DET KONGELIGE
SOSIALDEPARTEMENT

St.meld. nr. 31

(2001-2002)

Avslutning av handlingplan for eldreomsorgen

«Fra hus til hender»

Tilråding fra Sosialdepartementet av 15. mai 2002, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)

1 Innledning

Eldreomsorgen kom på nittitallet på etterskudd i forhold til den sterke veksten i tallet på eldre innbyggere med behov for pleie- og omsorg. Dette gjorde det nødvendig å ta i bruk ekstraordinære statlige virkemidler for å bygge ut kapasiteten og ruste opp standarden i alle ledd av pleie- og omsorgstjenestens tiltakskjede. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen, som ble igangsatt fra 1998, skulle det tas et krafttak over 4 år for å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste i stand til å holde tritt med befolkningsutviklingen og møte en ytterligere behovsvekst.

Som planlagt

Handlingsplanen har resultert i en kraftig opprustning og modernisering og en betydelig vekst i kapasiteten både på personellsiden og når det gjelder sykehjem og omsorgsboliger. Utbyggingen fortsetter helt fram til 2005 med de tilsagn som nå er gitt fra Husbanken. Regjeringen vil følge gjennomføringen av kommunenes utbyggingsprosjekter helt fram, og gi årlige rapporter til Stortinget.

Det er regjeringens oppfatning at kommunene har fulgt opp handlingsplanen, og at resultatene er i godt samsvar med de måltall som ble lagt til grunn da handlingsplanen ble vedtatt. I hovedsak er planen gjennomført og skal derfor avsluttes som forutsatt. De øremerkede driftstilskuddene ble på den bakgrunn lagt inn i de ordinære statlige overføringene til kommunene fra 2002.

På investeringssiden er handlingsplanen utvidet to ganger, slik at det også i 2002 gis Husbanktilsagn om tilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger, selv om søknadsfristen gikk ut i 2001. Gunstige tilskuddsordninger har utløst svært mange søknader ved søknadsfristens utløp 1. oktober 2001. Fast styring og klar prioritering ved tildeling av rammen for 2002 har bidratt til bedre fordeling mellom kommunene. Ved å løfte alle, men mest de kommunene som lå lavest, er geografiske forskjeller utjamnet.

Før avslutning

Regjeringen varslet i St.prp nr. 1 Tillegg nr. 4:

> «Regjeringen vil på denne bakgrunn våren 2002 fremme en proposisjon for Stortinget hvor en ytterligere økning i tilsagnsrammen vil bli vurdert. Regjeringen vil i en slik sak gjennomgå fremtidig tilskuddsordning og hvordan eldreplanen kan avsluttes på en tilfredsstillende måte.»

Dette er utgangspunktet for denne meldingen, som vil bli fulgt opp med konkrete forslag i kommuneproposisjonen våren 2002.

For å nå målene om dekningsgrad, enerom og opprustning av gamle institusjoner, mener regjeringen det er nødvendig med en ytterligere utvidelse av handlingsplanens tilsagnsramme for bygging av sykehjem og omsorgsbo-

liger. På bakgrunn av den dokumentasjon som er gitt i denne meldingen, vil regjeringen legge fram forslag som sikrer en slik utvidelse allerede i år.

Nye utfordringer

Etter avslutningen av handlingsplanen vil det fortsatt være svært store utfordringer i norsk eldreomsorg. Tilsynsmyndighetene avdekker hyppig svikt i grunnleggende rutiner ved enkelte sykehjem, mange eldre får ikke de tilbud de har rett på etter helse- og sosiallovgivningen, den medisinske oppfølgingen er ofte mangelfull og deler av tjenesteapparatet sliter med manglende rekruttering.

Handlingsplan for eldreomsorgen har først og fremst bidratt til en helt nødvendig styrking av kapasiteten. Tallet på omsorgsboliger og sykehjemsplasser og antall utførte årsverk har økt, eneromsreformen blir gjennomført og den bygningsmessige standarden er betydelig forbedret.

Enklere og bedre

Nå er det tid for å sette fokus på kvalitet og sikre brukerne større innflytelse over hvordan tjenestetilbudet utformes. Kvalitet og tjenesteinnhold i omsorgstjenesten er satt på dagsorden tidligere i St.meld.nr. 28 (1999–2000) Innhald og kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Dette må nå følges opp med konkrete tiltak som sikrer bedre tjenestekvalitet og enklere og mer brukervennlige ordninger. Det blir nødvendig å sette fokus på brukerstyring og valgfrihet, saksbehandling og rettssikkerhet, ledelse av pleie- og omsorgssektoren, organisering som sikrer større nærhet til brukerne og rekrutterings- og kompetansespørsmål.

Regjeringen legger i denne meldingen fram en orientering om en del av de aktuelle tiltakene, og viser ellers til arbeidet med videreføringen av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell. Regjeringen tar sikte på at Handlingsplan for eldreomsorgen på denne måten vil bli avløst av et nytt utviklingsprogram for bedre kvalitet og enklere ordninger i omsorgstjenesten.

Gjennom handlingsplanen har kommunene stått fritt til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud tilpasset lokale forhold og behov, og selv velge organisatoriske løsninger og tjenestemodeller. Dette har resultert i at noen kommuner har valgt å satse på sykehjem, mens andre har valgt å bygge ut omsorgsboliger og hjemmetjenester med heldøgns tilbud. I dag reguleres disse tilbudene i to forskjellige lover, det er ulike klageordninger og rettighetsbestemmelser og brukerbetalingsordningene er helt forskjellige.

Dette aktualiserer ytterligere spørsmålet om bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning og like brukerbetalingsordninger. En brukerorientert tjeneste krever enklere ordninger og et mer enhetlig lovverk, som gir reell valgfrihet og tjenestetilbud individuelt tilpasset den enkeltes behov og ønsker.

Regjeringen tar sikte på å følge opp dette arbeidet, og varsler allerede nå at det vil bli lagt fram en ny Stortingsmelding våren 2003 som vil gi en mer fullstendig status for situasjonen i norsk eldreomsorg og inneholde det nye utviklingsprogrammet for kvalitet i omsorgstjenesten. En del av tiltakene vil imidlertid bli satt i gang allerede i år.

2 Sammendrag

2.1 Mål

Handlingsplan for eldreomsorgen har hatt som hovedmål å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste bedre i stand til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester som en følge av at det er blitt flere eldre. Dette krevde en kraftig utbygging av kapasiteten både når det gjelder personell og bygninger, og en opprustning og kvalitetsforbedring av pleie- og omsorgstjenestens bygningsmasse.

Handlingsplanen la til grunn «et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca 25 pst av befolkningen 80 år og eldre» som et landsgjennomsnitt med kommunale variasjoner.

De sentrale måltallene for handlingsplanen ble utfra dette en bemanningsøkning på 12.000 nye årsverk og bygging/utbedring av 24.400 omsorgsboliger og sykehjemsplasser, fordelt med 10.800 boenheter til opprustning og enerom og 13.600 enheter til å bygge ut flere plasser.

Seinere er handlingsplanen utvidet med ytterligere 9.000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser, og regjeringens mål for handlingsplanen er nå:

- at alle kommuner som har søkt om det, gjennom handlingsplanen skal få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie- og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig
- at kommunene, innenfor rammen av 25 prosent samlet dekning, også skal gis mulighet til å sikre en tilfredsstillende eneromsdekning og helt nødvendig opprustning/utskifting av gamle institusjonsbygg
- at eneromsdekningen ved alders- og sykehjemmene skal være godt over 90 prosent for landet sett under ett før utbyggingen er sluttført i 2005.

Regjeringen vil understreke at dekningsgradene ikke er å betrakte som normtall eller minimumsstandarder, og at de i denne sammenheng bare er benyttet som måltall for handlingsplanen. Det er først og fremst bemanningsfaktoren, ikke boformen, som er avgjørende for muligheten til å gi heldøgnstilbud.

2.2 Status – resultat og prognoser

Handlingsplan for eldreomsorgen har gitt resultater godt over måltallene for planen. I perioden 1998–2001 er pleie- og omsorgstjenesten tilført mer enn 12.000 nye årsverk. Så langt har kommunene bygd og utbedret 19.300 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Ytterligere 17.500 boenheter vil stå ferdige innen utgangen av 2005. Opprinnelig måltall for handlingsplanen vil være overoppfylt etter at tilsagnsrammen underveis er blitt utvidet med til sammen 9.000 boenheter. Samlet investeringsramme for handlingsplanen er om lag 28 milliarder kroner i statlige tilskudd, mens driftstilskuddet er økt fra 500 millioner kroner i 1997 til 3,7 milliarder kroner i 2001.

Kommunene har stått fritt til å utforme tjenestetilbudet utfra lokale behov og ønsker, og selv velge organisatoriske løsninger og driftsmodeller. Fordelingen på sykehjemsplasser og omsorgsboliger er likevel i godt samsvar med de beregninger som lå til grunn for handlingsplanen. Det samme gjelder fordelingen av nye årsverk på hjemmetjenester og institusjonsomsorg. Utover dette har kommunene benyttet anledningen til å legge ned gamle aldershjem, og erstattet dem med nye omsorgsboliger i bo-og servicesentra.

Tabell 2.1: Hovedtall før – nå og etter Handlingsplan for eldreomsorgen

	Før Utgangspunkt 1997	Nå Resultat 2001	Etter Prognose 2005
Befolkningen 80 år +	184 400	201 300	210 700
Personell – årsverk	79 400	92 500	98 300
Personelldekning	43,1	46,0	46,7
Sykehjemsplasser	34 300	37 350	39 300
Omsorgsboliger	5 350	16 150	23 900
Aldershjemsplasser	9 100	6 100	3 400
Samlet dekning	26,4	29,6	31,6
Eneromsdekning	83,1	88,5	95

I løpet av 4 år har personelldekningen i pleie- og omsorgstjenesten økt fra 43 til 46 årsverk pr 100 innb over 80 år. Den samlede dekningsgraden for aldershjem, omsorgsboliger og sykehjem har samtidig økt fra 26,4 % i 1997 til 29,6 % i 2001. Tilbudet er altså bygd ut raskere enn befolkningsutviklingen i samme periode tilsier. Dette betyr at Handlingsplanen både har holdt tritt med veksten i antall eldre og skapt ytterligere kapasitetsvekst. Dette har vært helt nødvendig for å ta igjen noe av det forsømte, og legge grunnlaget for den videre utviklingen i årene som kommer.

Sosialdepartementet har sammen med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose for sluttresultatet i 2005, som angir en samlet dekning av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger på 31,6 % av antall eldre over 80 år. Av dette er 60 % sykehjemsplasser, 5 % aldershjemsplasser og 35 % omsorgsboliger.

Samtidig vil nesten 45 % av sykehjemmene i Norge enten være nybygd eller opprustet og modernisert.

Utbyggingsmønsteret innebærer for landet samlet at

- sykehjemsutbyggingen holder tritt med økningen i antall eldre over 80 år
- eneromsreformen blir gjennomført
- sykehjemmene rustes opp og gjennomgår en omfattende standardheving og modernisering
- en stor del av aldershjemmene blir nedlagt og erstattet med omsorgsboliger
- dekningsgraden øker først og fremst i form av vekst i tallet på omsorgsboliger med felles serviceareal
- utbyggingen av nye omsorgsboliger følges opp med bemanningsøkning i hjemmetjenestene

Selv om det er store forskjeller mellom kommunene, har handlingsplanen bidratt til å heve de kommunene som hadde lavest dekningsgrad og skapt større likhet i samlet tjenestetilbud kommunene imellom.

2.3 Før avslutning av handlingsplanen

Til tross for at handlingsplanen er utvidet med til sammen 9.000 boenheter, vil det fortsatt ligge søknader om bygging og utbedring av 9.300 omsorgsboliger og sykehjemsplasser i Husbanken etter at årets tilsagnsramme er fordelt. Av disse søknadene er det 5.700 boenheter som vil gi økt kapasitet, herav 1.200 sykehjemsplasser og nesten 4.500 omsorgsboliger. De øvrige søknadene gjelder standardheving/utskifting av eksisterende bygningsmasse, herunder 1.000 enheter som vil gi flere enerom.

Mange av søknadene er fra kommuner som allerede har en høy dekningsgrad. Dersom de blir innvilget, vil det bidra til å forsterke ulikhetene i eldreomsorgen fra kommune til kommune, i strid med handlingsplanens mål.

Handlingsplan for eldreomsorgen kan ikke avsluttes før hovedmålene i planen er oppfylt. Opprinnelig tok Handlingsplanen utgangspunkt i et gjennomsnittsbehov på 25 % heldøgns dekning for hele landet sett under ett. Regjeringen ønsker at alle kommuner som har søkt om det, skal få mulighet til å komme opp på dette gjennomsnittsnivået. Videre er det forutsatt at de retningslinjer som gjelder for tilskuddsordningen i Husbanken ikke blir endret i sluttfasen. Tildeling av tilskudd vil imidlertid skje med vekt på de kommuner som ikke har oppnådd en samlet heldøgnsdekning på 25 % av tilfredsstillende standard.

Utfra en gjennomgang av søknadene og en samlet vurdering av målene vil regjeringen foreslå at

- handlingsplanen utvides med ytterligere 2.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

Avslutningen av handlingsplanen forutsetter videre at

- årsverksveksten i pleie- og omsorgstjenesten videreføres i tråd med tidligere behovsanslag i perioden 2002–2005
- det vurderes etablert en permanent ordning for finansiering av kommunale investeringer i sykehjem og omsorgsboliger

2.4 Bedre kvalitet og enklere ordninger

Etter at handlingsplan for eldreomsorgen er gjennomført, vil de ytre rammene være lagt til rette for å prioritere tjenestenes innhold og kvalitet. Regjeringen foreslår på den bakgrunn at handlingsplanen avløses av et nytt utviklingsprogram for bedre kvalitet og enklere og mer brukervennlige ordninger i omsorgstjenesten.

Enklere og bedre harmonisert regelverk

Dagens system med ett lovverk for helsetjenestene og et annet lovverk for sosialtjenestene, gjør det vanskelig for brukerne å orientere seg om sine rettigheter og utøve rettighetene sine gjennom klageordningene. Mange kommuner opplever også det delte lovverket som problematisk i forhold til saks-

behandling og vedtaksfatting. For å oppnå målet om en enklere og bedre eldreomsorg, bør lovverket som styrer sektoren gjennomgås. Regelverket bør sikre helhetlige tjenester gjennom felles prioriteringer og mål for både helse- og sosialtjenestene. Regelverket skal være enkelt å forstå for brukerne og enkelt å praktisere for kommunene.

Regjeringen vil derfor sette ned et lovutvalg som skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Enklere finansiering og brukerbetaling

Finansieringsordningene og brukerbetalingsreglene i helse- og sosialtjenesten har i mange år vært under utredning. Regjeringen tar sikte på å legge fram forslag til nye ordninger på dette området våren 2003, der målet er å få til mest mulig like regler for brukerbetaling uavhengig av om tjenestene gis i institusjon, omsorgsbolig eller eget hjem.

Felles overordnet tilsyn

Fra 1. januar 2003 vil Statens Helsetilsyn også ha ansvaret for det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten, slik at hele helse- og sosialtjenesten blir sett i sammenheng. Helsetilsynet skal være en faglig ressurs for Fylkesmennene i deres tilsyn med helse- og sosialtjenesten i kommunene.

Kvalitets- og lederutviklingsprogram

Pleie- og omsorgstjenestens store og komplekse organisasjoner, representerer en av de største utfordringene når det gjelder organisasjon og ledelse i offentlig sektor. Regjeringen har derfor tatt initiativ til et samarbeid med Kommunenes Sentralforbund for allerede i år å sette i gang et satsingsprosjekt med sikte på ledelses- og kvalitetsutvikling, gjennom å styrke opplæring og kunnskapsutvikling, bygge ut nettverk for erfaringsutveksling og veiledning og på ulike måter støtte de som tar på seg lederansvar. Programmet skal gå over 4 år.

Kompetanse og rekruttering

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell vil i tråd med Stortingets ønske bli videreført. Helsedepartementet arbeider med utformingen av en slik ny handlingsplan for rekruttering av helse- og sosialpersonell i samarbeid med Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Selv om personellveksten i handlingsplanperioden har fulgt måltallene, ser ikke tilgangen på helse- og sosialpersonell ut til å stå i forhold til etterspørselen de nærmeste årene. Det vil særlig bli nødvendig med tiltak for utdanning og rekruttering av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, opplæring av ufaglærte og for å skape økt interesse blant arbeidstakere med annen fagbakgrunn.

Kvalitetsforskrift

Regjeringen vil i løpet av 2002 fastsette en kvalitetsforskrift etter sosialtjenesteloven, slik at de krav som ligger om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten blir forskriftsfestet både i helselovgivningen og sosiallovgivningen.

Brukerne får med dette en tydelig beskrivelse av hvilke forventninger de kan ha til tjenestene, og hvilke krav de kan stille til kvalitet.

Arbeidet med kvalitetsutvikling må også ses i sammenheng med at kommunene nå er pålagt å føre internkontroll med omsorgstjenestene. Felles internkontrollforskrift for både helse- og sosialtjenesten er sendt på høring i vår.

Plikt til enerom

Regjeringen vil følge opp St.meld. nr. 50 (1996–97) og Stortingets behandling av denne gjennom å vurdere forskriftsfesting av plikten til å tilby enerom i kvalitetsforskriften.

Saksbehandling og rettssikkerhet

Sosialdepartementet har fått utviklet en saksbehandlerveileder til hjelp i den kommunale saksbehandling, som om kort tid vil bli lagt fram av Sosial- og helsedirektoratet. Veilederen vil gi kommunene et godt verktøy til å utvikle egen saksbehandlerkompetanse og sette fokus på kvalitetsutvikling og rettssikkerhet. Veilederen vil bli fulgt opp med rådgivning og kurs- og opplæringstiltak blant annet i regi av landets fylkesmenn i samarbeid med fylkeslegene.

Oppfølging og rådgivning

Fylkesmannsembetene vil i samarbeid med fylkeslegene få ansvar for å følge den videre utbygging og gjennomføring av handlingsplan for eldreomsorgen i den enkelte kommune helt fram til og med 2006. Regional stat og Sosial- og helsedirektoratet skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg som en del av hele den kommunale helse- og sosialtjenesten, og vil ta del i arbeidet med gjennomføringen av det nye utviklingsprogrammet for bedre kvalitet og enklere ordninger i omsorgstjenesten.

2.5 Ny Stortingsmelding

Regjeringen tar sikte på å legge fram en ny Stortingsmelding våren 2003. Meldingen skal gi en mer fullstendig oppsummering av status for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og situasjonen i norsk eldreomsorg, og utfylle og rapportere om regjeringens utviklingsprogram for et enklere og bedre tjenestetilbud med brukerorientering, valgfrihet og individuell tilpasning som hovedfokus.

3 Målene i handlingsplanen

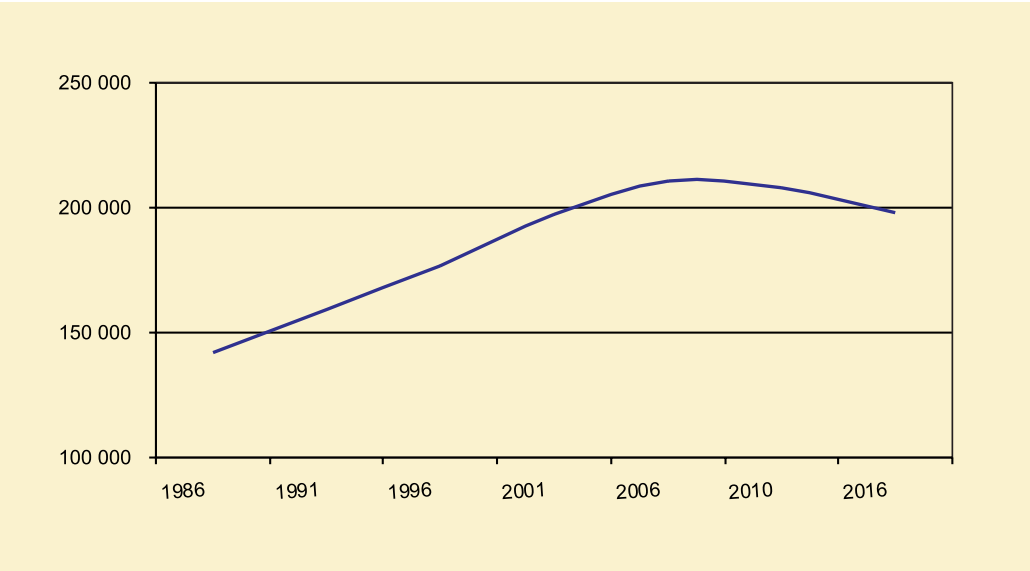
3.1 Hovedmål

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

Dette krevde en kraftig kapasitetsmessig utbygging av tjenestetilbudet både når det gjelder personell og nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Veksten vil fortsette ut 2005. Samtidig var det nødvendig med en kvalitetsmessig forbedring og opprustning av pleie- og omsorgstjenestens bygningsmasse, for å legge til rette arbeidsmiljøet og skape bedre boforhold med eneromsstandard. En slik opprustning ble sett på som en helt nødvendig forutsetning for å gå videre i arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestene.

Handlingsplanen ble lagt fram i St.meld.nr. 50 (1996–97) og satt i verk 1. januar 1998. I februar 2001 ble St.meld.nr. 34 (1999–2000) om Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år og St.meld. nr. 28 (1999–2000) om Innhald og kvalitet i omsorgstenestene behandlet i Stortinget. Slik ble spørsmål om behov, nivå og kapasitet sett i sammenheng med spørsmål knyttet til innhold, kvalitet og verdier i pleie- og omsorgstjenestene.

3.2 Demografisk utfordring

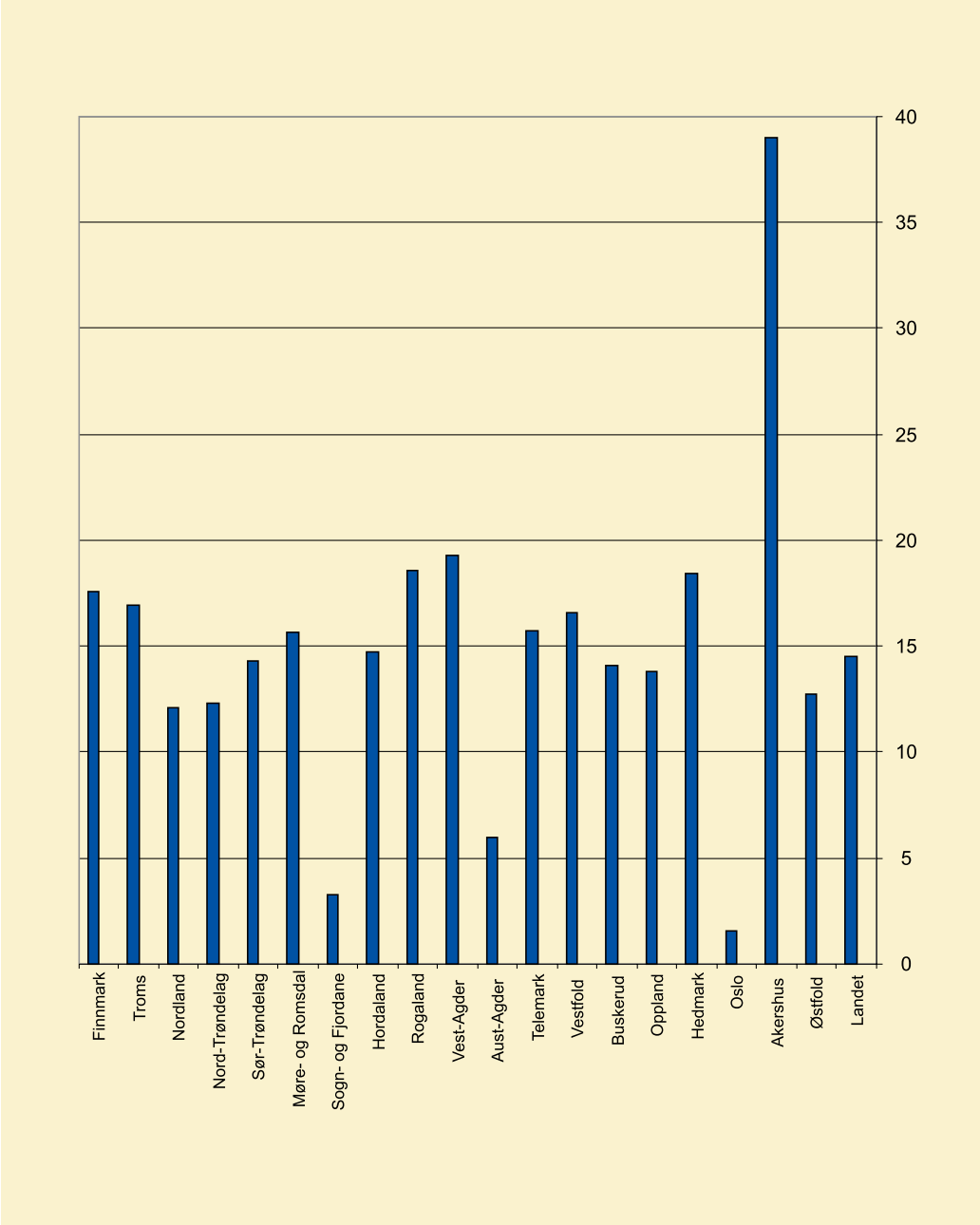


Figur 3.1 Utvikling befolkningen over 80 år 1986–2016
Kilde: SSB prognose M99

Antall eldre over 80 år økte betydelig i tiåret før handlingsplan for eldreomsorgen ble vedtatt og satt ut i livet. Det oppsto derfor en rask vekst i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Denne befolkningsutviklingen fortsetter i første omgang fram til 2007 (se fig. 3.1). I tiårsperioden 1998 til 2007 viser SSB's prognoser at antall personer over 80 år øker med om lag 27.000 personer eller om lag 15 prosent. Kommuner som opplever sterk vekst i antall eldre har behov for bygge ut pleie- og omsorgstjenesten i takt med befolkningsutviklingen for å opprettholde en tilfredsstillende dekningsgrad for personell, institusjonsplasser og omsorgsboliger. Handlingsplanen må ses i lys av en slik demografisk utfordring.

Prognosen viser at alle fylkene har vekst i antall åttiåringer fra 1998 til 2007, men bak disse tallene finnes det betydelige kommunevise variasjoner. Drøyt en fjerdedel av kommunene vil ha færre åttiåringer i 2007 enn i 1998. Nesten halvparten av kommunene har en moderat vekst, mens en fjerdedel av kommunene har en sterk vekst på mer enn 20 prosent fra 1998 til 2007.

Akershus fylke ligger klart høyest med nesten 40 prosent vekst (se fig. 3.2). Tre fjerdedeler av kommunene i fylket har en sterk vekst i perioden. Sogn og Fjordane og Oslo har spesielt lav vekst fram til 2007. Om lag halvparten av kommunene i Sogn- og Fjordane vil få en nedgang i antall åttiåringer fram til 2007. Tilsvarende vil rundt halvparten av kommunene i Telemark og i Nordland også se en nedgang i antall åttiåringer. Dette er hovedsakelig små kommuner.



*Figur 3.2 Prosentvis vekst antall innbyggere over 80 år 1998–2007**

* Gjennomsnittlig vekst for landet er 15 %

Kilde: SSB prognose M99

3.3 Bemanningsutfordring

Handlingsplanen har beregnet et behov for vel 12.000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, fordelt med 3.000 nye årsverk hvert år i planperioden. Av dette forutsettes hjemmetjenesten styrket med 6.000 årsverk, mens 5.750 årsverk er knyttet til etableringen av nye plasser med heldøgns pleie og omsorg og 280 nye årsverk i forbindelse med eneromssatsingen. I årene etter han-

dlingsplanperioden er det iflg. St.meld. nr. 34 (1999–2000) fortsatt behov for ytterligere 5.500 nye årsverk i kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

De nye årsverkene skal sammen med investeringene i nye omsorgsboliger/ sykehjemsplasser sette den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i stand til å møte den sterke økningen i antall eldre, og styrke både kvalitet og kapasitet på tjenestetilbudet. Både omsorgstjenestetilskuddet og skjønnstilskuddet er forutsatt brukt til å styrke bemanning, kompetanse og drift av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

3.4 Kvalitetsutfordring

For å gjennomføre «eneromsreformen» og dekke behovet for utskifting og sanering av gammel bygningsmasse var det beregnet tilsammen 10.800 nye omsorgsboliger/ sykehjemsplasser. Dette innebærer at nesten 45 prosent av handlingsplanens ramme skulle gå med til å erstatte institusjonsplasser som utgår i samme periode. Det er naturlig å se tallene for eneromssatsing 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). Utover dette blir et betydelig antall enheter utbedret. Dette behovet ble i utgangspunktet ikke tallfestet i eldreplanen.

3.5 Kapasitetsutfordring

De øvrige 55 prosent eller 13.600 plasser/boliger i handlingsplanen var beregnet til å øke kapasiteten i pleie- og omsorgstjenestens botilbud, både i form av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Fra 2001 prioriteres utbyggingen av sykehjemsplasser og omsorgsboliger som er areal- og driftsmessig tilrettelagt med heldøgns tjenestetilbud framfor generell omsorgsboligbygging. Beregningsmessig ble det i utgangspunktet lagt til grunn en fordeling med 23,5 prosent sykehjemsplasser og 76,5 prosent 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.

Tabell 3.1: Opprinnelig tilsagnsramme 1998–2001 – antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Utskifting / enerom	10 800	
Kapasitetsøkning	13 600	
herav Sykehjem		23,5 %
Omsorgsboliger		76,5 %
Til sammen	24 400	

Utover dette vil 3.500 omsorgsboliger/ sykehjemsplasser bli ferdigstilt i handlingsplanperioden med tilsagn gitt før 1998.

3.6 Utbyggingstakt

For å holde tritt med befolkningsutviklingen ble det forutsatt at tallet på nye årsverk finansiert gjennom handlingsplanen burde øke jevnt i hele planperi-

oden. Stadig flere eldre må med andre ord ha tilbud om pleie- og omsorgstjenester enten de bor hjemme, i omsorgsbolig eller institusjon, uavhengig av hvor raskt kommunene er i stand til å bygge nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Derfor er handlingsplanens driftstilskudd trappet opp med et likt beløp hvert år.

Handlingsplanens tall for nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser gir uttrykk for samlet utbyggingsbehov i hele planperioden. I de årlige statsbudsjett har Husbanken fått en tilsagnsramme, som innebærer at det i løpet av budsjettåret kan godkjennes søknader tilsvarende 5.800 sykehjemsplasser og omsorgsboliger pr.år, samt 1.200 enheter i 2002. Med utvidelse av handlingsplanen, samt forsering av utbyggingstakten, er tilsagnsrammen i Husbanken økt til 7.800 enheter i 2001 og 8.200 enheter i 2002.

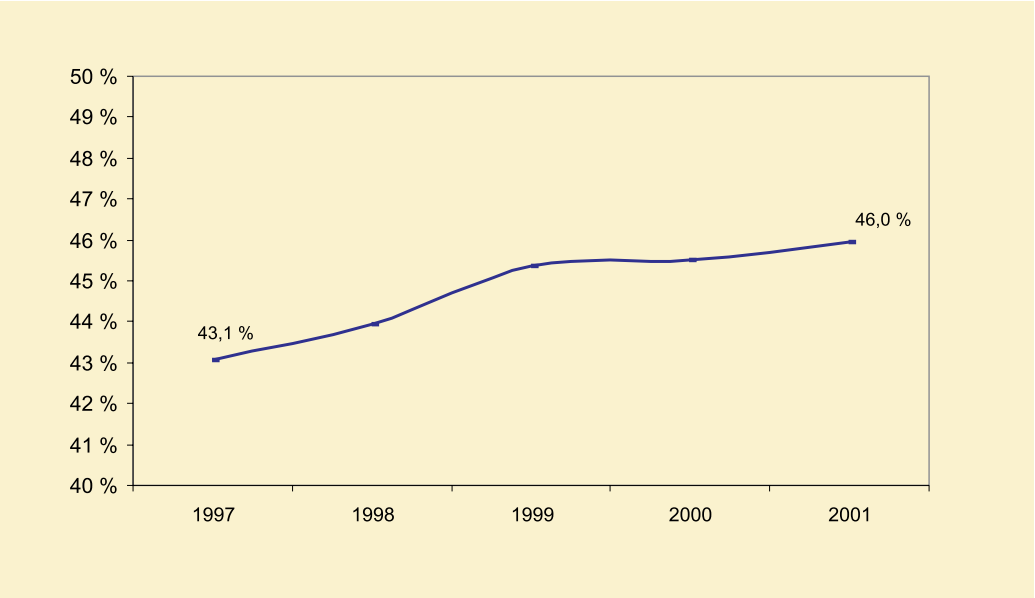
De nye sykehjemsplassene og omsorgsboligene forventes ikke ferdig bygd samme år som tilsagn gis. Det er derfor rimelig at utbyggingstakten målt i forhold til ferdige sykehjemsplasser og omsorgsboliger har vært lav i begynnelsen, men øker etter hvert utover i planperioden. Spesielt gjelder dette større sykehjemsprosjekter som erfaringsvis tar lenger tid. Budsjettmessig er det lagt opp til at de prosjekter som får tilsagn, vil bli ferdig bygd innen utgangen av 2005.

4 Resultat – drift

4.1 Økt bemanning og stryket drift

Kommunene har i perioden 1998–2001 mottatt øremerkede tilskudd til økt bemanning og styrket drift. Kommunenes rapporter til Statistisk Sentralbyrå og fylkesmennene viser at det er blitt om lag 13.100 flere årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i løpet av handlingsplanperioden.

I 1997 ble det i pleie- og omsorgstjenesten utført 79.400 årsverk eller 43 årsverk pr.100 innb. over 80 år. Etter 4 år med handlingsplanen ble det utført mer enn 92.500 årsverk i 2001. Til tross for en sterk vekst i tallet på eldre, øker personelldekningen i 2001 til 46 årsverk pr.100 innb over 80 år.

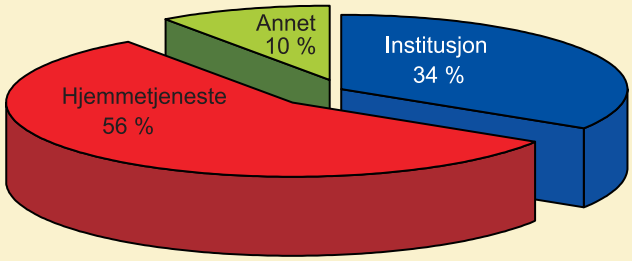


*Figur 4.1 Resultat personelldekning 1997–2001**

* Antall årsverk pleie- og omsorgstjenesten pr 100 innb 80+

Kilde: SSB 1997–2000 og kommunenes rapport I-55/2001

Handlingsplan for eldreomsorgen la til grunn at halvparten av de planlagte 12.000 nye årsverkene var knyttet til hjemmetjenesten, og halvparten til utbyggingen av plasser/boliger for heldøgns pleie og omsorg. De nye årsverkene for perioden 1998 til 2001 fordeler seg med 56 % på hjemmetjenester, 34 % på institusjon og 10 % på andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten.



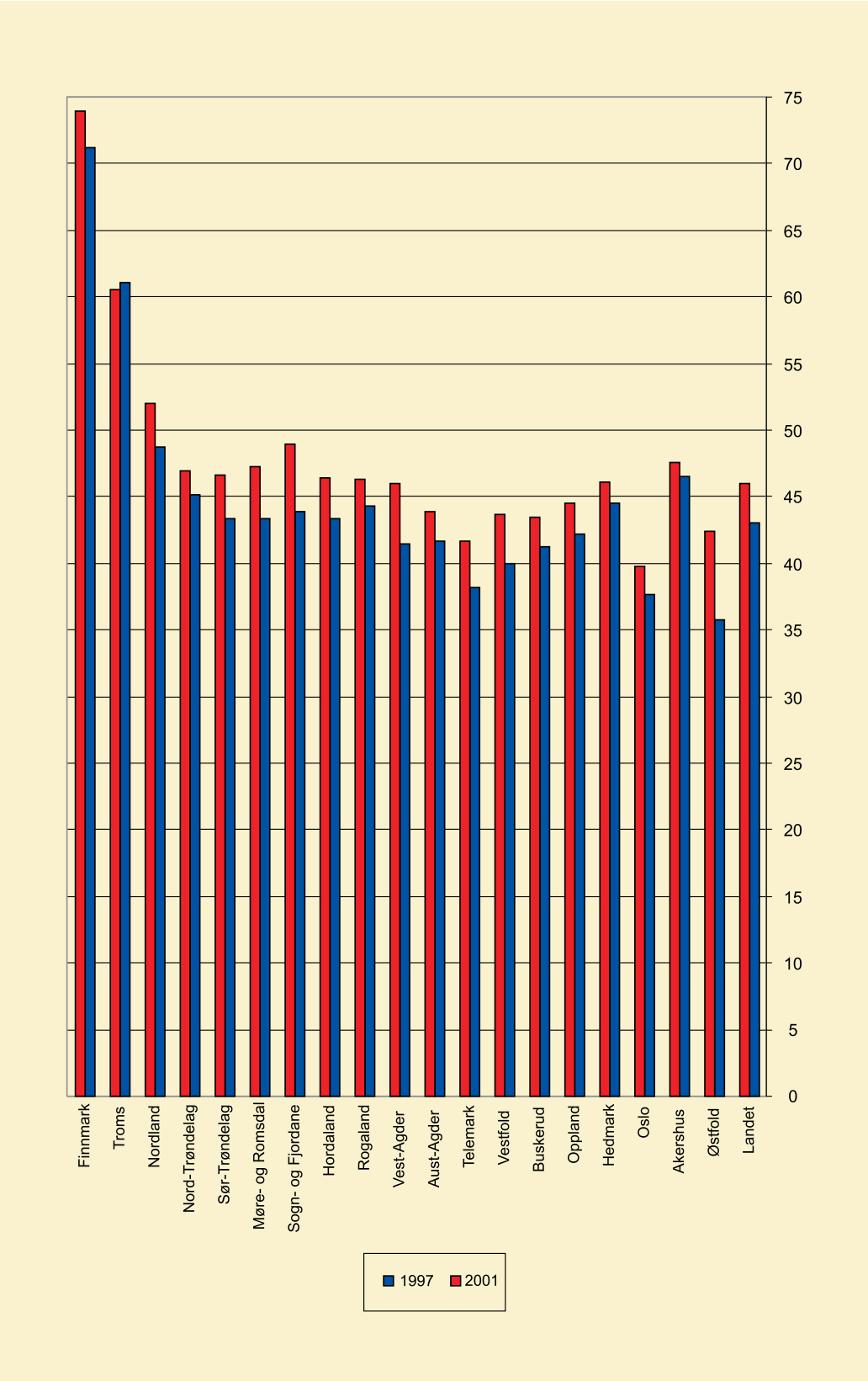
Figur 4.2 Fordeling nye årsverk pleie- og omsorgstjenesten 1998–2001
Kilde: Kommunenes rapport I-55/2001

Handlingsplanen har hatt målsetting om å utvide bemanningen i den kommunale eldreomsorgen med vel 12.000 årsverk i perioden 1998–2001. Resultatet samsvarer altså godt med målsettingen.

I følge Statistisk Sentralbyrå ble 22 % av årsverkene i pleie- og omsorgstjenesten i 2000 utført av sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter, 32 % av hjelpepleiere, 43 % av hjemmehjelpere og annet personell i servicefunksjoner og brukerrettet tjeneste, og 3 % av annet personell innen administrasjon og ledelse. Andelen hjelpepleiere har gått litt ned til fordel for annet personell i handlingsplanperioden. Veksten i tallet på nye omsorgsarbeidere må ses i sammenheng med dette. Det er verdt å merke seg at tallet på årsverk utført av høyskoleutdannet personell (sykepleiere mv) har økt like raskt som for øvrige personellgrupper.

4.2 Vekst og utjamning 1997–2001

Personelldekningen har i handlingsplanperioden økt til 46 årsverk pr. 100 innbyggere over 80 år for landet sett under ett. Bortsett fra de to nordligste fylkene, som må korrigeres for lavere levealder, varierer dekningsgraden i 2001 mellom 39 og 52 årsverk pr. 100 innbyggere over 80 år i de øvrige fylkene.



*Figur 4.3 Resultat personelldekning 1997–2001**

* Landsgjennomsnitt økt fra 43 i 1997 til 46 årsverk pr 100 innb 80 år +

Kilde: SSB og kommunenes rapport I-55/2001

Før handlingsplanen var personelldekningen lavest i Østfold og Oslo. Fylkesvis peker Østfold seg ut med den klart sterkeste prosentvise veksten, mens Oslo fortsatt har lavest personelldekning. Østfold har vært et viktig innsatsområde i planperioden nettopp fordi dekningsgraden var lav i årene før handlingsplanen. Kommunene i Østfold ble tildelt betydelige skjønnstilskudd i perioden 1998 til 2001 for å styrke bemanningen. På den bakgrunn er det rimelig at dette fylket oppnår positive resultater. Resultatet for 2001 bringer likevel ikke fylket opp på landsgjennomsnittet, og det vil fortsatt være viktig å prioritere økt personellinnsats i en del av kommunene i årene framover. På den andre siden har Troms nedgang i dekningsgraden. Troms hadde imidlertid sammen med Finnmark høyest dekningsgrad i utgangspunktet.

Boks 4.1 Personellvekst 1998–2001 Kommunevise variasjoner

Kommuner med lav personelldekning før handlingsplanen, har i gjennomsnitt hatt en personellvekst på omlag 28 %, mens kommuner med høy personelldekning kun har hatt personellvekst på 11,7 % i perioden 1997 – 2001. Dette har medført at 86 kommuner har hevet personelldekningen fra lavt til middels nivå i løpet av handlingsplanens fire første år. De kommunene som har sterkest vekst i tallet på eldre over 80 år, har styrket personellsiden med 22,5 % i løpet av handlingsplanens fire første år.

Tabell 4.1: Personellvekst 1998–2001

Utgangspunkt 1997 kommuner med:	Gj.snitt personellvekst i pst	Antall kommuner
Lav personelldekning (under 38 %)	28,0	118
Middels personelldekning (38–50 %)	15,0	189
Høy personelldekning (over 50 %)	11,7	128
I alt	17,6	435

Kilde: SSB og Kommunenes rapport I-55/2001

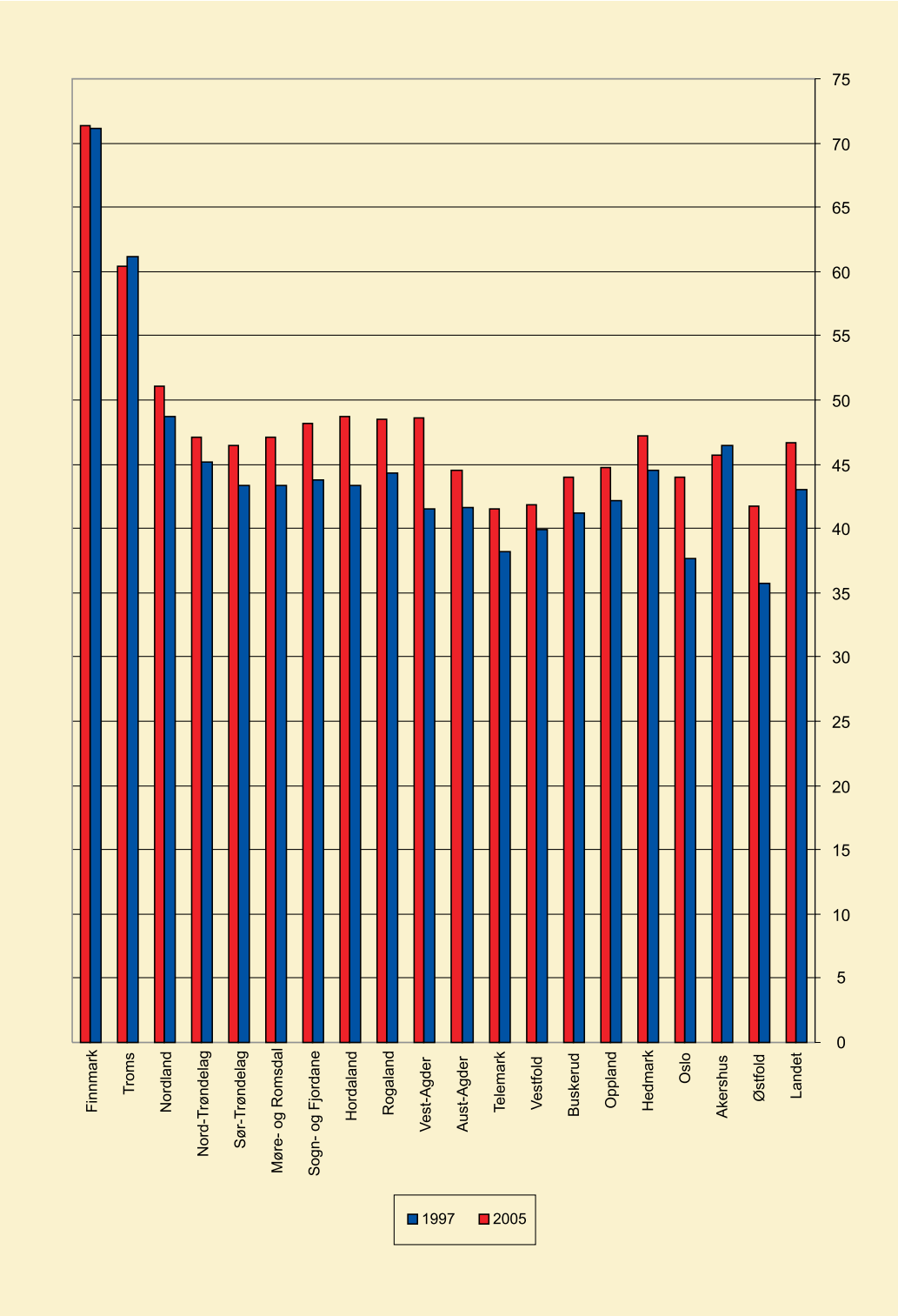
Rekruttering av nytt personell til pleie- og omsorgstjenesten har vært et sentralt spørsmål under arbeidet med handlingsplanen. For landet samlet viser resultatene at kommunesektoren så langt faktisk har klart å rekruttere personell til å utføre mer enn 13.000 nye årsverk. Det ser ikke ut til at kommunestørrelse har hatt vesentlig betydning for rekrutteringen. Det er ingen tendens til at storbyene samlet har hatt større vansker enn små og mellomstore kommuner. Av de 10 største kommunene viser resultatene at Kristiansand, Fredrikstad og Drammen har rapportert den sterkeste årsverksveksten, mens veksten er lavest i Tromsø og Oslo.

Utviklingen gir gode indikasjoner på at handlingsplanen har hatt en viss utjamnende effekt på tjenestetilbudet. Dette samsvarer godt med handlingsplanens målsetting om spesielt å styrke tjenestene i kommuner med svakt

utgangspunkt og dermed bidra til et mer likeverdig tjenestetilbud i alle kommuner.

4.3 Prognose 2005

For landet samlet vil personelldekningen utfra kommunale plantall være 46,7 årsverk pr.100 innb. over 80 år i 2005 mot 43,1 årsverk i 1997. Bortsett fra de to nordligste fylkene varierer den planlagte dekningsgraden i 2005 mellom 41,5 i Telemark og 51 i Nordland. Dette tyder på at utjamningen kommunene mellom fortsetter.



*Figur 4.4 Personelldekning 1997–2005 **

* Prognosen viser at gjennomsnitt øker fra 43,1 i 1997 til 46,7 årsverk pr innb 100 80 år +

Kilde: SSB og kommunenes rapport I-55/2001

Kommunenes planlagte personellsatsing i perioden 2002–2005 viser at de aller fleste fylkene planlegger en dekning rundt landsgjennomsnittet.

Østfold, som ved utgangspunktet i 1997 lå svært lavt, nærmer seg landsgjennomsnittet. Akershus har den klart sterkeste veksten i antall eldre og en stor utfordring når det gjelder å opprettholde tjenestenivået. Personelldekningen var i 1997 over landsgjennomsnittet og personellveksten er betydelig både i handlingsplanperioden og i kommunenes planer mot 2005. Likevel vil Akershus i 2005 ha en lavere dekningsgrad enn i 1997, selv om den fortsatt ligger nær landsgjennomsnittet.

Troms hadde en svært høy personelldekning i 1997. Selv om kommune planlegger en viss styrking av personellinnsatsen fram til 2005, vil Troms få lavere dekningsgrad enn ved utgangspunktet. Troms ligger likevel fortsatt klart over landsgjennomsnittet. Sogn- og Fjordane har svært lav vekst i antall eldre, og mange av kommunene har reell nedgang i antall eldre over 80 år. Personelldekningen i 1997 var på landsgjennomsnitt, men ble klart styrket fram til 2001. Dette skyldes både flere årsverk og at antall eldre over 80 år er redusert. Fram til 2005 har kommunene i Sogn- og Fjordane rapportert en reell reduksjon i antall årsverk, men dekningsgraden i 2005 vil fortsatt være klart høyere enn utgangspunktet i 1997 og høyere en landsgjennomsnittet.

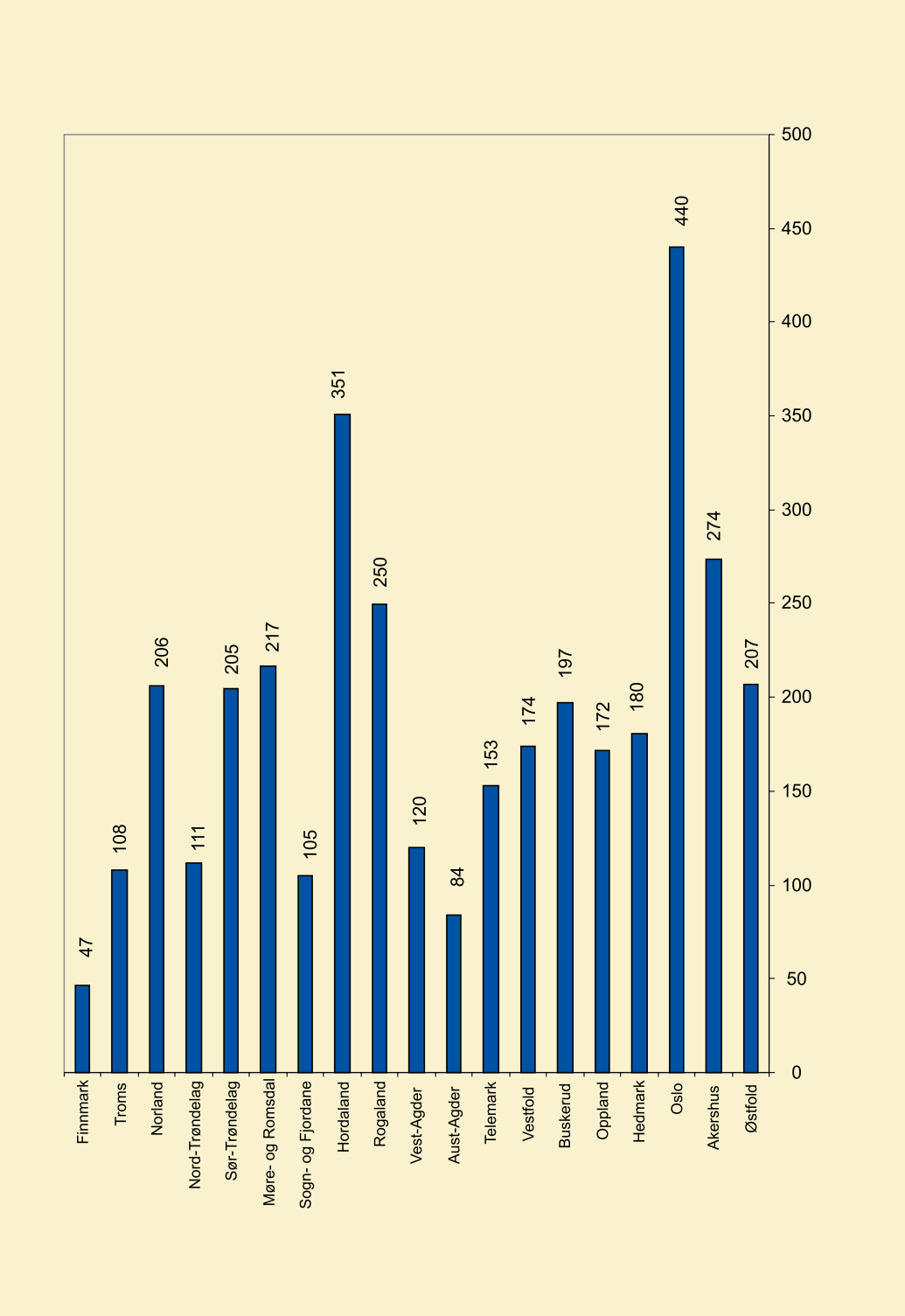
For perioden 2002–2005 planlegger kommunene til sammen 5.800 nye årsverk. Dette ligger i overkant av behovsanslaget på 5.500 nye årsverk i perioden fram til 2007 i St.meld.nr. 34 (1999–2000) Handlingsplanen for eldreomsorg etter to år. Dette understreker behovet for ytterligere vekst i pleie- og omsorgssektoren de nærmeste årene etter handlingsplanen.

4.4 Økonomiske kostnader – drift

Handlingsplanen har i perioden 1998 til 2001 økt de øremerkede tilskuddene til drift av omsorgstjenesten fra 500 millioner kr i 1997 til 3,7 milliarder kroner i 2001. Kommunesektorens samlede utgifter til pleie- og omsorgstjenesten økte til sammenlikning fra 29 milliarder kr i 1997 til ca 38,5 milliarder kroner i 2000.

Sammenholdes årsverksveksten med tilskuddsnivået, har staten i gjennomsnitt bidratt med om lag kr. 240.000 for hvert nytt årsverk. Flest årsverk pr. statlig krone er det blitt i Akershus, Vest-Agder, Møre- og Romsdal og Østfold, mens tilskuddsbeløpet pr. årsverk er høyest i Oslo, Troms, Nord-Trøndelag og Aust-Agder.

De øremerkede tilskuddene til drift er fra 2002 lagt inn i rammetilskuddet til kommunene og inngår nå som del av kommunenes frie inntekter. Oslo har fått overført 440 mill kr, mens Hordaland har fått 351 mill kr.



*Figur 4.5 Øremerket tilskudd til styrking av pleie- og omsorgstjenesten i mill kr**

* Omsorgstjenestetilskudd og skjønnstilskudd innlemmet i rammetilskudd til kommunene fra 2002

Kilde: Rundskriv H-31/01

De øremerkede tilskuddene er fulgt opp med krav om reell aktivitetsvekst, og tilskudd er holdt tilbake der kommunene ikke har dokumentert vekst i aktiviteten. 2001 var det siste året med et særskilt øremerket omsorgstjenestetilskudd til kommunene. På grunnlag av kommunenes resultatrapportering går fylkesmann og fylkeslege nå gjennom aktivitetsveksten i den enkelte kommune og vurderer om den er i samsvar med størrelsen på det øremerkede tilskuddet i 2001. Manglende resultatoppnåelse kan innebære reduksjoner i de statlige overføringene til kommunen.

4.5 Målet er nådd

Handlingsplanens resultater må i første omgang vurderes ut fra de mål og virkemidler som lå til grunn da den ble satt i gang.

Handlingsplanen har lykkes i forhold til målsettingen om 12.000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, til tross for problemer med rekruttering i enkelte kommuner. Bruk av øremerket omsorgstjenestetilskudd kombinert med klare aktivitetskrav og sterk grad av statlig styring har i hovedsak virket etter hensikten. Årsverkene fordeler seg med vel halvparten på hjemmetjenestene og de øvrige på institusjon og andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten, i rimelig samsvar med forutsetningene i St.meld.nr. 50 (1996–97). Handlingsplanen har bidratt til å løfte de kommunene som hadde lavest personelldekning og bidratt til utjamning av geografiske forskjeller. Etter at de øremerkede tilskuddene er innlemmet i det kommunale inntektssystemet, planlegger kommunene ytterligere vekst i pleie- og omsorgssektoren også i årene etter handlingsplanen.

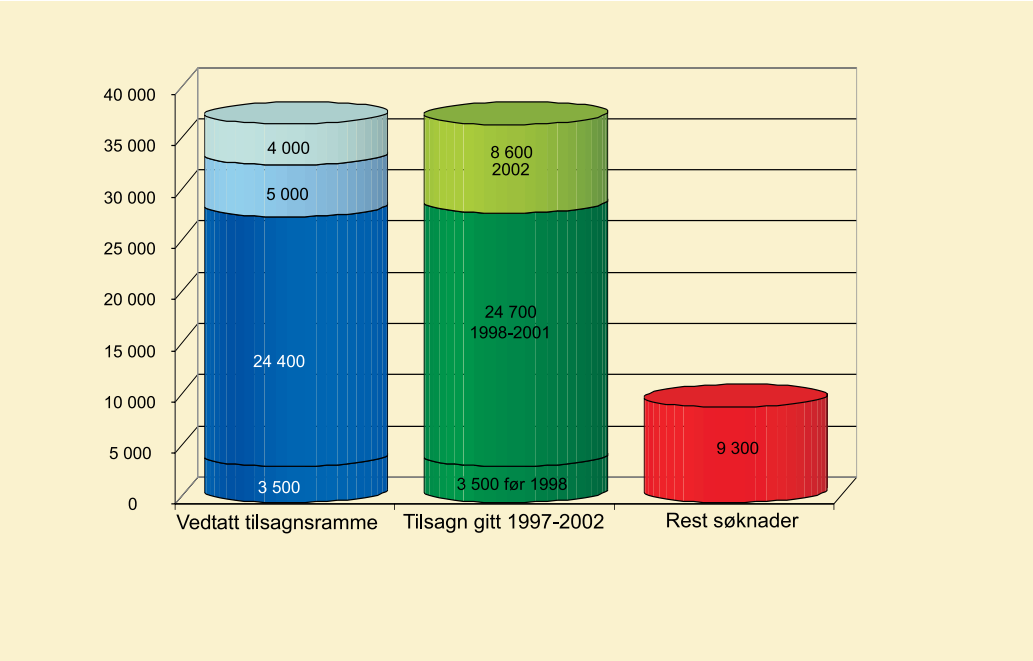
5 Resultat – investeringer

5.1 Flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Handlingsplan for eldreomsorgen har i perioden 1998–2002 hatt en totalramme på 33.400 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, etter at handlingsplanen er blitt utvidet med til sammen 9.000 enheter. Før 1998 ble det i tillegg godkjent 3.500 boenheter som er bygd og tatt i bruk i handlingsplanperioden. Samlet gir Husbankens tilskuddsordning med dette grunnlag for å bygge og utbedre 36.900 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 1998–2005.

Det faktiske antall tilsagn som er gitt i perioden 1998 til 2002 samsvarer godt med dette (se figur 5.1). Samlet vil Husbanken ha godkjent vel 36.800 sykehjemsplasser og omsorgsboliger knyttet til handlingsplanen. Av dette vil nesten 8.600 enheter utfra fylkesmannens innstilling få tilsagn i 2002.

Utover dette er det registrert søknader tilsvarende 9.300 sykehjemsplasser og omsorgsboliger uten dekning innenfor vedtatt ramme. Dette omtales nærmere under kapittel 7.3.



*Figur 5.1 Vedtatt tilsagnsramme 1997–2002 og status faktisk fordelte tilsagn 1997–2002**

* Ant enheter sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Kilde: Husbanken og fylkesmannen

5.1.1 Bedre geografisk fordeling

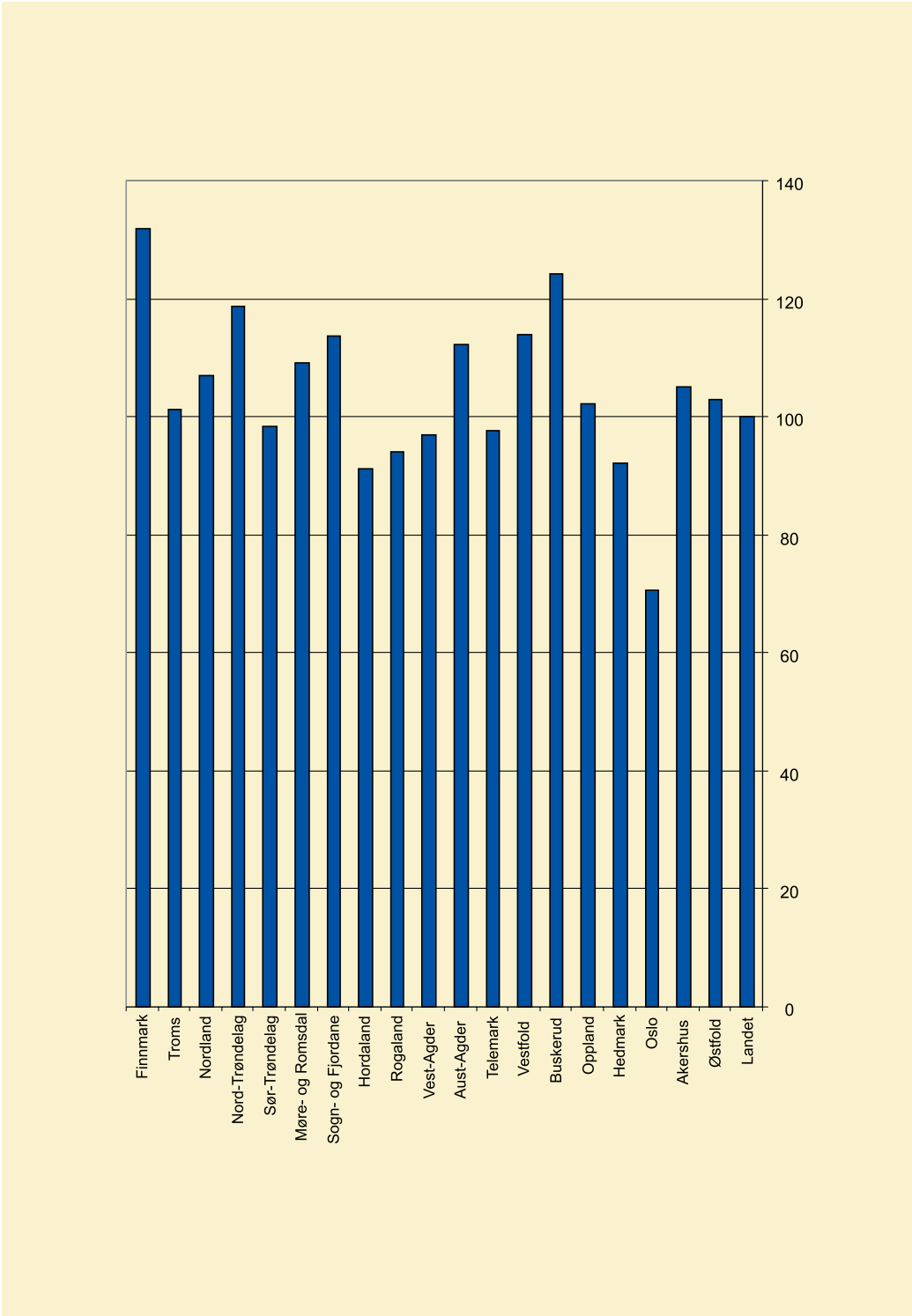
Større likhet og en god fordeling av Husbankens investeringsmidler har vært en sentral målsetting i handlingsplanens siste del. Midtveis i planperioden så det ut til at det kunne bli store ulikheter i kommunenes bruk av tilskuddsord-

ningen. Om kommunenes planer skulle legges til grunn, ville det både forsterket geografiske ulikheter og skapt større forskjeller mellom små og store kommuner.

Etter at hele rammen for handlingsplanen er disponert er det fortsatt geografiske variasjoner i hvor stor andel av tilskuddsmidlene som er tilfalt fylkene. Etter tre år av handlingsplanen var spredningen mellom fylkene fra 71 til 140 % av landsgjennomsnittet. Variasjonene er imidlertid redusert vesentlig i løpet av 2001 og 2002. Med unntak av Oslo ligger nå alle fylkene mellom 90 og 125 % av landsgjennomsnittet (unntatt Finnmark) (se figur 5.2).

Utjevningen skyldes i hovedsak at Sosialdepartementet fra 2001 har fordelt tilsagnsrammen mellom fylkene og at fylkesmannen deretter har prioritert / fordelt mellom kommunene utfra nærmere retningslinjer.

Oslo hadde etter fordeling av tilskuddsmidlene for årene 1998 til 2000 fått 61 % av landsgjennomsnittet og lå klart lavest av fylkene. Etter 2002 er Oslo oppe på 70 % av landsgjennomsnittet. Oslo har et moderat utbyggingsnivå som må ses i sammenheng med den lave veksten i tallet på eldre over 80 år i hovedstaden.



*Figur 5.2 Fordeling tilsagn 1997–2002 i forhold til gjennomsnittet (100 %) **

* Landsgjennomsnitt er 17,9 sykehjemsplasser og omsorgsboliger pr 100 innb 80+ (100 %)

Kilde: Husbanken og fylkesmannen

Boks 5.1 Fordelte Husbanktilsagn – Kommunevis variasjon

Tre av fire av landets kommuner har nå mottatt et middels eller høyt antall tilsagn og nærmere av landets innbyggere over 80 år bor i disse kommunene. Det er særlig de mindre kommunene som har mottatt en høy andel av handlingsplanens tilskudd. I underkant av 100 kommuner har mottatt et lavt antall tilsagn og her bor om lag av landets innbyggere over 80 år. Variasjonene har flere ulike forklaringer. En del kommuner har hatt få eller ingen søknader, mens andre har hatt et stort behov og vært svært aktive med planlegging.

Tabell 5.1: Fordelte tilsagn 1997–2002 – kommunevis variasjon

Ant tilsagn pr 100 80+:	Ant kommuner	Pst av landets innb 80år+
Ingen tilsagn	7	1 %
Lavt ant tilsagn (under 13,4)	94	25 %
Middels ant tilsagn (13,4 – 20)	119	43 %
Høyt ant tilsagn (over 20)	215	31 %
Sum	435	100 %

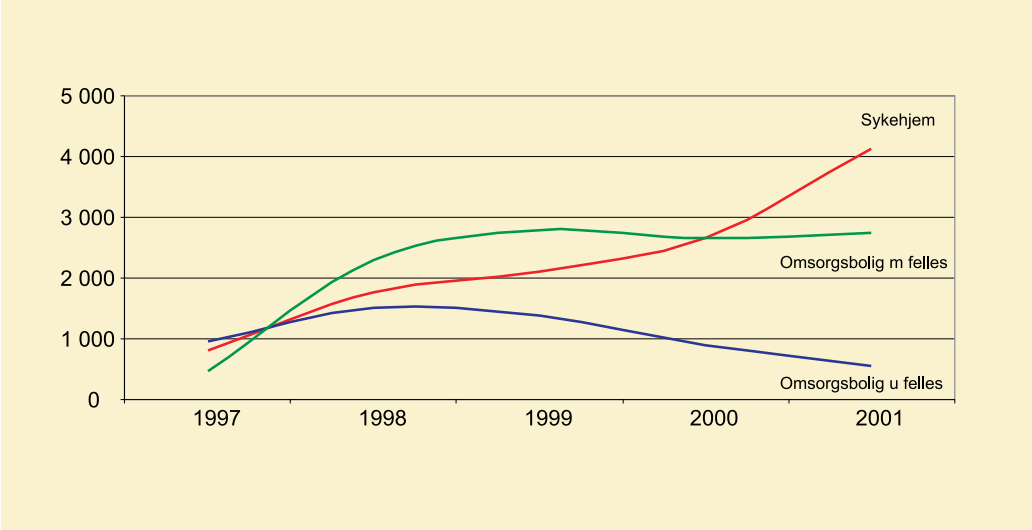
Kilde: Husbanken

Kommunene Bærum og Bergen har fått tilskudd til bygging av sykehjem i utlandet. Begge prosjekter er lokalisert i Spania, og flere kommuner deltar i samarbeidet. Det er gjort et omfattende utredningsarbeid om forutsetningene for slik etablering finansiert med statlig tilskudd, og forsøket med å gi pleie- og omsorgstilbud i utlandet vil bli løpende evaluert.

5.1.2 Flest omsorgsboliger med fellesareal

Andelen sykehjemsprosjekter av totalt antall fordelte tilsagn har økt fra 32 % i 1998 til 65 % i 2002, mens omsorgsboligandelen har gått tilsvarende ned.

Omsorgsboliger kan bygges både som bofellesskap og bokollektiver, eller som fullverdige leiligheter med eller uten tilhørende fellesarealer. Fra 1997 har Husbanken godkjent et økende antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger med ulike typer fellesareal (se figur 5.3). Antall godkjente omsorgsboliger uten fellesarealer har vært klart synkende siden 1999. I 2001 ble det godkjent over 4.000 sykehjemsplasser og 2.700 omsorgsboliger med fellesarealer, mens det kun ble godkjent 500 omsorgsboliger uten fellesarealer.

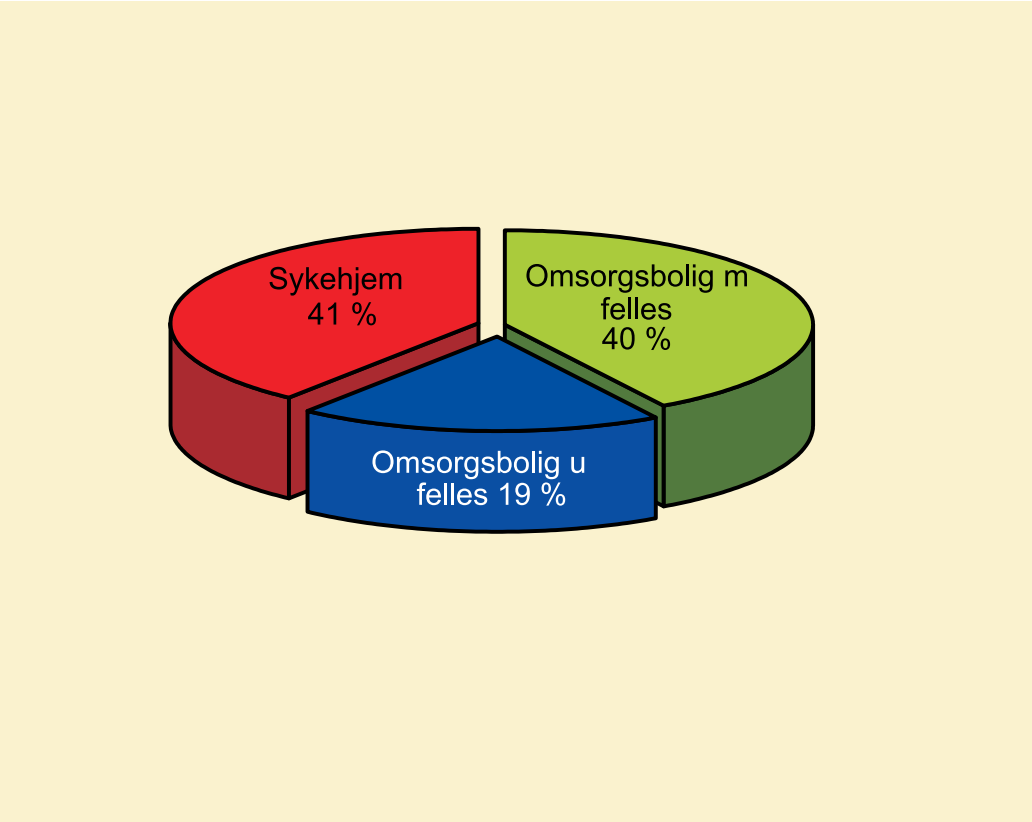


*Figur 5.3 Boenheter og fellesareal 1997–2001 **

* Antall boenheter m/ u fellesarealer godkjent pr år

Kilde: Husbanken

Mer enn 80 % av boenhetene som har fått tilsagn fra Husbanken i perioden 1997–2001 har fellesarealer, men 20 % bygges/utbedres uten slik fellesareal (se figur 5.2).

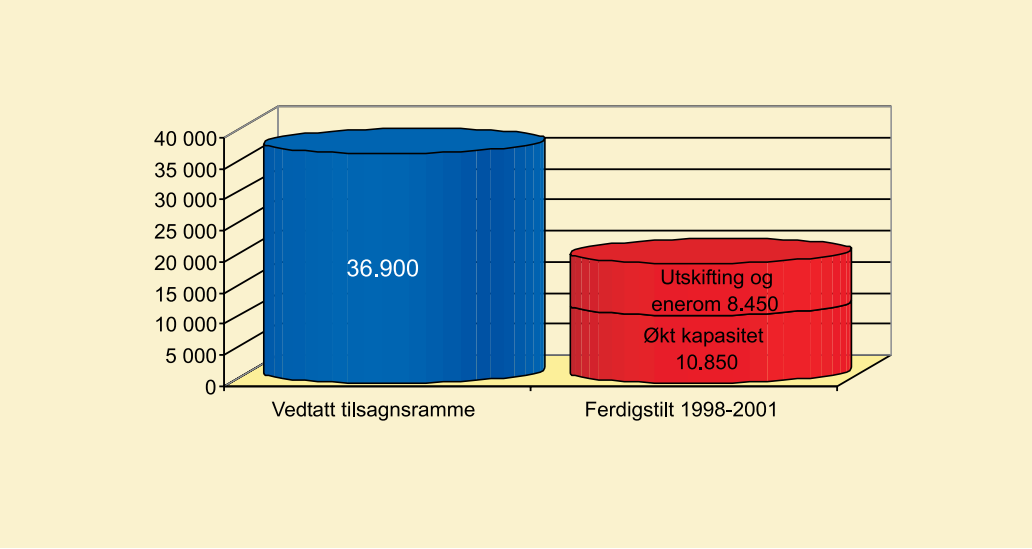


Figur 5.4 Godkjente boenheter 1997–2001 – med og uten fellesarealer

Kilde: Husbanken

5.1.3 Ferdigbygde boenheter – halvveis i utbyggingen

Kommunene har for 1998–2001 rapportert at det ble ferdigstilt 18.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, mens 1.300 enheter ble utbedret, til sammen 19.300 enheter. Nær halvparten av de tilsagn som er gitt vil først gi synlige resultater i form av ferdigbygde sykehjemsplasser og omsorgsboliger de nærmeste 4 årene. Dersom vi legger til grunn kommunenes egne planer, vil 2003 bli det året i handlingsplanen hvor flest prosjekter blir tatt i bruk.



*Figur 5.5 Vedtatt tilsagnsramme 1997–2002 og status ferdigbygde enheter**

* Ant enheter sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Kilde: Husbanken og fylkesmannen

Kommunene rapporterer for perioden 1998 – 2001 en kapasitetsøkning på i alt 10.850 nye boenheter, fordelt med 3.050 nye sykehjemsplasser og 10.800 omsorgsboliger, med fradrag for 3.000 aldershjemsplasser som er nedlagt. Dette innebærer at 80 % av den opprinnelige målsettingen om 13.600 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i økt kapasitet allerede er dekket etter 4 år av handlingsplanperioden (se figur 5.5). Når det gjelder enerom, utskifting og utbedring er 8.450 enheter realisert etter 4 år. Tabell 5.2 oppsummerer hovedtallene etter 4 år.

Tabell 5.2: Utbyggingsbehov og ferdigbygde boenheter 1998–2001 – sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Sykehjemsplasser og omsorgsboliger	Måltall	Resultattall 1998–2001	Resultat i % av måltall
Utskifting / enerom / utbedring	10 800	8 450	78 %
Kapasitetsøkning	13 600	10 850	80 %
herav sykehjem	3 200	3 050	95 %
omsorgsboliger	10 400	10 800	104 %
aldershjem	–	–3 000	

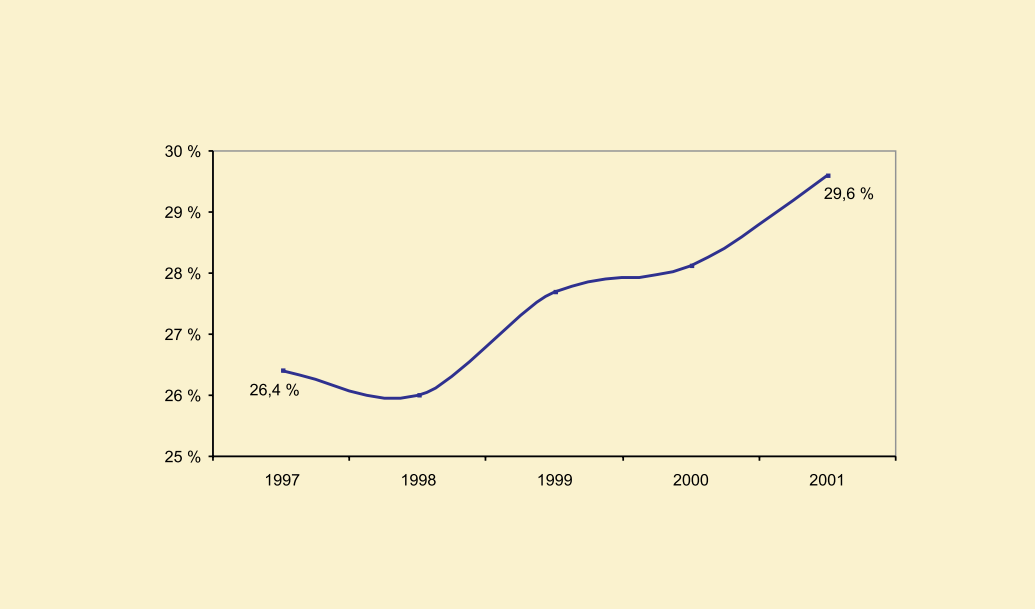
Tabell 5.2: Utbyggingsbehov og ferdigbygde boenheter 1998–2001 – sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Sykehjemsplasser og omsorgsboliger	Måltall	Resultattall 1998–2001	Resultat i % av måltall
Til sammen	24 400	19 300	79 %

5.2 Kapasitetsvekst

5.2.1 Økt dekningsgrad 1997–2001

Det samlede tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger er økt med om lag 10.850 boenheter i løpet av fire år. Veksten er sterkere enn veksten i antall åttiåringer og den samlede dekningsgraden er derfor økt fra 26,4 i 1997 til 29,6 i 2001 (se figur 5.6).

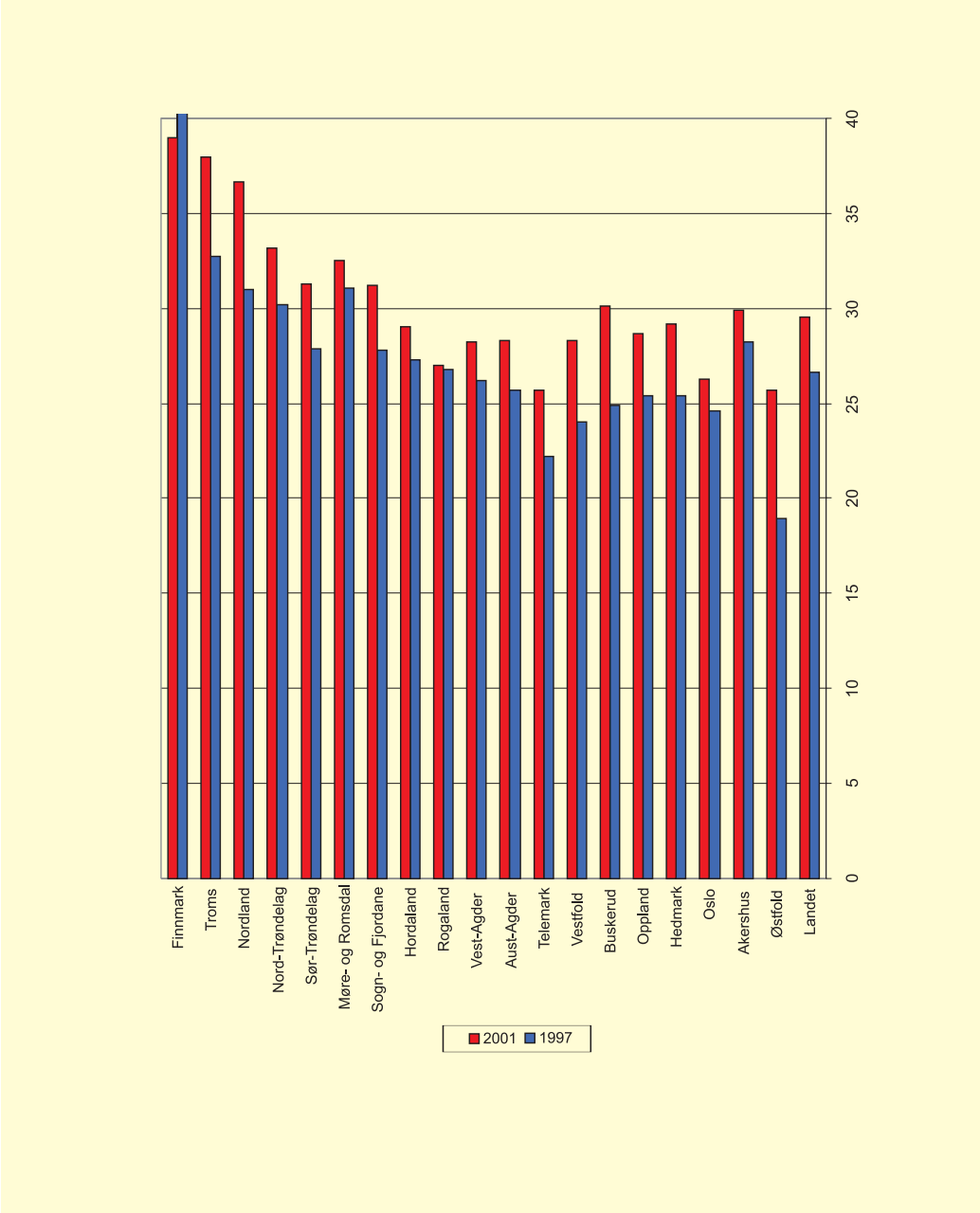


*Figur 5.6 Resultat dekningsgrad institusjon og omsorgsbolig 1997–2001**

* Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger pr 100 innb 80+

Kilde: SSB og kommunenes rapporter I-55/2001

Alle fylker har etter 4 år av handlingsplanen en samlet dekningsgrad av institusjonsplasser og omsorgsboliger over 25 % (se figur 5.7). Akershus, Buskerud, Sogn- og Fjordane, Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark har alle over 30 % dekning i gjennomsnitt.



*Figur 5.7 Resultat institusjons og omsorgsboligdekning 1997–2001**

* Gjennomsnitt institusjons- og omsorgsboligdekning 1997 26,4 og i 2001 29,6 boenheter pr 100 innb 80+

Kilde: SSB og kommunenes rapport I-55/2001

Fra 1997 til 2001 er antall institusjonsplasser og omsorgsboliger økt med 21 % i gjennomsnitt for hele landet.

Østfold hadde den laveste dekningen før handlingsplanen. At nettopp dette fylket har oppnådd størst vekst etter fire år, indikerer at handlingsplanen bidrar til å jevne ut ulikheter mellom ulike deler av landet.

Boks 5.2 Institusjons- og omsorgsboligdekning 2001 – Kommunevis variasjon

I perioden 1997 til 2001 er antall kommuner med samlet dekningsgrad av institusjonsplasser og omsorgsboliger under 25 % redusert fra 140 kommuner til 72 kommuner. I 2001 var 82 % av landets 80-åringer innbyggere i kommuner med et samlet tilbud av institusjonsplasser og omsorgsboliger tilsvarende 25 % eller mer, mens de resterende 18 % lever i kommuner med en dekningsgrad under 25 %.

Tabell 5.3: Institusjons- og omsorgsbolig-dekning 2001 – kommunevis variasjon

Antall kommuner med:	2001	Pst av landets innb 80år+
Lav dekning (under 25 %)	72	18 %
Middels dekning (25–30 %)	103	45 %
Høy dekning (30–40 %)	176	29 %
Svært høy dekning (over 40 %)	84	8 %
I alt	435	100 %

Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger pr 100 innb 80år+

Kilde: SSB og I-55/2001

Antall sykehjemsplasser har økt med 3.050 fra 1997 til 2001. Ettersom tallet på eldre over 80 år har økt med 17.000 personer i denne perioden, er dekningsgraden for sykehjemsplasser uendret. Sykehjemsdekningen er nå lavest i Østfold med 14,5 %, mens den er høyest i Oslo, Sogn- og Fjordane og de tre nordligste fylker. Fra 1997 er tilbudet økt mest i Finnmark og Møre og Romsdal. Utviklingen fra 1997 til 2001 viser at 20 % av kommunene reduserte antallet sykehjemsplasser, mens 45 % av kommunene har økt antall sykehjemsplasser. Dette viser at det skjer endringer i svært mange kommuner.

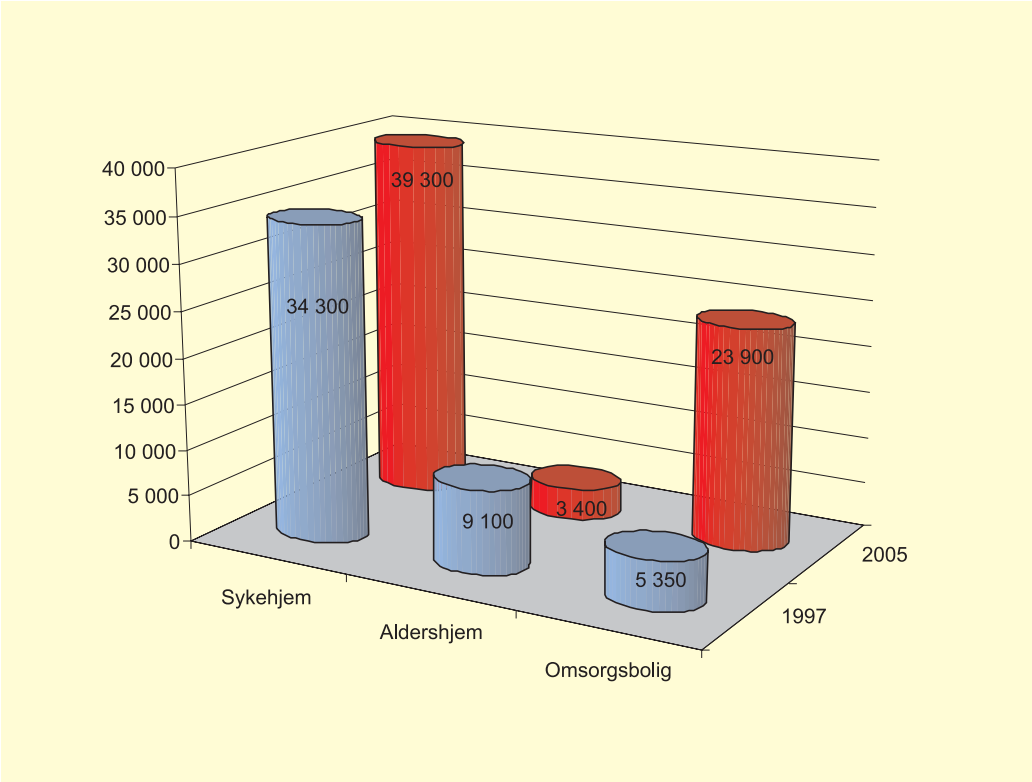
Tilbudet av aldershjemsplasser reduseres raskt, og erstattes i stor grad med nye omsorgsboliger.

Tilbudet av omsorgsboliger øker raskt. I 1997 var det om lag 5.350 omsorgsboliger, og litt mer enn halvparten av kommunene hadde et slikt tilbud. På 4 år er antallet omsorgsboliger økt med 10.800 og mer enn 80 % av kommunene hadde omsorgsboliger i år 2001. Omsorgsboligdekningen har økt fra 2,9 % til 8 % i løpet av de 4 første årene av handlingsplanperioden. Mest har tilbudet økt i Østfold, Telemark, Aust-Agder og Finnmark, minst i Oslo, Rogaland og Nord-Trøndelag. Omsorgsboligdekningen var i 2001 høyest i Nord-Trøndelag, Nordland og Troms, og lavest i Oslo.

Sammensetningen av institusjons- og omsorgsboligtilbudet varierer. Sykehjemstilbudet er fortsatt klart den største delen i alle fylker, men andelen omsorgsboliger er økende. For landet samlet bestod tilbudet i 2001 av 18,6 % sykehjem, 3 % aldershjem og 8 % omsorgsbolig, til sammen 29,6 % pr innb over 80 år.

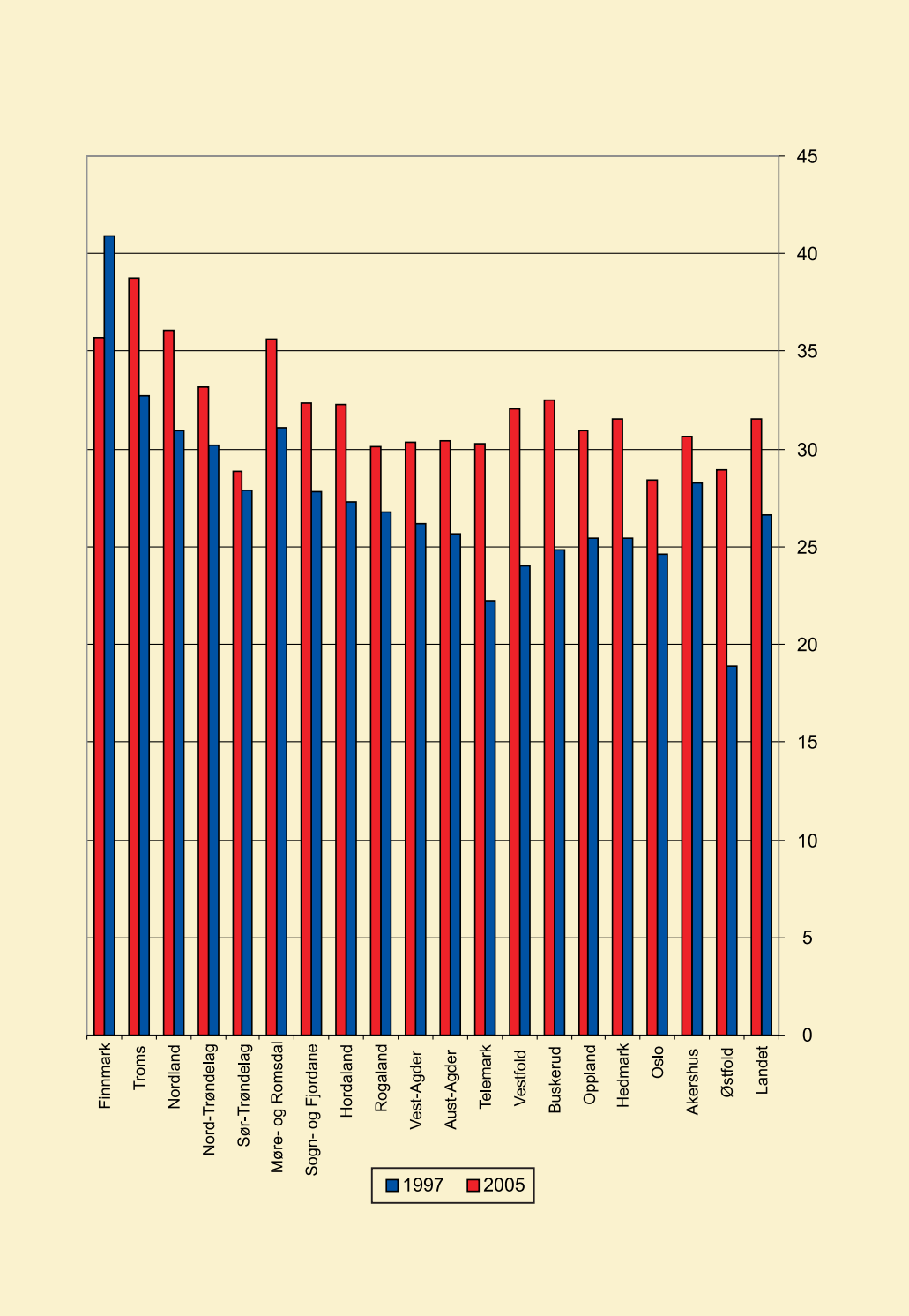
5.2.2 Prognose for sluttresultat 2005

Sosialdepartementet har i samarbeid med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose med utgangspunkt i fordelingen av den samlede tilsagnsrammen. I forhold til utgangspunktet i 1997 viser prognosene for 2005 at handlingsplanen vil medføre en kapasitetsvekst på 5.000 flere sykehjemsplasser og 18.550 flere omsorgsboliger, mens 5.700 aldershjemsplasser vil bli lagt ned (se figur 5.8). Dette gir en samlet dekningsgrad av institusjonsplasser og omsorgsboliger på 31,6 % i 2005.



Figur 5.8 Sluttresultat 2005 antall institusjonsplasser og omsorgsboliger
Kilde: SSB og fylkesmannens prognose

Fylkesvis varierer institusjons- og omsorgsboligdekningen fra drøyt 38 % i Troms til 28 % i Oslo. Dette er gjennomsnitt for hvert fylke og kommunenes dekning vil variere innenfor hvert fylke.



*Figur 5.9 Sluttresultat 1997–2005 Institusjon og omsorgsboligdekning**

* Gjennomsnitt økt fra 26.4 boenheter pr 100 innb 80+ i 1997 til 31.6 boenheter i 2005

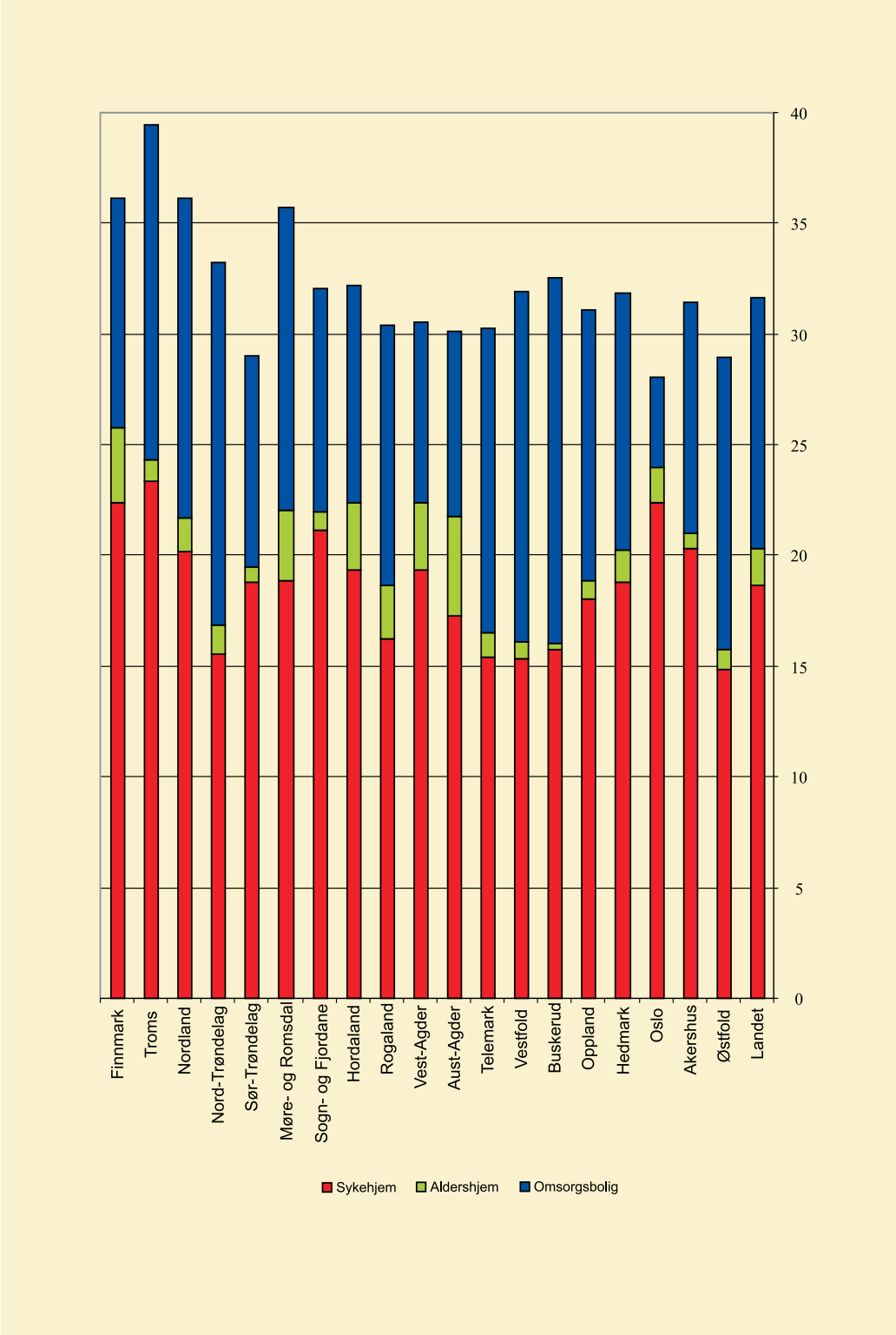
Kilde: Fylkesmannens prognoser

De fleste fylkene vil ha en samlet dekningsgrad på over 30 % etter at handlingsplanen er gjennomført (se figur 5.9). Bare Oslo, Østfold og Sør-Trøndelag ligger under 30 % dekning.

Østfold, som i utgangspunktet lå lavest, vil ha den klart sterkeste økningen i dekningsgrad i løpet av handlingsplanen, mens Finnmark, som lå høyest i 1997, har bygd ned sin samlede dekningsgrad. De fire nordligste fylkene har sammen med Møre- og Romsdal høyest dekningsgrad. Det har skjedd en betydelig utjamning, og variasjonen er nå kanskje ikke større enn ulike geografiske og demografiske forhold kan forklare på fylkesnivå.

Den samlede dekningsgraden etter handlingsplanen vil bestå av 18,7 % sykehjemsplasser, 1,6 % aldershjemsplasser og 11,3 % omsorgsboliger.

Det er stor variasjon i sammensetning av botilbudet i pleie- og omsorgstjenesten fylkene mellom (se figur 5.10). Den samlede dekningsgraden av institusjonsplasser og omsorgsboliger varierer imidlertid ikke så mye. I de nordligste fylkene og Møre og Romsdal vil en fortsatt høy institusjonsdekning bli supplert med et høyt antall omsorgsboliger. Oslo, Hordaland og Agderfylkene har en høy institusjonsandel og få omsorgsboliger, mens fylker som Vestfold, Buskerud og Nord-Trøndelag vil ha flere omsorgsboliger enn sykehjemsplasser i 2005.



*Figur 5.10 Sluttresultat 2005 Samlet dekningsgrad fordelt på sykehjem/ aldershjem / omsorgsbolig**

* Gjennomsnitt er 31.6 boenheter pr 100 innb 80+: 18.7 % sykehjem, 1,6 % aldershjem og 11,3 % omsorgsbolig

Kilde: Fylkesmannens prognose

Boks 5.3 Institusjons- og omsorgsboligdekning 2005 – Kommunevis variasjon

Prognosene viser at handlingsplanen i perioden 1997 til 2005 vil redusere antall kommuner med samlet dekningsgrad av institusjonsplasser/ omsorgsboliger under 25 % fra 140 til 22 kommuner. I disse 22 kommunene bor bare 6 % av landets befolkning over 80 år. Prognosen viser videre at 53 % av landets 80-åringer vil bo i kommuner med en samlet dekningsgrad på 30 % eller mer. 96 kommuner, og mange av de større kommunene vil ha en dekning mellom 25 og 30 %.

Hovedvekten av kommunene vil ha mellom 15 og 20 % sykehjemsdekning. Prognosen viser at 96 av landets kommuner vil ha sykehjemsdekning over 25 %, men at bare 7 % av landets åttiåringer bor i disse kommunene. Dette betyr at det i hovedsak er de minste kommunene som vil ha så høy sykehjemsdekning. 72 kommuner med 22 % av innbyggerne over 80 år vil få en sykehjemsdekning under 15 %. Nesten alle disse 72 kommunene vil imidlertid få et tilbud av omsorgsboliger som kompenserer for lav sykehjemsdekning, slik at det samlede tilbudet blir godt over 25 %.

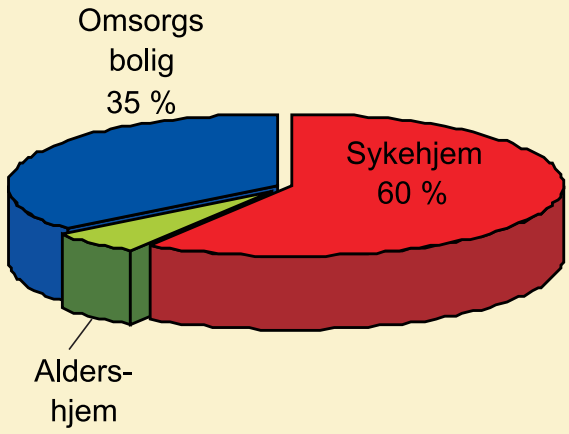
161 kommuner vil etter prognosen få en omsorgsboligdekning under 10 % i 2005 og nesten halvparten av innbyggerne over 80 år lever i disse kommunene. 62 kommuner vil få en omsorgsboligdekning over 20 %, men kun 9 % av innbyggerne over 80 år lever i disse kommunene. De øvrige kommunene vil få en omsorgsboligdekning på mellom 10 og 20 %. Bare to av de ti største kommunene vil ligge over landsgjennomsnittet for samlet tilbud av institusjon og omsorgsboliger i 2005, mens halvparten av kommunene vil ligge mellom 25 og 30 % dekning. 7 av de 10 kommunene vil ha under 20 % sykehjemsdekning, og 7 vil ha under 10 % omsorgsboligdekning.

Tabell 5.4: Sluttresultat 2005 dekningsgrad institusjon og omsorgsbolig – kommunevis variasjon

Kommuner med:	Antall kommuner	Pst av landets innb 80år+
Lav dekning (under 25 %)	22	6 %
Middels dekning (25–30 %)	96	41 %
Høy dekning (30–40 %)	218	43 %
Svært høy dekning (over 40 %)	99	10 %
I alt	435	100 %

Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger pr 100 innb 80år+

Kilde: Fylkesmannens prognoser



*Figur 5.11 Sluttresultat 2005 – boformer**

* Samlet tilbud sykehjem, aldershjem og omsorgsbolig

Kilde: Fylkesmannens prognose

Prognosen viser at veksten i antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger er sterkere enn veksten i antall åttiåringer, og den samlede dekningsgraden er økt med 5,2 prosentpoeng siden 1997. Den samlede dekning av institusjonsplasser og omsorgsboliger vil være på 31,6 % etter handlingsplanen (2005). Det samlede tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger vil i følge prognosene være økt med om lag 17.850 boenheter fra 1997 til 2005. Tilbudet vil bestå av 60 % sykehjemsplasser, 5 % aldershjemsplasser og 35 % omsorgsboliger (se figur 5.11). Utover dette har kommunene fra før et betydelig antall andre boliger som disponeres til pleie- og omsorgsformål. For kommunevise variasjoner, se boks 5.3.

5.3 Kvalitetsheving og flere enerom

Målsettingen har vært å sluttføre eneromsreformen innen 1. januar 2003 slik at beboere i syke- og aldershjem som ønsker det kan få eget rom. Samtidig har det vært et mål å avskaffe uverdige bo- og arbeidsmiljøforhold i gamle institusjoner som er brannfarlige, trangbodde, har rom uten eget bad/wc, dårlig tilgjengelighet m.v.

5.3.1 Opprusting og modernisering 1998–2001

Kommunene rapporterer at det i perioden 1998–2001 er bygd om lag 7.150 sykehjemsplasser og omsorgsboliger for å erstatte plasser som er gått tapt ved ombygging til enerom, nedlegging av aldershjem og utskifting av gammel bygningsmasse. Videre er det utbedret 1.300 plasser og boliger.

Da handlingsplanen ble satt i verk fra 1998 var 83 % av i alt 37.400 beboerrom i pleie- og omsorgstjenestens institusjoner enerom (SSB). Det innebar at om lag 12.700 beboere fortsatt bodde i to eller flersengs-rom. Etter 4 år av handlingsplanperioden er antall beboere uten eget rom redusert med om lag 4.300.

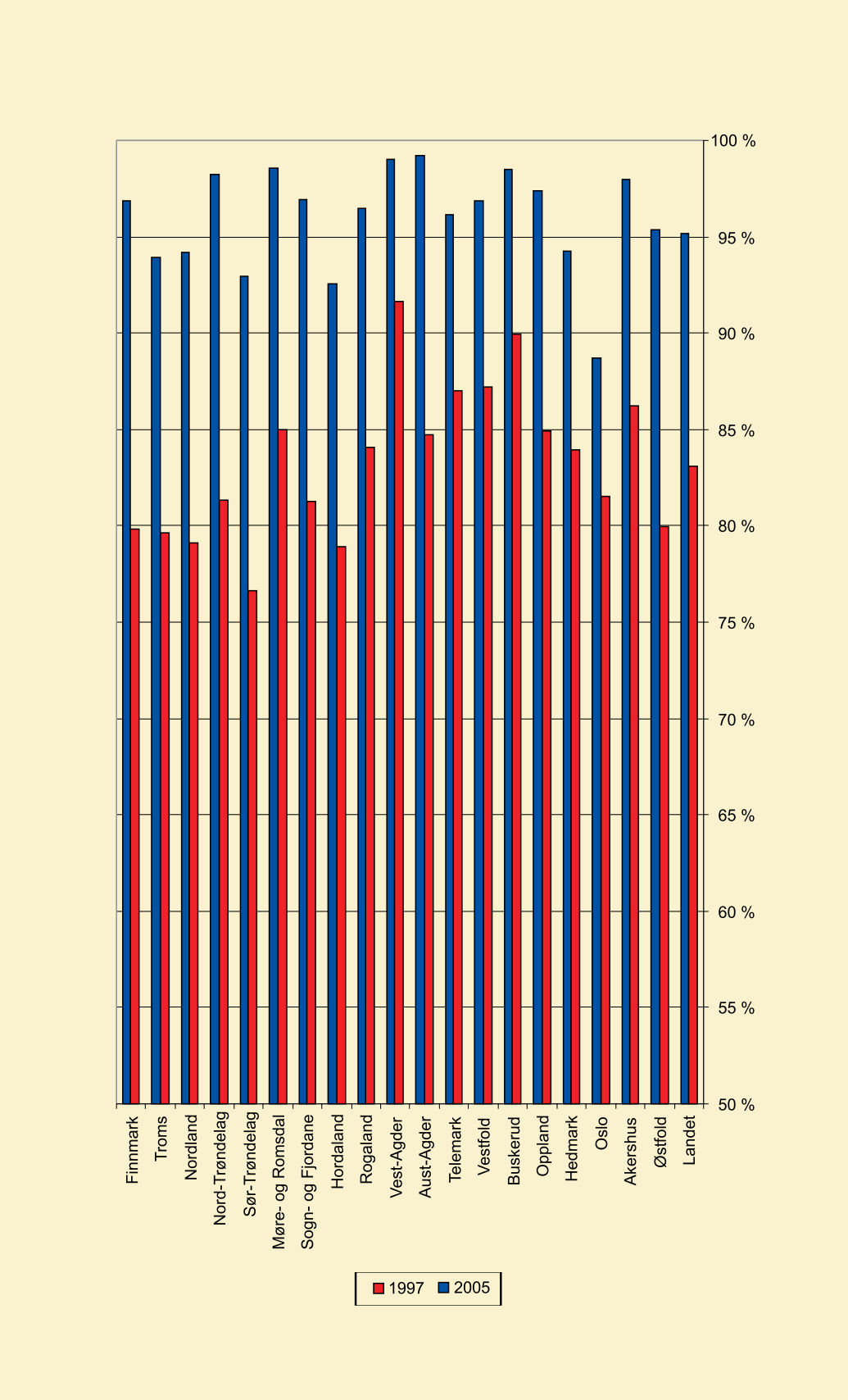
Kommunenes rapporter til fylkesmannen innebærer at eneromsdekningen for 2001 ser ut til å bli om lag 88,5 %. Dette betyr en like sterk økning i eneromsdekningen siste år som de tre foregående år til sammen.

Byggingen av omsorgsboliger bidrar også etter hvert til at mange gamle aldershjemsplasser og institusjonsplasser med 2- og flersengsrom erstattes med boliger. Regnes omsorgsboligene med, har derfor «eneroms»-andelen økt mer enn tallene ovenfor viser.

Gamle aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem skiftes ut, og flere tusen aldershjemsplasser faller bort. Disse plassene erstattes i stor grad med omsorgsboliger. Sykehjemmene fornyes og rustes opp og får moderne standard. Samlet innebærer dette en betydelig kvalitetsheving av eldreomsorgens bygningsmasse, som vil gi både høyere bostandard og bedre arbeidsmiljø. Dette vil ha betydning både for de som bor her og de som arbeider her, og legge til rette for større trivsel, bedre rekruttering og høyere effektivitet.

5.3.2 Prognose for sluttresultat 2005

I følge prognosene vil dagens investeringsramme medføre at antall personer uten eget rom er redusert med om lag 8.700, slik at det bare vil være om lag 4.000 personer som ikke disponerer eget rom i 2005. Rundt 2.000 dobbeltrom er ikke mer enn det som må være tilrettelagt for ektepar eller andre som ønsker å bo sammen.



*Figur 5.12 Sluttresultat 2005 eneromsdekning**

* Gjennomsnitt øker fra 83,1 % i 1997 til 95 % i 2005. Eneromsdekning målt som andelen rom som er enerom

Kilde: Fylkesmannens prognoser

Eneromsdekningen for landet samlet vil i følge prognosen være forbedret fra 83 % i 1997 til omlag 95 % i 2005. Alle fylker med unntak av Oslo vil ligge med en eneromsdekning på over 90 pst etter at handlingsplanen er fullført. Høyest vil eneromsdekningen være i Akershus, Buskerud, Agder-fylkene og Møre og Romsdal, mens den vil være minst i Oslo, Hordaland og Sør-Trøndelag, der de tre største byene i landet ligger (se figur 5.12). For kommunevise variasjoner, se boks 5.4.

Boks 5.4 Eneromsdekning 2005 – Kommunevise variasjoner

212 av landets kommuner hadde en lav eneromsdekning under 85 % før handlingsplanen 1997, mens prognosen viser at bare 16 kommuner vil ha en lav dekning i 2005. Kun 3 % av befolkningen over 80 år vil bo i kommuner med lav eneromsdekning i 2005. Tilsvarende hadde 164 kommuner høy eneromsdekning i 1997, mens hele 385 kommuner vil få høy dekning i 2005. Mer en - deler av befolkningen over 80 år vil bo i kommuner med høy eneromsdekning etter handlingsplanen.

*Tabell 5.5: Sluttresultat 2005 eneromsdekning * – kommunevis variasjon*

Kommuner med:	Ant. kommuner	Pst av landets innb 80år+
Lav dekning (under 85 %)	16	3 %
Middels dekning (85–90 %)	34	21 %
Høy dekning (90–95 %)	58	19 %
Svært høy dekning (over 95 %)	327	57 %
I alt	435	100 %

* Eneromsdekning definert som andelen rom i institusjon som er enerom

Kilde: Fylkesmannens prognoser

Det er 50 kommuner der prognosen viser eneromsdekning under 90 %. Ved siden av Oslo peker Hordaland og Troms seg ut med en større andel kommuner med lav eneromsdekning enn landet for øvrig.
Dersom vi studerer utviklingen for de store kommunene særskilt, ser vi at eneromsdekningen er klart styrket. 7 av de 10 største kommunene vil være over 90 % etter handlingsplanen. Oslo, Trondheim og Tromsø vil i følge prognosen få problemer med å oppnå 90 % eneromsdekning.

Når handlingsplanen er gjennomført vil nesten 45 % av landets sykehjem enten være nybygd, skiftet ut med nye og moderne bygg eller ombygd og utbedret til fullverdig moderne standard.

Det er mange forhold som har gjort dette nødvendig:

– Uakseptable boforhold med trangboddhet, manglende bad/WC, man-

glende tilgjengelighet og transportmuligheter i seng/ rullestol
- Lite plass til privatliv og dårlig tilrettelegging for familie/ pårørende
- Brannfare og brannsikkerhetsmessige hensyn
- Arbeidsmiljø og helse-, miljø og sikkerhet, tilgjengelighet i pleiearbeidet, ventilasjon m.v
- Hensynet til driftseffektivitet, lokalisering og organisering

Eldreomsorgen vil etter handlingsplanen stå langt bedre rustet med gode og moderne lokaler. Dette vil først og fremst gi et bedre bomiljø for den enkelte beboer med god tilrettelegging også for familie og pårørende, og skape økt trivsel og velvære for mennesker som i stor grad må oppholde seg hele døgnet på et svært avgrenset areal.

Videre vil det innebære en betydelig bedring av det fysiske arbeidsmiljøet, med den betydning dette har for kvalitet på tjenesteproduksjon, mindre sykefravær og trivsel på arbeidsplassen. Erfaringer fra handlingsplanen tyder på at nye og moderne bygg også kan være en viktig faktor i forhold til rekruttering av personell.

Brannsikkerhet har også vært en svært viktig grunn til at mange gamle bygg er modernisert eller tatt ut av drift og erstattet med nybygg. Svært mange kommuner har ellers benyttet muligheten til å omorganisere og legge om driften med sikte på større effektivitet, gjennom desentralisert lokalisering og botilbud med nærhet til brukere og lokalsamfunn.

5.4 Økonomiske kostnader – investeringer

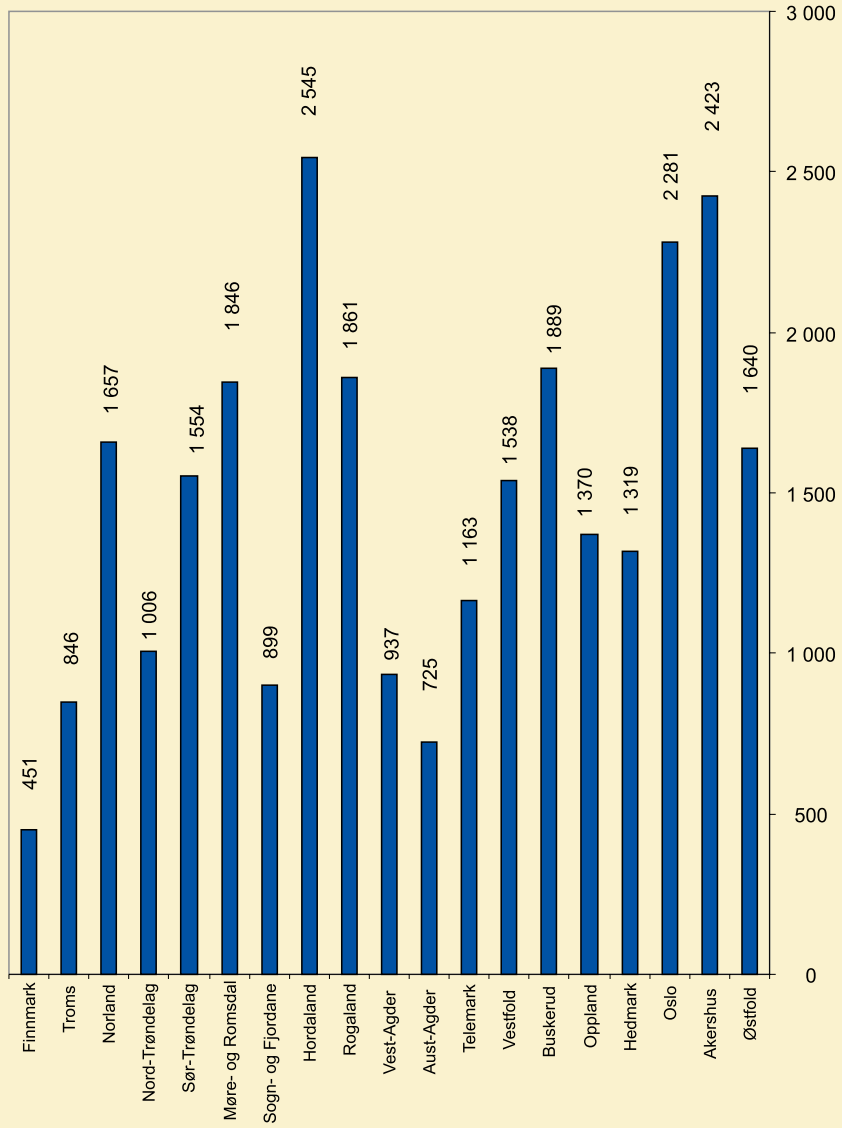
Handlingsplanen har benyttet stimuleringstilskudd for å sette kommunene i stand til å gjennomføre utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger. Det er benyttet et engangstilskudd (oppstartingstilskudd) og et tilskudd til å dekke utgifter til renter og avdrag for lån (kompensasjonstilskudd). Til sammen får kommunene dekket byggekostnader opp til kr 830 000 for sykehjemsplasser og kr 740 000 for omsorgsboliger. Ordningen fikk tilbakevirkende kraft, slik at prosjekter som fikk tilsagn i 1997 også kom inn under ordningen.

Som følge av at alle tilskudd til kommunene er prisjustert i 2002, er satsene for oppstartingstilskuddet hevet fra 175.000 kr til 181.300 kr pr omsorgsbolig og fra 375.000 kr til 388.500 kr pr sykehjemsplass for tilsagn som gis i 2002. Grensene for byggekostnader som tilskuddsordningene skal dekke er oppjustert tilsvarende, dvs til 746.300 kr pr omsorgsbolig og 843.500 pr sykehjemsplass.

Gjennomsnittlige byggekostnader pr boenhet var i 2001 1,285 millioner kroner (jf Husbankens statistikk). Differansen mellom statlig tilskudd og kommunenes faktiske byggekostnader forutsettes dekket av husleie/egenbetaling og eventuelt av kommunenes frie inntekter. Når det gjelder kostnadsveksten og årsakene til den vises til omtale i kapittel 5.1.3 i St.meld. nr. 34 (1999–2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.

Stortinget vedtar i statsbudsjettet en tilsagnsramme for antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger hvert enkelt år. Oppstartingstilskuddet utbetales når prosjektene er ferdig bygd, mens kompensasjonstilskuddet utbetales over 30 år. Dette innebærer at en vesentlig del av statens utgifter knyttet til handlingsplanen først kommer mange år fram i tid. Den foreløpige investering-

sramme for handlingsplanen innebærer at staten skal finansiere om lag 28 milliarder kroner av kommunenes byggekostnader. I tillegg kommer rentekostnadene. Etter 5 år av handlingsplanen er knapt 7 milliarder kroner av dette utbetalt over statsbudsjettet. Resterende utgifter skal finansieres over framtidige statsbudsjett.



Figur 5.13 Statlig finansiering av sykehjem og omsorgsboliger 1997–2002 i mill kr. *

* Samlet oppstartingstilskudd og avdragskompensasjon til sykehjemsplasser/ omsorgsboliger som er gitt tilsagn i perioden 1997–2002

Kilde: Husbanken og Sosialdepartementet

Dersom vi fordeler hele handlingsplanens tilsagnsramme på om lag 28 milliarder kroner fylkesvis, ser vi hva det enkelte fylke har fått til fordeling på kommunene (se figur 5.13).

5.5 Vurdering av resultater og måloppnåelse

Opprinnelige måltall for handlingsplanen vil være overoppfylt i 2005, etter at tilsagnsrammen er blitt utvidet med ytterligere 9.000 boenheter. Kapasitetsøkningen vil være 23.550 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, mens måltallet var 13.600. Både veksten i sykehjem og omsorgsboliger vil ligge over de beregninger som lå til grunn for handlingsplanen i St.meld.nr. 50 (1996–97). Reduksjonen i aldershjemsplasser vil imidlertid i stor grad bli erstattet av omsorgsboliger, slik at netto kapasitetsvekst blir noe mindre, se tabell 5.6.

Tabell 5.6: Opprinnelige måltall og prognose for ferdigbygde boenheter 1998–2005

Sykehjemsplasser og omsorgsboliger	Måltall	Resultattall 1998–2005
Utskifting / enerom / utbedring	10 800	18 950
Kapasitetsøkning	13 600	17 850
herav sykehjem	3 200	5 000
omsorgsboliger	10 400	18 550
aldershjem	–	–5 700
Til sammen	24 400 *	36 800

* I tillegg til måltallet på 24.400 er det gitt tilsagn til 3.500 enheter før 1998. Senere er tilsagnsrammen utvidet med ytterligere 9.000 enheter

Prognosene viser at landet sett under ett vil få en samlet dekning av omsorgsboliger og sykehjemsplasser godt over det som opprinnelig var forutsatt i handlingsplan for eldreomsorgen. Samtidig ser det ut til at eneromsreformen etter mange års arbeid endelig vil bli fullført. Sammenholdt med den personellveksten som er gjennomført i handlingsplanperioden, innebærer dette en reell styrking av det samlede pleie- og omsorgstilbudet. Etter at kommunene på nittitallet kom på etterskudd i forhold til veksten i antall eldre, øker nå kapasiteten i eldreomsorgen raskere enn veksten i antall eldre tilsier.

Endret utbyggingsmønster

Prognosene bekrefter at hovedtrekkene i kommunenes utbyggingsmønster med kommunale variasjoner ser ut til å være:

- Aldershjemmene legges ned og erstattes i stor grad med utbygging av omsorgsboliger
- Sykehjemmene rustes opp og gjennomgår en omfattende standardheving og modernisering. Eneromsreformen blir gjennomført som en del av dette.
- Kapasiteten øker både i form av flere sykehjemsplasser, og ikke minst ved utbygging av omsorgsboliger. Sykehjemsdekningen holder så vidt tritt med befolkningsutviklingen, mens omsorgsboligdekningen øker kraftig

Utjamning og mangfold

Med prioriteringsregler og klarere styringssignaler har regjeringen bidratt til å heve de kommunene som lå lavest og skapt større likhet i samlet tjenestetilbud kommunene mellom. Det er imidlertid blitt et større mangfold i forhold til hvordan det samlede tilbudet er satt sammen. Kommunene har valgt å satse forskjellig både når det gjelder utforming av botilbudet og organisering av tjenestene. I noen fylker utgjør sykehjemmene den dominerende delen av tilbudet, mens tre fylker ifølge prognosene nå vil få flere omsorgsboliger enn sykehjemsplasser. Her brukes omsorgsboligene mer fleksibelt til ulike formål. De erstatter aldershjemmene som legges ned og fungerer også i mange kommuner som et alternativ til sykehjem, samtidig som de benyttes som botilbud for mennesker med mindre omfattende omsorgsbehov. Dette understrekes av at de fleste omsorgsboligene nå bygges ut med fellesareal.

Fortsatt gjenstår noe

Handlingsplanen for eldreomsorgen nærmer seg fullføring. Fortsatt er det imidlertid behov for å foreta mindre justeringer, slik at det blir mulig å gjennomføre en målrettet innsats i forhold til enkeltkommuner. Dette gjelder spesielt i forhold til kommuner som ikke har fått oppfylt målet om 25 prosent heldøgnsdekning.

6 Kommunale erfaringer og utfordringer

Kommunalt ansvar

I følge en undersøkelse utført ved Norsk Institutt for By- og regionforskning som et ledd i evalueringen av handlingsplan for eldreomsorgen (Brevik, NIBR 2002), mener 2/3 av landets kommuner at vekten på det kommunale sjølstyre i utbygging og utforming av omsorgstjenestene, er en av de beste garantier for utviklingen av kvalitativt bedre omsorgstjenester. Bare 21 % av kommunene mener staten gjennom handlingsplan for eldreomsorgen på en mer konkret og presis måte skulle bestemt hvordan kommunene skulle fastsette behovet. Hver fjerde kommune sier at det veiledende statlige måltallet på 25 % heldøgnsdekning ikke kan nyttes i egen kommune på grunn av særskilte lokale forhold.

Balanse mellom sykehjem og omsorgsboliger

Hele 80 % av kommunene mener at de under Handlingsplan for eldreomsorgen har kommet fram til en omforent balanse i tilbudet mellom sykehjem og omsorgsboliger. Bare 1/3 av kommunene mente statlige myndigheter skulle vært klarere og mer konkrete på hvordan denne fordelingen bør være. Kommunenes begrunnelse for å satse på omsorgsboliger er først og fremst at det gir mer fleksibelt rom for å organisere tjenestene utfra brukernes behov, og at det gir en større omsorgsarena å spille på. 2/3 av kommunene oppgir at de som har flyttet inn i omsorgsbolig har fått mulighet til døgntjeneste fra første dag ved behov, og mer enn fire av fem kommuner har rutine på at alle som flytter i omsorgsbolig får tildelt tjenester ved enkeltvedtak.

Beboere i omsorgsboliger

Agenda Utredning & Utvikling har i en rapport utført for Husbanken (Agenda 2002) blant annet sett på eierform og beboersammensetning i nye omsorgsboliger. Utredningen er basert på en undersøkelse i 108 kommuner, og viser at 73 % av beboerne i kommunalt utleide omsorgsboliger er eldre med kroniske sykdommer, aldersdemens og omfattende eller moderat funksjonssvikt, mens bare 3 % brukes til «friske» eldre. De øvrige 24 % benyttes til beboere med funksjonshemming, utviklingshemming og innenfor psykiatri. Det er visse forskjeller i beboersammensetning mellom eierformer, først og fremst ved at eldre med moderat funksjonssvikt utgjør en større andel i ikke-kommunale utleieboliger og borettslag.

Nye modeller for sykehjem

Handlingsplanen har medført en omfattende fornyelse og modernisering av syke- og aldershjemmene. Enkelte kommuner har også utviklet nye modeller og driftsformer der de forsøker å kombinere erfaringene fra institusjon og mer åpen omsorg.

Sammenhengen mellom driftsorganisering, arkitektur og kvalitet er belyst i en rapport fra SINTEF om nye modeller for drift av sykehjem (Høyland, 2001). Rapporten bygger på erfaringer fra drift av nye sykehjem i Bergen

og Trondheim. Et hovedfunn er at kvaliteten øker når sykehjemmet både organisatorisk og bygningsmessig er tilrettelagt i små driftsenheter. Sykehjem som er organisert i små bogrupper med egne fellesfunksjoner, gir større nærhet mellom beboerne og personalet, økt trygghet og lettere tilgjengelighet for pårørende. Samtlige beboere i undersøkelsen understreker betydningen av enerom og muligheten for privatliv. De ansatte mener at mindre bogrupper og enerom gjør det lettere å ta hensyn til den enkeltes behov.

Undersøkelsen viser at denne nye typen sykehjem heller ikke er dyrere å drive, men at driftsutgiftene faktisk ligger i underkant av gjennomsnittet for mer tradisjonelle sykehjem.

Regjeringen ønsker å se nærmere på sammenhengene mellom bygningsmessig utforming, driftsorganisering og kvalitet i det videre utviklingsarbeid av pleie- og omsorgstjenestene.

Eldreomsorgen på dagsorden

Kommunenes innrapportering av plan- og resultatdata for handlingsplanen 15. februar 2002 inneholdt en mulighet til å gi tilbakemelding på erfaringer og framtid. De fleste kommunene mener handlingsplanen først og fremst har bidratt til å øke kapasiteten i eldreomsorgen både når det gjelder bemanning og bygninger, og heve kvaliteten på eksisterende institusjonsbygg. Handlingsplanen blir sett på som en helt nødvendig forutsetning for å få til en slik styrking av pleie- og omsorgssektoren.

En tredjedel av kommunene nevner spesielt at handlingsplanen har bidratt til at eldreomsorgen er satt på den politiske dagsorden lokalt. Mange kommuner gir positiv tilbakemelding fra planprosesser med bred deltakelse, ofte med bruk av åpne høringer som virkemiddel for å gi innspill i planarbeidet. De kommunale eldrerådene har også i mange kommuner spilt en viktig rolle, og medvirket i planlegging og utforming av tjenestetilbudet. Dette har bidratt til større kunnskap og interesse for de framtidige utfordringene. Resultatet er gode og forpliktende kommunale planer som er egnet som styringsverktøy for utvikling av eldreomsorgen.

Rekruttering er hovedutfordring

På spørsmål om hva kommunene anser for å være hovedutfordringene for pleie- og omsorgstjenesten i årene som kommer, svarer sju av ti kommuner at utfordringen er å rekruttere og beholde personell. Eksisterende og forventet mangel på sykepleiere nevnes spesielt, sammen med behovet for rekruttering av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Dette sammenfaller helt med tallene fra NIBR-undersøkelsen, der det går fram at mer enn 70 % av kommunene mener det vil by på avgjørende problemer å rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell de nærmeste årene.

Vil hjemmetjenestene svekkes?

I kommunenes rapportering av plan- og resultatdata er mange bekymret for at hjemmetjenestene vil tape kampen om personell ved ytterligere utbygging av institusjonstilbudet. Dersom bemanningen i hjemmetjenestene svekkes, vil dette ramme tilliten til at det kan gis behovsdekkende tjenester i omsorgsbo-

lig eller eget hjem. Dette vil i neste omgang bety økt press på institusjonene. Flere kommuner nevner også nødvendigheten av å utvikle større fleksibilitet i bruk av personellressursene, slik at de ansatte kan brukes både i hjemmetjenestene og i institusjon.

Bekymring for nedskjæringer

Nær en tredjedel av kommunene tilkjennegir bekymring for at de framtidige økonomiske rammebetingelsene medfører nedskjæringer. Øremerking av midler til personell har gitt målbare resultater, og det er frykt for nedskjæringer når denne øremerkingen opphører. I undersøkelsen fra NIBR regner av kommunene det som sannsynlig med reduksjoner i omsorgssektoren når de øremerkede tilskuddene faller bort. På den andre siden sier over halvparten av kommunene at de prioriterer omsorgssektoren høyt på eget grunnlag uavhengig av øremerkede tilskudd.

Eldreomsorgen en del av helse- og sosialtjenesten

Mange kommuner nevner spesielt omsorgen for aldersdemente som en av hovedutfordringene. Omsorg for psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser og andre funksjonshemninger er også nevnt i kommunenes rapportering, noe som understreker betydningen av å se eldreomsorgen i sammenheng med hele den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Kommunene står fortsatt overfor svært store utfordringer innenfor helse- og sosialsektoren i årene som kommer. Regjeringen ønsker fortsatt å basere seg på kommunalt ansvar og frihet for kommunene til å utforme sitt tjenestetilbud utfra lokale forhold i samarbeid med den enkelte bruker.

De statlige virkemidlene må innrettes slik at hele den kommunale helse- og sosialsektoren sees under ett, slik at det blir like rettigheter og ordninger for alle uavhengig av både alder, funksjonshemming og diagnose, økonomi og bosted. Dette gjelder enten den som mottar tjenester bor hjemme, i omsorgsbolig eller institusjon, enten de den ene dagen får tjenestetilbud etter kommunehelsetjenesteloven og den neste etter sosialtjenesteloven, og enten boformen har fått tilskudd etter den ene eller andre av ordningene i Husbanken.

7 Før handlingsplanen avsluttes

7.1 Justering av målene

Ved behandlingen av St meld nr 34 (1999–2000) sluttet Stortinget seg til prioriteringsregler som er innarbeidet i retningslinjene for Husbankens tilskuddsordning. Her prioriteres:
- sykehjem og omsorgsboliger som areal- og driftsmessig er tilrettelagt for heldøgns tjenestetilbud
- eneromsutbygging
- utbedring og utskifting av umoderne boliger og institusjonsbygg som ikke lenger kan godkjennes til formålet

Det er ellers lagt vekt på den enkelte kommunes behov og likebehandling mellom kommunene, slik at fordelingen av tilskuddene får en utjevnende effekt i forhold til kommunale variasjoner.

Regjeringen har lagt til grunn at retningslinjene for tilskuddsordningen ikke bør endres i sluttfasen av handlingsplanen.

Handlingsplan for eldreomsorgen bygde i utgangspunkt på

> «et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca 25 pst av befolkningen 80 år og eldre. Denne dekningsgraden kan oppfattes som uttrykk for hva som er tilfredsstillende behovsdekning på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester. Det reelle behovet i hver enkelt kommune vil kunne variere rundt dette gjennomsnittet.» Jf. St meld nr 50 (1996–97).

Etter at handlingsplanen seinere er utvidet, og på grunnlag av Sem-erklæringen og komitemerknader ved Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2002, finner regjeringen det nødvendig å justere og presisere både behovsanslaget og ambisjonsnivået. Regjeringens mål er:
- at alle kommuner som har søkt om det, gjennom handlingsplanen skal få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie- og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig
- at kommunene innenfor rammen av 25 prosent samlet dekning, også skal gis mulighet til å sikre en tilfredsstillende eneromsdekning og helt nødvendig opprustning/utskifting av gamle institusjonsbygg
- at eneromsdekningen ved alders- og sykehjemmene skal være godt over 90 prosent for landet sett under ett før utbyggingen er sluttført i 2005.

I samarbeid med fylkesmann og fylkeslege må Husbanken fortsatt utøve et betydelig skjønn når de vurderer behov ved tildeling av tilskudd til bygging av nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Dagens statistikkgrunnlag gir ikke grunnlag for presise beregninger. Departementet har for eksempel bare regnet med omsorgsboliger bygd med tilskudd fra Husbanken etter 1994, og ikke tatt hensyn til et stort antall andre boliger som kommunene ellers nytter til pleie- og omsorgsformål. Videre brukes omsorgboligene også til mennesker

med mindre omfattende pleie- og omsorgsbehov. Det kan også gjelde i institusjonene.

For å oppnå en heldøgns dekning på 25 %, mener regjeringen derfor at den samlede dekningen av aldershjem, sykehjem og omsorgsboliger må ligge noe høyere. Et operativt mål for den samlede dekningsgrad anslås å ligge nærmere 30 %. Det må tas hensyn til kommunale variasjoner i behov i denne vurderingen. Raske svingninger i tallet på eldre i enkelte kommuner, krever også en særskilt vurdering av den enkelte kommune når fylkesmann og fylkeslege utreder behovet. Kommunene skal selv i sitt planverk ha redegjort for alle forhold av betydning for denne vurderingen.

Regjeringen vil presisere at verken 90 % eneromsdekning eller 25 % samlet heldøgnsdekning er å betrakte som normtall, ettersom det er summen av den enkeltes behov for pleie- og omsorgstilbud som må være avgjørende for omfanget av kommunens tjenestetilbud. På dette området vil det fortsatt være store variasjoner i behov fra kommune til kommune. Det er nok å vise til store forskjeller i levealder, sosiale forhold, geografiske forhold, avstander, vertskommuneansvar, kommunestruktur osv.

Regjeringen vil peke på at det er personelldekningen som er den mest avgjørende faktor for muligheten til å gi heldøgnstilbud. Dette er allerede ivaretatt i handlingsplanen så langt, og vil bli fulgt opp i de neste års statsbudsjetter.

Det vil utfra dette være behov for å utvide handlingsplanen med ytterligere sykehjemsplasser og omsorgsboliger for å oppfylle disse målene.

7.2 Vurdering av personellbehov

Handlingsplan for eldreomsorgen hadde for perioden 1998–2001 et behovsanslag på vel 12.000 nye årsverk. Halvparten av disse var knyttet til styrking av hjemmetjenesten, og halvparten til utbyggingen av flere plasser med heldøgns pleie og omsorg. I løpet av handlingsplanperioden er dette behovet oppfylt, og 12.000 nye årsverk kommet på plass. Til tross for rekrutteringsproblemer, har det i de fleste kommuner vist seg mulig å øke bemanningen, slik at veksten på landsbasis har vært om lag 3.000 årsverk pr.år. Det er verdt å merke seg at antall årsverk utført av høyskoleutdannet personell har økt like raskt som for øvrige grupper.

I St.meld. nr. 34 (1999–2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år, ble behovet for ytterligere personellvekst anslått til 5.500 årsverk for perioden 2002–2007, med den usikkerhet som knytter seg til slike anslag. Behovsvurderingen bygde på en analyse av alderssammensetning og befolkningsutvikling, samt utviklingen i eldres helsetilstand og familie- og husholdsstrukturen. Den tok også hensyn til en viss endring i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjeneste.

Kommunene har nylig innrapportert sine plantall for nye årsverk i perioden 2002–2005. Kommunene planlegger 5.800 årsverk i neste 4-årsperiode. Sosialdepartementet har sammenholdt de kommunale plantallene med tidligere behovsvurdering, og kommet til at behovsanslaget på 5.500 årsverk fortsatt kan legges til grunn, men at tidsperspektivet bør justeres til å gjelde perioden 2002–2005. På den måten vil utbyggingstakten på personellsiden bli tidsmessig samordnet med utbyggingen av nye omsorgsboliger og sykehjem-

splasser, som skal være gjennomført innen utgangen av 2005. Regjeringen ser det som svært viktig å unngå at de nye plassene blir stående tomme i påvente av personell, og at det er god sammenheng mellom driftsmulighetene og de investeringer som blir gjort. Justeringen av tidsperspektivet samsvarer også bedre med kommunenes egne plantall.

Regjeringen vil legge til rette for ytterligere personelløkning gjennom veksten i kommunenes frie inntekter.

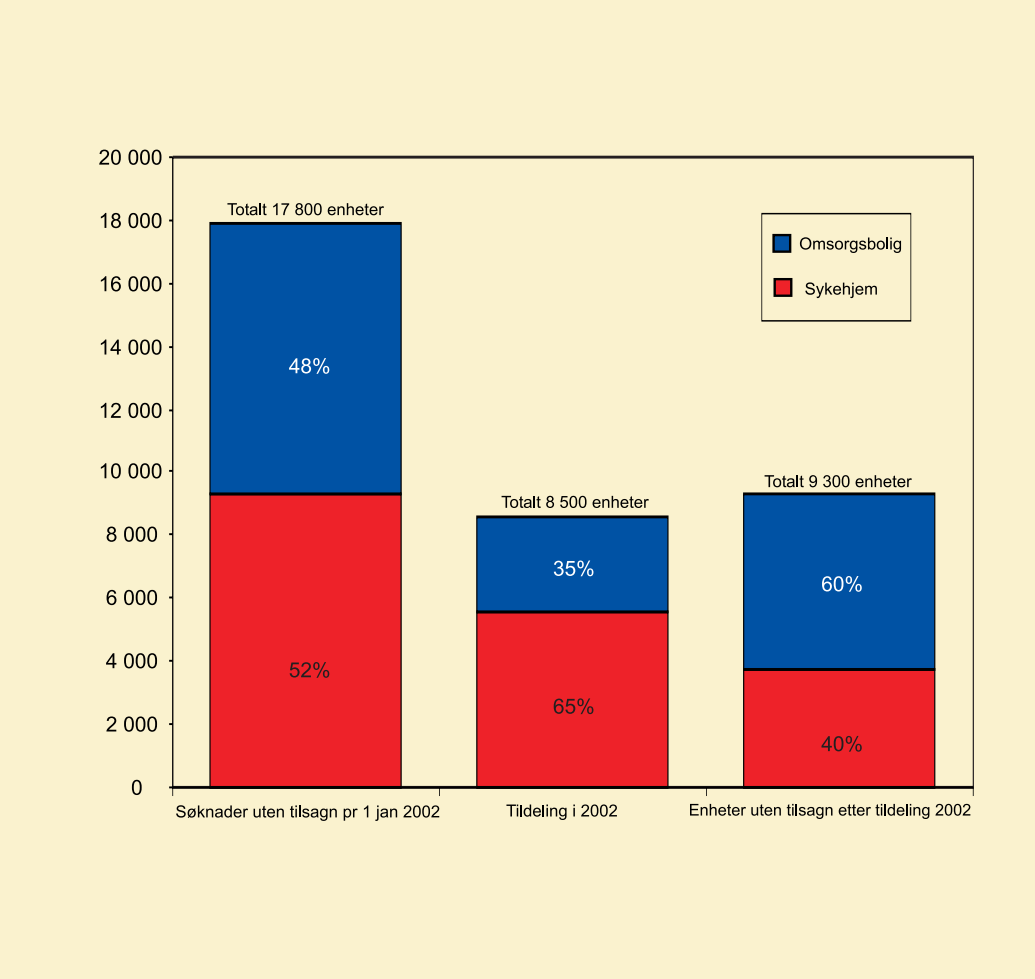
7.3 Vurdering av investeringsbehov

7.3.1 Søknadstall og restbehov

Fristen for å søke Husbanktilskudd til sykehjem og omsorgsboliger var 1. oktober 2001. Ved fristens utløp var det registrert søknader om bygging/utbedring av hele 21.700 boenheter. En del av disse ble innvilget tilsagn siste kvartal 2001.

For å få full oversikt over søknadene og status ved årsskiftet, har Sosialdepartementet innhentet rapporter fra landets fylkesmenn. På bakgrunn av dette materialet er det utarbeidet oversikter over total søknadsmengde pr 1. januar 2002 (søknadsbunken), og gjenværende søknader etter at fylkesmannen har fordelt årets ramme (restbunken). Oversiktene gir opplysninger om søknadene gjelder sykehjem eller omsorgsboliger, og om formålet er økt kapasitet (dekningsgrad), høyere eneromsdekning eller annen standardheving. Rapporten bygger på den innstilling fylkesmennene ga Husbanken i løpet av januar om hvilke prosjekter som kunne få tilsagn innenfor årets ramme. Det må derfor tas enkelte forbehold i forhold til de tall som legges fram. Husbanken skal i løpet av året i samarbeid med fylkesmann/fylkeslege saksbehandle alle søknadene.

Oversikten viser at handlingsplan for eldreomsorgen pr.1. januar 2002 hadde søknader om bygging/utbedring av 17.800 boenheter som ikke hadde fått tilsagn. Fylkesmannen avga i løpet av januar sin innstilling til Husbanken, som innebærer at 8.500 boenheter vil kunne få tilsagn innenfor den tilsagnsramme som er stilt til disposisjon for 2002 (se fig. 7.1). Etter dette står det igjen 9.300 enheter som ikke kan få tilsagn innenfor de tidligere vedtatte rammer. Landets fylkesmenn har hver for seg vurdert behovet i sitt fylke. I sum utgjør disse vurderingene i overkant av 5.000 boenheter.



*Figur 7.1 Investeringer 2002 – søknadstall, tildeling og restbehov **

* Ant enheter sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Kilde: Fylkesmannen

Søknadsbunken

Av den totale søknadsmengden på 17.800 boenheter 1. januar 2002, var det 9.300 sykehjemsplasser og 8.500 omsorgsboliger.

- 8.800 av boenhetene vil gi økt kapasitet i form av høyere dekningsgrad
- 3.300 boenheter bidrar til høyere eneromsdekning
- 5.700 boenheter gjelder utbedring og utskifting av gammel bygningsmasse.

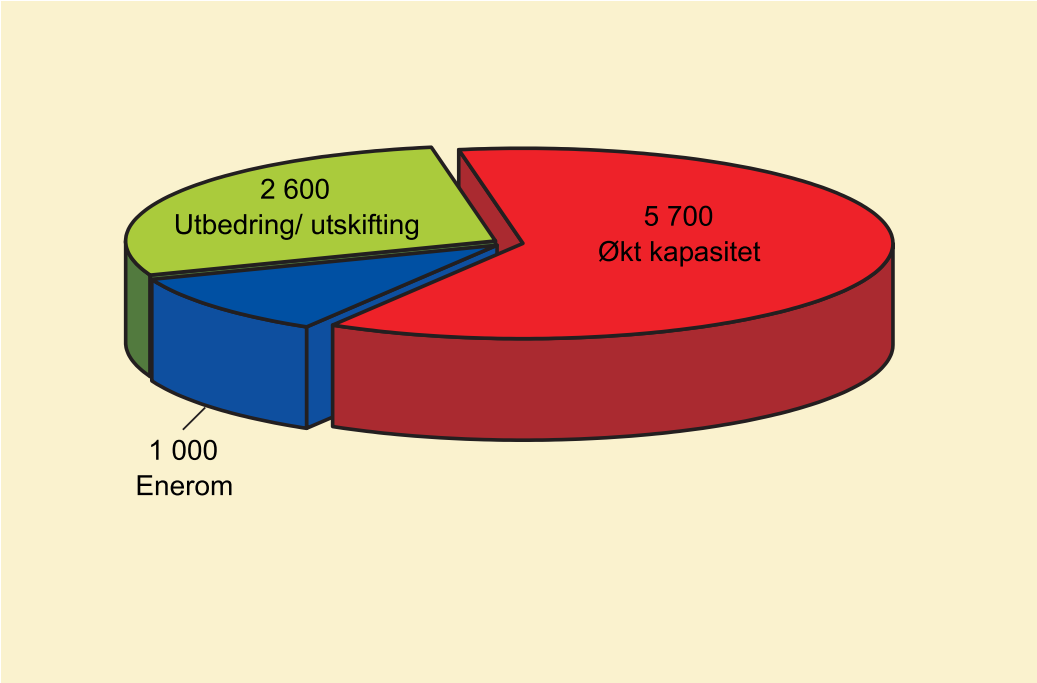
Utover dette var det på samme ordning i Husbanken registrert 800 søknader knyttet til opptrappingsplan for psykisk helse.

Landets fylkesmenn har i løpet av januar avgitt sin innstilling til Husbanken om hvilke søknader som prioriteres innenfor årets tilsagnsramme. Følges denne innstillingen ved den endelige behandlingen i Husbanken, vil omlag 8.500 boenheter kunne få tilsagn. Av dette er 65 prosent sykehjemsplasser og 35 prosent omsorgsboliger.

Restbunken

Etter fylkesmennenes innstilling til fordeling av årets tilsagnsramme, gjenstår det søknader om 9.300 boenheter som ikke kan få tilsagn. Av disse er 40 prosent sykehjemsplasser og 60 prosent omsorgsboliger.

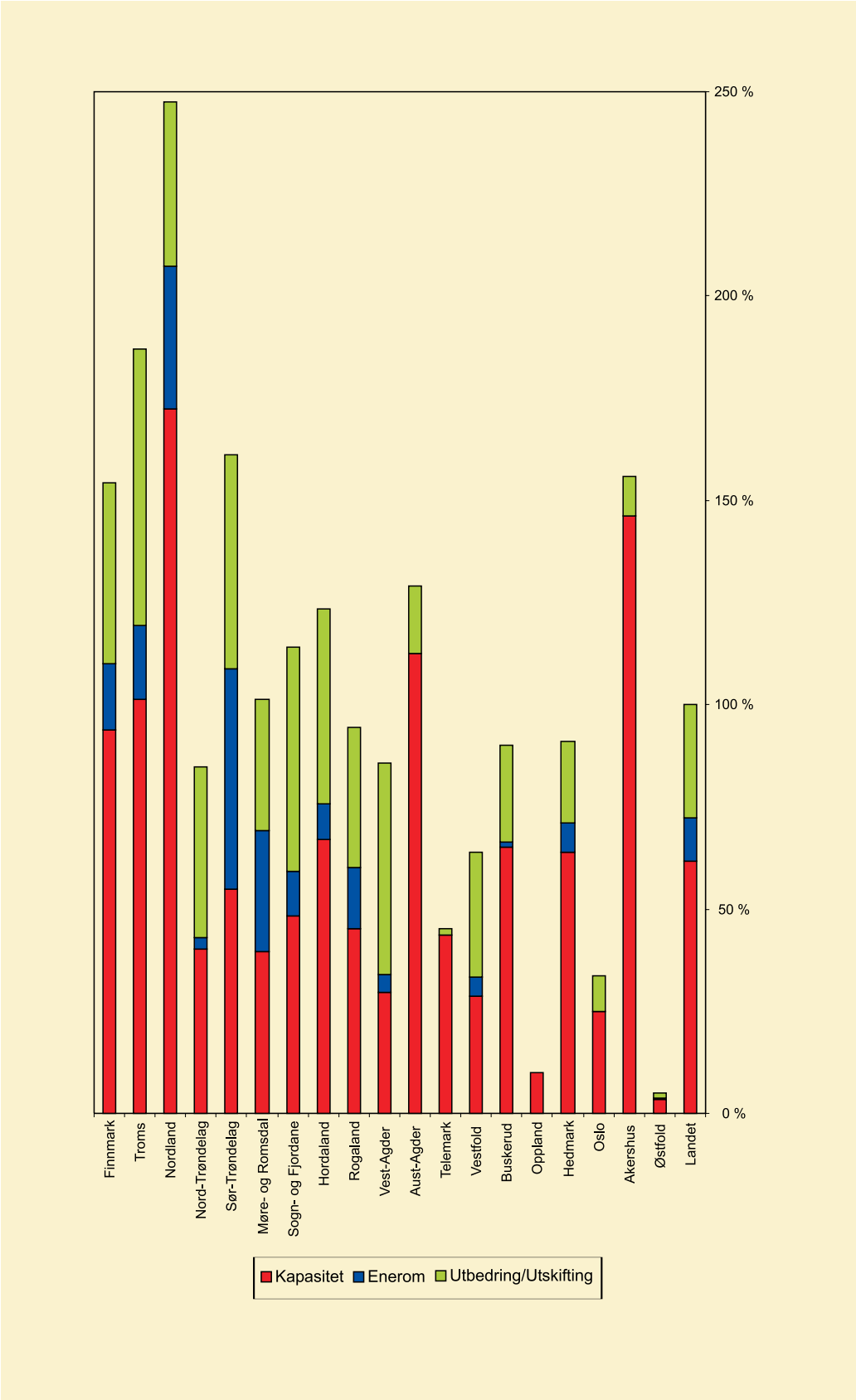
- 5.700 boenheter vil gi økt kapasitet, herav 1.200 sykehjemsplasser og 4.500 omsorgsboliger
- 1.000 boenheter vil gi høyere eneromsdekning
- 2.600 boenheter gjelder annen standardheving gjennom utbedring eller utskifting av eksisterende bygningsmasse. Dette gjelder i hovedsak gamle institusjonsbygg.



*Figur 7.2 Restbunken etter fordeling 2002 – fordelt på formål**
* Ant sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Kilde: Fylkesmannen

Flere av de fylkene som har lavest dekningsgrad av sykehjem og omsorgsboliger, har få søknader igjen, mens mange fylker med høy dekningsgrad sitter igjen med svært mange søknader. I hovedsak har fylker med mange søknader gjennomgående et stort antall prosjekter som gjelder enerom og bedre standard. Dette gjelder både de nordligste fylkene, Sør-Trøndelag og Møre- og Romsdal. Fylker med få søknader igjen har derimot en høy andel prosjekter som gjelder kapasitet og økt dekningsgrad. De fleste av disse fylkene er på Østlandet og Sørlandet.



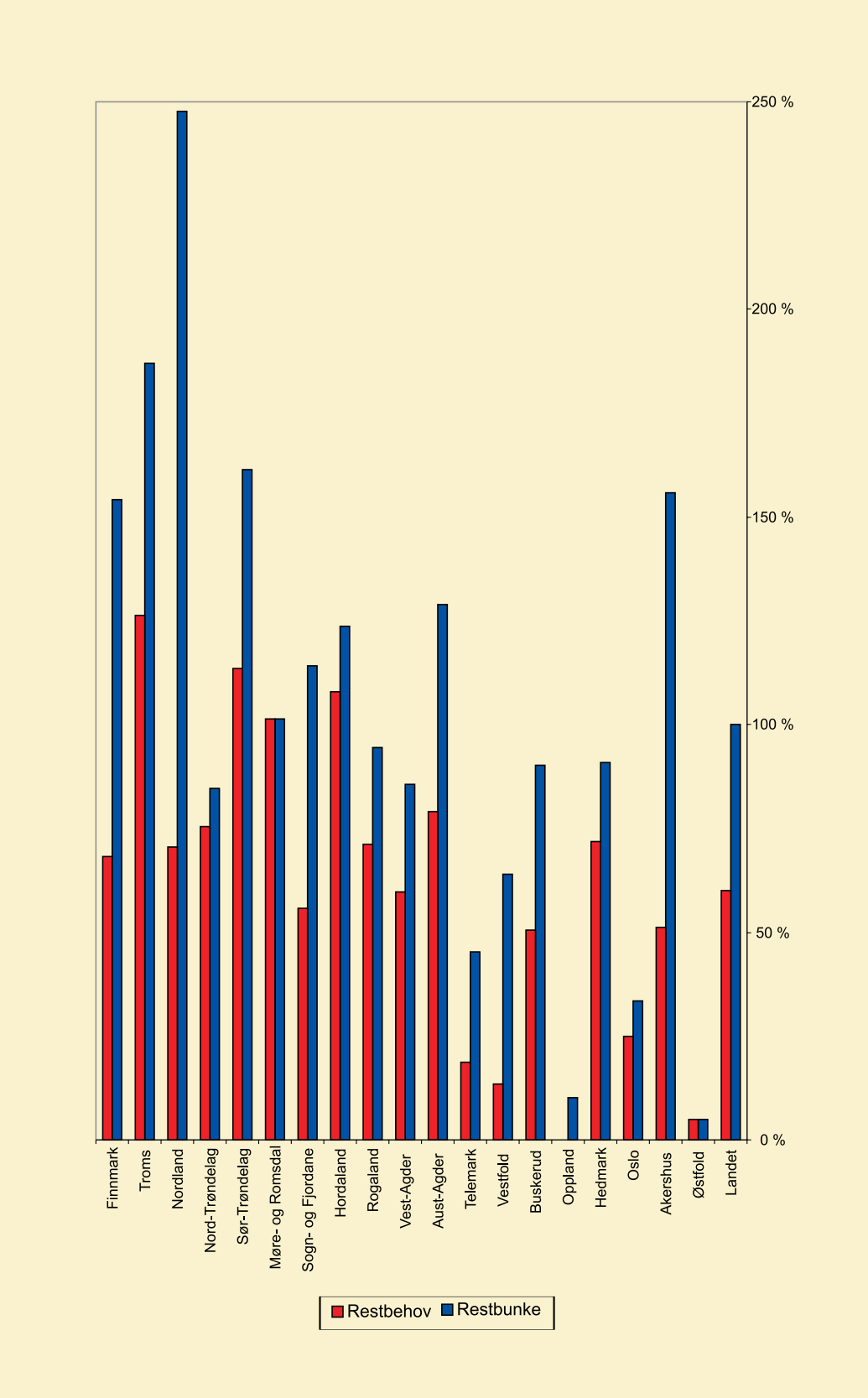
Figur 7.3 Restbunke fordelt på formål – antall enheter pr 100 innbyggere 80år + i prosent av

*landsgjennomsnitt (100) **

* Restbunken med 9.300 boenheter fordelt: 61 % kapasitet, 11 % enerom og 28 % utskifting/ utbedring

Kilde: Fylkesmannen

Landets fylkesmenn har i forbindelse med fordeling av årets tilsagnsramme gjennomgått og vurdert alle søknadene utfra de kriterier som er nedfelt i Husbankens retningslinjer og en felles forståelse av krav til dekningsgrad, eneromsdekning og standard, jf. de signaler som er nedfelt i statsbudsjettet for 2002. Etter at årets ramme er fordelt, mener fylkesmennene at det fortsatt er behov for i overkant av 5.000 enheter for å komme opp på ønsket nivå. Av dette er om lag halvparten sykehjemsplasser (53 pst) og halvparten omsorgsboliger (47 pst). Halvparten av boenhetene er begrunnet i behovet for nødvendig kapasitetsvekst i form av høyere dekningsgrad, mens den andre halvparten vil gi flere enerom og standardheving av eksisterende bygningsmasse.



*Figur 7.4 Restbunke og vurdert behov ant enheter pr 100 innbygger 80år+ i % av landsgjennomsnitt**

* Gjennomsnitt restbunken 4,5 boenheter pr 100 innb 80år+ er lik 100 % og vurdert behov 2,7 boenheter er lik 60 %

Kilde: Fylkesmannen

Både i forhold til restbunken og Fylkesmannens vurdering av denne, er det stor fylkesvis variasjon. Flest søknader gjenstår i Nord-Norge, Sør-Trøndelag og Akershus, mens en del av fylkene på Østlandet har svært få søknader igjen. Dette gjenspeiler seg i fylkesmennenes behovsvurdering. Østfold, Oslo, Oppland, Vestfold og Telemark vil være i mål med handlingsplanen med et svært lite antall nye tilsagn, mens behovet fortsatt vurderes som høyt i Troms, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal og Hordaland.

7.3.2 Utvidelse av investeringsrammen

Ved søknadsfristens utløp 1. oktober 2001 var det kommet inn betydelig flere søknader enn kommunene tidligere hadde meldt i sine planer bare vel et halvt år tidligere. Et svært stort antall søknader kom inn siste uken før fristen gikk ut. Søknadsfristen ble blant annet utvidet for å sikre at enkelte storbyer fikk noe mer tid til å utforme sine søknader. En vesentlig årsak til det høye søknadstallet var at disse søknadene kom med på ordningen innen fristen.

Kommunene må få svar

Fastsettelsen av den endelige rammen for handlingsplanen, er stadig blitt utsatt. Dette medfører at et stort antall søknader må ligge uavklart i lang tid og verken kan få positivt eller negativt svar. Samtidig har det skapt både større uforutsigbarhet og nye forventninger i kommunene.

Det har vært nødvendig å si nei til en del søknader underveis, og både fra fylkesmenn og Husbankkontorer har det vært gitt aktiv rådgivning for å unngå at kommunene skulle pådra seg store utgifter til planlegging og prosjektering av omsorgsboliger og sykehjem det kunne være lite realistisk å få tilskudd til. Det er nå stort behov for å avklare handlingsplanens endelige investeringsramme, slik at gjenværende søknader kan behandles ferdig og kommunene kan få svar. Hovedspørsmålet er hva som må til før handlingsplanen kan sies å være fullført, slik at den kan avsluttes på en vellykket måte.

Opprinnelig mål er nådd

I forhold til handlingsplanens opprinnelige måltall for nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger, er målet for lengst oppfylt. Regjeringen har imidlertid lagt ambisjonsnivået noe høyere enn det som var utgangspunktet i St.meld.nr 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Alle kommuner som har søkt om det, skal nå ha mulighet til å bygge ut sykehjemsplasser og omsorgsboliger til en heldøgns dekningsgrad på 25 pst. Utfra de foreliggende søknader og fylkesmennenes gjennomgang og vurdering av dem, vil det være nødvendig å utvide tilsagnsrammen noe for å oppnå denne målsettingen.

I forhold til eneromsmålsettingen mener regjeringen nivået bør være godt over 90 pst enerom som et gjennomsnitt ved landets syke- og aldershjem, før handlingsplanen kan avsluttes. Arbeidet med å få på plass enerommene har gått seint, men kommer for fullt i siste fase av gjennomføringen av handling-

splanen. Regjeringens målsetting ser derfor i hovedsak ut til å kunne bli nådd med de tilsagn som allerede er gitt i år.

Handlingsplanen har også hatt som mål å skifte ut eller utbedre gamle institusjonsbygg av hensyn til driftseffektivitet, uakseptable boforhold og krav til helse, miljø og sikkerhet, herunder brannsikkerhet. Nesten 45 % av sykehjemmene vil enten være nybygd eller opprustet og modernisert. Sammenholdt med eneromssatsingen, er det med dette tatt et krafttak for å heve kvaliteten og bostandarden ved norske sykehjem.

Det har vært et stort behov for å modernisere gamle institusjonsavdelinger som har felles bad/WC i enden av korridoren, trange flersengsrom, manglende tilgjengelighet og for liten plass til å utføre pleiearbeid. Det har videre vært sterkt fokus på oppgradering i forhold til brannsikkerhet og moderne krav til arbeidsmiljø.

Vedlikehold

Fortsatt vil det være behov for vedlikehold, og fortløpende modernisering og fornyelse. Dette ligger imidlertid utenfor målet for handlingsplan for eldreomsorgen, og må ivaretas av kommunene gjennom ordinær finansiering. Det er god økonomi i å investere i bygningsmasse og utstyr i pleie- og omsorgstjenesten, som er svært arbeidsintensiv. Det kan gi både enklere drift, bedre boforhold og bedre arbeidsmiljø. Gode lokaler fungerer også rekrutterende i forhold til å skaffe personell og kan legge forholdene bedre til rette for at familie og pårørende kan ta mer aktivt del i dagliglivet til den enkelte beboer.

Mindre ulikhet

I siste del av handlingsplanperioden, har det ved innføringen av fylkesvise rammer vært en viktig målsetting at handlingsplanen ikke skulle bidra til å forsterke ulikhetene i tjenestetilbud mellom kommunene, men fungere utjamnende. Midtveis i planperioden var faren stor for at de store bykommunene ikke ville komme med, før hele rammen var brukt opp. Det var en klar tendens til at små og mellomstore kommuner, kommuner med god plankompetanse og kommuner som var heldige med «timing» i forhold til planlegging og prosjektering før handlingsplanen kom, skulle få best uttelling.

I forhold til denne problemstillingen er det svært avgjørende hva som skjer i avslutningsfasen. Oversikten over søknadsbunken viser at noen av de fylkene som i utgangspunktet hadde lavest dekning (for eksempel Østfold, Vestfold og Telemark), og som fortsatt vil ha en nøktern dekningsgrad, sitter igjen med svært få søknader. På den andre siden foreligger det et høyt antall søknader fra fylker som før handlingsplanen hadde en høy dekningsgrad (for eksempel de nordligste fylkene og Møre- og Romsdal).

Det store behovet for utskifting og modernisering av gamle institusjonsbygg må også ses i lys av dette. Svært mye av moderniseringsbehovet finner vi naturlig nok i fylker med mange aldershjem og høy dekningsgrad av institusjonsplasser. På den andre siden har fylker med lav dekningsgrad naturlig nok størst behov for kapasitetsutvidelse.

Fylkesmennenes vurdering bygger i stor grad på en vurdering av søknadene innenfor det enkelte fylke. Regjeringen må gjøre en samlet vurdering av situasjonen for hele landet og ivareta hensynet til lik fordeling. For å

unngå at handlingsplanen bidrar til å forsterke ulikhetene i norsk eldreomsorg, kan kommuner som tradisjonelt har hatt en høy institusjonsdekning derfor bare få tilskudd til eneromsdekning og helt nødvendig standardheving innenfor rammen av en heldøgns dekningsgrad av institusjonsplasser og omsorgsboliger på 25 pst. I hovedsak må en ytterligere utvidelse av tilsagnsrammen i Husbanken bli brukt til å bedre kapasiteten i kommuner med lav samlet dekningsgrad. Blant disse er noen av de store bykommunene.

Enkelte søknader gjelder kombinerte prosjekter som både gir økt dekningsgrad, flere enerom og standardheving av gamle institusjonsbygg. Det kan i slike tilfeller være aktuelt å bare finansiere deler av prosjektet.

Konklusjon

Regjeringen har på denne bakgrunn kommet til at det er behov for å utvide handlingsplanens ramme med ytterligere 2.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger før handlingsplanen avsluttes. Ved fordelingen av disse vil det bli lagt hovedvekt på kommuner med lav dekningsgrad.

7.4 Behovet for framtidige tilskuddsordninger

Spørsmålet om hvordan framtidige investeringer i pleie- og omsorgstjenesten skal finansieres, må vurderes ved avslutningen av handlingsplan for eldreomsorgen.

I St.meld.nr. 34 (1999–2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år, ble det foreslått «at tilskudd til boliger til pleie- og omsorgstrengende innlemmes i den allerede eksisterende boligtilskuddsordningen i Husbanken». Begrunnelsen var «å innrette ordningene slik at kommunene kan bli i stand til å ta et helhetlig grep om politikken for vanskeligstilte, herunder boliger til pleie- og omsorgsformål, som omsorgsboliger og sykehjemsplasser».

I St.prp nr. 1 (2001–2002) ble det lagt opp til å etablere «en tilskuddsordning til sykehjemsplasser og omsorgsboliger etter modell av tilskuddsordningen før handlingsplanen trådte i kraft.»

Når dagens ekstraordinære tilskuddsordning knyttet til handlingsplan for eldreomsorgen avsluttes, ser regjeringen behovet for en mer permanent finansiering av kommunale investeringer i sykehjem og omsorgsboliger. Under arbeidet med handlingsplanen har det kommet ulike forslag til tilskuddsordninger for dette. Regjeringen har imidlertid behov for å vurdere de ulike modeller for framtidig finansieringsordning nærmere, og vil komme tilbake med et endelig og mer detaljert forslag i budsjettet for 2003.

7.5 Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen

Handlingsplan for eldreomsorgen er på overtid. Handlingsplanperioden var i utgangspunktet 4 år fra 1998 til 2001, etter hvert med mulighet til å gjennomføre vedtatte byggeprosjekter innen utgangen av 2003. Handlingsplanen er seinere blitt utvidet med ytterligere 9.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Dette har gjort det nødvendig å forlenge handlingsplanen et år og strekke byggeaktiviteten til utgangen av 2005.

Det øremerkede omsorgstjenestetilskuddet ble som planlagt innlemmet i de ordinære statlige overføringene til kommunene fra 1. januar 2002. Dette ekstraordinære økonomiske virkemidlet med klare aktivitetskrav og statlig kontroll hadde gitt de resultater som var forutsatt. Pleie- og omsorgstjenesten hadde fått 12.000 nye årsverk. Derfor kunne øremerkingen også avvikles som forutsatt.

Situasjonen har imidlertid ikke vært den samme på investeringssiden. Handlingsplanen er blitt betydelig utvidet, og fortsatt har kommunene et stort antall søknader i Husbanken som ikke vil få tilskudd innenfor dagens rammer. Det har derfor vært nødvendig å utvide og forlenge handlingsplanen på dette området. Samtidig har spørsmålet om endelig ramme for handlingsplanen blitt utsatt flere ganger, og skapt betydelig utsikkerhet og manglende forutsigbarhet i sluttfasen. Det er derfor av stor betydning at det nå tas stilling til den endelige tilsagnsrammen i Husbanken, slik at kommunene kan få konkret svar på sine søknader. Først da kan handlingsplanen også avsluttes på investeringssiden.

Handlingsplan for eldreomsorgen har medført konsentrert innsats over en kort tidsperiode for å sikre at kapasitet og standard står bedre i forhold til behovet. I denne perioden har det vært nødvendig å benytte sterke statlige styringsvirkemidler for å skape nødvendig vekst og rammebetingelser for bedre kvalitet i tjenestene. Kommunene skal ikke alene bære ansvaret for at pleie- og omsorgstjenestene ikke holdt tritt med befolkningsutviklingen på 90-tallet. Det kan like gjerne reises spørsmål om staten fulgte opp sitt finansieringsansvar i denne perioden.

Handlingsplanen har derfor vært et felles statlig og kommunalt krafttak for å ta igjen det forsømte, heve nivået og legge grunnlaget for at kommunene kan ta ansvar for fortsettelsen.

Eldreomsorgen er en av de viktigste oppgavene for kommunene, og skal fortsatt være et kommunalt ansvar. Kommunal forankring skal sikre at tilbudet bygges ut i tråd med lokale forhold, behov og ønsker, og at utformingen av tjenestetilbudet skjer i nært samarbeid med den enkelte bruker, enten det gis i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem.

De ekstraordinære virkemidlene i Handlingsplan for eldreomsorgen foreslås på denne bakgrunn avsluttet i løpet av 2002. Det vil imidlertid være helt nødvendig å følge opp kommuneøkonomien for å sikre eldreomsorgen i årene som kommer, slik at det ikke på nytt oppstår en liknende situasjon som på 90-tallet. Regjeringen vil følge utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten nøye, og er spesielt oppmerksom på de tilpasninger som kan skje det første året etter at det øremerkede driftstilskuddet er lagt inn i inntektssytemet. Årsverksveksten i pleie- og omsorgstjenesten har vært helt nødvendig og må fortsette de nærmeste årene. Det resultatet som er oppnådd i handlingsplanperioden må derfor videreføres ved hjelp av ordinære statlige virkemidler. Dersom dette ikke skjer, må situasjonen og virkemidlene vurderes på nytt.

Utfordringene framover er imidlertid like mye knyttet til kvalitet og tjenesteinnhold som kapasitet og ytre rammer. Regjeringen ønsker derfor i fortsettelsen å bistå kommunene med å utvikle omsorgstjenestene videre til å bli brukerorienterte organisasjoner, ved å sette fokus på god ledelse, kvalitet, kompetanse, saksbehandling og bedre rettssikkerhet for brukerne. Handling-

splanen vil derfor bli avløst av et utviklingsprogram for bedre kvalitet og enklere ordninger i omsorgstjenesten.

Regjeringen foreslår derfor:

- Før handlingsplan for eldreomsorgen avsluttes, utvides tilsagnsrammen i Husbanken med ytterligere 2.000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i år
- Avslutningen av handlingsplanen forutsetter at
  - årsverksveksten i pleie- og omsorgstjenesten videreføres i tråd med tidligere behovsanslag for perioden 2002–2005
  - det vurderes etablert en permanent ordning for finansiering av kommunale investeringer i sykehjem og omsorgsboliger

- Handlingsplan for eldreomsorgen avløses av et nytt utviklingsprogram for bedre kvalitet og enklere ordninger i omsorgstjenesten

8 Bedre kvalitet og enklere ordninger

8.1 Bedre kvalitet

8.1.1 Fra ytre rammer til kvalitet og innhold

Gjennomføringen av handlingsplan for eldreomsorgen medfører først og fremst at de ytre rammer er lagt bedre til rette, slik at hovedfokus nå kan rettes mot tjenestenes innhold og kvalitet. Handlingsplanen hadde som utgangspunkt at en opprustning av den kommunale eldreomsorgen måtte starte med bygningsmessige investeringer og økning av personellressursene. Når dette kom på plass, skulle det videre arbeidet konsentreres om å skape bedre kvalitet, enklere ordninger og skreddersydde tjenester.

Innen utgangen av 2005 vil handlingsplanens utbyggingsprosjekter stå ferdige. Mens utbyggingen fullføres ønsker regjeringen å forberede og sette i gang et program med sikte på kvalitetsutvikling og modernisering av pleie- og omsorgstjenesten.

I første omgang skal spørsmål som allerede har vært eller er under utredning gå fra ord til handling. Dette gjelder spørsmål som felles helse- og sosialloovgivning på kommunenivå, enklere brukerbetalingsordninger, krav om eneromsstandard, kvalitetsforskrifter og tilsynsordninger. Videre gjelder det oppfølging av forslag som ble lagt fram i St.meld.nr. 28 (1999–2000) Innhald og kvalitet i omsorgstenestene.

Deretter ønsker regjeringen å gjøre opp status for norsk eldreomsorg og gjennomgå de enkelte ledd i helse- og sosialtjenestens tiltakskjede. Dette vil bli lagt fram i en ny melding til Stortinget i 2003.

Omsorgstjenestene må organiseres slik at den som mottar tjenester så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det er et viktig mål for regjeringen å sette kommunene i stand til å tilby brukerne nødvendige tjenester når de trenger det og imøtekomme ønsker om individuell tilpasning av tjenestene.

Tjenestene må utformes ut fra lokale forhold og tilpasses brukernes individuelle behov og rettigheter. Større frihet for kommunene som tjenestetilbydere og økt valgfrihet for brukerne vil innebære større mangfold og økt differensiering av tilbudene.

I handlingsplan for eldreomsorgen har kommunene blitt stilt fritt til å bygge ut omsorgstjenestene ut fra lokale forhold og behov. Noen kommuner har satset mer på utbygging av døgnbaserte hjemmetjenester og omsorgsboliger, mens andre har ønsket en videre utbygging av mer tradisjonelle institusjonstjenester med nye og moderne sykehjem. De aller fleste har funnet en god kombinasjon. Uavhengig av hva slags modeller og ytre rammer kommunene har valgt å satse på, vil det avgjørende perspektiv være kvaliteten og innholdet på tjenestetilbudet, ikke hvor og i hva slags bygninger tjenestene gis.

Det er ikke slik at økt ressursinnsats automatisk fører til bedre tjenestetilbud. Det er derfor helt nødvendig å følge opp handlingsplanen med tiltak som kan gi maksimal utnyttelse av den utbyggingen som gjennomføres. Agenda

(Agenda 2000) har i en undersøkelse utført i 20 kommuner satt søkelyset på faktorer som påvirker effektiviteten i pleie- og omsorgstjenesten. Den konkluderer med at kvalitativt gode tjenester oppnås lettere når ledelse utøves godt, arbeidsmiljøet oppleves godt og det legges vekt på å arbeide med utvikling av tjenesten. I en virksomhet som opplever å ha knappe ressurser, vil ledelsesutøvelsen og arbeidsmiljøet være sentrale faktorer for å oppnå god kvalitet på tjenestene, slik både brukere, pårørende og ansatte opplever det. Vilje og evne til å utvikle tjenestene og arbeidsmetodene er viktig både for produktiviteten og kvaliteten i tjenestene.

Agendas funn stemmer godt med andre undersøkelser (Moland, 1999) og generelle erfaringer fra arbeid med organisasjons- og ledelsesutvikling. Agenda fant ellers at kommuner med høy dekningsgrad i hjemmetjenestene – og tilsvarende lavere dekning av institusjonsplasser – ser ut til å ha en bedre produktivitet enn andre kommuner. Med en gitt økonomisk ramme kan det altså ut fra dette gi best uttelling å legge vekt på hjemmebaserte tjenester. Dette gir kanskje en av forklaringene på hvorfor mange kommuner har satset mye på utbygging av hjemmetjenester og omsorgsboliger.

8.1.2 Brukeropplevd kvalitet

I St meld nr 28 (1999–2000) Innhald og kvalitet i omsorgstenestene, drøftes begrepet kvalitet. Det er vanskelig å komme frem til en felles definisjon på kvalitet eller finne felles kvalitetsmål. Det er nesten like mange kvalitetsmål som undersøkelser av kvalitet. Kvalitet er knyttet til individuelle og subjektive oppfatninger. «Kvalitet er relativt, både historisk og kulturelt. Vi vil alle ha ulike krav til og oppleve kvalitet ulikt. Dette vil vere avhengig av erfaringar, vanar, livsstil, m v. Oppfatninga av god livskvalitet vil difor variere frå person til person.»

Selv om forskningen ikke har funnet fram til entydige kvalitetsmål, er det nødvendig for alle aktører i omsorgstjenestene å forsøke å definere kvalitet og hva god omsorg er. Kvalitet er derfor også knyttet til prosesser og evaluering som kontinuerlig og systematisk sikrer at virksomheten driver innenfor de kvalitetsmål som til enhver tid gjelder. Et vellykket kvalitetsutviklingsarbeid forutsetter at både ledelsen, arbeidstakerne og tjenestemottakerne er involvert. Dette arbeidet må drives fra det enkelte tjenestested for å oppnå kvalitativt bedre tjenester, bedre ressursutnyttelse og mer fornøyde brukere.

I arbeidet med innhold og kvalitet i omsorgstjenestene ønsker regjeringen å ta utgangspunkt i hva den enkelte bruker opplever som god kvalitet.

Brukeren skal ha nødvendige og tilstrekkelige tjenester og få dekket sine grunnleggende behov. Samtidig må det være mulig å leve sitt liv så nært opp til faste vaner og rammer som mulig, selv med sykdom eller funksjonssvikt. Det bør være en selvfølge at brukeren blir møtt med respekt for hvem hun eller han er, og at denne respekten også omfatter hvordan den enkelte ønsker å leve sitt liv.

Brukeren skal lyttes til og ha mulighet for å fatte avgjørelser om sitt eget liv. Kravet til selvbestemmelse understreker respekten for menneskeverd og integritet. Godt tilpasset og tilstrekkelig informasjon og kravet til brukermedvirkning, er en grunnforutsetning for et kvalitativt godt tjenestetilbud. Brukermedvirkningen må komme til uttrykk ved at den tjenestene rettes mot blir

tatt på alvor og selv får anledning til å ta hverdagslivets små og store beslutninger. Nye generasjoner som blir pleietrengende vil ha sterkere krav til medvirkning og personlig tilpassing av tilbud enn det som har vært vanlig til nå.

Kvalitet er knyttet til hva livet fylles med av opplevelser, kultur, anledningen til å nyte god mat og drikke og muligheten til å dyrke interesser i fellesskap med andre eller alene. Smaken av det gode liv kan være noe så enkelt som duften av nybakt brød, levende musikk eller muligheten for å kjenne solen varme en vakker vårdag. Tjenestene må derfor legge til rette for at brukerne skal ha muligheter til å oppleve livet med de små og store gleder dette innebærer. Kvalitativt gode tjenester må sikre disse grunnleggende trivselsfaktorene for brukerne. Et slikt perspektiv må ikke bli borte i behandlings- og rehabiliteringshverdagen i pleie- og omsorgstjenesten.

Gode tjenester kan også beskrives som tjenester som er tilpasset hver enkelt brukers behov. De som tildeler tjenester må derfor kjenne lovverket godt og være i stand til å behandle søknader på en måte som ivaretar brukerens rettssikkerhet. Tjenesteyterne må være i stand til å tilpasse det vedtatte tilbudet på en slik måte at den enkelte brukeren oppfatter å bli sett og hørt.

Trygghet for tilstrekkelige og riktige tjenester gir også en opplevelse av kvalitet. Det må være personell til stede når behovet er der. Det er ikke slik at bindende bemanningsnormer, nødvendigvis sikrer en slik trygghet. For den enkelte bruker vil opplevelsen av kvalitet like ofte knytte seg til hvilke holdninger personellet utviser og deres evner til å knytte relasjoner til brukeren. Engasjement i forhold til brukerens behov og muligheter, og evnen til å utvise respekt overfor enkeltmennesket er avgjørende for opplevelsen av kvalitet.

En viktig del av kvalitetsopplevelsen vil være muligheten for å holde seg orientert om sine rettigheter og muligheten for å utøve rettighetene gjennom tilgjengelighet og kontakt med tjenesteapparatet og gjennom klageinstituttet. God saksbehandling er en forutsetning for kvalitativt gode tjenester.

Brukeren skal slippe å ta avgjørelser når livssituasjonen samlet sett har blitt så vanskelig at muligheten for å utøve selvbestemmelse oppleves som tyngende. Alle har krav på nødvendige og gode tjenester, også når evnen til å kreve sine rettigheter har blitt redusert. Målet på en kvalitativt god tjeneste vil i slike situasjoner være å trekke inn pårørende for å avklare hva som er et godt tilbud til brukeren. Dersom brukeren ikke har pårørende, må de ansatte ha evnen til å sette seg inn i brukerens historie og situasjon slik at de får et godt grunnlag for å treffe avgjørelser til beste for den det gjelder.

For å oppnå disse målene må kommunen være i stand til å organisere tjenestene sine på en måte som dekker brukerens individuelle behov og gir mulighet for fleksible løsninger. Dersom tjenestene ikke gis i eget hjem, er dette lettest å få til i mindre bo- og driftsenheter med stor nærhet mellom de som gir og de som mottar tjenester (Karin Høyland, 2001). Virksomheten må være i stand til å analysere behov og omsette disse behovene til effektive og kvalitativt gode tjenester. Dette krever god ledelse og et tverrfaglig sammensatt og levende fagmiljø. Kontinuerlig opplæringsvirksomhet, utviklingsarbeid og kompetanseoppbygging er viktige faktorer for å skape bedre kvalitet på tjenestetilbudet.

8.2 Enklere ordninger

8.2.1 Utviklingstrekk og utfordringer

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse skjer det for tiden en betydelig satsing på omsorgsboliger som alternativ til tradisjonelle alders- og sykehjem.

Endringene er fortsettelsen på en utvikling som startet på 80-tallet med sykehjemsreformen, og fortsatte på 90-tallet, bl.a. med ansvarsreformen for utviklingshemmede. Utviklingen medfører at det tradisjonelle skillet mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester og mellom helsetjenester og sosialtjenester ikke er like tydelige som tidligere. Dette gjenspeiler seg i måten kommunene organiserer tjenestene på. De fleste kommunene har integrert institusjons- og hjemmetjenestene i en organisatorisk enhet. Mange organiserer tjenestene som en egen pleie- og omsorgstjeneste, mens andre har valgt andre organisatoriske løsninger.

Et annet utviklingstrekk er at tjenestene har blitt mer differensierte og individualiserte. I løpet av 1990-tallet har kommunene fått ansvaret for nye brukergrupper med andre behov; personer med fysisk funksjonshemming, utviklingshemming, psykiske lidelser eller rusproblem. Disse brukerne har ofte behov for både helsetjenester og sosialtjenester, og et samspill mellom disse tjenestene vil være avgjørende for å kunne gi nødvendig hjelp. Som følge av den medisinske og teknologiske utviklingen er det mulig å behandle alvorlige sykdomstilfeller i eller i nærheten av pasientens eget hjem. Dette gjelder også eldre pasienter, noe som understreker betydningen av å se eldreomsorgen i sammenheng med hele den kommunale helse- og sosialtjenesten.

I 2000 utgjorde pleie- og omsorgstjenestenes driftsregnskap 38,5 milliarder kroner, eller mellom 1/3 og 1/4 av kommunebudsjettet. Det ble utført 90 000 årsverk og i overkant av 200 000 personer fikk hjelp. Fordelingen av årsverk innenfor helse- og sosialsektoren viser at de «integrerte» helse- og sosialtjenester utgjør den klart største delen av kommunenes tjenesteyting i denne sektoren, hvor skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester i stor utstrekning er i ferd med å viskes ut.

De statlige virkemidlene må innrettes slik at hele den kommunale helse- og sosialsektoren sees under ett, og det blir like rettigheter og ordninger for alle uavhengig av alder, funksjonshemming og diagnose, økonomi og bosted. Dette gjelder enten den som mottar tjenester bor hjemme, i omsorgsbolig eller institusjon.

Lovverket og finansierings- og brukerbetalingsordningene er utformet med utgangspunkt i den tradisjonelle tjenestestruktur og derfor lite tilpasset den utvikling som skjer. Skillene i det statlige regelverket mellom helsetjenester og sosialtjenester på den ene siden og hjemmetjenester og institusjonstjenester på den andre, bidrar til å skape barrierer for gode og hensiktsmessige løsninger i kommunene.

For å oppnå målet om en enklere og bedre eldreomsorg, bør lovverket som styrer sektoren gjennomgås. Regelverket bør sikre helhetlige tjenester gjennom felles prioriteringer og mål for både helse- og sosialtjenestene. Regelverket skal være enkelt å forstå for brukerne og enkelt å praktisere for kommunene. Dagens system med ett lovverk for helsetjenestene og et annet

lovverk for sosialtjenestene, gjør det vanskelig for brukerne å orientere seg om sine rettigheter og utøve rettighetene sine gjennom klageordningene.

8.2.2 Enklere og bedre harmonisert regelverk

Det er i dag store ulikheter i lovverket som regulerer omsorgstjenestene. Brukerne av tjenestene må holde oversikt over rettigheter og klageregler i to forskjellige lover; kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Tilsyn med helsetjenester til eldre (Fylkeslegen i Buskerud 2001) viser at også kommunenes saksbehandlere har problemer med å holde oversikten over hvilke tjenestetilbud som skal vedtas med hjemmel i hvilken lov. Tilsynet avdekket at rene helsetjenester ofte hjemles i vedtaket som tilbud etter sosialtjenesteloven og omvendt. En annen mangel ved vedtakene var også at det ble opplyst om gal klageinstans og feilaktige klagefrister.

I følge en rapport utarbeidet av Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO 2001) medfører delt klagebehandling på et tilbud som i utgangspunktet skal danne en helhet, at klagebehandlingen blir oppsplittet samtidig som det genererer unødig merarbeid for kommunene. Det synes å være svært vanskelig for brukerne å forstå forskjellen på Fylkeslegens og Fylkesmannens rolle, og det fremstår som en «uoverkommelig pedagogisk oppgave» å forklare brukere og pårørende de forskjellige reglene for klagebehandling etter de to lovene, og hva som er Fylkeslegens og Fylkesmannens ansvar. Det antydes også i rapporten at ansatte i kommunene kan ha vanskelig for presist å forstå de to embetenes funksjoner.

For tjenesteytere som arbeider innenfor helse- og sosialtjenestene kan taushetspliktreglene skape problemer for kommunikasjon, samarbeid og samordning av tjenestene. Helsepersonells taushetsplikt er regulert i helsepersonelloven, mens sosialpersonells taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven og sosialtjenesteloven. Taushetspliktsreglene setter dels rettslige grenser for videreformidling av opplysninger, dels er regelverket så komplisert at det er vanskelig for de ansatte å anvende det. Resultatet kan gjerne bli mindre kommunikasjon enn det er grunnlag og behov for, tilsidesettelse av taushetsvernbestemmelsene eller en ukritisk bruk av samtykke som grunnlag for videreformidling av opplysninger. RO-rapporten viser at de ansatte opplever det som kunstig at taushetspliktsreglene er forskjellige for ulike personer som skal arbeide sammen med det mål å skape et helhetlig og sammenhengende tilbud for den enkelte. I pleie- og omsorgstjenestene utfører ofte samme person oppgaver etter både sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven samtidig.

Kommunene som deltok i ROs undersøkelse beskriver at det største problemet ved et delt lovverk er at lovverket i dag ikke gir «drahjelp» i utviklingen av en bedre balanse mellom de ulike kulturer i kommunenes helse- og sosialtjenester. Lovverket gir ikke en felles plattform som skaper tradisjoner for flerfaglig samarbeid.

Hensynet til likebehandling og muligheten for et samordnet og helhetlig tjenestetilbud til den enkelte tjenestemottaker tilsier at regelverket bør harmoniseres og forbedres. Regelverket bør i større grad enn i dag gi like løsninger på like problemstillinger og legge til rette for nødvendig samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten. Regelverket må være oversiktlig og tilgjengelig

for brukerne, tjenesteyterne og andre regelverksbrukere for å bedre brukernes rettssikkerhet.

Ved behandlingen av St.meld. 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen vedtok Stortinget følgende (Innst. S. Nr. 294 (1996–97):

> «Regjeringen fremmer forslag om en harmonisering av regelverket i lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenester i kommunene med henblikk på et felles regelverk for de som har behov for pleie og omsorg.» (Romertallsvedtak IX)

Det er ekstra sterke grunner for å samordne regelverket for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Men også behovet for en generell samordning av lovverket for den kommunale helse- og sosialtjenesten har vært fremholdt i flere sammenhenger. I forarbeidene til sosialtjenesteloven Ot.prp. nr. 29 (1990–91) heter det bl a at «behandling og hjelp overfor mange brukere krever felles innsats fra flere deler av helse- og sosialtjenesten samtidig. Helsemessige og sosiale problemer er ofte overlappende. En felles innsats er derfor nødvendig for å få til samordning av ressursbruk og prioriteringer.» Videre heter det at «en felles helse- og sosiallov vil etter departementets syn styrke de formelle samarbeidsorganer, og i større grad føre til en ensartet prioritering av disse gruppenes behov.»

Lovstrukturutvalget (NOU 1992: 32) la i sin fremstilling også vekt på behovet for samordning av lovverket på helse- og sosialområdet bl a «av hensyn til pasienten/klienten, dels ut fra administrative samordningsbehov, og dels ut fra ønsket om å ha likeartede rettsregler om parallelle problemstillinger som parts- eller pasientrettigheter, tvang og taushetsplikt. Dette behovet forsterkes av det forhold at det ikke helt sjelden er èn og samme person som er gjenstand for omsorg eller behandling etter flere av disse lovene, enten på samme tid eller langs en fortløpende tidsakse.» Utvalget pekte i særlig grad på behovet for et mer harmonisert regelverk for taushetsplikt innenfor helse- og sosialvesenet. Etter at Lovstrukturutvalget la frem sin innstilling har en del av de svakheter som utvalget pekte på blitt rettet opp, bl a ved at den nye helselovreformen har skilt organisatoriske bestemmelser og bestemmelser om rettigheter. Det gjenstår imidlertid mye før regelverket innenfor helse- og sosialsektoren er tilfredsstillende harmonisert.

Et felles regelverk for de kommunale helse- og sosialtjenestene gir større grad av oversikt over rettigheter og plikter for brukere og forvaltere av regelverket. Samtidig kan det hevdes at dagens struktur representerer et kjent system, og at de som forvalter regelverket og fatter vedtak kan ha gevinst av innarbeidede rutiner i forhold til dette.

Et felles regelverk bedrer muligheten for å samordne tjenestene i kommunene og å nå ut til brukerne med et mer helhetlig tilbud. I tillegg vil bedre oversikt og kunnskap om lovverket gi større grad av forutsigbarhet for brukeren om hva slags hjelp vedkommende har krav på. Gjennom en felles og helhetlig utforming av reglene kan sektorskillene lettere tilpasses den organisasjonsform som er mest hensiktsmessig for kommunene.

Harmonisering innenfor dagens struktur skaper ikke nye gråsoner i forholdet mellom de kommunale tjenestene, selv om de eksisterende gråsoner vil bestå. Som påpekt i Ot prp nr 29 (1990–91) om lov om sosiale tjenester vil en felles lov på den annen side kunne styrke de formelle samar-

beidsorganer, og i større grad kunne føre til en helhetlig prioritering av tilbudet til brukere som har sammensatte omsorgsbehov.

En felles helse- og sosiallov med mål om å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bør i større grad enn i dag kunne forplikte helse- og sosialpersonell til å fokusere på behovet for helhetlige tjenester for brukere med sammensatte behov. Det vil kunne føre til et bedre tilrettelagt tjenesteapparatet for denne gruppen. På den annen side kan det hevdes at en harmonisering innenfor dagens struktur kan gjøre det lettere å ivareta og rendyrke tjenestefaglige standarder enn i en felles lovmodell.

Felles overordnede mål i lovgivningen vil etter regjeringens syn lettere kunne møte behovet for felles prioriteringer av de samlede helse- og sosialtjenester, slik at muligheten for ansvarsfraskrivelser fra tjenestesektorene blir mindre, og overlappende ansvarsforhold hindres.

For å følge opp nødvendig samordning av lovverket vil regjeringen sette ned et lovutvalg som skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. I tråd med regjeringens mål om et enklere regelverk, bør målsettingen for utredningen være å legge til rette for at brukerne enkelt kan orientere seg om sine rettigheter og å unngå unødvendig detaljstyring av kommunene. Utvalget bør ha en forholdsvis knapp tidsfrist for sitt arbeid og regjeringen vil derfor foreslå at utvalget leverer sin innstilling innen ett år fra det settes ned.

8.2.3 Enklere finansierings- og brukerbetalingsordninger

I NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, ble dagens system for brukerbetaling og finansiering av pleie- og omsorgstjenester gjennomgått og vurdert. Utvalget påpekte en rekke svakheter ved dagens ordninger, blant annet:

- Forskjellig nivå på brukerbetalingen, avhengig av om tjenester mottas i eller utenfor institusjon
- Store variasjoner i brukerbetaling mellom kommuner for praktisk bistand for brukere med inntekt over 2G
- Vederlagsforskriften for institusjon kan være vanskelig å forstå og administrere

Den ene halvdelen av utvalget foreslo en tjenestebasert brukerbetalingsmodell der en ikke betaler for tjenestene utfra hvor en mottar dem, men utfra hvilke tjenester en mottar.

Den andre halvdelen av utvalget vurderte ideologien i den tjenestebaserte modellen som interessant, men la vekt på at utredningen hadde synliggjort en rekke problematiske sider av økonomisk, fordelingsmessig, administrativ og juridisk art. Denne halvdelen foreslo at det burde gjennomføres begrenset og statlig styrt forsøksvirksomhet av forskjellige sider ved modellen, kombinert med forslag til forbedringer i dagens brukerbetalingsordninger, før en tok endelig stilling til valg av system.

Innstillingen fra utvalget var på en omfattende høring. I valg av hovedmodell fordelte høringsinstansene seg på følgende måte:

- 48 % gikk inn for en tjenestebasert modell
- 40 % anbefalte forsøksvirksomhet og/eller ytterligere utredning
- 12 % gikk inn for opprettholdelse av dagens system

Ved behandlingen av St.meld. 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen ba Stortinget (Innst. S. Nr. 294 (1996–97):

> «… Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem (Romertallsvedtak VII)

I mange nye omsorgsboliger ytes det heldøgns omsorgstjenester på lik linje med sykehjem, men med tjenestebasert brukerbetaling. Denne utviklingen gir et større erfaringsgrunnlag enn da Jensenutvalget la frem sin innstilling.

Det er vanskelig for brukere og fagpersonell å forstå at det skal være to så ulike egenbetalingsordninger i henholdsvis eget hjem og sykehjem, når det i flere og flere tilfeller ytes til dels samme tjenester. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO 2001) sier i sin rapport at «Omsorgsbehovene som blir imøtekommet i sykehjem og i en omsorgsbolig er funksjonelt i mange tilfeller de samme, men brukerens egenbetaling er svært forskjellig». Kommunene opplever en økende tendens til at personer med høy inntekt «nekter» å flytte til sykehjem med den begrunnelse at brukerens egenbetaling for tjenester er langt rimeligere i omsorgsboliger. Situasjonen er ikke den samme for brukere med lav inntekt.

I rapporten om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester (Sosial- og helsedepartementet 1999) ble det påpekt at beboere ved sykehjem mener de får for lite informasjon og har for liten innflytelse i spørsmål som angår dem selv. En omlegging av brukerbetalingsordningene i retning av en tjenestebasert modell vil kunne være bedre tilpasset ønsket om større grad av medbestemmelse.

Helsedepartementet har våren 2002 nedsatt et utvalg som skal vurdere fremtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. I mandatet til utvalget er det forutsatt at det også skal sees nærmere på grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Utredningen skal bl.a. finne løsninger for gråsoner mellom behandling i og utenfor sykehus.

En aktuell problemstilling er at mange av de nye sykehjemmene og omsorgsboligene som er tilrettelagt for dette, nå er i stand til å ta på seg oppgaver som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten. Det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt at denne behandlingen foregår i primærehelsetjenesten, men kommunene får ikke på samme måte som spesialisthelsetjenesten dekket utgifter for behandling. Resultatet er at pasienten sendes til sykehus.

I dag er det et system for betaling av tjenester i hjemmet med en inntektsgrense (2G) for brukerbetaling. Denne grensen medfører at husstander som har en inntekt som marginalt overstiger 2G, kan risikere å bli avkrevd en langt høyere brukerbetaling enn en husstand med inntekt rett under 2 G.

Regjeringen mener at følgende hensyn må vurderes i det videre arbeid med utvikling av finansierings- og brukerbetalingsordningene:

- Ordningene må legge til rette for at brukere og pårørende gis større medbestemmelse og valgfrihet
- Brukerbetalingsordningene må være enkle å forstå for brukere og pårørende, og enkle å administrere for kommunene
- Brukere med lik inntekt som mottar samme type tjenester, bør ikke bli avkrevd vesensforskjellig brukerbetaling fordi de mottar tjenestene i ulik

type boform
- Ordningene må legge til rette for at utvikling og dimensjonering av tjenestene baseres på befolkningens behov
- Ordningene må legge til rette for samfunnsøkonomisk optimale løsninger

Rikstrygdeverket er i ferd med å avslutte arbeidet med en rapport til Sosialdepartementet som skal angi hva det vil medføre av konsekvenser for Rikstrygdeverkets utbetalinger dersom dagens system for brukere i omsorgsboliger/eget hjem gjøres gjeldende i institusjoner.

En omlegging av systemet i retning av dagens modell for beboere i eget hjem, vil innebære at belastning av en del utgifter vil bli overført fra kommunene til staten. Det vil også gi administrative konsekvenser for kommuner og sykehjem, og medføre endringer i brukerbetalingen for de fleste brukerne. Regjeringen vil derfor arbeide videre med å kartlegge konsekvensene og fremskriving av disse. Videre må en harmonisering av lovverket ses i sammenheng med en konsekvensanalyse av felles brukerbetalingsordninger i og utenfor institusjon. Brukerbetaling og finansieringsordninger for korttidsopphold må også vurderes og sees i sammenheng med sykestuer, og det må arbeides videre med finansiering av «gråsone»-pasienter.

Resultatet av regjeringens arbeid vil bli presentert i stortingsmeldingen som legges frem i 2003.

8.3 Andre tiltak for bedre tjenester

8.3.1 Felles overordnet tilsyn for helse- og sosialtjenestene

I St.prp. nr. 84 (2000–2001) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001, ble det redegjort for fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltning. Hovedmålet med omorganiseringen var å stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene og møte framtidige faglige utfordringer. Det var et mål å rendyrke tilsynsfunksjonen og skille denne fra rene forvaltnings- og iverksettingsoppgaver. Dette er viktig både ut fra hensynet til rettssikkerhet for den enkelte pasient og bruker, og ut fra faglige og økonomiske hensyn. Tilsyn er ett av virkemidlene staten bruker for å ivareta det overordnede ansvaret for sosial- og helsetjenesten i landet. Samling av ansvaret for tilsyn gir mulighet for å samordne og videreutvikle felles tilsynsmetodikk for helse- og sosialtjenesten. Det statlige tilsynet med sosial- og helsetjenestene er i stor grad rettet mot samme ansvarlige organer og tjenester. Disse er i betydelig grad overlappende og bør ses i sammenheng. Dette gjør seg særlig gjeldende i grenselandet mellom sosial- og helsetjenesten i kommunene. En samling av det overordnede tilsynsansvaret i Statens helsetilsyn ble foreslått og fikk tilslutning i Stortinget.

For å lovhjemle det ansvaret som Statens helsetilsyn skal ha for sosialtjenesten foreslo Regjeringen i Ot prp nr 54 (2001–2002) å foreta en endring i lov om sosiale tjenester m.v. ved ny § 2–7. Forslaget innebærer at Statens helsetilsyns oppgave som overordnet faglig ansvarlig for tilsyn med sosialtjenesten vil følge av sosialtjenesteloven. Det er forutsatt at lovendringen skal tre i kraft 1. januar 2003. Helsetilsynet skal bidra til en harmonisering av det statlige tilsynet med sosiale tjenester og helsetjenester og være en faglig ressurs for Fylkesmennene i deres tilsyn med tjenestene i kommunene. Når

det gjelder internkontroll skal Helsetilsynet bidra til samordning av dette arbeidet i helse- og sosialtjenesten og være en faglig ressurs for kommuner og Fylkesmenn i internkontrollarbeid med omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven.

Regjeringen vil også fremme forslag om å styrke Statens helsetilsyns sanksjonsmidler ved å innføre hjemmel for tvangsmulkt/dagbøter dersom pålegg om å rette på forhold ikke etterleves innen den fastsatte fristen. Dette er viktig for å skape tillit i befolkningen til at staten som tilsynsmyndighet fører et reellt tilsyn med helseforetakene, selv om staten også er eier av disse. Dette forslaget omfatter i første omgang bare spesialisthelsetjenesten, men departementet vil vurdere om også den kommunale helse- og sosialtjenesten skal omfattes av Helsetilsynets utvidede virkemidler for å styrke tilsynet.

8.3.2 Ledelse og organisering

Pleie- og omsorgstjenestens store og komplekse organisasjoner representerer en av de største utfordringene når det gjelder organisasjon og ledelse i offentlig sektor. Med over 90.000 årsverk er de kommunale pleie- og omsorgstjenestene bemanningsmessig større enn sykehussektoren, og utgjør nesten halvparten av den samlede helse- og sosialtjenesten i landet.

Pleie- og omsorgstjenesten er en dominerende arbeidsplass i lokalsamfunnet, tjenesten er døgnbasert med oppgaver som vokser både i omfang og blir stadig mer faglig krevende, og fortsatt har en stor andel av de ansatte lite utdanning. Sett i forhold til andre sektorer, er det få ledere pr. ansatt. Lederne rekrutteres fra fagfeltet og mangler ofte formell lederkompetanse. Lederfunksjonen blir også ofte lite verdsatt og gitt lite rom i en organisasjon der ressursinnsatsen er knyttet til løpende brukerrettet tjenesteproduksjon.

Samtidig viser forskning at god ledelse er en av de viktigste faktorene for å kunne gi kvalitativt gode tjenester, ved siden av arbeidsmiljø og fagmiljø. Det er også av de viktigste suksessfaktorer for rekruttering og effektivitet. Det er derfor mye å hente ved å sette fokus på ledelse og organisering (Agenda 2001, Moland 1999).

Regjeringen viser i denne sammenheng til sitt arbeid med modernisering og effektivisering av offentlig sektor, der spesielt ledelses- og organisasjonsutvikling vil stå sentralt. Den kommunale helse- og sosialtjenesten framstår som et av de viktigste områder for slikt utviklingsarbeid.

På denne bakgrunn har regjeringen derfor tatt initiativ til et samarbeid med Kommunenes Sentralforbund for allerede i år å sette i gang et satsingsprosjekt med sikte på ledelses- og kvalitetsutvikling. Dette skal skje gjennom å styrke opplæring og kunnskapsutvikling, bygge ut nettverk for erfaringsutveksling og veiledning og på ulike måter støtte de som tar på seg daglig arbeidslederansvar i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Prosjektet er 4-årig og aktivitetene skal være lokalt forankret og utviklet i tett samarbeid med kommunene. Satsingen skjer i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund som vil ha det utøvende ansvaret for gjennomføringen.

8.3.3 Kompetanse og rekruttering

Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998–2001 har vært et viktig redskap for iverksetting av Handlingsplan for eldreomsorgen og de andre store helse- og sosialpolitiske satsingene i denne perioden. Helsedepartementets og Sosialdepartementets samlede innsats på personellfeltet har bidratt til å øke utdanningskapasiteten og til å sette rekruttering og kompetanse høyere på dagsorden i helse- og sosialtjenesten.

Det har aldri arbeidet så mye personell innenfor pleie- og omsorgstjenestene som i dag. Likevel sliter mange kommuner med rekruttering til tjenestene. En viktig årsak til at etterspørselen etter personell vil være større enn tilgangen, er at stadig færre unge søker seg helse- og sosialutdanning, samtidig som tallet på avgangselever har gått ned. Dette gjør at den kommunale helse- og sosialsektoren står overfor store utfordringer knyttet til behovet for personer med videregående opplæring. Tilgangen er betydelig lavere enn behovet. Særlig gjelder dette hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Det er spesielt viktig å beholde de hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som i dag er i tjenestene. Ved siden av godt arbeidsmiljø og konkurransedyktige lønnsvilkår, er tilfredsstillende tilbud om faglig oppdatering og videreutdanning avgjørende for en stabil personellsituasjon. Gjennom Handlingsplan for helse- og sosialpersonell har videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg, psykisk helsearbeid, rehabilitering mv for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kommet inn i kommunale opplæringsplaner. I perioden 1998–2004 vil over 7.500 ha deltatt i slik videreutdanning.

Gjennom Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell er det bevilget midler til opplæring av ufaglærte, etter- og videreutdanning både for ufaglærte, faglærte og høyskoleutdannede, samt midler for å øke antall studieplasser. Dette vil gi økt tilgang på kvalifisert personell i årene fremover. Handlingsplanen har ført til større opplæringsaktivitet og større bevissthet om kompetanseutvikling i kommunesektoren. De fleste kommuner har opplæringsplaner, andelen personell med høyskoletudanning har økt, og planene viser at kvalifisering av assistenter og hjemmehjelpere vil omfatte over 21 000 deltakere frem til 2004.

Regjeringen vil utarbeide en ny handlingsplan for rekruttering av helse- og sosialpersonell. Et særlig fokus i dette arbeidet vil være på rekruttering av sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det er også viktig å få ned den store andelen ufaglærte som arbeider i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, og legge forholdene til rette for andre faggrupper med bakgrunn i serviceyrker.

Økt tilgang på hjelpepleiere fremstår som den største utfordringen for sektoren i årene fremover både i forhold til unge og voksne. En pågående rekrutteringskampanje setter søkelyset på oppgaver og muligheter i arbeidslivet ved å ta utdanning som hjelpepleier/omsorgsarbeider i videregående opplæring. Det vil bli utformet tiltak rettet spesielt mot voksne.

I budsjettinnstilling S. Nr 11 2001–2002 sier komiteens flertall: «Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ny handlingsplan for rekruttering av helsepersonell 2002–2005 der det legges vekt på konkrete tiltak for å rekruttere sykepleiere og annet pleie og omsorgspersonell og på å stabilisere bemanningssituasjonen».

Helsedepartementet har ansvar for utarbeiding av planen. Departementet har etablert samarbeid med Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet i arbeidet med planen. Planen vil bygge på erfaringer fra den tidligere handlingsplanen, offentlig statistikk og innspill fra berørte arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner.

8.3.4 Kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift

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.

Ved lovendring 15.06.01 nr 91 (jf Ot.prp. nr. 99 (2000–2001)) ble det gitt hjemmel i sosialtjenesteloven for å forskriftsfeste krav til kvalitet også for de sosiale tjenestene. Endringen har ennå ikke trådt i kraft, men det tas sikte på iverksetting 1. januar 2003. Regjeringen vil med virkning fra samme tidspunkt fastsette kvalitetsforskrift for å tydeliggjøre for kommunene og brukerne hvilke krav som bør stilles når det gjelder innholdet i tjenestene. Forskriften vil gi kommunene et bedre verktøy for å stille krav til kvalitet på kommunale tjenester og tydeliggjøre for brukerne hvilke forventninger de skal ha til tjenestene. Med dette vil helsetjenesten og sosialtjenesten være bedre harmonisert når det gjelder rettslig status på dette området.

Ved lov 15.06.01 nr. 91 om endringer i sosialtjenesteloven ble kommunene også pålagt plikt til å føre internkontroll med virksomhet etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 6A (omsorgstjenester). Forslag til felles internkontrollforskrift for helse- og sosialtjenesten er sendt på høring med sikte på iverksetting 1. januar 2003.

8.3.5 Plikt til enerom

I St.meld. 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen, var ett av målene at alle med langvarig opphold i institusjon og som ønsker det, skulle få enerom. Eneromsreformen er i ferd med å bli gjennomført i praksis. Departementet mener at det viktigste virkemidlet for å sikre denne reformen er oppbygging av kapasiteten i pleie- og omsorgstjenesten. Meldingen la opp til at det ville bli fremmet forslag om å lovfeste kommunenes plikt til å tilby beboere enerom innen 2003. På den måten fikk kommunene 5 år på å gjennomføre eneromsreformen, før en slik plikt skulle nedfelles i regelverket.

I St.meld. nr. 34 (1999–2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år, ble romertallsvedtaket om rett til 24 timers pleie drøftet. Konklusjonen ble at departementet ikke ser 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, se kap. 6.7. Den samme vurderingen ble gjort i forhold til spørsmålet om kommunenes plikt til å tilby beboere i sykehjem enerom dersom de ønsker det. Begrunnelsen var bl.a. at det er rettslig og praktisk problematisk å gi en ubetinget rett til enerom når det ikke foreligger ubetinget rett til institusjonsplass og det ikke er sikkerhet for at det uten videre er tilgjengelige enerom for alle som ønsker det.

Regjeringen vil følge opp St.meld. nr. 50 (1996–97) og Stortingets behandling av denne gjennom å vurdere forskriftsfesting av plikten til å tilby enerom i kvalitetsforskriften.

8.3.6 Saksbehandling og rettssikkerhet

Det må skapes trygghet for en kvalitetsmessig god saksbehandling i kommunene og gjennom dette bedre rettssikkerhet for brukerne. Mange kommuner sliter i dag med å oppfylle kravene til god saksbehandling. Tidspress, mangel på opplæring, effektivitetshensyn, personellmangel og krav om lave kostnader skyver i noen tilfelle kravet om rettssikkerhet ut over sidelinjen.

Statens helsetilsyn avdekket i sitt tilsyn med helsetjenester (IK-2761) til demente betydelige svakheter i kommunenes saksbehandling. Helsetilsynet påpeker at «vurderingen av rett til helsehjelp er utpreget skjønnsmessig. For å hindre vilkårlighet er det satt krav til prosessen frem mot avgjørelsen og til selve vedtaket. Saksbehandlingsregler er derfor ikke bare formaliteter, men vesentlige bidrag til å sikre riktige avgjørelser.» Av rapporten fremgår det at 28 av 61 kommuner ikke oppfyller lovbestemte krav til enkeltvedtak ved tildeling eller avslag på plass i sykehjem eller hjemmesykepleie. Disse manglene gjør det svært vanskelig for brukerne og pårørende å sikre at deres interesser blir ivaretatt, samt å føle trygghet for at det er mulig å få tilstrekkelige og stabile tjenester.

For å bedre kommunenes saksbehandlingsrutiner er det derfor utviklet en saksbehandlerveileder for pleie- og omsorgstjenesten som beskriver kravene til god saksbehandling. Denne veilederen vil i løpet av kort tid bli sendt ut til kommunene av Sosial- og helsedirektoratet.

8.3.7 Oppfølging og rådgivning

Fylkesmannsembetene har fått stilt midler til rådighet for oppfølging av handlingsplanen. Hovedoppgaven i 2002 vil være å avslutte handlingsplanen, med hovedvekt på å vurdere investeringsprosjekter og avgi uttalelse til Husbanken før tilsagn gis til bygging av sykehjem og omsorgsboliger. Etter at de øremerkede tilskuddene er innlemmet i inntektssystemet skal Fylkesmannen følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene.

Oppgavene skal løses i et nært samarbeid med Fylkeslegen, og være samordnet med Fylkeslegenes arbeid med opptrappingsplan for psykisk helse og handlingsplan for helse- og sosialpersonell. Fra 2003 vil Fylkeslegene bli integrert i fylkesmannsembetene. Dette vil gi regional stat større mulighet til å samordne sin innsats med å veilede og stimulere kommunene. Departementet ønsker at ledelse, kvalitetsutvikling og saksbehandling i pleie- og omsorgssektoren skal være sentralt i rådgivnings- og veiledningsarbeidet.

Det nyetablerte Sosial- og helsedirektoratet forutsettes å være en viktig ressurs i det kommunerettede arbeidet, både ved egen direkte innsats og gjennom støtte til regional stat.

8.4 Ny stortingsmelding

Regjeringen tar sikte på å legge fram en ny melding våren 2003. Meldingen skal gi en mer fullstendig oppsummering av status for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og situasjonen i norsk eldreomsorg, og utfylle regjeringens utviklingsprogram for et enklere og bedre tjenestetilbud med brukerorientering, valgfrihet og individuell tilpasning som hovedfokus.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

9.1 Nye årsverk

Regjeringen vil legge til rette for ytterligere personelløkning gjennom veksten i kommunenes frie inntekter.

9.2 Utvidelse av handlingsplanens investeringsramme

En utvidelse av handlingsplan for eldreomsorgen med ytterligere 2.000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger vil med utgangspunkt i dagens tilskuddssatser og utbetalingsprofil innebære et oppstartingstilskudd på til sammen 652,7 millioner kroner fordelt på 4 år. Oppstartingstilskuddet, som nå er kr 181.300 pr omsorgsbolig og 388.500 pr sykehjemsplass, blir utbetalt først når bygget står ferdig godkjent til innflytting. Kompensasjonstilskuddet beregnes fra den dagen oppstartingstilskuddet blir utbetalt og utbetales etterskuddsvis 4. kvartal en gang i året, og tar utgangspunkt i utgiftene knyttet til et serielån i Husbanken med 30 års løpetid. Samlet innebærer dette utgifter på 174,8 millioner kroner i 2003 og 868,8 millioner kroner på kap 586 i Kommunal- og regionaldepartementets budsjett for årene 2003–2006.

Tabell 9.1: Økonomiske konsekvenser

	2002	2003	2004	2005	2006	Sum 03–06
Utvidelse boenheter	2 000					
Tilsagnsramme	652,7					
Bevilg. Post 60 Oppstartingstilskudd		163,2	261,1	195,8	32,6	652,7
Bevilg. Post 63 Kompens.tilskudd		11,6	42,1	73,9	88,5	216,1
Sum kap 586		174,8	303,2	269,7	121,1	868,8

9.3 Utviklingsprogram for bedre kvalitet og enklere ordninger

Kostnadene til ledelsesprosjektet og saksbehandlingsveileder ligger allerede inne i budsjettet for 2002 og vil bli videreført innenfor departementets budsjettramme. Det samme gjelder oppnevningen av et lovutvalg.

Dagens kvalitetsforskrift etter kommunehelsetjenesteloven er en internkontrollforskrift, dvs at kommunene er forpliktet til å dokumentere hvordan kvaliteten sikres. Innføring av kvalitetsforskrift etter lov om sosiale tjenester pålegger ikke kommunene nye oppgaver eller plikter, men tydeliggjør og utdyper de plikter kommunene allerede har etter lovverket.

I St.prp.nr. 1 (2001–2002) er det også i kap 675 i Sosialdepartementets budsjett lagt opp til at tilskuddet til fylkesmennenes oppfølging av handlingsplan for eldreomsorgen videreføres. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt og

følge den videre gjennomføring av sykehjems- og omsorgsboligutbyggingen og styrkingen av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten fram til 2007. Etter at de øremerkede driftstilskuddene er innlemmet i inntektssystemet, skal fylkesmannen følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene. Det er naturlig å benytte den kompetanse som er bygd opp hos fylkesmann og fylkeslege i forbindelse med handlingsplan for eldreomsorgen, til en del av gjennomføringen av et nytt utviklingsprogram for bedre kvalitet.

Sosialdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Sosialdepartementet av 15. mai 2002 om avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen blir sendt Stortinget.

Litteraturliste

Agenda (2001): Faktorer som påvirker effektiviteten i pleie- og omsorgstjenesten. Agenda Utredning & Utvikling, Sandvika

Agenda (2002): Omsorgsboliger. Utredning av eierformer, tildelingsrutiner og husleiefastsettelse. Agenda Utredning & Utvikling, Sandvika

Brevik, Ivar (2002): Handlingsplan for eldreomsorgen: Kommunenes vurdering (Tall fra spørreundersøkelse) NIBR

Fylkeslegen i Buskerud (2001): Rapport etter tilsyn i kommunene i Buskerud – Deler av helsetjenestetilbudet til eldre

Gautun, Kjerstad, Kristiansen (2001): Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet, SNF-rapport 2001

Husbanken: Års- og kvartalsstatistikk 1997–2001

Høyland, Karin (2001): Ny sykehjemsmodell – et bedre tilbud. SINTEF rapport STF 22 A02500. SINTEF Bygg og miljø, Trondheim.

Kristoffersen, Solem (1998): Integrering av pleie- og omsorgstjenestene, Nova 1998

Moland, L (1999): Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø. Fafo-rapport 99:269. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo

Mandal, Odd (1999): Grunnboka i pleie og omsorg. Kommuneforlaget 1999. Oslo

NOU 1992: 32 Bedre struktur i lovverket, Lovstrukturutvalgets delutredning II

NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester (Jensen-utvalget)

NOU 1999: 2 Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende (Livshjelpsutvalget)

Næss, Sturle (2000): Bedre standard, men større ulikhet? Sefos-notat 2–2000.

Ot prp nr 29 (1990–91) om lov om sosiale tjenester

Rundskriv I-13/97: Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, Sosial- og helsedepartementet

Rundskriv H-31/2001: Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2001–2002
Rundskriv I-55/2001: Rapportering av resultat- og plandata fra helse- og sosialtjenesten 2001–2005
Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO), (2001): Forenkling av statlig rammeverk innen pleie og omsorg, synspunkter fra 5 kommuner
Sosial- og helsedepartementet: Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001. Resultater, planer og prognoser. HPE-rapport 1/2001.
Sosial- og helsedepartementet (1999): Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester
Statistisk Sentralbyrå: Pleie- og omsorgsstatistikken 1997–2000
St.meld. nr 50 (1996–1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet.
St.meld. nr 26 (1999–2000) Om verdiar i den norske helsetenesta
St.meld. nr 28 (1999–2000) Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000.
St.meld. nr 34 (1999–2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.