nærmeste årene. Denne antakelsen støttes ved at en stor andel av den planlagte kapasitetsutvidelsen skjer i form av omsorgsboliger,

uten at dette gjenspeiles i en tilsvarende økning i årsverksinnsatsen. Regjeringen vil vise til at handlingsplanens målsetting er å styrke kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, og at det er viktig at det er et samsvar mellom investerings- og driftssiden. Dette har til nå vært ivaretatt gjennom fylkesmennene og fylkeslegenes oppfølging av kommunenes planer. Uten et slikt samsvar vil satsingen kunne stå fare for å bli en boligreform uten et reelt driftsinnhold. I såfall vil dette være en uheldig utvikling.

Forholdet mellom investeringer og drift vil derfor måtte være en viktig faktor i vurderingen av tjenestebehovet framover.

4.7 Ny vurdering av behovene framover

Sosial- og helsedepartementet har på bakgrunn av ovennevnte forhold foretatt en ny samlet vurdering av behovene for pleie- og omsorgstjenester innenfor den vedtatte planperioden, og har også foretatt en vurdering av behovet for tjenester for perioden 2002-2007.

De nye befolkningsframskrivningene fra SSB viser at økningen i antall personer 80 år og eldre er noe lavere enn det som ble lagt til grunn i St.meld. nr. 50 (1996-97) og at veksten i neste periode er lavere enn i den perioden vi nå er inne i. I tillegg kommer en reduksjon av tallet på personer i aldersgruppen 67-79 år, at nyere forskning tyder på at eldres helsetilstand blir noe bedre, og at det har kommet en egen satsing i forhold til mennesker med psykiske lidelser i kommunene. På den andre siden finner en at det er store utfordringer knyttet til forholdet til spesialisthelsetjenesten og til tjenestebehovet til spesielle grupper som aldersdemente, unge fysisk funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede. Av den grunn mener regjeringen at den beregnede dekningsgraden for heldøgns pleie- og omsorgstjenester på 25 pst vil kunne være holdbar i forhold til å anslå tjenestebehovet framover. Utviklingen i eldres helsetilstand kan imidlertid vise seg å være positiv framover, slik at dette anslaget kan ligge noe høyt i forhold til det reelle behovet. Regjeringen har på ovennevnte grunnlag ikke funnet at det er holdepunkter for å måtte foreta vesentlige justeringer i forhold til vedtatt handlingsplan.

Når det gjelder tjenestebehov for perioden 2002 til 2007, fram til veksten i tallet på personer 80 år og eldre flater ut, er det indikasjoner på en bedring i eldres helsetilstand, nedgang i aldersgruppen 67-79 år, og en stabilitet i den uformelle, husholdsbaserte omsorgen. Dette gir grunn til en viss optimisme mht. utviklingen i tjenestebehovet framover. Likevel er det fortsatt for stor usikkerhet knyttet til denne utviklingen til at man kan si noe om hvor en evt. dekningsgrad for heldøgns pleie- og omsorgstjenester bør ligge i årene framover.

Regjeringen legger også til grunn på bakgrunn av de kommunale planene, at det fortsatt vil være et udekket behov for tilrettelagte boliger og utskifting av gammel bygningsmasse. På bakgrunn av erfaringene så langt, jf. omtale kap.3, er det grunn til å anta at dette tallet er en del lavere enn det de kommunale planene gir uttrykk for.

Med forbehold om den usikkerhet knyttet til utviklingen i eldres helsetilstand, endringer i ansvarsforholdet mellom forvaltningsnivåene, behovet til yngre brukergrupper, m.v. mener Regjeringen at det illustrasjonsmessig

anslås et behov for 5 500 nye sykehjemsplasser og 5 000 nye årsverk i perioden fram mot 2007. Regjeringen vil vise til det arbeid som nå er satt i gang med å vurdere utviklingen i eldres helsetilstand, og vil komme tilbake til en vurdering av det framtidige tjenestebehovet i forbindelse med de årlige budsjettframlegg.

5 Virkemidlene

5.1 De økonomiske virkemidlene

De siste årene har det vært en betydelig vekst i kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester.

Tabell 5.1: Kommunenes driftsutgifter til pleie- og omsorg for perioden 1993-1998. Mill kr i 1998 kroner. (justert med prisindeks for kommunalt konsum).

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Tall i 1998 kroner	29 582	30 085	31 006	32 119	33 124	34 723
Vekst i pst fra året før		1,7	3,1	3,6	3,1	4,8

Hvert eneste år i perioden 1993-1998 har det vært en reell vekst i kommunenes utgifter til pleie og omsorg. Samlet vekst i hele perioden er vel 17 pst. Den største årlige veksten finner sted fra 1997 til 1998 med nærmere 5 prosentpoeng, noe som skyldes at 1998 er det første året i handlingsplanen.

Det alt vesentlige finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Dette betyr at det er et betydelig samspill mellom utviklingen i de frie inntektene, nivået på og utformingen av de øremerkede tilskuddene og nivået på tjenestene.

Pleie- og omsorgstjenesten er sårbar for svingninger i kommuneøkonomien generelt (Hagen 96). For å få en mest mulig målrettet satsing vedtok Stortinget øremerkede tilskudd som virkemiddel for å nå måltallene i handlingsplanen.

Fordi en så stor andel av tjenesten finansieres av de frie inntektene må en for å kunne vurdere effekten av virkemidlene i forhold til gjennomføringen av handlingsplanen for eldreomsorgen, også vurdere utviklingen i kommunesektoren mer generelt.

5.1.1 Hovedtrekk ved utviklingen i kommuneøkonomien i planperioden

Kommunenes inntekter består i hovedsak av rammetilskudd, skatt på inntekt og formue, gebyr- og renteinntekter samt øremerkede tilskuddsordninger. Rammetilskudd og skatt betegnes ofte som frie inntekter ettersom de kan disponeres fritt innenfor gjeldende lov- og regelverk.

Inntekter

I 1997 hadde kommunesektoren (både kommuner og fylkeskommuner) en særlig sterk realvekst (4,4 pst), mens realveksten i de samlede inntektene de to påfølgende årene var svak, hhv. 0,3 pst i 1998 og 1,7 pst i 1999. Den lave realinntektsveksten i 1998 skyldes i stor grad kostnadsvekst i kommunesektoren som følge av lønnsoppgjøret dette året, og betydelig økte kommunale pensjonspremier.

Aktivitetsnivå

Kommunene har hatt høy aktivitet til nå i planperioden. Aktivitetsvekst i kommunesektoren måles som et veid gjennomsnitt av vekst i sysselsetting, produktinnsats og bruttoinvesteringer. I årene 1997-1999 var gjennomsnittlig årlig aktivitetsvekst i kommunesektoren høyere enn gjennomsnittet for den siste tiårsperioden. Det høye aktivitetsnivået i perioden 1997-99 skyldes for en stor del utgifter i forbindelse med investeringer. Investeringene knyttet til grunnskolereformen var i stor grad gjennomført i løpet av 1997. I 1998 og 1999 var investeringene særlig knyttet til helsesektoren og gjennomføringen av handlingsplanen for eldreomsorgen.

Overskudd før lånetransaksjoner

At aktivitetsveksten i kommunesektoren (både kommuner og fylkeskommuner) de siste årene har vært betydelig høyere enn inntektsveksten, er bakgrunnen for den sterke økningen i underskudd før lånetransaksjoner. Overskuddsbegrepet viser forskjellen mellom kommunesektorens samlede inntekter og samlede utgifter medregnet investeringer (ekskl. utgifter til gjeldsavdrag). Underskuddet har økt fra 1 milliard kroner i 1996, 1,8 milliarder kroner i 1997, 6,2 milliarder kroner i 1998 til 11 milliarder kroner i 1999. Det høye nivået på underskuddet i 1999 må sees i sammenheng med den sterke veksten i investeringsnivået i kommunesektoren de siste årene, samt lønnsoppgjøret i 1998, som også får betydning i 1999. En betydelig reell økning i investeringene er en viktig årsak til økningen i underskuddet, samtidig som også økt sysselsetting og utgifter til vareinnsats har hatt betydning.

Nivået på underskuddet (som skyldes investeringene) må også sees i sammenheng med finansieringssystemet for grunnskolereformen og handlingsplanen for eldreomsorgen. Finansieringsmåten knyttet til reformene medfører at kommunesektorens investeringsutgifter direkte fører til økt underskudd i investeringsperioden. Store deler av de statlige overføringene som skal gå til å dekke disse utgiftene, tilføres kommunene først når prosjektet er ferdigstilt, og en vesentlig del av finansieringen av investeringene i handlingsplanen tilføres kommunene i form av et tilskudd knyttet til kompensasjon for utgifter til renter og avdrag på lån over en periode på 30 år etter at prosjektet er ferdigstilt. Utgiftene fram til ferdigstilling, og dermed utløsning av de statlige midlene, må dekkes av kommunene. Budsjettunderskuddet, som skyldes investeringer i handlingsplanen for eldreomsorgen, vil bli redusert i årene etter investeringsperioden som følge av de statlige tilskuddsutbetalingene.

Netto driftsresultat

Netto driftsresultat viser hvor mye av driftsinntektene som er igjen etter at driftsutgifter, renter og avdrag er betalt. Netto driftsresultat uttrykker hva kommunene sitter igjen med til avsetninger og framtidige investeringer, og er således en indikator på den økonomiske handlefriheten til kommunene. Etter en økning i netto driftsresultat som andel av driftsinntektene i 1996 og 1997, ble resultatet betydelig svekket i 1998 og 1999. I kommunene (unntatt fylkeskommunene og Oslo) gikk netto driftsresultat ned fra 4,9 pst i 1997 til hhv. 1,9 pst i 1998 og 1,6 pst i 1999.

5.1.2 Driftstilskudd

For å sette kommunene i stand til å møte tjenestebehovet ble det innført egne øremerkede tilskuddsordninger til drift i kommunene; et omsorgstjenestetilskudd og et skjønnstilskudd. Summen av disse tilskuddene utgjorde 3,7 pst av kommunenes totale utgifter til drift av pleie- og omsorgstjenester i 1998. Prosentandelen økte til 5,8 pst i 1999 som følge av opptrappingen av tilskuddet. Det generelle omsorgstilskuddet skal sette alle kommunene i stand til å møte behovet for tjenester til det økende antall eldre i befolkningen, mens skjønnstilskuddet i utgangspunktet skulle gå til å utjevne uønskede forskjeller på nivået for pleie- og omsorgstjenester i kommunene. De øremerkede tilskuddene er postert over kap. 670 post 61 i statsbudsjettet. En mindre del av posten inngår også i handlingsplanen for helse- og sosialpersonell.

Handlingsplanen for eldreomsorgen innebærer en årlig økning i kommunenes driftsrammer med 1000 mill kr i handlingsplanperioden, som fordeler seg med tilskudd over statsbudsjettet med om lag 800 mill kr pr år, mens det er beregnet om lag 200 mill kr økning pr år i form av brukerbetaling, husleie, mv.

Fordi det tar tid fra det gis tilsagn om tilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser og til de er ferdigstilt, har de kommunale inntektene knyttet til husleie i omsorgsboliger og manglende vederlag for opphold i institusjon blitt lavere enn det beregningene i St.meld. nr. 50 (1996-1997) opprinnelig forutsatte. Dette inntektstapet vil imidlertid tilfalle kommunene senere i perioden. Denne faseforskyvningen vil også medføre reduserte utgifter knyttet til etablering og drift av omsorgsboligene og sykehjemsplassene i byggeperioden.

Under følger en kort omtale av de øremerkede driftstilskuddene i handlingsplanen:

Omsorgstjenestetilskuddet: Formålet med bevilgningen er å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesielt tilbudet til befolkningen over 67 år. Midlene skal brukes til ny aktivitet, på en slik måte at målene i de kommunale planene for styrking av sektoren nås. Tildelingen skjer etter en gitt nøkkel basert på følgende data: andel personer 67-79 år, andel personer 80-89 år, andel personer over 90 år, andel ikkegifte over 67 år og dødelighet. Dette er de samme kriteriene som inngår i inntektssystemet, men med større vekt på eldre innbyggere. For 2000 er tilskuddet på nærmere 2,7 milliarder kroner. Tilskuddet skal gå til ny aktivitet. For å få utløst tilskuddet må kommunene dokumentere at aktivitetskravene er oppfylt.

Skjønnstilskudd: Formålet med tilskuddsordningen har i utgangspunktet vært å oppnå en mest mulig likeverdig pleie- og omsorgstjeneste til eldre uavhengig av bostedskommune ved å styrke tjenestene til kommuner med det dårligste tilbudet. Forutsetningene er imidlertid blitt endret underveis. Det første året (1998) ble særlig hensynet til de som hadde et dårlig tilbud og hensynet til de kommuner som hadde vært tidlig ute med byggingen vektlagt. I 1999 mottok 243 kommuner skjønnstilskudd og 110 av disse mottar kompensasjon pga. større investeringer før handlingsplanen ble vedtatt. Om lag 75 mill. kroner er fordelt til dette formålet. Videre er om lag 100 mill. kroner fordelt til kommuner med svakt utbygd pleie- og omsorgstjeneste, og 35 mill. kroner til kompetansehevende tiltak. I statsbudsjettet for 2000 ble det foreslått en reduksjon av tilskuddet som skulle fange opp de kommunene som hadde startet tidlig med investeringene og med sikte på helt bortfall fra 2001, jf. St.prp.

nr. 1 (1999-2000). Stortinget mente det var viktig å tildele skjønnstilskudd for år 2000 etter de samme kriterier som for foregående år (Jf Innst.S.nr.11 (1999-2000)). Som følge av utvidelsen av kriteriene for ordningen har utjevningseffekten for dette tilskuddet blitt redusert. Til gjengjeld ivaretar tilskuddet nå i større grad hensynet til kommuner som langt på vei hadde bygget ut tjenestene før handlingsplanen ble satt i verk.

Fylkesmannen er tillagt ansvaret for forvaltningen av skjønnstilskuddet til kommunene, og skal i samarbeid med fylkeslegen stå for fordeling av midlene.

Krav for å få utbetalt tilskudd

Fylkesmannen har i samarbeid med fylkeslegen som oppgave å foreta en fortløpende vurdering av grunnlaget for tilskuddsutbetaling med utgangspunkt i kommunenes rapporter og planer, samt tilgjengelig statistikk, regnskaps- og budsjettdata. Dersom kommunen ikke oppfyller vilkårene for utbetaling, eller at innsendt materiale er mangelfullt, utbetales ikke midlene. Dersom kommunene i løpet av året foretar endringer i sine planer eller budsjetter, plikter de å informere fylkesmannen.

Tilskuddene til drift har i planperioden vært forutsatt brukt til reell styrking av pleie- og omsorgstjenesten. Både i 1998, 1999 og i 2000 har fylkesmannen for enkelte kommuner holdt midler tilbake fordi kravene ikke var oppfylt.

Med bakgrunn i en antatt svært stram kommuneøkonomi i 1999 foreslo Regjeringen i statsbudsjettet for 1999 (St.prp.nr.1 (1998-99)) at det unntaksvis kunne bli aktuelt å fravike kravene grunnet den enkelte kommunes økonomiske situasjon. Under behandlingen av statsbudsjettet for 1999, vedtok imidlertid Stortinget følgende:

«Stortinget ber Regjeringen innskjerpe overfor kommunene at de ørmerkede bevilgninger til eldresatsinga blir brukt til økt innsats for de eldre og ikke til andre kommunale formål.» (jf Budsjett-innst.S. nr.11 (1998-99)).

På den bakgrunn ble kravene skjerpet slik at kommunene kun oppnådde fullt tilskudd dersom midlene som ble utbetalt foregående år medførte reell aktivitetsvekst i pleie- og omsorgstjenesten og at økningen i tilskuddet for inneværende år ble brukt til å skape ytterligere vekst. Kommuner som ikke oppfylte aktivitetskravene mottok et avkortet omsorgstjenestetilskudd på samme nivå som for 1997 (før handlingsplanen trådte i kraft).

Ved første terminutbetaling i 1999 var det 3 av 10 kommuner som ikke oppfylte aktivitetskravene. Tett oppfølging fra fylkesmann/-lege har imidlertid medført at alle kommuner (ved årsskiftet 1999-2000), med unntak av en kommune, har fått utbetalt tilskudd fullt ut.

Kommunalkomiteen ytret i forbindelse med behandlingen av kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 (jf Innst. S. nr. 220 (1998-99)) et behov for fleksibilitet ved tildelingen av omsorgstjenestetilskuddet. Departementet har derfor åpnet for et visst skjønn ved fylkesmannens tildeling av tilskuddet for 2000. Med en samlet ramme på inntil 50 mill kr av omsorgstjenestetilskuddet kan fylkesmannen la enkelte kommuner få anledning til å godskrive gjennomførte effektiviseringstiltak som aktivitetsvekst. Kommunen må på en tilfredsstillende måte dokumentere at tiltakene har gitt en målbar økning av pleie- og

omsorgstjenester selv om det ikke har skjedd en tilsvarende økning i tallet på årsverk. I tillegg vil det for enkelte kommuner med stram økonomi, men som har en tilfredsstillende pleie- og omsorgstjeneste i forhold til utviklingen av antall eldre, aksepteres en noe mindre aktivitetsvekst enn det de øremerkede tilskuddene normalt burde tilsi. Fylkesmannen skal i egen rapport til Sosial- og helsedepartementet redegjøre særskilt for hvilke kommuner som er tildelt omsorgstjenestetilskudd på dette grunnlaget. Rammen inngår som en del av omsorgstjenestetilskuddet, og er fordelt mellom fylkene etter samme nøkkel som omsorgstjenestetilskuddet for øvrig.

Resultatvurdering og rapportering

Underveis i handlingsplanperioden måles effekten av tilskuddet gjennom den generelle statistikken for pleie og omsorgssektoren, kommuneregnskapstall og gjennom egne rapporter for virksomheten som kommunene sender fylkesmannen. I tillegg er det iverksatt et eget evalueringsprosjekt i regi av Norges Forskningsråd som skal vurdere effekten av tilskuddene til den kommunale tjenesteproduksjonen. Evalueringen skal være gjennomført i løpet av 2002. Som et ledd i oppfølgingen av handlingsplanen har det derfor vært lagt opp til flere typer kontroll, oppfølging, rådgivning og annen type veiledning i forhold til kommunene, for å sikre at midlene fra staten går til formålet. En av disse planlagte aktivitetene har vært å gå gjennom et mindre antall kommuner i detalj for å forsøke å klargjøre «hvilken effekt de statlige midlene har i forhold til kommunenes egenfinansiering og endringer i tjenestetilbudet». Departementet legger vekt på at det oppfølgings- og kontrollopplegget som departementet, fylkesmennene og fylkeslegene allerede gjennomfører, i seg selv representerer en meget grundig gjennomgang av kommunene. I tillegg kommer det forskningsmessige evalueringsarbeidet, bl.a. NIBR's analyse av effekten av de øremerkede tilskuddsordningene. Etter en samlet vurdering, der nytten av ytterligere kontrollarbeid ses i forhold til det omfattende merarbeid en slik detaljgjennomgang ville medføre både for de kommuner dette gjelder og for staten, mener Sosial- og helsedepartementet at en slik detaljgjennomgang av enkeltkommuner vil være overflødig.

5.1.3 Investeringsordninger

For å sette kommunene i stand til å gjennomføre de nødvendige investeringer i handlingsplanen, er det tatt i bruk en finansieringsordning bestående av et engangstilskudd (oppstartingstilskudd) og et tilskudd til å dekke utgifter til renter og avdrag for lån (kompensasjonstilskudd). Til sammen får kommunene dekket utgifter opp til kr 830 000 for nye sykehjemsplasser og kr 740 000 pr omsorgsbolig. Ordningen fikk tilbakevirkende kraft, slik at prosjekter som fikk tilsagn i 1997 også kom inn under ordningen fullt ut. Tilskuddene bevilges over kap. 586, post 61 og 63 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. I 2000 er bevilgningsrammene til sammen vel 1,9 milliarder kroner.

Oppstartingstilskuddet til omsorgsboliger økte fra kr 100 000 til kr 175 000 pr ny omsorgsbolig og tilskuddet til nye sykehjemsplasser fra kr 150 000 til kr 375 000 pr plass, jf Innst S nr 294 (1996-97). Kommuner som fikk tilsagn om tilskudd etter 1. januar 1997, eller som ferdigstilte byggeprosjekt fra samme dato, fikk også utbetalt tilskudd etter disse nye satsene. Til sammen utgjorde denne kompensasjonen 340 mill kr. I tillegg har det vært utbetalt om lag 180

mill kr av skjønnstilskuddet til dette formålet i løpet av handlingsplanens 3 første år. Samlet tilskudd utgjør dermed over 500 mill kr.

Kompensasjonstilskuddet dekker kommunenes utgifter til renter og avdrag på lån. Tilskuddet dekker differansen mellom oppstartingstilskuddet og kostnadene opp til hhv 830 000 kroner for en sykehjemsplass og 740 000 kroner for en omsorgsbolig. Prosjekter med lavere kostnader får disse lagt til grunn. Maksimalt beregningsgrunnlag blir dermed kr 455 000 for en sykehjemsplass og kr 565 000 for en omsorgsbolig. Kompensasjonstilskuddets størrelse svarer til utgifter knyttet til et serielån i Husbanken med 30 års løpetid, ingen avdragsfri periode og flytende rente. Prosjekter med annen finansiering vil få tilskuddet beregnet på tilsvarende måte.

Opplegget med kompensasjonstilskuddet avviker fra forslaget i St.meld. nr. 50 (1996-1997) der differansen mellom gjennomsnittlige kostnader for omsorgsboliger og sykehjemsplasser og oppstartingstilskuddet ble foreslått tilført kommunene gjennom en generell styrking av de frie inntektene (skatt og rammetilskudd). Forslaget i meldingen fikk tilslutning av sosialkomiteen, mens kommunalkomiteen ved behandlingen av kommuneøkonomiproposisjonen forutsatte at beløpet til dekning av renter og avdrag skulle forbeholdes kommuner som utløser oppstartingstilskuddene. Etter en samlet vurdering valgte man et opplegg hvor den enkelte kommune får dekket kostnadene for renter og avdrag opp til gjennomsnittskostnadene for hhv sykehjem og omsorgsbolig (fratrasket oppstartingstilskuddet), jf St.prp. nr. 1 (1997-98). I tillegg ble ordningen innrettet slik at det fortsatt er mulig å få tilskudd til utbedringsprosjekter. Begrunnelsen for å velge denne ordningen var at man i større grad ville kunne gi kommunene som setter i gang utbygging en målrettet kompensasjon, og å hjelpe kommuner med svak kommuneøkonomi som ellers ikke ville være i stand til å påta seg de låneforpliktelsene slike investeringer ville innebære. Ulempen som ble anført var at en slik innretning ville bidra til å gripe inn i kommunenes prioriteringer, og å forskjellsbehandle kommuner som allerede hadde foretatt investeringer.

Forutsetninger for å få tilskudd

For å komme inn under tilskuddsordningene må omsorgsboligen eller sykehjemmet være utformet slik at det kan ytes heldøgns pleie- og omsorgstjenester til eldre, funksjonshemmede og andre med behov for slike tjenester. Dette innebærer at kommunen må ha en pleie- og omsorgstjeneste som er tilgjengelig hele døgnet, syv dager i uka. En omsorgsbolig skal tildeles personer som på grunn av alder, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse eller sykdom har behov for en bolig med lett tilgjengelig heldøgns pleie- og omsorgstilbud. Kommunen skal utpeke beboer eller kjøper i en periode på minimum 20 år.

Det er kommunene som søker og får utbetalt tilskuddet. Kommunen kan videretildele tilskuddet til andre eiere av omsorgsboligene eller sykehjemmene. Det forutsettes da at tilskuddet inngår i finansieringen. Kommunen kan også velge å bruke tilskuddet til andre formål innen helse- og sosialsektoren.

Fylkesmennene og fylkeslegene bistår Husbanken med faglige vurderinger av kommunenes prosjekter, for å sikre at retningslinjene for ordningen blir oppfylt. Begge instanser gir også veiledning til kommunene med sikte på

å få til et balansert utbyggingsnivå, gode bygningsmessige løsninger og utjamning kommunene imellom.

Fordeling av tilskudd til kommuner før og under handlingsplanen

Som redegjort for tidligere, ble oppstartingstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger etablert i 1994, og tilskuddssatsene er justert ved flere anledninger. Fra 1994 til 1996 ble det gitt tilsagn om bygging av om lag 8.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Ca 30 pst var sykehjemsplasser. I 1997 ble det gitt tilsagn om ca 2.200 enheter. Disse fikk tilsagn om tilskudd etter samme ordning som prosjekter som kommer inn under handlingsplanens ramme. Til sammen var det 326 av landets kommuner som benyttet tilskuddsordningen i perioden 1994 til 1997, herav vel 120 kommuner som mottok tilskudd til sykehjemsplasser. Tilsagn gitt i løpet av handlingsplanens to første år fordeler seg på 323 kommuner (herav 142 kommuner med sykehjem). Siden tilskuddsordningen ble etablert i 1994 er det vel 400 kommuner som har mottatt tilskudd og vel 220 av disse har mottatt tilskudd til sykehjemsprosjekter. Aktiviteten har økt betydelig som følge av at nivået på oppstartingstilskuddet økte og kompensasjonstilskuddet ble innført.

Det har blitt hevdet at tilskuddsordningenes innretning har bidratt til å favorisere omsorgsboliger på bekostning av sykehjem, bl.a. ved at kommunene har mulighet til å ta husleie i boligene, og at en betydelig del av boutgiftene til beboere med lave inntekter dekkes gjennom bostøtteordningen. Så langt viser utviklingen at sykehjemsandelen er omtrent den samme i handlingsplanens to første år som den var i perioden 1994-97. Endringer i nivået på oppstartingstilskuddet og innføring av kompensasjonstilskuddet ser ikke så langt ut til å ha endret dette forholdstallet.

Erfaringene med oppstartingstilskuddet fram til handlingsplanen for eldreomsorgen ble vedtatt viser at kommuner med god økonomi (høye frie inntekter) har benyttet ordningen mer aktivt enn kommuner med svak økonomi. Dette er rimelig siden bygging av sykehjem og omsorgsboliger før handlingsplanen forutsatte at kommunen selv finansierte en betydelig del av investeringen. Tilskuddsordningene i planen er utformet slik at også kommuner med svak økonomi skal kunne bygge ut sykehjem og omsorgsboliger i samsvar med innbyggernes behov. Selv om det er store variasjoner indikerer Husbankens oversikter at kommuneøkonomien har mindre betydningen når kommune nå søker Husbanken om tilskudd enn det som var tilfelle før handlingsplanen ble vedtatt. Dersom vi ser på sykehjemsutbygging isolert er tendensen den samme. Dette innebærer at handlingsplanen bidrar til at kommuner med svak økonomi i større grad igangsetter bygging av sykehjem og omsorgsboliger.

Før kommunen kan søke Husbanken om tilskudd må prosjektet planlegges og vedtas av politiske organer i kommunen. For store kommuner med tidkrevende og komplekse planleggingsprosesser kan det være problematisk å komme tidlig i gang med prosjektene. I handlingsplanens to første år har kommuner med over 20.000 innbyggere (n=40) i gjennomsnitt benyttet tilskuddsordningen i mindre omfang enn mindre kommuner, og spesielt tydelig er dette for de 10 kommunene som har mer enn 50.000 innbyggere. Det blir en

viktig utfordring i fortsettelsen å sikre at også disse kommunene får søkt Husbanken om tilskudd til nødvendige prosjekter før handlingsplanens utløp.

En fylkesvis oppsummering av tilsagn fra Husbanken i 1998 og 1999 der en tar hensyn til variasjonen i antall eldre over 80 år, viser at fylkene så langt har benyttet tilskuddsordningene i svært ulik grad. Akershus og Finnmark fylke ligger klart høyest med om lag på 160 pst av landsgjennomsnittet, mens Rogaland og Hordaland ligger lavest med kun om lag 60 pst av landsgjennomsnittet. Dette kan bl.a skyldes at kommuner i ulike deler av landet var kommet ulikt i prosessen med planlegging av pleie- og omsorgstjenesten før planen ble vedtatt i 1997, og at en del større kommuner fortsatt er i planleggingsfasen. Det er rimelig å forvente at de fylkesvise forskjellene vil endres i løpet av planens siste del.

Oppsummering

De to første to årene med handlingsplanen for eldreomsorgen viser at de vedtatte måltallene er nådd. 326 kommuner har fått godkjent tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger i denne perioden. Tilskuddsordningene blir også benyttet av kommuner med vanskelig økonomi, og handlingsplanen muliggjør dermed en forbedring av tilbudet i kommuner med et vanskelig utgangspunkt. Slik sett er det naturlig å konkludere med at i tillegg til at planen har medført en betydelig investeringsaktivitet, så har den også en viss utjevnende effekt i forhold til kommunale forskjeller. De store kommunene ligger så langt noe etter de mindre og mellomstore kommuner når det gjelder å benytte tilskudd fra Husbanken.

Kostnader ved bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Som det går fram av kap.5.1, har kommunenes underskudd økt de siste årene. Noe av dette kan tilskrives investeringsaktivitet knyttet til handlingsplanen for eldreomsorgen. Fra flere hold har det blitt vist til at mange av sykehjems- og omsorgsboligprosjektene har blitt dyrere enn det som dekkes av satsene for oppstartings- og kompensasjonstilskuddet.

Tabell 5.2: Gjennomsnittlige anleggskostnader (1000 kr.) pr boenhet og pr kvadratmeter bruksareal Etter botype (godkjenningstall)

	Omsorgsbolig								Sykehjem	
	Omsorgsbolig i alt		Selvstendig		Bofellesskap		Bokollektiv		Plass	Bruksareal
	Pr	Pr kvm	Pr	Pr kvm	Pr	Pr kvm	Pr	Pr kvm		
År	Boenhet	bruksareal	Boenhet	Bruksareal	boenhet	Bruksareal	boenhet	Bruksareal		
1999	1 097	13,3	1 045	12,9	1 198	13,9	1 259	14,2	1 259	16,4
1998	958	11,9	936	11,7	1 028	12,1	837	11,6	1 167	16,7
1997	842	10,7	828	10,2	903	13,3	1 025	14,0	928	14,3

En analyse av kostnadsutviklingen fra 1997-1999 viser at gjennomsnittlig anleggskostnad pr. sykehjemsplass økte fra kr 828 000 i 1997 til kr 1 259 000 i 1999. Kostnadene ved en omsorgsbolig har økt i gjennomsnitt fra kr 842 000 i 1997 til kr 1 097 000 pr bolig i 1999.

Anleggskostnadene pr kvm bruksareal for sykehjem og omsorgsboliger har økt med hhv. 15 pst og 24 pst fra 1997 til 99. Kostnadene for ordinære nye boliger finansiert med husbanklån har økt med 22 pst i samme perioden. Økning i anleggskostnadene for omsorgsboliger og sykehjem skyldes, som for øvrig boligmasse, delvis en generell prisstigning.

For begge botypene er fellesareal, serviceareal, gangareal m.m. kostnadsdrivende og i prosjekter med de høyeste kostnadene, som særlig gjelder for sykehjem, er det bygget tunge kostnadsbærende elementer som svømmebasseng, storkjøkken, trimrom, tilfluktsrom etc. Av et gjennomsnittlig bruksareal på 77 kvm pr boenhet (inkl areal til fellesrom, servicesenter) utgjør sykehjemsrommet 24 kvm. Når gjennomsnittlig anleggskostnad for en sykehjemsplass var kr 1 259 000 pr plass i 1999, blir kostnadene for selve sykehjemsrommet på om lag kr 390 000 pr plass.

Men en sammenligning av gjennomsnittlig byggekostnad pr kvadratmeter bruksareal (eksklusive tomtekostnader) i perioden 1997 - 1999 viser at selvstendige omsorgsboliger koster i snitt i ca kr 3 000-3 500 mer pr kvadratmeter bruksareal enn en vanlig bolig godkjent for husbankfinansiering. Dette betyr at kvadratmeterprisen (i 1999) er om lag 45 pst høyere i omsorgsboligen enn i en ordinær husbankbolig.

Det er betydelige variasjoner i anleggskostnadene både for omsorgsboliger og sykehjem. Tall fra Husbanken viser at byggekostnadene i 1999 for om lag 5 pst av omsorgsboligene og sykehjemmene beløp seg til over 1,5 mill kr pr plass/boenhet. Et generelt trekk ved de kostbare prosjektene er at de er bygd med fellesarealer (serveringsrom, fellesrom etc). Enkelte prosjekter kostet over 2 mill kr pr plass/boenhet. Ser en på variasjonene i forhold til kvadratmeterprisen, så viser dette at 80 pst av samtlige prosjekter (310 av i alt 386 prosjekter) har en kvadratmeterpris på mellom kr 5 000-15 000. Av denne gruppen har igjen 70 pst byggekostnader mellom kr 10 000 og 15 000 pr kvm bruksareal.

18 pst av prosjektene har byggekostnader som er høyere enn kr 15 000 pr kvm bruksareal.

De dyre prosjektene driver gjennomsnittskostnadene opp for begge botyper; av 159 omsorgsboligprosjekter uten fellesrom i 1999, kostet om lag en fjerdedel over 1 mill kr. Av 69 sykehjemsprosjekter i 1999 kostet halvparten over 1 mill kr. For begge botypene er fellesareal, serviceareal, gangareal m.m. kostnadsdrivende.

Det er betydelige regionale forskjeller i byggekostnadene (tomtekostnadene holdes utenfor) for omsorgsboliger og sykehjem. For omsorgsboliger varierte de gjennomsnittlige byggekostnadene i 1999 fra kr 741 000 (Oslo) til vel 1,2 mill kr (Finnmark). I den øvre enden av skalaen er også Akershus (kr 1 149 000) og Hordaland (kr 1 176 000), mens fylker med lave gjennomsnittskostnader (i tillegg til Oslo) er Møre og Romsdal (kr 832 000) og Nord-Trøndelag (kr 833 000). Byggekostnadene for sykehjem i 1999 har større variasjonsbredde enn for omsorgsboliger. Lavest kostnader har Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag med hhv. kr 654 000 og kr 679 000 pr sykehjemsplass, mens Oppland og Sogn og Fjordane har de høyeste kostnadene med hhv. kr 1 182 000 og kr 1 496 000 pr plass.

Kostnadsvariasjonene kan ha følgende forklaringer:

- Komplexitet i byggeprosjektene. Store prosjekter som er samlokalisert med, eller tilbygg til eksisterende sykehjem og omsorgsbaser, blir gjerne dyrere enn prosjekter med et lite antall boenheter uten felles- og servicefunksjoner. I store bygg stilles det også særlige krav til brannteknisk anlegg, ventilasjon osv. I tillegg har noen av disse fordyrende tilleggskvaliteter som vannbåren varme og varmegjenvinning.
- Kvalitetsforhold. Kostnadene påvirkes gjennom valg av materiale. Kvalitetsmaterialer som tegl og fliser kan være fordyrende. Husbanken godkjenner høyere kostnader i tilfeller der det er grunn til å tro at kostnader forbundet med forvaltning, drift og vedlikehold over tid vil bli lavere enn om billigere og mindre varige materialer er valgt.
- Omfang av felles- og serviceareal. I prosjekter med høye kostnader er det i en del tilfeller tunge investeringer som svømmebasseng, storkjøkken, trimrom og parkeringskjeller. Disse utgiftene fordeles på de enkelte boenheterne/plassene.
- Tomtekostnader. Hvorvidt tomtekostnader blir belastet prosjektene legger føringer på kostnadene. Her er praksisen i kommunene ulik.

I tillegg kan høye prosjekteringskostnader være et kostnadsdrivende element. I store kommuner kan saker hope seg opp, særlig der det kreves omreguleringer. Forlengelse av prosjekteringsperioden tilsier ekstra kostnader for byggherren. Høye kostnader kan også ha sammenheng med manglende plankompetanse og erfaring i kommunene med denne type prosjekter.

Videre kan tilskuddene i seg selv virke kostnadsdrivende. Ved at staten bidrar med en så stor finansieringsandel som i dette tilfellet, mister kommunene økonomiske incentiver til å fremstille enhetene til en pris under dette nivået. De samlede konsekvenser av dette blir gjerne at gjennomsnittskostnadene trekkes opp. I tillegg kan den etterspørselsøkningen handlingsplanen genererer, sammen med andre store investeringsprosjekter, muligens forklare noe av prisstigningen for anleggskostnadene innenfor bygningsbransjen.

Spørsmålet som reises er om det er noen grunn til å justere nivået for tilskuddssatsene i forhold til prisutviklingen på dette området.

Regjeringen vil vise til at kostnadsutviklingen har flere forskjellige forklaringsfaktorer, ikke bare den generelle prisutviklingen.

Regjeringen vil også vise til at det hele tiden har vært forutsatt at kommunene skal kunne få dekket utgiftene opp til utgiftstaket, og at de hele tiden har vært kjent med denne forutsetningen, som vil måtte ligge til grunn for kommunenes planlegging. Ved leveranse av omsorgsboliger og sykehjem til gjennomsnittlig enhetskostnad (vare- og arbeidsinnsats) dekkes hhv kr 70 000 og kr 80 000 pr enhet (såkalt momskompensasjon). Dette kommer i tillegg til det som dekkes gjennom investeringstilskuddene.

Stortinget har verken i behandlingen av handlingsplanen eller i etterfølgende dokumenter forutsatt at tilskuddene skulle dekke kostnadene fullt ut. På bakgrunn av et stramt kommuneopplegg de siste årene og fordi en har ønsket å gi størst mulig rom i de frie inntekter, har også Stortinget sluttet seg til at ingen øremerkede tilskudd har blitt prisomregnet.

På bakgrunn av ovennevnte vil ikke Regjeringen foreslå en økning av vedtatte satser for investeringstilskuddene.

I stedet bør man vurdere tiltak for å begrense kostnadene. Regjeringen mener det er viktig å stimulere til utbygging av et tilbud med god, men nøktern standard. I St.meld. nr. 50 (1996-1997) ble det foreslått at Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet i samarbeid med Husbanken skulle iverksette arbeid for å komme fram til rimelige standardløsninger med god kvalitet. Dette har bl a ført til at man i saksbehandlingen benytter Husbanken veiledende kostnadsnormer, herunder et program for utarbeidelse av enklere kostnads kalkyler. På bakgrunn av dette gis det tilbakemeldinger til kommunene vedrørende hvilke elementer i prosjektene som virker fordyrende.

Arealoptimalisering og nøye vurdering av arealbehov, spesielt til servicegang-, og fellesareal, er svært viktige elementer for å finne rimelige løsninger. Bedre utnyttelse av stordriftsfordeler vil også kunne bidra til reduserte kostnader, bl a gjennom lavere prosjekteringskostnader. Husbanken vil styrke arbeidet med kostnadsveiledning overfor kommunene. Som en del av dette arbeidet er det igangsatt et prosjekt der det skal foretas en komparativ analyse av kostnadselementer ved oppføring av en omsorgsbolig og en tilsvarende ordinær bolig. Det er videre igangsatt arbeid med en handlingsplan for kompetanseoppbygging i Husbanken vedrørende kostnader for bygg tilknyttet Husbankens virksomhet.

Selv om antallet er lite, har Husbanken i økende grad begynt å avslå søknader eller sende dem tilbake til kommunen for ny behandling. I de tilfellene søknadene blir sendt tilbake til kommunene for ny behandling bes det om forklaring på tilsynelatende høye kostnader, og kommunene oppfordres til å se på alternative og billigere valg av løsninger og om det er areal i prosjektene som kan reduseres.

Husbanken prøver å komme i dialog med kommunen på tidligst mulig tidspunkt i planprosessen, slik at det kan gis tilbakemeldinger til kommunene om hvilke elementer i prosjektene som virker fordyrende. Forhåndsvurdering vil kunne hindre unødige kostnader ved omgjøring sent i planprosessen, og kommunen vil kunne dra nytte av Husbankens fagkompetanse på området.

Husleiefastsetting

Med økende vekt på boliggjøring av omsorgstjenestene og med stor satsing på bl a omsorgsboliger blir spørsmål knyttet til husleiefastsettelse, boligforvaltning, vedlikehold er stadig viktigere for kommunene. I utgangspunktet er tilskuddene ment å være en stimulans til kommunenes utbygging av pleie- og omsorgstjenesten, og ikke en subsidie rettet mot den enkelte beboer. Dette ble også gjort klart i St.meld. nr. 50 (1996-1997). I stedet for å finansiere den enkelte beboers boligkonsum, kan tilskuddene for eksempel gå til å styrke driftsdelen av pleie- og omsorgstjenestene.

I Rundskriv I-29/97, H-24/97 B Omsorgsbolig - en veileder og St.meld. nr. 49 (1997-1998) Om boligetablering for unge og vanskeligstilte er kommunene anbefalt å benytte prinsippet om kostnadsdekkende husleie. Formålet med kostnadsdekkende husleieberegning er å synliggjøre kommunenes kostnader knyttet til kommunale boliger. Når kommunene har fått bedre oversikt over de reelle kostnadene knyttet til boligene kan de målrette de statlige og kommunale virkemidler i form av lån og tilskudd (herunder bostøtte). Dette

kan igjen bidra til et bedre boligtilbud i kommunen, forutsigbarhet i husleiene, samt større grad av geografisk likhet i husleien.

Det er kommunene som fastsetter husleien i kommunale utleieboliger. Prinsippene om kostnadsdekkende husleieberegning er først og fremst en metode for å synliggjøre de faktiske utgifter knyttet til boligen. Selve husleiefastsettelsen må ses i sammenheng med den statlige bostøtteordningen, evt egne kommunale bostøtteordninger, og kommunene må sikre at særlig svake grupper ikke får urimelige høye utgifter knyttet til utleieboliger/omsorgsboliger. Husleien må være i samsvar med husleielovens bindende forutsetninger, dvs at en husleie kan ikke være så høy at den fremstår som urimelig, jf husleielova § 4-1. Husleien kan heller ikke være i strid med gjengs leie etter husleielovens § 4-3 eller høyeste lovlige leie i husleiereguleringsloven kapittel II og III.

Når det gjelder selve nivået på husleier i omsorgsboliger, vil Regjeringen vise til Stortingsmeldingen om Husbankens virksomhet som vil bli lagt fram høsten 2000. Da vil man ha bedre datagrunnlag, bl.a. som følge av tilgang på førsteterminsstatistikken fra Husbankens bostøtteregister for 2000.

Nærmere om bostøtte og omsorgsboliger

Regjeringen vil framholde bostøtten som et viktig virkemiddel for å redusere boutgifter for husstander med lave inntekter/pensjoner, og for at pleie- og omsorgstrengende med lave inntekter skal kunne flytte inn i en tilrettelagt omsorgsbolig. Som en del av handlingsplanen for eldreomsorgen ble det foreslått endringer i bostøtteregelverket, bl.a. ved å heve taket for hvor høye boutgifter som innberegnes i beregningsgrunnlaget for bostøtte. I budsjettet for 1998 ble dette fulgt opp ved at boutgiftstaket ble hevet fra kr 45 000 til kr 50 000 for pensjonistgruppene.

Fra bostøtteregisteret for 3. termin 1999 er det registrert 1 328 husstander som mottar bostøtte og bor i en omsorgsbolig. Omfanget er større, men lar seg av tekniske grunner ikke registrere. Utvalget representerer allikevel et godt nok datagrunnlag for å få fram representative resultater for husleien i omsorgsboligene, størrelsen på boligen og kommunen. Gjennomsnittlig inntekt vil være lavere og bostøtten høyere dersom målgruppen med minstepensjon under 30 prosent var fullstendig identifisert i statistikken.

Husbankens tall viser at husleien øker med økende kommunestørrelse. I kommuner med under 5000 innbyggere var husleien i gjennomsnitt kr 3 700, i kommuner med over 100 000 innbyggere var husleien for denne type boliger vel kr 5000. Dette henger delvis sammen med at anleggskostnadene, særlig i form av høyere tomtekostnader, er høyere i større kommuner. I de største kommunene er gjennomsnittlig husleie nærmere kr 12 000 mer pr år enn i de nest største kommunene. Gjennomsnittsinntekten er imidlertid også langt høyere for beboerne i de største kommunene framfor de øvrige kommunene. For de øvrige kommunegruppene er det ingen særlige inntektsforskjeller for beboerne i omsorgsboligene.

Gjennomsnittlig utbetalt bostøttebeløp er om lag det samme i alle kommuner (uavhengig av størrelse).

5.2 Analyse av tilskuddsordningenes innretning i forhold til måltall og oppnådde resultater

Under gis en analyse av de økonomiske virkemidlene i forhold til resultatene, herunder spørsmålet om utjevningseffekter mellom kommuner og forholdet til andre sektorer.

5.2.1 Investeringsstilskuddenes effekt

En vurdering av tilskuddene må ses i lys av variasjoner i kommunenes utbyggingsplaner og oppnådde resultater så langt. En av målsettingene i den vedtatte handlingsplanen for eldreomsorgen er å utjevne kommunale forskjeller gjennom en styrking av tjenestetilbudet til de dårligst stilte kommunene.

Alle planlagte investeringsprosjekter vil ikke bli realisert, jf. drøfting i kap. 3 og 4. Som grunnlag for å analysere kommunale forskjeller vil disse plantallene likevel kunne anvendes. En analyse av utbyggingsplanene for den enkelte kommune i forhold til data om kommunens økonomi, befolkningsutvikling og status for pleie- og omsorgstjenestene før handlingsplanen viser at kommunene i gjennomsnitt planlegger å bygge 23,5 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger pr 100 innbygger over 80 år. Dette gjenspeiler kommunenes ønske om å øke dekningsgraden av sykehjemsplasser og omsorgsboliger, og delvis til å bygge ut flere enerom og skifte ut gammel bygningsmasse. 17 pst av kommunene planlegger mindre enn 10 enheter, mens 27 pst planlegger mer enn 30 enheter. Dette viser at det er betydelige variasjoner i kommunenes utbyggingsplaner.

NIBRs analyse fra 1996 (Hagen 1996) viser at kommuner med lavt inntektsnivå også ofte har lavt nivå på pleie- og omsorgstjenestene. Sosial- og helsedepartementet har i sin analyse derfor sett på forholdet mellom kommunenes økonomiske situasjon i form av frie inntekter og den planlagte utbyggingen av tjenestene. Det skilles mellom høyt, middels og lavt nivå på frie inntekter pr innbygger.²⁾

Selv om det er store variasjoner mellom kommunene viser analysen at inntektsnivå ikke har vesentlig betydning for planlagt utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser i planperioden. Dette indikerer at kommuner med svak økonomi ser seg i stand til å benytte Husbankens tilskuddsordninger på lik linje med kommuner med et godt økonomisk utgangspunkt, og at handlingsplanen dermed mobiliserer også de økonomisk svakest stilte kommunene. Det må imidlertid tas forbehold om at ikke alle planlagte investeringsprosjekter blir realisert, og at situasjonen kan se noe annerledes ut når en får oversikt over de reelle søknadene til Husbanken.

Dersom vi skiller mellom planer som vil gi økt tilbud av sykehjemsplasser og omsorgsboliger og det som planlegges bygd til erstatning for gammel bygningsmasse og realisering av eneromssatsningen finner vi en klar tendens til at kommuner med svak økonomi prioriterer kapasitetsøkning, mens kommuner med god økonomi planlegger kvalitetsheving av eksisterende tilbud. Dette kan være rimelig ettersom kommuner med dårlig økonomi også har

²⁾ 80 kommuner hadde et nivå på frie inntekter tilsvarende 120% eller mer av gjennomsnittet, mens 101 kommuner hadde 80% eller lavere av gjennomsnitt. Gjennomsnitt for frie inntekter i 1998 var kr 23 054.

store udekkede behov for egnede botilbud, mens kommuner som allerede har en tilfredsstillende dekning av sykehjemsplasser og omsorgsboliger med handlingsplanens tilskuddsordninger ser seg i stand til å heve standarden på tilbudet.

Noe av bakgrunnen for handlingsplanen er veksten i gruppen av de eldste eldre og behovet for å styrke kapasiteten på pleie- og omsorgstjenestene. Veksten i antall innbyggere over 80 år er for tiårsperioden 1997 til 2007 anslått til å være om lag 17 pst for landet samlet. Det er kun 30 kommuner som anslås en vekst på 40 pst eller mer, mens 108 kommuner vil oppleve en reell nedgang i antall eldre over 80 år fra 1997 til 2007.

I gjennomsnitt planlegger de 30 kommunene med sterk vekst i antall eldre over 80 år å øke tilbudet med 23 plasser/ boliger pr 100 innbygger over 80 år, mens kommunene med en moderat vekst planlegger tilsvarende 14,2 enheter. Planene indikerer altså en sammenheng mellom den demografiske utviklingen og kommunenes plan. De 108 kommunene som anslås en reell nedgang planlegger å bygge ut tilbudet med 9 enheter. Disse kommunene kan ha et begrunnet utbyggingsbehov knyttet andre oppgaver, slik som f.eks nye oppgaver som overføres fra sykehusene eller psykiatrien, unge funksjonshemmede som skal skrives ut fra aldersinstitusjoner eller knyttet til andre brukergrupper. Dette vil være et viktig forhold å vurdere når utbyggingsplanene vurderes av Husbanken, fylkesmannen og fylkeslegen.

Tabell 5.3: Planlagt økning i tilbudet sammenholdt med befolkningsutviklingen 1997-2007

Endring 80+ 1997-07	Ant enheter økt tilbud pr 80+	Antall
Sterk vekst	22,9	30
Moderat vekst	14,2	297
Nedgang	9,2	108
I alt	13,6	435

Planer for sykehjem og omsorgsboliger

314 av landets kommuner planlegger å bygge eller foreta omfattende utbedringer av sykehjemsplasser i løpet av handlingsplanen og 246 av kommunene ønsker å øke tilbudet av sykehjemsplasser.

I følge kommunenes planer vil hele 101 kommuner ha en sykehjemsdekning over 25 pst (i forhold til innbyggerne over 80 år) i 2003, mens 21 kommuner vil få en dekning lavere enn 10 pst. De 21 kommunene fordeler seg på 11 fylker, mens fylkene Finnmark og Troms peker seg ut som sykehjemsfylker der en høy andel kommuner vil ha sykehjemsdekning over 25 pst i 2003.

Over 50 kommuner planlegger en økning i omsorgsboligdekningen på 25 pst eller mer. Rogaland, Møre- og Romsdal og Nordland peker seg ut som fylker med flest kommuner som ønsker en omsorgsboligdekning over 25 pst i 2003. Videre er Vestfold, Buskerud og Nord-Trøndelag fylker der kommunene statser omfattende på omsorgsboliger. Tilsvarende er Hedmark, Telemark og Sogn- og Fjordane fylker der om lag halvparten av kommunene vil ha en planlagt omsorgsboligdekning lavere enn 10 pst i 2003.

Tabell 5.4: Fordeling kommuner - sykehjem/omsorgsboligdekning i 2003

Dekningsgrad:	Sykehjem		Omsorgsboliger	
	Antall	Pst	Antall	Pst
Lav	21	5 %	109	25 %
Middels	313	72 %	273	63 %
Høy	101	23 %	53	12 %
I alt	435	100 %	435	100 %

Lav mindre enn 10 %, høy over 25 %.

Analyser viser en klar sammenheng mellom god økonomi og høy sykehjemsdekning før handlingsplanen. Videre viser de kommunale utbyggingsplanene at disse kommunen ønsker en ytterligere styrking av sykehjemstilbudet som ligger klart høyere enn tilsvarende planer for kommuner med middels eller dårlig økonomi. Kommuner med dårlig økonomi satser i gjennomsnitt sterkest på omsorgsboliger. Dette kan skyldes at omsorgsboligene framstår som et mer fleksibelt alternativ der driftsinnsatsen kan tilpasses beboernes behov.

Dersom vi ser sykehjemsdekning og omsorgsboligdekningen i sammenheng vil den samlede dekningen i 2003 for kommuner med det svakeste økonomiske utgangspunkt nærme seg gjennomsnittet for kommunene.

Oppsummering

Kommunene med den svakeste kommuneøkonomien og antatt svak pleie- og omsorgstjeneste planlegger et utbyggingsvolum som ligger klart over landsgjennomsnittet. Innretningen av virkemidlene bidrar dermed til å gi de dårligst stilte kommunene et løft.

Et mindre antall kommuner med kraftig vekst i antallet eldre over 80 år har planlagt en omfattende utbygging av plasser og boliger. På den annen side er det et betydelig antall kommuner med god økonomi og et tilfredsstillende tjenestenivå som rapporterer om tilsvarende store utbyggingsplaner. Samtidig er det i overkant av 100 kommuner som planlegger en sykehjemsdekning over 25 pst i 2003 og et tilsvarende antall kommuner med nedgang i aldersgruppen over 80 år som planlegger å øke kapasiteten av boliger / plasser med om lag 9 pst (pr 100 innbygger over 80 år).

5.2.2 Driftstilskuddenes effekt

En vurdering av resultatene på driftssiden viser at aktiviteten kommunene har satt i gang de to første årene i planperioden er i god overensstemmelse med måltallene. I løpet av disse to årene er det opprettet 6.059 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, hvorav anslagsvis 5.500 antas å være begrunnet med utgangspunkt i handlingsplanen for eldreomsorgen. Dette er 500 årsverk lavere enn det den vedtatte handlingsplanen forutsetter.

Veksten i lønnskostnader og det at nærmere halvparten av skjønnstilskuddet er vedtatt brukt til andre formål (kompetanseheving og kompensasjon for tidligere utbygging) forklarer at ikke måltallene nås fullt ut. På den bakgrunn

vurderes årsverksøkningen i 1998 og i 1999 likevel å stå i rimelig forhold til forventningene.

Et vesentlig spørsmål har vært om omsorgsboligbyggingen i kommunene følges opp med driftsmidler - slik at omsorgsboliger kan være et godt alternativ til tradisjonelle sykehjem. Kommunenes rapporter og planer viser at det har vært og vil bli en klar styrking av hjemmetjenestene i perioden 1998-2001. Dette indikerer at der kommunene satser på omsorgsboliger som heldøgnsstilbud, følges dette så langt opp med tjenester.

Selv om aktivitetsveksten innenfor handlingsplanens rammer har vært tilfredsstillende, er det i en periode med stramme kommuneøkonomiske rammebetingelser kombinert med strenge aktivitetskrav, en viss risiko for at dette kan gå ut over andre deler av den kommunale tjenesteproduksjonen, jf kap. 5.1.

NIBR har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet foretatt en analyse av hvilke virkninger øremerkede tilskudd til pleie- og omsorgstjenesten har for kommunene (Toresen 2000). Analysen tar utgangspunkt i regnskapstall fra 1997 (året før handlingsplanperioden startet opp) da det også var et øremerket tilskudd til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, men av betydelig mindre omfang (om lag 500 mill kroner) og 1998 (Endelige regnskapstall for 1999 forelå ikke på beregningstidspunktet). NIBR's analyser tyder på en viss lekkasje fra øremerkede tilskudd til pleie og omsorg i 1997 (med lekkasje menes at hele eller deler av det øremerkede tilskuddet medgår til andre sektorer/formål enn det de er tiltenkt). Effekten er imidlertid noe usikker og avhengig av hvordan modellen utformes. I kommuner med forholdsvis lave frie inntekter er det i følge analysene ikke lekkasjer. Effekten av øremerkede tilskudd i kommuner med forholdsvis høye frie inntekter er imidlertid svakere, ved at lekkasjen er større jo høyere de frie inntektene er. Øremerkede tilskudd i 1997 var dermed et lite effektivt virkemiddel for rike kommuner. Det er grunn til å understreke at dette i stor grad er få og små kommuner med en godt utbygd tjeneste.

For 1998 er effekten av øremerkede tilskudd til pleie og omsorg sterkere enn i 1997. Analysene viser ikke noen lekkasje i 1998. Dette betyr at også i de rike kommunene gikk de øremerkede tilskuddene i sin helhet til pleie- og omsorgstjenesten. Dette har sammenheng med de strenge aktivitetskravene som er innført i forbindelse med utbetalingen av tilskudd, og den tette oppfølgingen regional stat har i forhold til kommunene på dette feltet. Fylkesmannen og fylkeslegen har gjennom sitt arbeid sikret at tilskuddet har gått til pleie- og omsorgstjenestene. I 1999 ble aktivitetskravene i forbindelse med Stortingts behandling av statsbudsjettet ytterligere innskjerpet (Jf. Innst. S. nr. 11 (1998-99)) og det er derfor grunn til å regne med at det heller ikke i 1999 har vært lekkasje til andre sektorer.

I NIBRs rapport er det også vurdert om driftstilskuddene har en utjevneende effekt. Hensikten med det generelle omsorgstjenestetilskuddet i handlingsplanen er å dekke kommunenes behov for pleie- og omsorgstjenester som følge av økningen i antall eldre over 80 år. Hensikten med dette tilskuddet er dermed ikke primært å sikre utjevning av kommunale forskjeller, men å bidra til å møte utfordringene i sektoren framover knyttet til aldersutviklingen. Skjønntilskuddet som er innført i forbindelse med handlingsplanen hadde til

gjengjeld dette som overordnet målsetting i starten. I 1998 var skjønnstilskuddet på 105 mill kroner, og det ble trappet opp til 210 mill kroner i 1999. Dette utgjorde 0,3 pst av de samlede driftsutgiftene til denne sektoren i 1998, og 0,6 pst i 1999. Stortingets budsjettvedtak for 1998 og 1999 innebar imidlertid at nærmere halvparten av skjønnstilskuddet for handlingsplanens to første år skulle brukes til andre formål enn utjevning. Analysen viser at bl.a. som følge av endringer i formålet med ordningen er den utjevnerende effekten av dette tilskuddet liten. Dette står i motstrid til investeringsplanene der en finner at det skjer en forbedring av situasjonen for de kommunene som i utgangspunktet var dårligst stilt, og på denne bakgrunnen har en viss utjevnerende effekt (jf. omtale pkt. 5.1.3)

Øremerkede tilskudd til andre sektorer får betydning for nivået på pleie- og omsorgssektoren. For 1997 påviser NIBR i sine analyser en sterk og signifikant negativ sammenheng mellom utgiftene til pleie og omsorg og øremerkede tilskudd til ulike opplæringsformål. Utgiftene per innbygger til pleie og omsorg reduseres med cirka 55 kroner når øremerkede tilskudd til grunnskolen øker med 100 kroner. Også en økning i øremerkede tilskudd til andre undervisningsformål reduserer kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenesten. Forklaringen på disse resultatene er trolig at kommunene må betale en egenandel når de mottar en del øremerkede tilskudd til diverse opplæringsformål. NIBR's analyser tyder på at egenandelen langt på vei finansieres gjennom en reduksjon i utgiftene til pleie- og omsorgstjenester.

Analysene viser videre at øremerkede tilskudd til pleie og omsorg ikke reduserer utgiftene til andre sektorer som sentraladministrasjon og grunnskoleopplæring, noe som trolig har å gjøre med bl.a. grunnskolelovens bestemmelser å gjøre. Øremerkede tilskudd til pleie- og omsorgstjenesten tapper med andre ord ikke ressursene fra andre sektorer. Det en derimot ser (som er behandlet under kap 4.1), er at kommunenes økonomiske situasjon er blitt strammere og at kommunesektorens samlede driftsresultat er svekket i de første årene av handlingsplanperioden. Dette har bl.a. å gjøre med lønnsoppgjøret i 1998, men det kan også ha å gjøre med investeringsaktiviteten i perioden.

5.2.3 Forholdet mellom drift og investeringer

St.meld. nr. 50 (1996-1997) legger opp til en økning i tallet på årsverk i pleie- og omsorgstjenesten med 12.030. Dette er knyttet til den vedtatte kapasitetsøkningen for omsorgsboliger og sykehjemsplasser på 12 400 enheter i perioden 1998-2001. For at ikke handlingsplanen skal bli en «boligreform», men en reell styrking av pleie- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene er det viktig at det er et visst samsvar mellom investeringer og drift. Resultatene etter to år viser at kommunene har økt personellinnsatsen i et høyere tempo enn nye sykehjem og omsorgsboliger er blitt ferdigstilt, og at den største delen av styrkingen har skjedd i hjemmetjenesten. Dette er en naturlig utvikling med tanke på at behovet for tjenester i kommunene vil være til stede selv om de planlagte investeringene ikke er ferdigstilt. Ved vurdering av kommunenes utbyggingsplaner og søknad om investeringstilskudd i Husbanken er balansen mellom utbygging og personellinnsatsen et viktig hensyn. Kommunenes planer indikerer at personellstyrkingen flater ut i årene 2001-2003. Dette kan delvis skyldes at en del kommuner ikke har rapportert plantall for disse årene og at

nivået for omsorgstjenestetilskuddet kun er kjent fram til 2001. Videre kan det være et uttrykk for at kommunene vurderer at behovet for nivåheving av personellinnsatsen er dekket ved handlingsplanens slutt. I dette ligger en fare for et misforhold mellom kommunenes investeringsplaner og årsverksinnsats som for det første kan føre til at satsingen blir en boligreform som ikke følges av et tilstrekkelig tjenestetilbud, og for det andre at kommunenes driftsressurser kanaliseres inn i omsorgsboligene og sykehjemmene, og at tjenestetilbudet til mennesker som bor i sine vanlige boliger reduseres. Dette vil igjen bryte med målsettingen om at den enkelte pleie- og omsorgstrengende skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Den eksisterende balansen mellom hjemmebasert omsorg og tilbud i omsorgsboliger og sykehjem kan dermed forrykkes.

Men det er også viktig å peke på at tilretteleggingen av bygningsmassen vil kunne ha en viss betydning for muligheten for å kunne drive tjenestene effektivt og rasjonelt. Mange kommuner vil gjennom handlingsplanens tilskuddsordninger ha foretatt utbedring og utskifting av gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse, og dermed ha lagt et godt grunnlag for mer rasjonelle driftsformer og effektiv utnyttelse av personellressursene.

5.3 Handlingsplaner og kommunal planlegging

For å få en mest mulig målrettet styrking av pleie- og omsorgstjenestene ble det i St.meld. nr. 50 (1996-1997) ansett som nødvendig med et systematisk planarbeid som grunnlag for å kunne prioritere og utnytte de tilgjengelige ressursene på en best mulig måte.

Helse- og sosialsektoren har i tillegg til generelle plankrav knyttet til kommuneplan, økonomiplan og årsbudsjett, vært omfattet av Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten av 19.november 1982, nr. 82. Mange kommuner sto likevel uten oppdaterte og konkrete planer for pleie- og omsorgssektoren da handlingsplan for eldreomsorgen ble vedtatt.

Dette er bakgrunnen for kravet i St.meld. nr. 50 (1996-1997) om at kommunene skulle utarbeide egen plan for eldreomsorgen som grunnlag for tildeling av øremerkede tilskudd til styrking av pleie- og omsorgstjenesten. Planen skulle beskrive dagens tjenestetilbud, utrede behovet de nærmeste årene, formulere mål for tjenesten og inneholde en konkret tiltaksplan for utbygging av pleie- og omsorgstilbudet til eldre i kommunen. Det kommunale eldrerådet skulle ta del i planarbeidet og ha planen til høring, og planen skulle behandles i kommunestyret.

Statens behov for rapportering om bruk av øremerkede midler til pleie- og omsorgstjenestene ble samordnet med den statistikkinnhenting som Statistisk sentralbyrå står for. I tillegg var det behov for innrapportering av kommunale plandata til bruk i den videre utforming og gjennomføring av handlingsplanen.

Effekten av kommunale plankrav

Den første planen forelå på nyåret 1998. På kort tid hadde kommunene utarbeidet egne handlingsplaner som dannet grunnlaget for utbetaling av øremerket tilskudd det første året. Planene ga en første oversikt over kommunale

behov og tiltak både på drifts- og investeringssiden. Plan- og rapporteringskravene ble presisert sommeren 1998, og det ble samtidig åpnet for at handlingsplanen kunne inngå i den ordinære kommunale planlegging. Ved årsskiftet 1998/99 la kommunene fram nye plandokument, og rapporterte samtidig sine resultat- og plantall.

Det lokale arbeidet med handlingsplanen har uten tvil bidratt til å sette eldreomsorgen og pleie- og omsorgstjenesten på dagsorden både i folkevalgte organ, eldreråd, administrasjon og fagmiljø i kommunene. En god del kommuner hadde allerede utarbeidet planer for denne sektoren som en del av kommunens ordinære planarbeid, og så nå muligheter til å realisere dem med de økonomiske tilskuddsordninger som fulgte handlingsplanen. For disse kommunene var det kort vei fra plan til gjennomføring. Derfor viste resultatene i 1998 at omlag en fjerdedel av måltallene var oppfylt.

Kommuner med kompetanse i planlegging og prosjektarbeid har fortrinn med hensyn til å utnytte statlige handlingsplaner og satsinger effektivt. Kommuner som høsten 1997 sto uten sektorplaner, eller som ikke hadde tilfredsstillende kommunalt planverk med kommuneplan, økonomiplan og eventuelt helse- og sosialplan, hadde imidlertid svært kort tid til å gjennomføre den pålagte planprosessen på en god måte. For å kompensere noe for dette, ble det gitt omfattende faglig rådgivning og veiledning fra fylkesmann og fylkeslege.

Forholdet til andre grupper og planer

Det siste tiåret har det både fra Sosial- og helsedepartementet og andre departement vært satt i verk handlingsplaner innenfor mange områder av den kommunale virksomhet. Samtidig med handlingsplan for eldreomsorgen, gjennomfører Sosial- og helsedepartementet tilsvarende planer med betydning for kommunesektoren, bl.a. opptrappingsplan for psykisk helse, handlingsplan for helse- og sosialpersonell og handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje. I forbindelse med gjennomføringen av planene er det i de fleste tilfeller stilt krav om å utarbeide egne kommunale handlingsplaner som grunnlag for utløsning av statlige øremerkede tilskudd. Slik planlegging kan bidra til fragmentering av kommunens ordinære planarbeid, og føre til at kommunal planlegging mer skjer som et svar på statlige pålegg enn som et uttrykk for lokalt behov og interesse.

Sosial- og helsedepartementet har på denne bakgrunn ønsket å stimulere til mer helhetlig planlegging i tråd med intensjonene i den kommunale planlovgivningen og har tatt konsekvensen av dette gjennom et eget rundskriv til kommunene (I-30/99) der den betydningen det ordinære kommunale planarbeidet har for helse- og sosialtjenesten blir understreket, og der forholdene er lagt til rette for at de ulike statlige satsingene kan innarbeides i vanlig kommunal planlegging, ved at kommunene kan innarbeide de krav som følger av handlingsplaner i kommunens ordinære planarbeid. På denne måten kan handlingsplaner for eldreomsorg, psykisk helsearbeid, helse- og sosialpersonell og andre statlige satsinger behandles i sammenheng med kommunens øvrige planlegging i tråd med gjeldende planlovgivning. Samtidig som det vil fremme effektivitet og bidra til å unngå utvikling av særomsorg, vil en slik organisering av planarbeidet også bidra til å forankre de statlige satsingene i vanlige kommunal virksomhet.

Sosial- og helsedepartementet vurderer det slik at en på denne måten har redusert de uønskede bieffekter som alltid vil følge denne typen handlingsplanlegging, og lagt forholdene til rette for at nye tiltak som etableres forankres i, og blir en del av den ordinære kommunale virksomheten.

5.4 Administrativ oppfølging.

Arbeidet med gjennomføringen av handlingsplanen for eldreomsorgen har vært koordinert fra Sosial- og helsedepartementet i nært samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet. Fylkesmann og fylkeslege (regional stat) har sammen med Husbanken hatt en sentral rolle i arbeidet med å gå gjennom og vurdere kommunenes planer og resultater som grunnlag for tildeling av øremerkede tilskudd til drift, vurdere søknader om bygging og utbedring av omsorgsboliger og sykehjem og gi kommunene faglig rådgivning og veiledning både i forhold til planlegging, drift og prosjektering av nye bygg.

Dette har stilt store krav til tverrfaglig samarbeid mellom fylkesmann og fylkeslege, særlig på det helse- og sosialfaglige og økonomiske området, og har bidratt til et tett samarbeid med Husbanken på regionalt nivå. Samlet har de en kunnskap om kommunene og en tverrfaglig kompetanse som dekker alle de felt handlingsplanen omfatter. Det har derfor vært av avgjørende betydning for gjennomføringen av handlingsplan for eldreomsorgen at en har klart å knytte sammen og utnytte denne felleskompetansen.

I departementets arbeid er samarbeidet med Husbanken og regional stat høyt prioritert.

Departementet har høstet positive erfaringer med myndighets- og oppgaveoverføringen til regional stat i forbindelse med arbeidet med handlingsplanen. Fylkesmann og fylkeslege har raskt funnet konstruktive samarbeidsformer som har gjort arbeidet målrettet og rasjonelt. Gjennom handlingsplan for eldreomsorgen er samarbeidet mellom fylkesmann og fylkeslege styrket. Felles opptreden gjennom en mer tverrfaglig og helhetlig tilnærming til kommunene, gir embetene større autoritet og legitimitet i rollen som rådgiver og pådriver i utviklingen av de kommunale helse- og sosialtjenestene.

Departementet ønsker å bygge videre på dette samarbeidet og den kompetansen som er bygd opp ved embetene i et eget rådgiverprogram som foreslås opprettet som en videreføring av arbeidet med handlingsplanen. Se for øvrig omtale i St.meld. nr. 28 (1999-2000). Det er videre grunn til å peke på det potensialet som ligger i å videreutvikle regional stats rolle og muligheter til å bistå kommunene i utviklingsarbeid i helse- og sosialsektoren mer permanent. Departementet vil utrede dette nærmere i forbindelse med utformingen av rådgiverprogrammet.

5.5 Kommunale eldreråd

De kommunale eldrerådene har vært involvert i det kommunale planarbeidet i tråd med de bestemmelser som følger av lov om eldreråd. Etter loven betyr dette at eldrerådet skal ha uttalt seg til planer som gjelder eldres levekår, og at protokoll fra rådets behandling skal følge saksdokumentene til de kommunale organ som har beslutningsmyndighet.

Dette er understreket i flere rundskriv i forbindelse med handlingsplan for eldreomsorgen, og kommunene måtte rapporterte spesielt om dette. I tillegg til uttalerett har departementet anbefalt at eldrerådene tar del i selve planprosessen. Eldrerådernes deltakelse i kommunens arbeid med handlingsplanen spenner derfor fra aktivt å ha deltatt i kommunens planlegging som medlemmer i planutvalget, til å ha fått plandokumentene til høring før behandling i kommunestyret.

Det har etter departementets oppfatning vært av vesentlig betydning at representanter for de eldre selv har deltatt aktivt og medvirket til utforming av kommunens framtidige tjenestetilbud innen pleie- og omsorgssektoren.

5.6 Oppsummering og konklusjon

Handlingsplanen for eldreomsorgen består av et samlet sett av virkemidler som tas i bruk for å nå sentrale mål for pleie- og omsorgstjenestene. Virkemidlene er først og fremst ulike økonomiske tilskuddsordninger både for investeringer og driftsutgifter. Dette kombineres med krav til kommunal planlegging og krav til resultatoppnåelse, samt oppfølging fra fylkesmannen og fylkeslegen. Ved vurdering av virkemidlene er hovedspørsmålet om disse på en effektiv måte bidrar til å nå de målsettinger som ligger i handlingsplanen for eldreomsorgen.

- En analyse av resultatene fra handlingsplanen de to første årene viser at
- Veksten i pleie- og omsorgstjenesten er gjennomført i en periode med lav realvekst i kommunenes inntekter, noe som kan ha vært medvirkende til økt budsjettunderskudd og svekket netto driftsresultat. De øremerkede driftstilskuddene ser imidlertid ikke ut til å redusere utgiftene til andre sektorer.
 - En analyse av regnskapstallene viser at det heller ikke er «lekkasje» av øremerkede tilskudd til andre sektorer. Dette underbygger at driftstilskuddene har fungert etter intensjonen. Skjønnstilskuddet har imidlertid liten utjevneende effekt. Dette skyldes for en stor del endringer i formålet med ordningen.
 - Tilskuddsordningene i Husbanken ser ut til å gjort det mulig for kommuner med svak kommuneøkonomi å bygge ut sykehjemsplasser og omsorgsboliger på lik linje med kommuner med god økonomi. I forhold til inntektsnivå, ser det ut til at investeringstilskuddene bidrar til å utjamne forskjellene i tjenestenivå. Kommuner med svak økonomi satser likevel sterkest på omsorgsboliger, mens kommuner med god økonomi styrker sykehjemstilbudet sitt ytterligere. Forventede personellkostnader ved ulike driftsformer er sannsynligvis en forklaring på dette.
 - De store kommunene benytter i mindre grad Husbankens tilskuddsordninger enn små og mellomstore kommuner. Regjeringen vil derfor holde fast på at kommuner som trenger lenger tid får to år utover handlingsplanperioden på å gjennomføre byggeprosjektene. Søknadsfristen er fastsatt til 30. juni 2001, noe som kommunene ble gjort kjent med i februar 2000.
 - Kostnadsveksten ved bygging av omsorgsboliger og sykehjem har vært betydelig i planperioden. Dette skyldes flere faktorer, fra valg av løsninger, generell prisutvikling til egenskaper ved tilskuddsordningene. Kommunenes høye plantall for perioden fram til 2003 er likevel uttrykk for at kommunene vurderer dagens finansieringsordning som svært gunstig.

Regjeringen finner det på denne bakgrunn lite tjenlig å øke tilskuddssatsene, men vil i stedet sette i verk ytterligere kostnadsdempende tiltak.

Videre er effekten av å stille særlige plankrav vurdert. For å sikre at utbyggingen som skjer blir videreført etter planperioden, må den forankres i den ordinære kommunale virksomhet. Regjeringen tilrår derfor at kommunene istedenfor å lage egne handlingsplaner, innarbeider tiltakene i sitt løpende plan- og budsjettarbeid.

På bakgrunn av de resultatene som er oppnådd og de planer som er lagt for resten av perioden, ser regjeringen det ikke lenger nødvendig å opprettholde de stramme statlige styringsvirkemidlene etter endt handlingsplanperiode.

6 Utforming og organisering av de kommunale tjenestene

Siden midten av 80-tallet har kommunene blitt tillagt nye og flere arbeidsoppgaver innenfor helse- og sosialtjenestene. Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede, økningen i antall sterkt funksjonshemmede barn og voksne som bor hos sin familie eller i tilrettelagt bolig, opptrappingsplanen for psykisk helse, desentralisert kreftbehandling og satsing på særskilt tilrettelagt omsorg ved livets slutt er eksempel på dette. Kortere liggetid i og økt poliklinisk behandling i sykehusene har også økt kravene til etterbehandling og oppfølging av pasienter i kommunene. Endring og tydeliggjøring av ansvarsforhold gjennom helse og sosialpolitiske reformer har gitt kommunene økt betydning som leverandør av velferdstjenester. Antall ansatte i tjenestene har økt kraftig, og tjenesteorganiseringen stiller store krav til ledelse.

Sektorens andel av de kommunale budsjettene har vokst sterkt, og en samtidig stram kommuneøkonomi har utløst behov for betydelige omstillingsprosesser. Det er økende krav til kommunenes omstillingsevne hva gjelder tempo, definisjon av ansvars- og arbeidsoppgaver og evne til å skape motivasjon og trygghet i alle ledd. Omstillingene i kommunene er ofte omfattende og gjelder både prosesser og tjenesteproduksjon og berører ledere, ansatte, brukere og deres pårørende.

6.1 Lovgrunnlaget

Gjennom regelverket er kommunen tillagt viktige oppgaver for å sikre innbyggerne et visst nivå av velferdstjenester.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 at kommunen har plikt til å sørge for «nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen». Pleie og omsorg er etter § 1-3 i loven en av de oppgaver kommunens helsetjeneste skal omfatte, og for å løse denne oppgaven skal kommunen blant annet sørge for deltjenestene sykepleie, herunder hjemme-sykepleie, og sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Etter sosialtjenesteloven § 4-2 må kommunenes sosiale tjenester omfatte praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester (aldershjem) og omsorgslønn.

Retten til tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven gjelder generelt og uavhengig av boform. Den enkelte har når bestemte vilkår er oppfylt, rettskrav på nødvendige pleie- og omsorgstjenester på et forsvarelig minstenivå. Selv om denne retten i prinsippet er uavhengig av boform er det forskjeller mellom regelverksløsningene for institusjoner og egne hjem. De som har behov for hjelp kan tildeles plass i institusjon der tjenester forutsetningsvis følger med eller de kan tildeles tjenestene direkte dersom de bor utenfor institusjon.

Kommuneloven inneholder et omfattende regelverk om hvilke organer en kommune skal ha, disses oppgaver og sammensetning, og forholdet dem

imellom. Sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven legger i utgangspunktet få føringer på hvordan kommunene skal organisere sin helse- og sosialtjeneste. Under utarbeidelsen av kommuneloven av 1992 var ett av formålene å legge til rette for en størst mulig grad av frihet for kommunene til å organisere sin virksomhet slik de fant det mest hensiktsmessig. Ved Ot.prp. nr 59 (1992-93) «Om tilpasning av særlovgivningen til ny kommunelov» ble det foretatt en gjennomgang av organisatoriske bestemmelser i den kommunale særlovgivningen. Som en følge av dette falt de fleste av de tradisjonelle særlovsnemndene, også helse- og sosialstyre, bort som lovpålagte organer fra 1. januar 1994.

Sykehjemsforskriften pålegger kommunene enkelte plikter med hensyn til organisering av tilbudet. Blant annet er det stilt krav om at sykehjemmet skal ha tilknyttet medisinsk ansvarlig leder og ansvarlig sykepleier.

Omsorgsboliger regnes som egne boliger og er dermed ikke omfattet av tilsvarende organisatoriske krav som sykehjem. Retten til tjenester følger de alminnelige reglene.

6.2 Forskjeller i organisering og utforming av tjenestene

Pleie- og omsorgstjenestene skal etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven dekke behovene til forskjellige brukergrupper i ulike livsfaser og med ulike diagnoser. Dette brukermangfoldet innebærer at både hensynet til helhet, fleksibilitet og individualisering må bli ivaretatt i tjenesteorganiseringen.

Det er store innbyrdes variasjoner i tjenestestruktur og tjenestepraksis i pleie- og omsorgstjenesten i norske kommuner. Noen kommuner har mange institusjonsplasser og få ansatte i sine hjemmebaserte tjenester, mens det i andre kommuner kan være motsatt. Variasjonene kan forstås i lys av både geografiske, klimatiske og kommunikasjonsmessige forhold, men dette tjener bare som en delvis forklaring på forskjellene.

De siste tiår har det vært en sentral målsetting å utvikle en mer rasjonell og kostnadseffektiv forvaltning og tjenesteproduksjon innen rammene av det kommunale selvstyret. Denne prosessen ble forsterket da kommunene fikk tilbakeført sykehjemmene i 1988, og kom også til uttrykk i utredningen «Trygghet - Verdighet - Omsorg» (NOU 1992:1) fra Gjærevollutvalget.

Den nye kommuneloven bidro til å tilrettelegge forholdene for videre utvikling av en mer helhetlig kommunale organisasjonen. Mange kommuner har vist stor evne og vilje til å gå inn i komplekse og ofte konfliktfylte omstillings- og endringsprosesser. Endringene har ført til at kommunene har utviklet en rekke former for individuelt tilpassede drifts- og styringsmodeller som gjør at innbyrdes sammenlikninger mellom kommuner har sine metodiske begrensninger.

Varierte organisasjonsmodeller

NOVA-forskerne Solem og Høistad (2000) har beskrevet fremveksten av integrerte organisasjonsmodeller og vurdert sterke og svake sider ved ulike modeller på grunnlag av spørreskjemaer fra 336 kommuner og bydeler og

intervjuer med 72 ledere. Her inndeles pleie- og omsorgstjenestene i 5 organisasjonsmodeller med varierende grad av integrering i tjenesteorganiseringen.

- Tradisjonell modell: Hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenester som sidestilte enheter med egne tjenesteledere (Mindre enn 10 pst av kommunene)
- Den lille integrasjon: Samorganisering av hjemmehjelp og hjemmetjenesten, uavhengig av institusjonstjenestene (40 pst av kommunene)
- Den store integrasjon: De tre tjenestene er samorganisert uten at personalet veksler mellom arbeid i hjemmetjenesten og institusjon (20 pst av kommunene)
- Full integrasjon: Alle tre tjenester er integrert i samme enhet og personalet veksler mellom arbeid i hjemmetjenesten og institusjon (Mindre enn 10 pst av kommunene)
- Blandingsmodeller: Med elementer fra de andre modellene (20 pst av kommunene)

Integrerte tjenester synes å ha fått betydelig gjennomslag i kommunene, selv om det er vanskelig å påvise hvor langt integreringsprosessen har kommet forhold til den daglige praktiske virksomheten.

Lederne er mest fornøyd med organsiasjonsmodellen og kvaliteten på tjenestene i de kommuner der integrasjonen har kommet lengst. Hovedinntrykket fra undersøkelsen er at kommunene gjennom større integrering oppnår sine målsetninger om bedre samordning, økt fleksibilitet og mer rasjonell ressursutnyttelse.

Der hjemmetjenester og institusjonstjenester er integrert i samme enhet, og personalet veksler mellom å arbeide i hjemmetjenesten og i institusjon, fungerer tjenestene mer fleksibelt gjennom omdisponering av personellet når det er høy arbeidsbelastning. Ved lavere grad av integrering er det brukerne som i større grad må være fleksible.

Undersøkelsen kan tyde på at lav grad av integrasjon gir dårligere tjenestekvalitet, kanskje særlig i forhold til mennesker med aldersdemens og eldre med sammensatte pleiebehov.

Andre forskningsrapporter gir imidlertid ikke så entydige sammenhenger mellom organisasjonsmodell og tjenestekvalitet. (Helset 1999, Thorsen 1998, Lauvli 1999, Slagsvold, rapport under arbeid).

Mållrettet ledelse

En nylig utført undersøkelse viser at ledere og ansatte i pleie- og omsorgssektoren sliter med store belastninger, og at sektoren ikke er godt nok rustet til å møte framtidens utfordringer (Moland 1999). Mange kommuner sliter med personellmangel og personellutskiftninger, dårlig arbeidsmiljø, særorganisering av tjenestene og svak ledelse på alle nivåer. Det er derfor mye som tyder på at kvaliteten på ledelse, organisering og arbeidsmiljø kan bli betydelig bedre i pleie- og omsorgssektoren.

Moland gjennomførte en kvalitativ undersøkelse i fire kommuner, der en av konklusjonene er at suksess eller nederlag i pleie- og omsorgssektoren først og fremst avhenger av ledelsens evne til å sette mål og mobilisere kollektiv oppslutning om dem. Dernest handler det om å definere ansvar og delegerer formell myndighet til ledelsen på grunnplanet. Følges dette opp med

verdsetting, støtte og opplæring, gir dette kommunen gode muligheter for å utvikle og beholde dyktige tjenesteledere.

Gode kjennetegn

De kommunene som har størst suksess i forhold til kvalitet, effektivitet og miljø kjennetegnes i følge undersøkelsen med at størst organisasjonsklarhet, med tydelig ledelse, formaliserte kommunikasjons- og beslutningslinjer, klart definerte oppgaver og delegert ansvar og myndighet. Videre kjennetegnes de ved å ha best utviklet ledelses- og personalpolitikk og en mer helhetlig og integrert organisering. I disse kommunene er tjenestene godt forankret i kommunens sentrale ledelse og inngår på alle nivå i en helhetlig tenkning med hensyn til rasjonell bruk ressurser og tilgjengelig kompetanse.

Mangfold

Ressurssenter for Omsorgstjenester har innhentet opplysninger om organisatoriske og tjenestemessige forhold i pleie- og omsorgstjenestene i 444 kommuner/bydeler, og i en oversikt fra 1998 (RO database www.ro.no) vises noe av det mangfold som kommunal organisering, tjenestetilbud og tjenestepraksis byr på.

I over halvparten av kommunene er pleie- og omsorgstjenesten tradisjonelt organisert som en egen fagavdeling innen helse- og sosialtjenesten, mens 20 pst er organisert som en egen fagavdeling direkte under rådmannen. I noen kommuner er omsorgstjenesten samorganisert med helsetjenesten, i andre med sosialtjenesten, mens enkelte kommuner har egen omsorgs- og oppvekstavdeling. Nesten 15 pst har andre organisasjonsløsninger. I 2/3 av kommunene er omsorgstjenesten organisert i geografiske distrikt/soner.

Hjemmesykepleien og hjemmetjenesten er samordnet i de fleste kommuner, og et flertall av kommunene samordner driften av hjemmetjenester og institusjonstjenester. Slik samordning er vurdert som et viktig tiltak i forbindelse med rasjonalisering og effektivisering av tjenestene.

Øremerking og helhet

Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming la en slik administrativ og organisatorisk integrering til grunn. I følge Ressurssenterets oversikt er det ikke mer enn 40 pst av kommunene som kan tilby mennesker med psykisk utviklingshemming sine tjenester fra det ordinære tjenesteapparat. Det kan være flere forklaringer på en slik utvikling. Overføring av ansvar fra et forvaltningsnivå til et annet skaper behov for en systematisk oppbygging av tjenestetilbudet til en brukergruppe for en periode, slik tilfellet har vært for mennesker med utviklingshemming. Statlig øremerking av tilskudd til diagnoserelevante grupper kan imidlertid lett utløse former for kommunal organisering som fremmer segregering og ikke integrering, og på den måten hindre utviklingen av en helhetlig organisering av kommunale tjenester.

Handlingsplanen for eldreomsorg har i noen grad unngått å skille mellom ulike brukergrupper ved å knytte de økonomiske virkemidlene til hele pleie- og omsorgstjenesten. I forhold til den øvrige helse- og sosialtjeneste og kommunale virksomhet, må en likevel unngå at handlingsplanen skaper uheldige bieffekter av organisasjonsmessig karakter. Dette er en av grunnene til at

regjeringen finner det riktig å avslutte den 4-årige handlingsplanen som forutsatt.

Lokale forutsetninger

De lokale forutsetningene blir i følge undersøkelsen til Ressurssenteret for omsorgstjenester tillagt betydelig vekt i utformingen av pleie- og omsorgstjenestenes organisasjonsstruktur. Kommunenes valg av modell er påvirket av de mulighetene og begrensninger som ligger i kommunenes økonomi og folketall. Det synes lettere å innføre full integrasjon når den organisasjonen som skal endres er liten, og når kommunen har økonomi til å bære kostnadene ved selve omorganiseringen. Det er derfor ikke grunnlag for å anbefale en bestemt modell som best for alle typer kommuner, til det er de lokale forutsetningene for varierte.

6.3 Medisinsk-teknologisk utvikling

Erfaringene fra endringer i fordeling av funksjonsansvar mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten det siste ti-året viser at dette grenseskillet ikke ligger fast, men beveger seg i retning av et stadig mer omfattende kommunalt ansvar.

Den medisinsk-teknologiske utviklingen har åpnet, og vil åpne, for at flere sykdommer og tilstander blir gjort behandlingstilgjengelige. Primærhelsetjenesten vil samtidig i sterkere grad bli gjort ansvarlig for tjenester ved at utviklingen i langt større grad muliggjør hjemmebehandling for tilstander som tidligere utelukkende kunne behandles ved sykehus. Dette vil i neste omgang utløse et økende behov for kompetanse i primærhelsetjenesten, noe som i sin tur igjen vil kunne bidra til økende press mot utvidelse av kommunenes funksjons- og ansvarsområde.

I tillegg er det sannsynlig at framtidige brukere av kommunehelsetjenestens tjenester i sterkere grad enn hva tilfellet har vært og er i dag vil stille kvanitative og kvalitative krav om innholdet i de kommunale tjenestene. Samlet vil det være en rekke faktorer som vil bidra til å øke presset mot å utvidelse av kommunenes funksjons- og kapasitetsmessige rammer.

6.4 Tjenestenes framtidige utforming og organisering

Pleie- og omsorgstjenestene er i stadig endring. Derfor er det også viktig å se på rammene for den framtidige utformingen og organiseringen av tjenestene.

Et viktig element i en slik drøfting er hvilken rolle sykehjemmene skal ha i en framtidig tjenestemodell. Sykehjemmenes organisering og oppgaver har vært tema for mange tidligere utredninger, analyser og stortingsmeldinger, bl.a. St.meld. nr. 68 (1984-1985) om sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste, NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, og Handlingsplanen for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50 (1996-1997)).

Ambisjonene for sykehjemmene har vekslet mellom å legge hovedvekt på oppgaven som helseinstitusjon for aktiv medisinsk behandling på den ene siden og hjem for pleietrengende på den andre. I samme periode har det vært

en debatt om boliggiøring av eldreomsorgen, slik at beboerne selv i større grad får ansvar for selve bofunksjonen, mens det offentlige legger hovedvekten på utvikling av tjenestene. Omsorgsboliger, kombinert med styrkede hjemmetjenester er i noen kommuner etablert som et supplement, i noen tilfeller, som et alternativ til sykehjem.

Sosial- og helsedepartementet har fått utredet spørsmålet om sykehjemmenes rolle og funksjoner i framtidens pleie- og omsorgstjenester. Utredningen foreligger i en egen rapport som kom høsten 1999. Rapporten har vært på en bred høring til berørte instanser. Formålet med rapporten har primært vært å få et kunnskapsgrunnlag for departementets arbeid med regelverk og andre statlige virkemidler for pleie- og omsorgstjenesten.

Rapporten belyser behovet for tjenester og stiller spørsmål om hvilke funksjoner som bør ivaretas i sykehjem i framtiden sett i forhold til pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon og i forhold til fylkeskommunenes oppgaver. I rapporten skisseres det tre alternative modeller for videreutvikling av sykehjemmene:

Modell 1:	Sykehjemmene brukes bare til korttidsopphold med avlastnings-, rehabiliterings-, observasjons-, og etterbehandlingssplasser. Dvs. at ingen skal ha sin faste bolig i sykehjem.
Modell 2:	I tillegg til funksjonene i modell 1 innebærer modell 2 at sykehjemmene fortsatt også skal være et tilbud til mennesker med langvarig pleie- og omsorgsbehov, og dermed også fungere som bolig for disse.
Modell 3:	I tillegg til funksjonene i de to øvrige modellene skisseres i modell tre i tillegg at alle bokollektiver og bofellesskap for eldre med fast bemaning legges inn under sykehjemsforskriften

Høringsinstansene peker på at i dag er kommunene i full gang med utbygging av tjenester og at dette skjer uavhengig av at det er ført en prinsippdebatt omkring ansvar for tjenester i de forskjellige forvaltningsnivåene. Svært mange fremholder at utviklingen slik vi ser den i dag går i retning av modell 1. Enkelte mener imidlertid at modell 2 vil være mest realistisk på kort sikt. Kun noen få høringsinstanser finner modell 3 best. Kommunene selv legger stor vekt på at de vil stå fritt ved utforming og organisering av sine tjenester, og ønsker selv å ta stilling til dette uavhengig av statlige føringer.

Høringsinstansene sier nesten uten unntak at de ser for seg en utvikling med overføring av arbeidsoppgaver fra sykehus til kommunene, blant annet på grunn av at den medisinsk- teknologiske kunnskapen endrer og forskyver grensene for hva medisinen kan utføre. Det medfører blant annet behov for å styrke legetjenestene ved sykehjem, bedre rekruttering av sykepleiere til kommunene og å foreta en nødvendig gjennomgang av hvilke oppgaver helsepersonell skal utføre og hvilke oppgaver annet personell kan utføre.

Enkelte mener dagens ordning med sykestuer er en god ordning som bør utvides og omfattes av flere regioner.

Utviklingen de senere årene har gått i retning av mange nye oppgaver til kommunene, oppgaver som tradisjonelt har ligget i 2.linjetjenesten. Sosial- og helsedepartementet ser at den økende oppgavemengde og de store kompetansekrav dette medfører gjør det nødvendig å ta opp til vurdering oppgavefordeling, samarbeid og organisering av helsetjenester mellom forvaltningsnivå-

ene. I den sammenheng vil departementet vise til det såkalte oppgavefordelingsutvalget som legger fram sin innstilling i juli 2000.

Departementet registrerer at mange høringsinstanser mener at regelverket i fremtiden bør utformes slik at det i større grad presiserer hvilke funksjoner og tjenestetilbud kommunen skal tilby. Grensene mellom institusjon og bolig er i ferd med å bli borte, slik at dette bør tas hensyn til når regelverket evt. skal justeres. Finansieringsordningene må også endres i tråd med evt. endringer i rammene for den kommunale organisering og ansvarfordeling mellom nivåene.

På bakgrunn av de innspill som er kommet, ser departementet det som nødvendig å løfte den videre diskusjon bort fra modelltenkning rundt den framtidige utformingen av sykehjemmene. Fra statlig hold blir det viktig å legge til rette ordninger som sikrer at kommunene kan videreutvikle sykehjemmene i forhold til den øvrige pleie- og omsorgstjeneste ut fra brukernes behov, og at regelverk og finansieringsordninger tilpasses endringer i funksjonene kommunene skal ivareta i forhold til sine tjenestemottakere.

I det framtidige arbeidet vil derfor søkelyset rettes mot ansvars- og oppgavefordeling mellom første- og andrelinjen, kommunenes ansvar for organisering og utforming av tjenestene og statlig regelverksutforming og finansieringsformer. Departementet vil komme tilbake til spørsmålet om hvordan dette best kan legges fram for Stortinget.

6.5 Finansiering og brukerbetaling

Nåværende finansierings- og brukerbetalingsordninger innen pleie- og omsorgstjenesten har enkelte svakheter, som Stortinget også tidligere har pekt på. Ved sosialkomiteens behandling av handlingsplanen for eldreomsorgen (Innst.S. nr. 294 (1996-97)) ble følgende romertallsvedtak fattet:

«Stortinget ber Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem.»

I Jensenutvalgets utredning (NOU 1997:17) har en vurdert dagens ordninger for brukerbetaling og finansiering, samt vurdert alternative ordninger. Hvordan framtidige finansieringsordninger bør utformes vil avhenge både av spørsmålet om sykehjemmenes framtidige funksjon, men også av oppgave- og ansvarsfordelingen for helsetjenester mellom kommunene og fylkeskommunene. Mange av høringsinstansene til sykehjemsrapporten er opptatt av dette og påpeker bl a at finansieringsordningene både i forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten, og innen førstelinjetjenesten, bør endres slik at egenbetaling og refusjonsordninger for helsetjenesten blir uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenesten ytes på.

Jensenutvalget har i sitt arbeid vurdert og utredet muligheten for likebehandling av brukerbetalings- og finansieringsordninger for institusjoner på den ene siden og egne hjem/omsorgsboliger på den andre side. Dette har utvalget gjort ved å utrede en såkalt tjenestebasert brukerbetalingsmodell i institusjoner hvor brukerbetaling i institusjoner foretas i forhold til:

- Helsetjenester, medisiner mm
- mat og dagliglivets utgifter

- pleie og omsorg
- bolig

Utvalget var delt i synet på om en slik modell burde gjennomføres. Av praktiske og andre årsaker ville det iflg utvalget også være vanskelig å få til helt like ordninger i institusjon som utenfor institusjon. Innstillingen har vært på en omfattende høring. Høringsinstansene deler seg i to hovedgrupper; den ene hovedgruppen (40 pst) ønsker en forsøksordning før en evt vedtar en overgang til en permanent ordning, mens den andre hovedgruppen (48 pst) ønsker innføring av en slik ordning uten å gå veien om forsøk. 12 pst av høringsinstansene ønsker å opprettholde dagens todelte struktur for finansiering og brukerbetaling. Sosial- og helsedepartementet har vurdert et opplegg for forsøksvirksomhet med en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, men har kommet fram til at dette ikke er formålstjenlig nå, ettersom valg av betalings- og finansieringsordninger avhenger både av hvilke funksjoner sykehjem bør ha og forholdet til 2. linjetjenesten. Endringer i finansierings- og brukerbetalingsordningene vil dermed bli vurdert i forbindelse med avklaring av dette utviklingsarbeidet.

6.6 Harmonisering av regelverket for kommunenes pleie- og omsorgstjenester

Ved behandlingen av St. meld. nr. 50 (1996-97) «Handlingsplan for eldreomsorgen», ba Stortinget Regjeringen «fremme forslag om en harmonisering av regelverket i lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenesten i kommunene med henblikk på et felles regelverk for de som har behov for pleie og omsorg» (vedtak IX).

Kommunenes ansvar for pleie- og omsorgstjenester er som nevnt over, dels regulert i sosialtjenesteloven og dels i kommunehelsetjenesteloven. Kommunehelsetjenesteloven regulerer kommunens ansvar for helsetjenester, blant annet sykepleie, herunder hjemmesykepleie, og sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Sosialtjenesteloven regulerer sosiale tjenester som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjoner eller bolig med heldøgns tjenester og omsorgslønn. Tjenester som langt på vei skal dekke de samme behovene kan ytes etter begge regelverk avhengig av hvordan kommunene har organisert pleie- og omsorgstjenestene sine. Dette gjelder for eksempel hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven og praktisk bistand til egenomsorg eller personlig stell etter sosialtjenesteloven. Disse tjenestene vil ofte dekke det samme behovet for omsorg og pleie. Den enkelte tjenestemottaker kan også over tid eller samtidig motta tjenester etter begge lovverkene.

Behovet for harmonisering av lovverket har vært fremholdt i flere sammenhenger, blant annet i forarbeidene til sosialtjenesteloven og av lovstrukturutvalget (NOU 1992:32). Sosial- og helsedepartementet har fått utredet problemstillinger knyttet til harmonisering av lovgivningen for pleie- og omsorgstjenestene. (Kjellebold - 99). Det foreligger fire alternativer:

- Harmonisering innenfor rammen av den nåværende regelverksstruktur.
- Utarbeiding av felles helse- og sosiallov.
- Utarbeiding av egen pleie- og omsorgslov.
- Ta pleie- og omsorgstjenestene ut av kommunehelsetjenesteloven og inn-

arbeide disse i kapittel 4 i sosialtjenesteloven.

Det er ikke kartlagt systematisk om og i hvilket omfanget ulike regelverkssystemer og regelverksendringer rent faktisk skaper uklarhet og problemer for kommunene, tjenesteyterne, tjenestemottakerne eller klage- tilsynsinstansene.

Strukturen i regelverket er svært forskjellig på helse- og sosialsiden. I helse- og sosialseretten er bestemmelser som regulerer kommunens plikter, organisatoriske forhold, pasienters rettigheter og helsepersonells plikter tildels regulert i ulike lover. I sosialtjenesteloven er alle disse forholdene i utgangspunktet regulert i samme lov. Det er vanskelig å forbedre strukturen uten å gjennomgå hele lovverket som gjelder helsetjenester og sosiale tjenester på nytt.

Når det gjelder den materielle retten til tjenester er innholdet i denne tilnærmet lik etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven: når bestemte vilkår er oppfylt har den enkelte rettskrav på nødvendige pleie- og omsorgstjenester på et forsvarlig minstenivå.

En del av de ulike løsningene i de to tjenestelovene har særlig sammenheng med sektorskillet mellom sosial- og helsesektoren. Spørsmål som dreier seg om å oppheve eller redusere dette sektorskillet reiser prinsipielle spørsmål.

Strukturforskjellene i regelverkene gjør det vanskelig å sammenligne de reelle ulikhetene mellom de to regelverkene. På enkelte områder er det imidlertid klare forskjeller i de to regelverkene. Blant annet gjelder dette:

- *Klageinstansene og klageordningene* er forskjellige etter de to lovene. Etter kommunehelsetjenesteloven er Fylkeslegen klageinstans, mens Fylkesmannen er klageinstans etter sosialtjenesteloven. Etter sosialtjenesteloven kan det klages direkte til Fylkesmannen, mens det etter kommunehelsetjenesteloven må klages i to omganger, først til kommunen og deretter til Fylkeslegen. Også klagefristene er forskjellige etter de to lovene. Etter kommunehelsetjenesteloven er fristen fire uker, mens fristen etter sosialtjenesteloven er tre uker (forvaltningslovens ordning). Fylkeslegens og Fylkesmannens overprøvingsmyndighet er også noe forskjellig, men i praksis er det sannsynligvis ikke så store forskjeller. Samme tjenesteyter kan motta tjenester etter begge lovene og vil derfor kunne ha to klageinstanser og regelsett å forholde seg til i samme klagesak.
- *Taushetspliktsreglene* er svært forskjellige. Regelverket om taushetsplikt er svært omfattende og vanskelig å få oversikt over. I tillegg er regelverket avgjørende for kommunikasjon mellom administrasjonen/ulike tjenesteytere og den enkelte tjenestemottaker. Lovstrukturutvalget (NOU:1992:32) tok i sin tid til orde for en felles lov om taushetsplikt i helse- og sosialsaker. Behovet for nødvendig kommunikasjon mellom helse- og sosialtjenestetaten kan også løses ved endringer innenfor dagens regelverk. Sektorskillet blir særlig tydelig i forhold til disse reglene.
- *Personellbestemmelser*. Kravene og pliktene til helsepersonell er nå samlet i en egen helsepersonellov. Det kan være grunn til å stille spørsmål om ikke også sosialpersonell bør omfattes av denne loven, eventuelt en tilsvarende lov rettet mot sosialpersonell.
- Regelverket som er knyttet til *institusjoner* er forskjellig. Sykehjemsforskriften gjelder sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg etter kommunehelsetjenesteloven, og sosialtjenesteloven kapittel 7 og forskriften til denne loven kapittel 3, 4 og 7 gjelder boliger med heldøgns

omsorgstjenester, herunder aldershjem. Hensynet til samordning i forhold til tjenester i hjemmet vil imidlertid være vel så viktig i denne sammenheng som en harmonisering mellom regelverkene. Omsorgsboligene er ikke regulert som en egen tjeneste eller institusjon, men tjenestene som ytes der følger de alminnelige reglene i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

- I dag er reglene for *internkontroll og tilsyn* forskjellige etter de to lovene. Departementet har allerede satt i gang et arbeid med sikte på bedre harmonisering. Spørsmålet om lovendring i sosialtjenesteloven har vært drøftet. Evt. endringer kan f.eks. gå ut på å innføre en plikt for kommunene til å drive internkontroll i forhold til omsorgstjenestene tilsvarende det som gjelder for helsetjenesten i dag. Samtidig kan Fylkesmannen bli pålagt å føre tilsyn med kommunenes internkontrollsystem, i likhet med det som gjelder for Fylkeslegen i dag. Det vil da fortsatt være forskjell i tilsynet med tjenestene i og med at Fylkeslegen fører tilsyn med kommunehelsetjenesteloven og Fylkesmannen fører tilsyn med sosialtjenesteloven. Et utvidet samarbeid mellom Fylkeslege og Fylkesmannen om tilsyn kan bidra til at forskjellen her ikke får særlig praktisk betydning.
- Kravene som ligger i rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (I-13/97) er i dag forskriftsfestet etter kommunehelsetjenesteloven mens de bare er veiledende retningslinjer etter sosialtjenesteloven.

Sosial- og helsedepartementet mener at det i utgangspunktet er uheldig med ulike lover som regulerer dels samme eller parallelle problemstillinger. Hensynet til likebehandling og muligheten for et samordnet og helhetlig tjenestetilbud til den enkelte tjenestemottaker tilsier at regelverket bør gi like løsninger på like problemstillinger og legge til rette for nødvendig samarbeid mellom sektorer. I tillegg bør regelverket være oversiktlig og tilgjengelig for tjenestemottakerne, tjenesteyterne og andre regelverksbrukere. Dagens regelverk om kommunenes pleie- og omsorgstjenester kan forbedres i forhold til alle disse hensynene. Strukturforskjellene og oversiktligheten i regelverket er det vanskelig å endre radikalt uten å utrede muligheten for en felles helse- og sosiallov eller en egen pleie- og omsorgslov. Departementet utarbeider for tiden forskrifter til de nye helselovene. Større utredningsarbeider på dette og tilstøtende områder bør vente til disse forskriftene er på plass.

Regjeringen ser at det særlig på enkelte områder er behov for å harmonisere regelverket og vil derfor forsette en skrittvis harmonisering innenfor rammene av dagens regelverkstruktur.

6.7 Rett til 24-timers pleie

Under behandlingen av St. meld. nr. 50 (1996-97) fattet Stortinget følgende vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen medvirke til at alle som har behov for 24 timers pleie, skal ha rett til heldøgns pleie- og omsorgsplass dersom en selv ønsker det.»

Rett til heldøgns pleie- og omsorgsplass i institusjon

Sosial- og helsedepartementet vil vise til at rett til heldøgns pleie- og omsorgsplass i institusjon foreligger - under visse forutsetninger - allerede i dag både etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 har enhver rett til «nødvendig helsehjelp» i den kommunen vedkommende bor eller midlertidig oppholder seg. Dette innebærer at en søker har *rettskrav* på sykehjemsplass dersom denne plassen er et vilkår for at nødvendig helsehjelp kan gis. Kommunen bestemmer om dette vilkåret er oppfylt, men med klagerett for søker til Fylkeslegen. Hvis nødvendig helsehjelp også kan gis utenfor institusjon, har kommunen valgrett med hensyn til hvor hjelpen skal gis, også her med klagerett til Fylkeslegen.

Etter sosialtjenesteloven §4-3 har de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, krav på hjelp. En av de tjenestene en søker kan ha krav på, er plass i aldershjem, jf sosialtjenesteloven § 4-2. En søker kan ha rett til plass på aldershjem hvis opphold her er nødvendig for at kommunen kan yte bistand på et «forsvarlig nivå». Kommunen bestemmer om søker har krav på hjelp, med klagerett til Fylkesmannen for søkeren. Hvis bistand kan ytes også utenfor institusjon, har kommunen valgretten med hensyn til hvor og hva slags bistand som skal gis, også her med klagerett til Fylkesmannen.

Kommunenes valgrett er ikke ubegrenset. I sosialtjenesteloven § 8-4 er det bestemt at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten, og at det skal legges stor vekt på hva klienten mener. Samme prinsipp gjelder etter kommunehelsetjenesteloven.

En mulig løsning kunne være å overføre valgretten fra kommunen til søkeren og gi et ubetinget rettskrav på institusjonsplass «dersom en selv ønsker det.» Dette kan imidlertid vanskelig gjøres uten hensyn til faglige kriterier, dvs. behov, av medisinsk eller sosialfaglig art. Dette gjelder også spørsmålet om kommunenes plikt til å tilby beboere i sykehjemmene enerom dersom de ønsker det (jf. St.meld. nr. 50 (1996-1997)). En eventuell valgrett for søkeren kan bare være aktuell i de tilfellene der det er medisinsk og/eller sosialfaglig forsvarlig å gi heldøgns pleie og omsorg både i og utenfor institusjon. Skal en valgrett for søkeren ha praktisk betydning, må det dessuten enten være minst like mange institusjonsplasser/enerom som det er etterspørsel, eller et annet kriterium - som ventelistegaranti eller lignende - må innføres for å avgjøre hvem som skal få plassen. Eventuelle endringer i rettighetene på dette området bør uansett avvente oppfølgingen av rapporten om sykehjemmenes framtidige rolle og en eventuell samordning av pleie- og omsorgslovgivningen, jf. punkt 6.6

På denne bakgrunn ser departementet ikke juridiske virkemidler som på kort sikt er egnet til å styrke retten til institusjonsplass for heldøgns pleie og omsorg utover det som gjelder i dag. Regjeringen vil for øvrig vise til at den satsing som nå skjer i kommunene gjennom handlingsplanen for eldreomsorgen i forhold til oppbygging av kapasiteten i pleie- og omsorgstjenestene vil være et viktig tiltak for å sette kommunene i stand til å møte behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester blant kommunens innbyggere.

Rett til heldøgns pleie- og omsorg utenfor institusjon

Kommunen har etter pleie- og omsorgslovgivningen ingen plikt til å stille boliger til disposisjon. Kommunenes ansvar er begrenset til å finne midlertidig husvære, jf sosialtjenesteloven § 4-5. Kommunen har imidlertid en plikt til å *medvirke* til å skaffe boliger til vanskeligstilte, etter sosialtjenesteloven § 3-4. Bygging av f. eks. omsorgsboliger er en måte å oppfylle dette på.

Dersom det er påkrevd for å kunne gi nødvendig helsehjelp eller praktisk bistand på forsvarlig nivå at hjelpen/bistanden ytes på heldøgns basis, har en søker rettskrav på dette. Kommunen kan med visse begrensninger velge å tilby institusjonsplass jf. ovenfor. De aller fleste kommunene har imidlertid i dag etablert en ordning med heldøgns tjenestetilbud utenfor institusjon, etter som dette er et vilkår for å få tilskudd til omsorgsboliger. Omsorgsboliger er ikke regulert særskilt i lovgivningen. Tilbud om tjenester i slike boliger anses som tilbud om tjenester utenfor institusjon.

En mulighet kunne være å regulere tilbud om omsorgsbolig nærmere i loven. Dette er et spørsmål som departementet tar sikte på å vurdere nærmere i oppfølgingen av rapporten om sykehjemmenes framtidige rolle.

Heller ikke utenfor institusjon ser departementet etter dette juridiske virkemidler som på kort sikt er egnet til å styrke den retten til heldøgns pleie og omsorg som allerede foreligger.

6.8 Enkeltvedtak ved innleggelse i sykehjem

I forbindelse med utarbeidelsen av handlingsplanen for eldreomsorgen pekte Statens helsetilsyn og flere fylkesleger på at det ofte gjennom klagebehandling og ved tilsyn i kommunene viste seg at kommunene unnlot å fatte vedtak om plass i sykehjem eller boform etter kommunehelsetjenesteloven, jf. § 2-1 i loven. For å bedre kvaliteten på tjenestene for den enkelte bruker ble det derfor uttalt i St.meld. nr. 50 (1996-97) at det er behov for 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.» Det ble da forutsatt at spesifiseringen skulle skje i forskrift til kommunehelsetjenesteloven.

Statens helsetilsyns rapport om Fylkeslegenes tilsyn i 1998 med helsetjenesten for eldre og rapportering fra klagesaksbehandlingen hos fylkesmennene tyder på at kommunene fremdeles sliter med mangelfulle rutiner i forbindelse med saksbehandlingen i pleie- og omsorgssaker. Formålet med saksbehandlingsregler er å sikre at borgerne får de rettigheter de har krav på etter lovverket. I St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene, blir kommunenes saksbehandling drøftet i punkt 4.4. Her er det påpekt at det er grunn til å innskjerpe saksbehandlingsrutinene for tildeling av kommunale helse- og sosialtjenester. Som et tiltak for å bedre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene varslet meldingen at Sosial- og helsedepartementet skal igangsette et arbeid med å lage en felles veileder for saksbehandling etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. En slik veileder må blant annet utdype og konkretisere reglene om enkeltvedtak.

En del av oppfølgingen av sykehjemsrapporten vil være en gjennomgang av sykehjemsforskriften. Hvordan regelverket skal sikre en tilstrekkelig kon-

kretisering av tjenester den enkelte har krav på, gjennom krav i forskrift, krav til innhold i enkeltvedtak, individuelle planer eller gjennom andre rettslige krav, må vurderes i denne forbindelse.

6.9 Trygghetsalarmer

Departementet har, slik Stortinget ba om i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-1997), utredet kostnader og konsekvenser ved å overføre ansvaret for tildeling av trygghetsalarmer til hjelpemiddelsentralene der kostnadene dekkes av folketrygden. Tre ulike modeller for organisering, drift og finansiering av trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjeneste er utredet.

I St.prp. nr. 1 (1998-1999) ble det gjort rede for dette. Det ble bl.a. vist til at en rettighetsfesting av trygghetsalarmer i folketrygden ikke vil gi brukerne lik tilgang til trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenester fordi folketrygdens inngangsvilkår for stønad til tekniske hjelpemidler er slik innrettet at de vil utelukke mange av dagens trygghetsalarmbrukere, spesielt alle de som er tildelt alarm utelukkende p.g.a alder eller som et rent trygghets- og angstdempende hjelpemiddel. Konsekvensen av en rettighetsfesting av trygghetsalarm vil bli et todelt finansieringssystem der folketrygden dekker de tilfeller som fyller inngangsvilkårene for stønad til tekniske hjelpemidler, mens kommunene må dekke de andre.

Et slikt opplegg forutsetter at kommunene fortsatt skal ha driftsansvaret for trygghetsalarmtjenesten (alarmmottak og utrykning). Dette innebærer at med mindre kommunene pålegges å gi trygghetsalarmtjenester som en pliktmessig ytelse, noe som vil kreve en endring av lov om sosiale tjenester eller lov om helsetjenester i kommunen, vil brukertilbudet fortsatt variere fra kommune til kommune, selv om folketrygden finansierer selve alarmen. Kommunene vil fremdeles stå fritt til å belegge alarmtjenesten med avgifter. En overføring av ansvaret for trygghetsalarmer til folketrygden sikrer dermed ikke lik tilgang til trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenester.

Heller enn å overføre finansieringsansvaret til folketrygden har Sosial- og helsedepartementet anbefalt at kommunene kan anvende omsorgstjenestetilskuddet (kap.670, post 61) til å finansiere trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenesten som en del av den generelle styrkingen av tjenesten. Dette ble omtalt i St.prp. nr.1 (1998-99). Stortinget hadde ingen merknader til saken. Rapporter fra kommunene viser at halvparten av kommunene oppga at de hadde brukt deler av tilskuddet til trygghetsalarmer i 1998. Regjeringen vil understreke betydningen av trygghetsalarmer som et forebyggende og trygghetsskapende element for hjemmeboende brukere av pleie- og omsorgstjenestene.

6.10 Tannhelsetjenesten

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-1997) var Sosialkomiteen opptatt av spørsmål knyttet til tannhelsetjenesten for eldre. Komiteen ba om en utredning av spørsmål knyttet til lov om tannhelsetjenesten i relasjon til den endrede tjenestestrukturen i kommunene, bl.a. med mer bruk av hjemmebaserte tjenester. Komiteen peker på at man bør arbeide for et bedre samar-

beid mellom offentlig og privat sektor, samt mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg ble det framhevet at det bør etableres midlertidige tilskuddsordninger som gjør det mulig å gi fri tannbehandling til alle pasienter som er avhengige av kommunale hjelpetjenester.

Sosial- og helsedepartementet vil vise til at Helsetilsynet på oppdrag fra departementet i 1998/99 gjennomførte en vurdering av det eksisterende regelverket som avgrenser dagens ordning, i forhold til komiteens merknad. Den kartlegging og beregning som ble overlevert departementet utgjør grunnlaget for at departementet nå har hatt forslaget til utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud på høring. Høringsfristen var 1. april.

Hovedelementene i forsøket er

- De nye gruppene som vurderes inn under ordningen er alle som mottar kommunale tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (eldre, mennesker med psykiske lidelser, funksjonshemmede, m.v.).
- Alle personer i de nye gruppene får et oppsøkende tilbud om forebyggende tannpleie/støtte til egenomsorg tilsvarende 3/4 tannpleiertime pr. år
- Ansatte i pleie- og omsorgssektoren tilbys opplæring i regi av Den offentlige tannhelsetjenesten for å drive forebyggende tannpleie i den daglige oppfølgingen av pasientene (egne tannpleiere engasjeres).
- De som har et behandlingsbehov får tilbud om nødvendig behandling, enten hos privat eller offentlig tannlege. En egenandel på kr 1 500 inngår i prøveordningen.

Prøveordningen gjennomføres over en periode på 2-3 år i 3 fylkeskommuner. På grunnlag av evalueringen vil det være mulig å ta stilling til om en eventuell nasjonal utvidelse av tilbudet vil være hensiktsmessig eller om det er forhold ved dagens ordninger som kan organiseres på en ny måte.

6.11 Oppsummering

Kommunene har fått nye endrede oppgaver de senere årene, bl.a. som følge av den medisinsk-teknologiske utviklingen og som følge av ansvarfordeling mellom forvaltningsnivåene. Kommunene har valgt å organisere tjenestene på ulike måter. Organisering har stor betydning for hvor godt tjenestene fungerer. Underøkelser viser at der hjemmetjenester og institusjonstjenester er integrert i samme enhet, og personalet veksler mellom å arbeide i institusjon og i hjemmetjenestene, fungerer tjenestene mer fleksibelt gjennom omdispensering av personell ved høy arbeidsbelastning. Ved mindre grad av integrering er det brukerne som i større grad må være fleksible. Lavere grad av integrasjon kan gi dårligere tjenestekvalitet, særlig i forhold til mennesker med aldersdemens og eldre med sammensatte pleiebehov.

De kommunene som har størst suksess i forhold til kvalitet, effektivitet og miljø kjennetegnes av å ha størst organisasjonsklarhet med tydelig ledelse, formaliserte kommunikasjons- og beslutningslinjer, klart definerte oppgaver og delegert ansvar og myndighet.

For å møte de utfordringene tjenestene står overfor i årene framover, er det viktig å se på utformingen og organiseringen av tjenestetilbudet. I den sammenheng vil forholdet både mellom 1.- og 2.-linjetjenesten, og mellom

sykehjem, omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester være viktig. Sosial- og helsedepartementet vil på bakgrunn av en rapport om sykehjemmenes framtidige rolle følge opp dette spørsmålet, og også vurdere behovet for endringer i lov- og regelverk og endringer i finansierings- og brukerbetalingsordninger. Det vil bli vurdert nærmere hvordan denne saken skal legges fram for Stortinget.

Regjeringen vil videre foreta en skrittvis harmonisering av lov- og regelverket for disse tjenestene.

En utredning av kostnader og konsekvenser ved overføring av ansvaret for trygghetsalarmer til Folketrygden viser at dette ikke vil føre til lik tilgang til trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenester. Mange kommuner har imidlertid valgt å bruke en del av omsorgstjenestetilskuddet til å styrke denne delen av tjenestene.

Det vil bli gjennomført en prøveordning på 2-3 år i tre fylkeskommuner vedrørende utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud.

7 Justeringer i forhold til nåværende handlingsplan- og behov og virkemidler for perioden 2002-2007

7.1 Justering av nåværende handlingsplan

På bakgrunn av drøftingene under kap. 3 og 4, ser regjeringen ikke grunn til å revidere måltallene for inneværende handlingsplanperiode 1998-2001. Dette innebærer at de vedtatte måltallene ligger fast, evt. med mindre justeringer.

Stortinget har tidligere vedtatt at kommuner som har behov for noe lenger tid til å gjennomføre utbyggingen skal kunne få det, men forutsetningsvis innenfor den vedtatte rammen.

Husbankens tall viser at det er noenlunde samsvar mellom tilsagnsfullmakter og innkomne søknader de to første årene av planen. Selv om det er usikkerhet om hvor stor andel av de kommunale planene som blir gjennomført, kan det tyde på at antall søknader til Husbanken vil overstige tilsagnsfullmaktene de to siste årene i planperioden. Dette innebærer at staten må prioritere mellom søknader. For å sikre en prioritering av prosjekter med høyest nytteeffekt i forhold til pleie- og omsorgstjenester foreslås følgende opplegg:

Ubrukte tilsagnsrammer (inkl. 7.000 for 2001 og 2002) fordeles på kommunene slik at de får en total investeringsramme å forholde seg til for resten av planperioden. Fordelingen skjer i utgangspunktet fylkesvis etter befolkningskriterier og tidligere dekningsgrad og utbyggingsnivå for å sikre utjevning. Den kommunevise fordelingen skjer i nært samarbeid med fylkesmann og fylkeslege.

Et slikt opplegg vil skape forutsigbarhet for den videre kommunale planlegging, og forhindre at kommunene får store kostnader til prosjektering av bygg som ikke kommer inn under rammen for Husbankens tilskuddsordning.

Kommunene har allerede fått frist 30.06.01 for å søke investeringstilskudd. Fordelingen av rammene skjer derfor allerede nå, slik at kommunene gis inntil et år til videre planlegging, og Husbanken kan foreta fortløpende søknadsbehandling. Kommuner som har planlagt utover tildelt ramme må på denne bakgrunn prioritere sine prosjekter før de oversendes Husbanken til søknadsbehandling. I forhold til dagens retningslinjer vil det ved søknadsbehandlingen bli lagt til grunn at:

- Sykehjem og omsorgsboliger med areal tilrettelagt for heldøgns tjenestetilbud til personer med behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester prioriteres foran generell omsorgsboligbygging
- Eneromsutbygging prioriteres
- Utbedring og utskifting av umoderne bygningsmasse bør gis prioritet, spesielt i forhold til bygninger som ikke lenger kan godkjennes til formålet på grunn av dårlig bomiljø, arbeidsmiljø, brannsikkerhet (Helse, Miljø og Sikkerhet) eller som fungerer driftsmessig ineffektivt.

Når det gjelder innretningen av virkemidlene for øvrig, mener Regjeringen at disse har fungert etter intensjonene, og at det ikke er behov for større endringer i handlingsplanen. Regjeringen vil komme tilbake til evt. mindre justeringer i budsjettframlegget for 2001.

Sykehjem og omsorgsboliger i utlandet

Den senere tiden har spørsmålet om etablering av omsorgsboliger og sykehjemsplasser i utlandet vært tatt opp fra flere hold. Spørsmålet har aktualisert seg etter at handlingsplanen ble vedtatt. I utgangspunktet vil det kunne være mulighet for at kommuner som ønsker å bygge sykehjem eller omsorgsboliger i utlandet gis anledning til dette innenfor de ordinære kravene til tilskudd som følger av handlingsplanens investeringsordninger. Kommunene må da oppfylle de forpliktelser som følger av Husbankens retningslinjer for bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Siden norsk helse- og sosiallovgivning ikke gjelder for tjenestemottakere under opphold i utlandet, må retten til tjenester etter denne lovgivningen sikres gjennom en særskilt avtale mellom den enkelte tjenestemottaker og den aktuelle kommune. Det samme vil være gjeldende for etablering av faglig tilsyn med norske kommuner sin virksomhet i utlandet. Regjeringen viser til Dok.nr. 8:48 (1999-2000) der Regjeringen blir bedt om å utrede og få forelagt en politikk for norsk bosetting i utlandet. Bygging av sykehjem og omsorgsboliger i utlandet reiser en rekke kompliserte juridiske spørsmål som trenger nærmere avklaring før det eventuelt kan bli aktuelt å gi tilskudd til bygging av slike boliger innenfor handlingsplanens rammer. Justisdepartementet er bedt om å foreta en vurdering av de problemstillinger og forutsetninger som ligger til grunn ved eventuell bygging i utlandet. Regjeringen vil avvente denne gjennomgangen før en evt. anbefaling om å gi tilskudd til å bygge omsorgsboliger og sykehjemsplasser i utlandet.

7.2 Innretning av virkemidler for perioden 2002-2007

På bakgrunn av en vurdering av internasjonale studier om utviklingen av eldres helsetilstand, vurdering av kommunenes planer og regional stats gjennomgang av disse, samt aldersutviklingen i hht. SSBs siste befolkningsframskrivninger, vil Regjeringen illustrasjonsmessig anslå et behov for 5 000 sykehjemsplasser/omsorgsboliger og 5 500 nye årsverk i perioden 2002-2007. Det er grunn til å presisere at det er betydelig usikkerhet knyttet til dette anslaget og at dette kan være noe høyt i forhold til de utviklingstrekk man nå ser konturene av.

7.2.1 Økonomiske konsekvenser

En utbygging i samsvar med ovennevnte anslag vil ha en samlet bruttokostnad ved full utbygging for det offentlige på 7 mrd. kroner. (5 mrd. kroner til investeringer og 2 mrd. kroner til drift) ³⁾

³⁾ Dette bygger på følgende forutsetninger: - en gjennomsnittskostnad pr. omsorgsbolig på 1 000 000 kroner (1999-tall) - en gjennomsnittskostnad pr sykehjemsplass på 1 200 000 kroner - driftskostnad pr. årsverk i hjemmetjenestene på 310 000 kroner - pr. årsverk knyttet til hel-døgns plass: 400 000 kroner (2000-priser)

Regjeringen vil komme tilbake til en vurdering av behovene og den statlige finansieringen av tiltakene i denne sektoren gjennom de årlige budsjettframlegg.

7.2.2 Framtidige virkemidler

Når det gjelder virkemidler for å sette kommunene i stand til å møte dette behovet, vil det etter Regjeringens oppfatning være tre hovedtilnærminger:

- En prolongering av nåværende handlingsplan med de virkemidler som er tatt i bruk.
- En avvikling av alle øremerkede tilskudd, resultat- plan- og rapporteringskrav
- Alternative mellomløsninger

Under følger en vurdering av de ulike alternativene.

Alt 1. Videreføring av dagens handlingsplan med reviderte måltall

Dette innebærer en prolongering av nåværende handlingsplan, men med en revisjon av måltallene. I praksis betyr det at det øremerkede omsorgstjenestetilskuddet til drift over kap. 670, post 60 på Sosial- og helsedepartementets budsjett opprettholdes. Skjønnskuddet som bevilges over samme post opprettholdes, eller alternativt vurderes slått sammen med det generelle driftstilskuddet. Investeringskuddene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett (kap. 586, post 61 og 62) oppstartingskuddet og kompensasjonstilskuddet videreføres.

Det knyttes fortsatt aktivitetskrav til utbetaling av tilskuddene, og i tillegg vil plankrav og særrapportering opprettholdes. Regional stats rolle i forbindelse med oppfølging av kommunenes planer, oppfølging av resultatkrav, mv. opprettholdes også.

Innenfor denne modellen forutsettes det fortsatt at kommunene har ansvaret for å velge hvordan de organiserer tjenestene, og om de gir tjenestene i omsorgsboliger eller sykehjem.

Foreløpige analyser fra NIBR og erfaringene med handlingsplanen så langt viser at den sterke øremerkingen kombinert med bindende plan- og aktivitetskrav har ført til en styrking av sektoren. Regjeringen mener derfor at dette har vært en riktig strategi for å bygge opp tilbudet i kommunen i den vedtatte fireårsperioden. Det er imidlertid grunn til å sette spørsmål ved om dette er en hensiktsmessig strategi i årene framover. Å opprette en slik styring over lang tid, vil på sikt kunne bidra til å svekke det kommunale selvstyret, og til å begrense kommunenes rett og plikt til egne prioriteringer, og evne til tilpasning til lokale forhold. I tillegg vil økningen i tallet på innbyggere 80 år og eldre være lavest de nærmeste årene etter handlingsplanens periode, noe som indikerer at behovet for en sterk og målrettet satsing tilsvarende det som skjer gjennom handlingsplanen er noe mindre. En sterk statlig styring av en sektor er viktig i en periode der det er snakk om å bygge opp et tilbud, men ikke å videreføre dette som ordinære driftsoppgaver.

Alt 2 Avvikling av øremerkede tilskudd, m.v. - tilbake til det kommunale selvstyret

Det motsatte alternativet vil være å gå tilbake til opplegget som gjaldt før 1994, dvs. før de øremerkede tilskuddene til investeringer og drift ble innført, men med noen endringer. Dette innebærer at de øremerkede driftstilskuddene legges inn i inntektssystemet, at kommunenes behov for økte overføringer for å møte utfordringene i sektoren skjer gjennom en økning i de frie inntektene. Investeringsstilskuddene avvikles, noe som innebærer at kommunene selv må ta ansvaret for investeringskostnader fullt ut, evt. med lån fra Husbanken. Videre vil det innebære at krav om sektorplanlegging og særrapportering oppheves. Rapporteringen skjer gjennom de ordinære planprosessene i kommunene og gjennom ordinære statistikk og regnskapsrapporteringer, for eksempel SSBs pleie- og omsorgsstatistikk og etterhvert KOSTRA. Mål- og resultatstyringsdialogen vil evt. kunne videreutvikles. Regional stats rolle blir som før handlingsplanen, dvs. at vekten blir lagt på tilsynsmyndighet, klagesaksbehandling og budsjett- og regnskapskontroll.

Pleie- og omsorgssektoren er den største av de kommunale sektorene, der det alt vesentlige av utgiftene finansieres av kommunens frie inntekter. Kommunene tillegges ansvaret for kommunale prioriteringer innenfor den rammen som lov og regelverk gir. Dette er logisk i forhold til prinsippet om det kommunale selvstyre, og vil også kunne bidra til at kommunene selv tar ansvar for å utvikle egne kommunalt tilpassede løsninger i forhold til egne behov.

Selv om en vesentlig andel av de kommunale budsjettene går til pleie- og omsorgssektoren uavhengig av de øremerkede driftsmidlene viser analyser at sektoren er relativt sårbar for økonomiske nedskjæringer, m.v. Erfaringene tidlig på 90-tallet var at ressursene i sektoren ikke holdt tritt med utfordringene. Staten har et ansvar for å sikre at overordnede mål nås, og med dagens statistikk- og rapporteringsopplegg vil dette ansvaret ikke ivaretas på en tilfredsstillende måte. I tillegg vil en med alternativ 2 ikke sikre at den innsatsen som er satt inn i sektoren gjennom handlingsplanen blir videreført.

Alt. 3 En kombinasjon av alt 1 og 2

Begge de to foregående modellene har visse fordeler og ulemper. For å møte utfordringene framover foreslås et opplegg som kombinerer de to ovennevnte. Regjeringen legger til grunn at det i en overgangsperiode fortsatt vil være behov for noe statlig stimulering av kommunesektoren for å gjøre kommunene i stand til å møte de økende behovene knyttet til befolkningsutviklingen, strukturendringer i sektoren, mv. Men samtidig vil det være uhensiktsmessig å opprettholde en så sterk statlig styring etter 2001, av hensyn som er nevnt over. Det vil imidlertid være viktig å finne fram til overgangsordninger som fører til en utfasing og tilpasning til ordinære systemer, uten at de oppnådde resultatene går tapt ved en slik omlegging. På den måten vil kommunene i større grad få frihet til å gjøre egne prioriteringer. Samtidig etableres eller videreføres ordninger som gjør at staten har mulighet til å ivareta sitt ansvar for å sikre at overordnede målene nås.

Regjeringen foreslår følgende opplegg:

- De øremerkede driftsmidlene innlemmes i inntektssystemet fra 2002. Dette gjelder både det generelle omsorgstjenestetilskuddet og skjønnsstil-

skuddet. Av hensyn til forutsigbarhet for kommunene vil kommunene få innlemmet den summen de fikk utbetalt i 2001. Fordelingsnøkkelen i inntekstssystemet vurderes noe endret for dette tilskuddet, slik at omfordelingseffekten ikke blir for stor. Manglende måloppnåelse i 2001 vil kunne medføre avkorting av tilskuddet i 2002. Dette opplegget er viktig for å sikre at den satsingen en har oppnådd gjennom handlingsplanen ikke går tapt gjennom denne omleggingen.

- Det opprettholdes et engangstilskudd til investeringer. Regjeringen mener at den gunstige finansieringsordningen for omsorgsboliger og sykehjemsplasser har ført til at slike bygg i stor grad blir prioritert. I perioden framover er det imidlertid viktig å innrette ordningene slik at kommunene kan bli i stand til å ta et helhetliggrep om politikken for vanskeligstilte, herunder boliger til pleie- og omsorgsformål, som omsorgsboliger og sykehjemsplasser. For å sikre en slik samordning vil Regjeringen foreslå at tilskudd til boliger til pleie- og omsorgstrengende innlemmes i den allerede eksisterende boligtilskuddsordningen i Husbanken.
- Regjeringen vil komme tilbake til innretningen av og nivået for satsene i boligtilskuddsordningen i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.
- Ordningen med oppstartingsstilskudd og kompensasjonstilskudd oppheves for prosjekter utover den opprinnelige tilsagnfullmaktsrammen på 24 400 enheter.

I tillegg ovennevnte innretning på de øremerkede tilskuddene foreslås følgende tiltak:

Årlige mål for sektoren settes gjennom konsultasjoner med Kommunenes Sentralforbund. Når prøveordningen med konsultasjoner om kommuneøkonomien mellom staten og kommunesektoren som er innført i forbindelse med budsjettåret 2001 er gjennomført, vil Regjeringen vurdere spørsmålet om en mer permanent ordning. Innenfor en slik ramme vil også mål for pleie- og omsorgssektoren drøftes.

- Aktivitetskrav for sektoren knyttet til de økonomiske tilskuddsordningene avvikles. Kommunene forutsettes selv å foreta de nødvendige prioriteringene i forhold til denne sektoren.
- Krav til sektorplaner faller bort. Kommunene forutsettes å planlegge virksomheten i denne sektoren gjennom de ordinære kommuneplanene og gjennom de årlige økonomiplanene og budsjettene.
- Resultatrapportering forutsettes å skje gjennom de ordinære rapporteringssystemene, dvs. gjennom SSBs pleie- og omsorgsstatistikk som er en del av KOSTRA (jf. omtale under). I St.meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen, ble det bestemt at det skal arbeides spesielt med å utvikle en bedre pleie- og omsorgsstatistikk. Det er utarbeidet en rapport som nå skal ut på høring, der det foreslås at dagens statistikk over brukerne av pleie- og omsorgstjenester erstattes av et informasjonssystem der et minimum av informasjon om *behov* for pleie- og omsorgstjenester (målt ved funksjonsproblemer / helsetilstand) og vedtak om *tjenester* (type og omfang), registreres for søkere til og brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Behovsdataene vil bli satt sammen til samlemål for funksjonsevne. Man vil få oversikt over kommunenes driftsutgifter til sammenlignbare brukergrupper, og variasjon mellom kommuner. Informasjonen i KOSTRA kan derved få høyere informasjonsverdi og bedre kvalitet. KOSTRA har fram til nå vært et prøveprosjekt, og antallet kommuner som har rapportert etter prinsippene i KOSTRA har blitt gradvis utvidet. Obli-

- gatorisk krav om innrapportering basert på KOSTRA vil gjelde for alle kommunene fra og med regnskaps- og rapportåret 2001.
- Regional stat får en fortsatt rolle i oppfølgingen av kommunesektoren gjennom etablering av et eget rådgiverprogram der en forutsetter et samarbeid mellom fylkesmennene og fylkeslegene. Jf. for øvrig omtale i St meld 28 (1999-2000).
 - Spørsmål om effektivisering av disse tjenestene vil måtte løftes opp og følges spesielt framover. Pleie- og omsorgstjenestene som ytes i norske kommuner krever store ressurser. På grunn av størrelsen på sektoren er det viktig å undersøke ressursbruken. Den første omfattende effektivitetsstudien innenfor pleie- og omsorgssektoren ble gjennomført i 1997 av Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning «Effektivitets- og kvalitetsvariasjoner i produksjon av kommunale pleie- og omsorgstjenester» (SNF 91/97). Prosjektet ble gjennomført i forbindelse med Kommunenes Sentralforbunds prosjekt «Kvalitet og effektivitet i kommunal tjenesteyting». På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Finansdepartementet gjennomførte Frisch-senteret og SSB i samarbeid i 1999 en ny studie «Studie av effektiviteten i pleie- og omsorgssektoren» (Edvardsen m.fl. 2000). Dette vil bli fulgt opp av en tilleggsundersøkelse i løpet av 2000.

Ovennevnte innretning av virkemidlene er et ledd i Regjeringens arbeid med fornyelse av offentlig sektor.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 19. mai 2000 om Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år blir sendt Stortinget.

Litteraturliste:

- Brevik, I (1995): *Flere gamle og aleineboende eldre krever økt innsats i eldreomsorgen*. Sosiologi i dag 1995, 3-4, 49-70.
- Christophersen, J. Byggforsk, (1995): *Nytt for gamle - Evaluering av byggeprosjekter med nye omsorgsboliger og sykehjem*,
- Christophersen, J. Byggforsk, (1998): *Nytt for de eldste - Utforming, løsning og dimensjonering av sykehjem*
- ECON (1999), Prinsipper ved fastsettelse av boligtilskudd. Notat 40/99 ECON, Senter for økonomisk analyse.
- Edvardsen, D.F., Førsum, F.R., Aas, E. (2000): *Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren*. Rapport 2/2000 Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Erlandsen, E., Førsum, F.R., Hernæs E., Waalen, S.B. (1997): *Effektivitet, kvalitet og organisering av pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner*. SNF-rapport 91/97. Stiftelsen for samfunnsliv og næringslivsforskning.
- Fafo-rapport 99:269. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.
- Fries, J.F. (1987): An introduction to the compression of morbidity Gerontolo-

- gica Perspecta 1, 5-7.
- Gautun H. (1999), *Endringer i familieomsorgen til eldre?* Fafo-rapport 99:298, Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.
- Hagen, T.P (1997) *Eldreomsorgen i Norge*. Notat 1997:107, NIBR
- Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001) *Rett person på rett plass*. 3 utgave. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- Helset, A. (1999): *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre?* Rapport 19/98, NOVA.
- Jacobzone, S., Cambois, E., Chaplain, E. et Robine, J.M. (1999): The Health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing? Paris: OECD, Employment, labour and social affairs committee (DEELSA/ELSA/WD(98)8).
- Kjellevoll, Alice. Notat til Sosial- og helsedepartementet.
- Kvaase I. E. (1999): *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester- analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*. SHD - Rapport. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- Lauvli, M. (1999): *Tilrettelagte boliger - omsorgsboliger*. NOVA skriftserie 1/99.
- Manton, K.G.(1990): «Mortality and Morbidity» i Binstock, R.H. and Geroge, L.B. (eds) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, New York.
- Manton, K.G., Corder, L.S end Stallard, E. (1997): Chronic Disability Trends in Elderly United States Populations:1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences, Medical Sciences* 94, 2593-2598.
- Moland L. (1999): *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø*.
- Nasjonalt Geriatriprogram, (1999), *Gamle i sykehus*, Statens helsetilsyn. Utredningsserien 7:99
- NOU 1992:1 *Trygghet-Verdighet-Omsorg*
- NOU 1992:32 *Lovstrukturutvalget*.
- NOU 1997:17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*.
- NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle*
- NOU 1998:18 *Om styrking av arbeidet med folkehelse*
- NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*
- NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge når det gjeld å bringe kjønnsperspektivet inn i folkehelsearbeidet*
- NOU 2000:5 *Mellom barken og veden*.
- Nygård, L. (1998): *Sammenligning av driftskostnader ved sykehjem*. Ressurs-senter for omsorgstjenester, Stjørdal.
- REVES (1995): *Global Assessment of Positive Health*. Reves paper no 196
- Ressurssenteret for omsorgstjenesters database. www.ro.no.
- Romøren, T. (2000): *Sprekere gamle - mindre pleiebehov?* Notat, NOVA
- Rundskriv I-1/93, *Om lov om sosiale tenester mv*.
- Rundskriv I-13/97, *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*.
- SAMDATA-rapporter (Div rapporter fra 1998 og 1999), SINTEF
- Slagsvold, B (2000): Rapport under utarbeidelse, NOVA.
- Solem, P.E., Høistad, B.; (2000): «Vi spiller på lag». Om integrerte organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene (2000). Rapport 1/00, NOVA.
- Statens helsetilsyn (1999): Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenestene foreldre, Oppsummeringsrapport 1999.
- St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet

- St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*
- St meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet.*
- St meld nr 8 (1998-99) *Om handlingsplan for funksjonshemma*
- St meld nr 21 (1998-99) *Ansvar og meistring Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*
- St meld nr 36 (1998-99) *Om prinsipper for dimensjonering av høgre utdanning*
- St meld nr 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*
- St meld nr 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga- Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg.*
- St meld nr 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*
- St prp nr 63 (1998-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*
- St prp nr 58 (1997-98) *Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000)*
- Strengenhagen E. (1994): *Kvaliteten i eldreomsorgen.*Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund.
- Thorsen, K (1998): *Den pressede omsorgen. Kvaliteten i hjemmehjelpstjenestene for eldre i lokal kontekst.* Rapport 18/98, NOVA.
- Toresen, J. (1999): *Pleie og omsorg - Sykehjem vs omsorgsboliger. Regneeksempler* (kommentarutgave). NIBR.
- Toresen, J. (2000): *Økonomiske virkninger av øremerkede tilskudd til pleie og omsorg* (kommentarutgave). NIBR.
- Ytrehus, S. Byggforsk, (1997): *Beboerne i nye omsorgsboliger*, pub id 97060.
- Ytrehus S. (1999): *Utbygging av omsorgsboliger og sykehjem. Aldring og Eldre*, 3:2-8.
-