



Saksframlegg

Arkivsaknr./arkivkode: 07/01022-1/

Saksbehandler: Magne Hustad, Anne Tøndevold,
Kari Hesselberg

Dato: 3.12.2007

Sak nr.	Behandles av:	Møtedato:
	Sentralstyret	14.12.2007

RAMMEPLAN FOR BEDRE ELDREOMSORG

INNLEDNING

Det pågår en debatt om kommunal sykehjemsdrift og eldreomsorg, med utgangspunkt bl.a. i TV-reportasjer fra en sykehjemsavdeling i Kongsberg. Dramaturgien i TV-debattene innebærer at forsvar av eksisterende kommunale tjenester ikke gis troverdighet eller når fram som budskap. En mer offensiv tilnærming er nødvendig for å nå fram via TV. I Stortinget er det nylig inngått et forlik mellom Ap, Sp, SV, Krf og V om en felles satsing for å bedre kvalitet og kapasitet i eldreomsorgen – kfr. vedlegg. Administrasjonen vurderer det likevel som nødvendig for KS å utvikle en rammeplan som synliggjør kommunesektorens svar på de langsiktige utfordringene på området.

Forslag til vedtak:

Sentralstyret slutter seg til følgende PLAN FOR BEDRE ELDREOMSORG:

Regjeringens oppgaver og ansvar: Tilstrekkelig og forutsigbar ressurstilførsel, overordnet styring og tilsyn:

- 1) Regjeringen anslår i St.meld. nr 25 et behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger de neste tjue årene, eller nesten en dobling av antallet omsorgsplasser i dag. Det må legges til grunn ca. et 1 til 1 forhold for antall plasser og antall ansatte. I tillegg må kapasiteten i hjemmetjenestene bygges ut. Brutto driftskostnader for kommunale pleie – og omsorgstjenester i dag er årlig ca 55 mrd kroner. Selv med uendret standard m.v. de neste tjue årene, vil en slik opptrapping av antall plasser medføre stor økning i årlige kommunale driftskostnader.
- 2) Også antallet medisinske sykehussenger må bygges ut. Hvis ikke vil behovene for omsorgsplasser var større en det anslåtte.
- 3) For å møte behovene bør det planlegges for en kapasitet ut over 60 000 på ca. 10 % og en standardøkning på 1% årlig i hjemmetjenesten.
- 4) Dersom et slikt løft skal kunne gjennomføres uten omfattende nedprioritering av andre kommunale tilbud som for eksempel grunnskole, barnehage og barnevern, må kommunene gis forutsigbarhet om en tilsvarende opptrapping i ressurstilførselen i perioden for å kunne utøve en langsiktig kommunal planlegging. En slik opptrapping innebærer en årlig økning i perioden på ca 2 mrd kr (i dagens kroneverdi) bare for å møte økte kommunale driftskostnader i forhold til de økende pleie- og omsorgsbehovene. Den aller største utfordringen blir å klare å rekruttere et tilstrekkelig antall kvalifisert personell.
- 5) Skal opptrappingen gi optimal effekt i form av bedre tjenester for brukerne, må de økonomiske ressursene tilføres gjennom økte frie inntekter til kommunene. Økt brukerreting og behovet for

effektiv ressursbruk tilsier at kommunene må gis frihet til å bygge ut og organisere sine omsorgstjenester – i tråd med brukeres ønsker og behov og uten effektivitetsreducerende statlige bindinger - for eksempel om bemanning eller omsorgsform.

- 6) Det må etableres en permanent finansieringsordning for nye samhandlingsmodeller mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenestene og sykehusene, og utvikles finansieringsordninger som stimulerer til bedre samhandling mellom kommunene og sykehusene.
- 7) Det må legges overordnede føringer som etablerer digitale plattformer som gjør kommunikasjon mellom helseforetak, kommuner og fastleger mulig.
- 8) Det må nasjonalt satses langt sterkere på forskning og kompetanseutvikling i forhold til pleie- og omsorg og primærhelse – også i forhold til ulike forebyggende innsats, nye arbeidsmåter i omsorgen og ny teknologi/ tekniske hjelpemidler.
- 9) Det må gjennomføres et særlig kompetanseløft for de ansatte i omsorgstjenesten fram til 2015. Medisinsk kompetanse og legedekning i sykehjemmene må styrkes. Tilbud om nødvendig fagutdanning, etter – og videreutdanning er viktig for å rekruttere og stabilisere arbeidskraft til omsorgen

Kommunens oppgaver og ansvar: Drifte og utvikle gode og forsvarlige tjenester i tråd med lokale brukeres ønsker og behov – og mål og rammer som sentrale myndigheter setter:

- 10) Det er de senere årene overført økte oppgaver fra sykehusene til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene – uten at ressursene har fulgt med. KS og Regjeringen vil legge til rette for fast og forpliktende samarbeid mellom kommuner og sykehusene/ helseforetakene gjennom strukturerte avtaler.
- 11) Det må arbeides videre med å redusere andelen ansatte på uønsket deltid i omsorgstjenestene som et av flere tiltak for å møte arbeidskraftsbehovet. For 2008 er det et mål at den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen i sektoren øker til 60%
- 12) Alle kommuner bør innen 2010 kunne tilby skjermete enheter/ plasser for aldersdemente i sitt sykehjemstilbud og et dagaktivitetstilbud for aldersdemente.
- 13) For å forebygge pleiebehov, bør alle kommuner innen 2012 kunne gi forebyggende aktivitetstilbud til alle eldre som har behov for dette.
- 14) Kommunene bør legge til rette for at alle brukere av kommunal hjemmehjelp ved ønske skal kunne få bytte hjemmehjelper, og at brukere som ønsker en fast hjemmehjelper, så langt det er mulig får dette. Det bør legges til rette for reell brukermedvirkning og bedre veiledning og samarbeid med pårørende.
- 15) Alle kommuner bør ha gode styringssystemer som inkluderer gode kvalitetssystemer. Det bør gjennomføres systematiske brukerundersøkelser i alle kommuner.

Saksframstilling:

BAKGRUNN

Den kommunale pleie og omsorgssektoren har møtt nye utfordringer og endret karakter på mange områder de senere årene. Kapasiteten er bygd ut. I 2006 mottok 171 500 personer hjemmetjenester (hjelp i eget hjem eller i omsorgsbolig). Dette representerer en økning på 7 200 på ett år. Antall beboere i institusjon har vært noenlunde stabilt på de senere årene og utgjorde i 2006 41 000 personer.

Sektoren preges av økt intensitet og kompleksitet i tjenestetilbudet. Det vil si at hver enkelt bruker får mer hjelp enn før. Og når brukerne blir ”tyngre” krever det økt kompetanse blant pleiepersonellet. Spesielt merker sektoren av at det blir stadig flere yngre brukere(under 67 år) av pleie- og omsorgstjenester. Økningen i denne aldersgruppen utgjorde hele 65 prosent av økningen innenfor hjemmetjenesten fra 2005 til 2006. Mange av de yngre brukerne krever mye ressurser, blant annet knyttet til rus, psykiatri, fysiske funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming. En undersøkelse fra Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) fra april 2007 viser at i 2006 var 31 prosent av mottakerne av hjemmetjenester under 67 år, mens hele 62 prosent av ressursene gikk til denne gruppen.

Kommunene har prioritert pleie- og omsorg høyt de senere årene, og en stor andel av veksten i de frie inntektene er brukt i denne sektoren. Derfor ligger kommunene også godt an til å nå regjeringens mål om 10 000 flere årsverk i denne Stortingsperioden. Personell med helsefaglig utdanning står for nesten hele veksten.

Samtidig som pleie- og omsorgsformål er prioritert på topp i kommunene, ser vi at behovene er større enn tilbudet, og at det fortsatt er store mangler i forhold til kapasitet og kompetanse. Når vi vet at veksten i eldrebefolkningen blir svært høy om kort tid, er det derfor behov for å legge til rette for både kapasitetsutvidelse og kvalitetsforbedringer i sektoren.

UTFORDRINGER

Det er behov for å utvikle mer fleksible tjenester for å bedre tilfredsstillende innbyggernes behov i hver enkelt kommune. Behovet for at det bygges opp en fleksibel omsorgstjeneste blir enda tydeligere om vi går lengre fram i tid. Jo lengre fram vi ser, jo mer usikkerhet vil det være i dagens prognoser i forhold til befolkningssammensetning, sykkelighet, medisinske og teknologiske nyvinninger, effektiviseringsgevinster ved bruk av IKT, eldre og andre omsorgstrengendes behov, ønsker og preferanser. Statlige øremerkede midler er rigide og ”premierer” kommuner som har satset lite på sektoren. Øremerkede midler styres av nasjonalt aggregerte behov, istedenfor de faktiske behovene til innbyggerne i hver enkelt kommune. I tillegg krever det et administrativt apparat som tar ressurser som heller kunne vært brukt til brukerrettede tjenester. Dette er lite effektivt, i tillegg til at det hindrer muligheten til å utvikle fleksible tjenester i tråd med lokalbefolkningens preferanser.

Innbyggerne i kommunene har først og fremst behov for forutsigbarhet. Det vil si at kommunene må vite hvilke rammer de har å forholde seg til fremover, og hvilke nasjonale rammemål det er enighet om at det skal satses på å nå.

Kapasitetsmål

Det er viktig å se satsingen på utbygging av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg i sammenheng. Kommuner velger ulike dimensjonering av institusjonsplasser, omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester ut fra lokale behov og prioriteringer. Det er mer individualiserte og differensierte pleie- og omsorgstjenester enn før, og den samlede dekkningen har økt. En undersøkelse av framtidige Eldres boligpreferanser¹ viser at svært få bor i en bolig med god tilgjengelighet. Bare 6 prosent ønsker å flytte til sykehjem dersom en skulle bli skrøpelig. 40 prosent ønsker seg en kommunal omsorgsbolig.

Derfor bør det satses mer på å gjøre eksisterende boliger tilgjengelige, og bygge nye boliger med livsløpsstandard/universell utforming.

¹ ”Slik vil eldre bo”. Ivar Brevik og Lene Schmidt. NIBER 2005:17

Samtidig er det konsensus om at det er behov for flere sykehjemsplasser. Spesielt er det behov for å etablere flere korttidsplasser på sykehjem, slik at den enkelte opplever at det finnes en plass når det reelle behovet er der.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Kommunene tar i dag en større del av ansvaret for pleiepasienter som tidligere var langtidspasienter på sykehus, mange pasienter skrives ut fra sykehusene med betydelige behov for behandling, rehabilitering og pleie. En rapport fra SINTEF Helse om utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (STF78 A045018, 2004) sier: *”Man kan innta ulike perspektiv på spørsmålet om ”hvem som egentlig har ansvaret” for pasienten i forhold til ulike problemstillinger. Perspektivet på dette vil også endre seg over tid, i takt med endringer både innenfor og utenfor helsetjenesten selv. Det er imidlertid liten tvil om at oppgavemengden i kommunene har økt og at dette delvis kan knyttes til at sykehusene i langt sterkere grad rendyrket sin rolle som behandling sinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas hånd om i kommunen.”*

Utviklingen kan vi lese ut av statistikken. I perioden 2001 til 2005 har vi opplevd at:

- Antall dag- og døgnopphold på sykehus er økt med 25,2 % samtidig som antall senger er redusert med 1,2 %.
- Gjennomsnittlig liggetid på sykehus er redusert med 8,8 %
- Antall gjeninnleggelser innen 30 dager øker, særlig for de over 80 år

Overbelegg ved indremedisinske avdelinger er et sentralt utviklingstrekk de siste 15-20 år. Likevel er antallet indremedisinske senger redusert.

For eldrebefolkningen er det derfor helt avgjørende at:

Det totale tilbudet av institusjonssenger til eldre syke med store og sammensatte behov må økes framover. Utfordringene må løses i fellesskap mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. Det er ikke tilstrekkelig bare å se på kapasiteten i sykehjem.

Kvalitetsmål

Handlingsplanen for eldreomsorgen var på mange måter en kapasitetsreform. Ikke minst var det et sentralt mål å øke antall plasser i enerom på sykehjem. I 2006 var 91 prosent av plassene enerom. Samtidig er det behov for økt oppmerksomhet om kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren. KS mener kommunene bør sette lokale kvalitetsmål. Blant annet er det behov for:

- Økt satsing på skjermede enheter for aldersdemente. I 2006 var 21,2 % av sykehjemsplassene i skjermet enhet, til tross for at nesten 80 % av sykehjemsbeboere har en demenslidelse. Sosial og helsedirektoratet anslår behovet for ombygging av sykehjem og nybygg av tilrettelagte boliger til 37 000 boenheter fram mot 2030.
- Økt satsing på aktivisering. Under 4 % av demente som bor utenfor institusjon har tilrettelagt dagtilbud (2005).
 - Årsverk til aktivisering: (2000: 2 055,89) 2005: 3 596,76, 2006: 3 748,84
- Bedre legedekning i sykehjem. I 2006 var det gjennomsnittlig 0,28 legetimer per uke per beboer i sykehjem.

Arbeidskraftutfordringer:

Flere faktorer påvirker arbeidskraftbehovet innen pleie og omsorg. På den ene siden er det en sektor som trenger mange hender og mye kompetanse samtidig som det er høyt sykefravær og stor avgang fra sektoren. På den andre siden er det innen pleie og omsorg behovene for nye medarbeidere vil øke mest i tiden fremover.

For å møte denne utfordringen må det særlig satses på:

- **Kompetanse:** Kompetansen til de ansatte i sektoren er helt avgjørende i forhold til kvaliteten på tilbudet. Det er videre behov for god oversikt over den kompetanse man har og planer for hvordan kommunen skal utvikle og skaffe riktig kompetanse for fremtidens utfordringer. Utvikling av arbeidstakernes kompetanse er også en viktig motivasjonsfaktor for at de skal ønske å forbli i sektoren.
- **Ledelse:** Det er en stor utfordring å lede arbeidskraften slik at vi får til utvikling og nyskaping. God ledelse bidrar til positivt omdømme og gjør rekrutteringsarbeidet lettere. "Å lede i det skapende spenningsfeltet" er det overordnede grepet i KS` policy for ledelsesutvikling. Kommunesektoren trenger utfordrende, tydelig og god ledelse som er bevisst i forhold til videreutvikling av kompetansemedarbeideren og offensiv i forhold til nye utfordringer.
- **Rekruttering:** Det må rettes innsats både mot å rekruttere ny arbeidskraft og mot å forvalte og beholde den arbeidskraften som allerede er i kommunene.
- **Reduksjon i sykefravær.** Sykefraværet innen kommunal sektor er høyest i pleie og omsorg. I 2006 var sykefraværet 10,8%, dette er en nedgang fra året før. Arbeidet med reduksjon i sykefravær og et inkluderende arbeidsliv må fortsatt ha fokus.
- **Reduksjon i uønsket deltid.** Andelen som arbeider deltid blant kvinnene i pleie og omsorg er 73%, med en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 58%. Fleksible arbeidstidsordninger, hvor den enkeltes ønsker i stor grad legges til grunn for turnusordningen samt et system som gir god oversikt over ledige stillinger, er viktige suksesskriterier for å øke den enkeltes stillingsprosent. For 2008 er det et mål at den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen i sektoren øker til 60%

Olav Ulleren

Bjørn Gudbjørgrud

Vedlegg:

Enighet om å løfte kvaliteten i eldreomsorgen

Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre har kommet til enighet om en rekke tiltak for å bedre innhold, kvalitet og kapasitet i eldreomsorgen.

- Dette vil løfte kvaliteten i norsk eldreomsorg, og forplikter på tvers av partigrensene til å jobbe videre for å sikre eldre mennesker verdige omsorgstjenester, uttaler Jan Bøhler (Ap), Johnny Ingebrigtsen (SV), Laila Dåvøy (KrF), Rune Skjælaaen (Sp) og Gunvald Ludvigsen (V).

Eldre mennesker skal ha trygghet for å få dekket sine grunnleggende behov, som blant annet riktig ernæring, forsvarlig medisinsk pleie og gode botilbud. Avtalen sikrer utforming av en verdighetsgaranti.

- Dette vil klargjøre hva eldre mennesker og deres pårørende kan forvente, og tydeliggjøre kravene til omsorgstjenestene. De eldre og deres pårørende skal ha klagerett, uttaler de fem helse- og omsorgspolitikerne.

Det er også kommet til enighet om en kompetanseplan som sikrer satsing på helseutdanningene, rekruttering og forskning. Behovet for nye omsorgsplasser, ombygging og bemanning skal vurderes årlig i forbindelse med statsbudsjettet.

Hovedpunktene i den felles satsingen er:

- I en felles helse- og sosiallovgivning skal det utformes en verdighetsgaranti som blant annet hensyntar dagtilbud, måltider osv.

- En kompetanseplan for helsepersonell, forskning og rekruttering.

- Behovet for nye omsorgsplasser, ombygging og bemanning skal vurderes årlig i forbindelse med statsbudsjettet.

- Ny og forbedret finansiering av fagskoler innen helse- og sosialfag innen 2009.

- Minst ti geriatere (lege med spesialisering på Eldres sykdommer) skal utdannes årlig i planperioden (nær dobling av dagens nivå).

- Styrking av kompetansetiltak for ansatte uten fagutdanning.

- Undervisningshjemmetjenester som prosjekt etter modell av undervisningssykehjem.

- Prosjektet etisk kompetanseheving utvikles over tid til alle kommuner.

- Investeringstilskudd skal også kunne benyttes til utbygging av enheter i kommunene for lindrende behandling ved livets slutt.

- Tilrettelagte plasser i institusjon for demente innen 2015.

- Alle kommuner tilbyr tilrettelagte dagaktivitetstilbud til demente innen 2015.

- Økt innsats for tilrettelegging av eldres egen bolig.
- Det legges frem forslag om opptrapping av kulturtiltak fra 2009.
- Stimulering av frivillig sektor til fortsatt bidrag til eldreomsorgen.

30.11.2007