

GOD ELDREOMSORG I OSLO

NOTAT 2015

INNHold

	Side
1. Innledning	3
2. Sammendrag	5
3. Hvordan lever eldre i Oslo?	8
4. Konsekvenser av veksten i antall eldre i perioden 2014 - 2035	10
5. Behov for pleie- og omsorgstjenester.	16
6. Behovet for personell i pleie- og omsorgssektoren	19
7. Kommunale pleie- og omsorgstilbud	20
8. Spesialisthelsetjenestens tjenester	22
9. Andre tjeneste- og aktiviseringstilbud	22
10. Velferdsteknologi	23
11. Innovasjon i omsorgstjenester	23
12. Boliger, boformer og transport	24
13. Tilsyn med kvaliteten på tjenester i eldreomsorgen	25
14. Må det bli mangel på personell i Oslo?	26
15. Har vi ikke råd til en god eldreomsorg?	27
16. Utviklingen i eldreomsorgen i Oslo fram mot 2035	29
17. Konklusjon om utviklingen av eldreomsorgen i Oslo til 2035	30

Vedlegg

	Side
Vedlegg 1. Hvordan bor eldre?	1
Vedlegg 2.1 Eldre personers inntekt i bydelene	2
Vedlegg 2.2 Forventet levealder for 65-åringene i Oslo 2006-2010	2
Vedlegg 3. Oversikt over bruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester i bydelene	4
Vedlegg 4. Om IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk)	6
Vedlegg 5. Omsorgstrappa i bydel Østensjø	7
Vedlegg 6. Pasientrettar	8
Vedlegg 7. Hverdagsrehabilitering i bydel Østensjø	8
Vedlegg 8. Oversikt foreninger og lag i bydel Østensjø der eldre deltar	9
Vedlegg 9. Færre yrkesaktive - flere eldre. (Fra Perspektivmeldingen)	9
Vedlegg 10. Utdrag av artikkel i Samfunnsøkonomen 9/2012 "Arbeid til alle"	11
Vedlegg 11: Velferdsteknologi	11
Litteraturliste:	12

INNLEDNING

Vi er fire personer som er opptatt av utviklingen i eldreomsorgen i Oslo; Kristin Borg, Leder av Nasjonalforeningens fylkesstyre i Oslo, Knut Elgsaas, medlem av Omsorgskomiteen i bydel Østensjø, Kolbjørn Forfang, styremedlem i Eldre legers forening og Bergfinn Aabø, nestleder i Det sentrale eldrerådet i Oslo.

Vi skrev en kronikk med tittelen "Tre alvorlige trusler mot god eldreomsorg i Oslo" som sto i Aftenposten 26. juni 2015. Kronikken har så langt ført til flere avisinnlegg om eldreomsorg, bl.a. fra Helse- og sosialombudet i Oslo. Grunnlagt for kronikken er vår notat om "God eldreomsorg i Oslo. Muligheter og trusler". Notatet ble utarbeidet høsten 2014 og våren 2015. Det er mange som er opptatt av eldreomsorg. Foran kommune- og stortingsvalg ønsker alle partier å satse på god eldreomsorg. Det er også bred enighet blant partiene i bystyret i Oslo om retningslinjene for utviklingen av eldreomsorgen i Oslo. Byrådet la i 2014 fram for bystyret Seniorsmeldingen: *Selvtendige, aktive og trygge eldre*. Det er en strategisk plan for framtidig eldreomsorg i Oslo. Bystyret sluttet seg enstemmig til denne planen.

Ønsket om at eldre mennesker skal få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig har kommet til uttrykk i forskjellige utredninger og meldinger de senere åra.

I byrådets Seniorsmelding 2014 står det:

"De fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig. Det er Byrådets mål at eldre skal kunne få dette ønsket oppfylt."

I Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg står det at Regjeringen og KS har inngått en avtale der partene vil:

"- arbeide med å få på plass løsninger som gjør at brukere som ønsker det kan bo hjemme lengst mulig."

I artikkelen "Omsorgsplan 2015 og 2020" utgitt av regjeringen 12.12.2014 står det :
"Regjeringen satser målrettet på å øke kapasiteten og kvaliteten i omsorgstjenestene. Det er ønskelig at flere skal kunne bo hjemme lenger, og leve aktive og selvtendige liv – med individuelt tilpassede tjenester, trygghet og verdighet."

Pensjonistforbundet vedtok i 2014 i sitt strategidokument februar 2014 følgende mål:

"Muligheten til å bo i sitt eget hjem så lenge det er mulig."

Det er viktig at forholdene legges best mulig til rette for at eldre mennesker kan ha mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig. Men vi mener det er nødvendig å understreke at målet må være at eldre kan få mulighet til å bo godt hjemme så lenge som mulig.

Vi har valgt denne presiseringen som grunnlag for vårt notat drøfter følgende spørsmål:

Hvilken bistand og støtte og hvilke hjelpemidler trenger eldre for å kunne bo godt i sitt eget hjem så lenge det er mulig?

Hva vil det si å kunne bo godt i eget hjem?

Vi mener det betyr at den enkelte eldre kan fungere sosialt, ivareta egen helse og egenomsorg og utføre vanlige husholdningsfunksjoner, eventuelt med hjelp fra hjemmetjenester og pårørende. Dersom eldre mennesker rammes av kognitiv svikt og utvikler demens, vil det før eller siden inntreffe en situasjon der vedkommende vil få et bedre liv i et sykehjem. Det gjelder også eldre med alvorlige somatiske sykdommer.

Vi drøfter i vårt notat de viktigste tiltak og virkemidler for at eldre skal kunne bo godt hjemme lenge i Oslo (og i Norge) fram mot 2035.

Det gjelder bl.a. arbeid for å bedre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene, økt bruk av velferdsteknologi og satsing på frivillighet.
Under arbeidet med dette notatet mener vi å ha avdekket tre alvorlige trusler eldreomsorgen i Oslo (og i Norge) står overfor i kommende år;
Mangel på faglært personell, mangel på sykehjemsplasser og mangel på midler til å dekke kostnadene med eldreomsorg.
Til slutt gir vi en vurdering av konsekvensene dersom det ikke settes inn tiltak for å avverge disse manglene.

Oslo, 25. juni 2015

Kristin Borg Knut Elgsaas Kolbjørn Forfang Bergfinn Aabø

2. Sammendrag og konklusjoner

I kapittel 4 gis en oversikt over utviklingen av antall eldre over 67 år i Oslo fram mot 2035 basert på befolkningsframskrivningene til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Fram til 2025 er det en viss økning i aldersgruppen 80-89 år. I 10 året fra 2025 er det en sterk økning aldersgruppene 80-89 år og over 90 år.

Veksten i antall eldre medfører også vekst i antall personer med demens. Behovet for sykehjemsplasser og hjemmetjenester vil øke noe fra 2015 til 2025. Men fra 2025 til 2035 vil behovet øke sterkt.

Forslagene i Sykehjemsbehovsplanen 2014 - 2024 for Oslo innebærer at det ikke bygges nye sykehjemsplasser i denne perioden. Planen bygger på en forutsetning om at flere personer med demens vil kunne bo hjemme lenger ved at det tilbys dagaktivitetstilbud og avlastning for pårørende. Det forutsettes at personer med demenssykdom også kan bo i tilrettelagte omsorgsboliger med mindre boenheter hvor det er stabil bemanning og tilpassede aktiviteter. Vi stiller seg tvilende til denne forutsetningen, og mener at vurderingen som kom til uttrykk i Sykehjemsbehovsplanen 2012 - 2022 er mer realistisk.

"De færreste personer med demenssykdom klarer seg i omsorgsboliger; de synes erfaringsmessig ute av stand til å mestre en hverdag i egen bolig selv om tilsyn gis relativt ofte."

I mai 2015 la Sykehjemsetaten fram Sykehjemsbehovsplan 2016-2026. Planen har nå endret navn til "Utbyggingsplan for helsehus og assisterte tilbud for eldre(Sykehjemsbehovsplan) Rullering 2016-2026."

Denne planen legger heller ikke opp til at det bygges nye sykehjemsplasser i denne perioden.

Pasienter på sykehjem er sykere enn tidligere. Til tross for økningen i pleie- og omsorgsbehovet, har grunnbemanningen på sykehjem ikke vært endret på mange år. Ledelsen i Sykehjemsetaten har nå erkjent at det er nødvendig å øke grunnbemanningen.

Ca. 3 av 7 personer med demens har plass på sykehjem i dag. I 2025 vil 3 av 8 personer med demens ha plass. Dersom dette forholdstallet skulle gjelde i 2035 og med veksten i behovet for korttidsplasser og plasser for alvorlig somatisk syke, trenger Oslo anslagsvis 2400-2500 nye sykehjemsplasser innen 2035.

Det er svært lite realistisk at Oslo makter en slik utbygging av sykehjem, som betyr ca ett til to nye sykehjem med 150 plasser hvert år i perioden 2027 - 2035.

Behovet for hjemmetjenester til eldre over 67 år vil øke fram til 2035. Men den sterke veksten i befolkningen under 67 år medfører en enda sterkere vekst i behovet for hjemmetjenester i denne aldersgruppen. Ca 2/3 deler av ressursene i hjemmetjenesten i Oslo går til yngre brukere, mens 60% av brukerne er over 67 år. Antall brukere av hjemmetjenester vil øke fra ca 16.000 i 2013 til 26.000 i 2035. Det forutsetter en sterk øking i antall ansatte i hjemmetjenesten enten de er kommunalt eller privat ansatt.

Det brukes klart lavere gjennomsnittlig antall timer i uka til hjemmetjenester etter alder og bistandsbehov i Oslo enn i resten av landet. Oslo har også lavere dekning av plasser i institusjoner og heldøgnsbemannede boliger for eldre.

Oslo kommune mangler pr. i dag kunnskaper om tilbudet til brukere av hjemmetjenester med et omfattende bistandsbehov. Det er grunn til å anta at flere hjemmetjenestemottakere med et omfattende bistandsbehov burde ha hatt plass på sykehjem, og at mange burde ha fått et bedre tilbud fra hjemmetjenesten enn de får i dag. Omsorgskomiteen i bydel Østensjø tok i 2011 opp spørsmålet om å få opplysninger om bydelens tjenestetilbud til denne gruppen med byrådsavdelingen for eldre. Først i februar 2015, fikk komiteen og bydelsutvalget ny, men begrenset informasjon om omfanget av tjenester til eldre med et omfattende bistandsbehov i bydelen.

I kapittel 5 gis en oversikt over pleie- og omsorgsbehovet hos eldre som er demente, kronisk syke eller uføre og hvilke tjenester som trengs for at de kan bo godt hjemme. Kvaliteten på tjenestene er avhengig av at det er nok personell med god erfaring og utdanning. Det er også behov for gode tilbud til pårørende til hjemmeboende hjelpetrequende eldre.

I kapittel 6 behandles den alvorlige situasjon eldreomsorgen i Oslo og i Norge som vil komme i perioden 2014 - 2035 p.g.a. mangel på kompetent helse- og omsorgspersonell. Statlige og kommunale myndigheter må sette inn tiltak nå, for å sikre tilgangen på personell slik at kvaliteten på eldreomsorgen ikke svekkes i åra som kommer. Et slikt tiltak kan være å gi uføretrygdede med arbeidsevne muligheter for sysselsetting i pleie- og omsorgssektoren.

Kapittel 7 inneholder en kort omtale av dagens pleie- og omsorgstilbud i Oslo kommune, sammenfattet under betegnelsen Omsorgstrappa. Kvaliteten og omfanget av de tjenester som tilbys eldre på de enkelte trinn i omsorgstrappa betyr mye, og for noen er det helt avgjørende, for at de kan bo godt og trygt hjemme så lenge som mulig. De eldre må bli gjort kjent med de ulike tilbud på omsorgstrappa. Vi mener at en del av informasjonen om disse tilbudene bør bli tydeligere og mer utfyllende for brukere og pårørende. Det er viktig at kommunen erkjenner sitt ansvar for tilbudet av praktisk bistand til hjelpetrequende eldre.

Kapittel 8 inneholder en kort beskrivelse av betydningen av et godt samvirke mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Bl.a. omtales tiltak som bør settes inn for å sikre god rehabilitering etter sykehusopphold og for å unngå "svingdørspasienter".

Kapittel 9 gir en oversikt over de mange frivillige organisasjoner og foreninger i bydel Østsjø der eldre kan delta. I tillegg kommer tilbudene fra byomfattende foreninger og organisasjoner som Oslo og Omegn Turistforening. Det er ingen mangel på muligheter for eldre i Oslo til å møtes i hyggelig lag og få muligheter til å delta i alle slags sosiale aktiviteter.

Kapittel 10 og 11 omhandler velferdsteknologi og innovasjon i eldreomsorgen. I Stortingsmeldingen om "Morgendagens omsorg" og i byrådets Seniorsmelding beskrives velferdsteknologi og innovasjon som viktige løsninger på de utfordringer som den kommende "eldrebølgen" vil skape.

Vi mener det er nødvendig å satse på økt bruk av velferdsteknologi i private boliger og i kommunale institusjoner og omsorgsboliger. Forutsetningen for en vellykket bruk av nye tekniske løsninger og utstyr er at det er brukervennlig, og at eldre brukere kan få god brukerstøtte. Det gjelder bistand ved anskaffelse og installasjon, og bistand til vedlikehold, reparasjon og feilretting.

Innovasjon i eldreomsorgen i betydningen av utvikling av nye tjenester, rutiner, hjelpemidler og måter å organisere arbeidet på er viktig for å bedre kvaliteten på tjenestene og utnytte ressursene mer effektivt. Det bør derfor satses på å styrke virksomheten i bl.a. Geriatrikksressursenter og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo. Kunnskap og erfaringer fra slike sentra i Oslo og resten av landet bør formidles til alle organisasjoner og alle ansatte som arbeider i eldreomsorgen. Utveksling av erfaringer mellom sykehjem og hjemmetjenestene i Oslo bør stimuleres.

Vi frykter imidlertid at konkurranseutsettingen av sykehjem svekker mulighetene til utveksling av erfaringer mellom sykehjem.

En god bolig og lett tilgang til offentlige transporttjenester er en forutsetning for at mange eldre kan bo godt hjemme lenge. Kapittel 12 omhandler behovet for utvikling av nye boformer for eldre. For at eldre skal kunne fortsette å bo i egen bolig er det også ofte nødvendig med tilpasninger og endringer. Bydelene bør ha et særskilt ansvar for å ivareta rådgiving til eldre som trenger hjelp til slike endringer.

For å sikre at eldre får oppfylt de krav og rettigheter de har til god kvalitet på pleie- og omsorgstjenester, er det nødvendig med et effektivt tilsyn og kontroll av offentlige og private tjenester. I kapittel 13 redegjøres for de viktigste tilsyns- og kontrollorganene i Oslo og typen av tilsyn og kontroll de utfører.

Vi mener det er nødvendig å styrke det medisinske tilsynet med sykehjem og hjemmesykepleie i Oslo. Det er også nødvendig å styrke det folkevalgte tilsynet med sykehjem og hjemmetjenester, bl.a. ved bedre opplæring av medlemmer av tilsynsutvalgene.

I kapittel 14 reiser vi spørsmålet om det behøver å bli mangel på faglært personell i eldreomsorgen i Oslo fram mot 2035. Vi mener det er fullt mulig å sikre rekruttering av personell for å dekke behovet dersom tiltak settes inn nå.

Vi drøfter i kapittel 15 påstandene i byrådets Seniorsmelding 2014 og i mange avisartikler og foredrag om at dagens nivå på eldreomsorgen i Oslo og i Norge ikke er bærekraftig. Det er etter vår oppfatning mulig å dekke kostnadene til en eldreomsorg av god kvalitet og høy standard, uten at det fører til vesentlig reduksjon i veksten i privat forbruk, ikke bare fram til 2035, men også fram til 2060.

Påstander om manglende bærekraft bygger for en stor del på Perspektivmeldingen 2013 og St.melding 29 (2012-2013) "Morgendagens omsorg". Disse meldingene har ett viktig budskap. Norge kan ikke opprettholde eldreomsorgen på dagens nivå i framtida. Det vil føre til et stadig økende underskudd på statsbudsjettet fra 2035. Meldingene tar som gitt at skatter og avgifter ikke bør økes for å dekke kostnadene ved en eldreomsorg med god kvalitet og høy standard.

I meldingene håper man på at innovasjon, velferdsteknologi, frivillighet m.m. skal være løsningen.

Vi mener dette er bra tiltak, men at det er urealistisk at de i vesentlig grad vil bidra til å redusere kostnadene med framtidens eldreomsorg. Dagens politikere må innse og forklare befolkningen at kostnadene med eldreomsorg må dekkes ved økte skatter og avgifter.

I kapittel 16 gir vi en samlet vurdering av utviklingen i eldreomsorgen i Oslo kommune fram mot 2035. Dersom eldreomsorgen i Oslo skal kunne opprettholdes med en god kvalitet og høy standard på tjenestene fram mot 2035 er det tre trusler som må avverges, mangel på faglært personell, mangel på sykehjems plasser og mangel på midler til å dekke kostnadene med eldreomsorg. Settes det ikke inn tiltak nå for å avverge disse truslene, forventer Vi en reduksjon i kvaliteten og standarden på eldreomsorgen og en økende privatisering av denne omsorgen i Oslo.

Vår konklusjon er at en slik utvikling vil bety at eldre med høy inntekt fortsatt vil kunne bo godt hjemme i åra fram til 2035. Eldre med lav inntekt og behov for bistand fra kommunale hjemmetjenester, vil gradvis oppleve en alderdom der det blir mindre godt å bo hjemme.

3. Hvordan lever eldre i Oslo

3.1 Innledning

Gruppen av eldre over 67 år kan grovt inndeles i følgende grupper.

1. Har ikke behov for hjelp fra nære pårørende eller offentlige eller private pleie- og omsorgstjenester.
2. Får hjelp fra nære pårørende, ektefelle, samboer eller barn.
3. Får hjelp fra offentlige eller private pleie- og omsorgstjenester.
4. Får hjelp både fra pårørende og offentlige eller private pleie- og omsorgstjenester
5. Har plass på sykehjem eller annen type institusjon.
6. Har behov for hjelp, men får det ikke.

Med økende alder blir det færre prosentvis i gruppe 1, og økning i gruppe 2, 3, 4 og 5. Antall eldre i gruppe 4 og 5 fremgår av kommunal statistikk. I kap. 4 er det oversikt over hvor mange eldre over 67 år som får hjelp fra hjemmetjenesten i Oslo kommune. Det er også en oversikt over antall eldre som har plass i omsorgsboliger, sykehjem og annen institusjon.

Det foreligger så vidt vi kjenner til ingen undersøkelser over hvor mange eldre som er i gruppe 6. Det kan være grunn til å anta at det er en del enslige eldre demente personer uten nære pårørende som befinner seg i denne gruppen.

3.2 Helse, levealder og behov for hjelp

Levealderen for kvinner og menn i Norge økte fra 1990 til 2010 med henholdsvis 3,1 og 4,9 år. Den økte levealderen besto av 2,3 friske og 0,8 syke år for kvinner og 3,4 og 1,5 syke år for menn. Det antas at levealder og antall friske år vil øke fram til 2050, hvor meget er usikkert. Det betyr at gjennomsnittlig alder for dem som trenger hjelp fra offentlige eller private pleie- og omsorgstjenester vil øke. Men det betyr antageligvis også at eldre vil være avhengig av slik hjelp over lenger tid enn i dag.

I Oslo er det klare geografiske forskjeller i innbyggernes levealder. Se vedlegg 2.2. Det skyldes bl.a. store forskjeller i levekår. Det innebærer at behov for pleie- og omsorgstjenester i en del østlige bydeler oppstår ved en lavere alder enn i vestlige bydeler. Se vedlegg 3. Om det er forskjeller i antall år eldre er avhengige av offentlige eller private tjenester i østlige og vestlige bydeler er ikke kjent.

Oslo har en stor innvandrerbefolkning. I noen innvandrergrupper er forekomsten av diabetes 2 vesentlig høyere enn i den øvrig befolkningen. Det innebærer en økt sykkelighet og økt hjelpebehov når de blir eldre.

Økende levealder og flere friske år betyr at i gjennomsnitt vil eldre kunne bo godt hjemme i flere år uten hjelp fra offentlige eller private pleie- og omsorgstjenester. Men for å kunne bo godt hjemme når de er blitt syke, trenger eldre i åra som kommer kanskje hjelp over lenger tid enn tidligere.

3.3 Sosial kontakt

Sosial kontakt svekkes med økende alder, viser levekårsundersøkelser til SSB. Det gjelder kontakt med familie, venner og naboer. Det blir også færre som kan hjelpe til med å løse personlige problemer. Med økende alder øker også andelen som bor alene. I Oslo bor 62% av eldre over 80 år alene, mens 57% over 80 år i hele landet bor alene. For aldersgruppen 67 - 79 år er andelen hhv. 39% i Oslo og 29% i hele landet.

Med det store antall enslige eldre over 80 år er det viktig at eldresentrene får ressurser til å gi gode tilbud om sosial kontakt og aktiviteter, og at de kan formidle støtte og hjelp som eldre har behov for.

3.3 Eldre som ikke trenger hjelp

De fleste eldre som ikke har behov for hjelp bor godt hjemme så sant de har en vanlig inntekt eller pensjon og boligen er tilfredsstillende.

De fleste eldre er selvhjulpne til godt inn i 80-åra, selv om mer enn halvparten av befolkningen har et varig helseproblem fra fylte 61 år. Omtrent hver femte trenger hjelp (avhengig av noe hjelp til praktiske gjøremål) fra midt i 70-åra, og stigende med alder, men bare få er pleietrengende. Ektefelle eller samboer er en viktig ressurs og omsorgsarbeider, og for begge kjønn gjelder det at de i storparten av livet har en partner uten påtakelig helsesvikt. Flertallet av mennene lever med en partner livet ut, mens halvparten av kvinnene blir enslige alt tidlig i 70-åra. En stor del av den voksne befolkningen har barn som kan bli viktige hjelpere med åra.

En undersøkelse viser at de fleste eldre i Norge er godt fornøyd med sin bolig. Undersøkelsen viser også at det er beskjedne forskjeller i boligtilfredshet mellom landsdeler, se vedlegg 1. En statistikk over eldres inntekter i Oslo, se vedlegg 2.1, viser at de fleste eldre har en tilfredsstillende inntekt. Men det er en mindre gruppe eldre med lav inntekt eller lav pensjon som ikke har en tilfredsstillende bolig. Det er en åpenbar fare for at personer i denne gruppen blir mer avhengig av hjelp fra offentlige pleie- og omsorgstjenester, og at de tidligere må få plass på sykehjem. Det vil være en god investering for kommunen å hjelpe dem med å skaffe seg en god bolig i tide.

3.4 Eldre som har hjelp fra nære pårørende, ektefelle, samboer eller barn.

Hjelp fra nære pårørende er en forutsetning for at mange eldre kan bo godt hjemme.

Det blir anslått at det i dag utføres om lag 100 000 årsverk i den uformelle, og i all hovedsak familiebaserte omsorgen i Norge. Denne innsatsen er fortsatt nesten på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten, som utgjør om lag 130 000 årsverk i følge St. melding 29 "Morgendagens omsorg". I Oslo kan det antas at det utføres ca 12.000 årsverk i den uformelle, og i all hovedsak familiebaserte omsorgen.

Pårørende til eldre består i all hovedsak av ektefeller, barn og barnebarn. Forskning viser at voksne barn sjelden er hovedomsorgskilde for eldre foreldre. De fleste eldre med hjelpebehov får både hjelp av ektefelle eller samboer og fra offentlige tjenester.

Det foreligger en rekke artikler og utredninger der pårørende omtales som en ressurs.

For at de skal være en ressurs trenger mange pårørende informasjon og veiledning for å kunne hjelpe sine nærstående på en god måte. Det gjelder særlig når eldre mennesker rammes av demens, psykiske lidelser og mer alvorlige somatiske sykdommer og plager.

Demensforeningene driver et omfattende arbeid med informasjon i "Pårørendeskoler" for pårørende til personer med demens.

Det er også utarbeidet en "Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser" av Helsedirektoratet med sikte på å hjelpe bl.a. pårørende til eldre med psykiske lidelser.

I planen skriver direktoratet:

Eldre mennesker opplever ofte tap av nære relasjoner som livspartner, familie, venner og tidligere arbeidskollegaer. Noen eldre klarer å leve med disse forandringene, og ser det som en del av livets naturlige utvikling. For andre kan prosessen mot et endret liv være svært krevende og i verste fall føre til isolasjon, ensomhet og psykisk sykdom som alvorlig depresjon. Psykisk sykdom hos eldre krever profesjonell hjelp og behandling. Depresjonene kan føre til at livsviljen svekkes.

Mange eldre ønsker ikke å belaste sine yngre familiemedlemmer med sine problemer. Mange er vokst opp i en tid hvor det var mindre vanlig å dele vanskelige livserfaringer. Dette kan isolere og svekke den eldre fordi de pårørende ikke får innsikt i hva som foregår og kan be om hjelp til den psykisk syke. Ofte melder de

pårørende om stor maktesløshet, samtidig som mange føler at de pålegges å gi omfattende hjelp og støtte til den psykisk syke. For noen blir det også en vanskelig avveining å velge mellom å pleie den psykisk syke i hjemmet, eller å ta imot en institusjonsplass.

I tillegg til informasjon og veiledning kan pårørende ha behov for hjelp og støtte fra hjemmetjenesten og støttekontakter. I en del tilfelle er det også nødvendig at pårørende får avlastning ved at deres nærstående får korttidsplass på sykehjem eller liknende institusjoner. Dessverre vil tilbudet av korttidsplasser for bl.a. avlastning ikke dekke det økende behovet for slike plasser fram til 2025 og 2035, se kap.4.2.

Økt innsats fra pårørende i eldreomsorgen, forutsetter forbedringer i omsorgslønn til pårørende og generelt bedre støtteordninger for pårørende. Kaasautvalget, NOU 2011:17, har i 2011 foreslått forsterket kommunal omsorgsstønning etter nasjonale satser og lovfestet pårørendestøtte i kommunene .

Det er dessverre slik at brukere av hjemmetjenester uten aktive og pågående pårørende ikke alltid får den hjelpen de trenger. I en spørreundersøkelse i 2012 stilte NRK følgende spørsmål til ansatte i hjemmesykepleien:

Opplever du at brukere som har aktive og pågående pårørende får bedre hjelp enn andre brukere? 81% av svarte ja, 12% svarte nei.

Tidligere samme år stilte NRK det samme spørsmålet i en tilsvarende undersøkelse om **forholdene på norske sykehjem**. Også da svarte et klart flertall av pleierne at de pårørende har betydning for kvaliteten på den hjelpen pasientene får. Men tendensen til dette var enda tydeligere i hjemmesykepleien.

3.5 Eldre som har hjelp fra offentlige eller private pleie- og omsorgstjenester.

I dag har ca 10.500 eldre i Oslo over 67 år hjelp fra kommunale hjemmetjenester.

For de fleste av brukerne er denne hjelpen en forutsetning for å kunne bo godt hjemme. Det er grunn til å anta enkelte brukere burde ha hatt mer hjelp enn de får i dag, se kap. 4.4.

Sammenliknet med tilbudet i resten av landet viser eksempler i kap. 4.3 at Oslo har et lavere tilbud av hjemmetjenester.

Kap. 4.2 Konsekvenser av økning i antall eldre 2014-2035, viser at det er grunn til frykte at tilbudet av hjemmetjenester vil bli gradvis svekket i åra fram til 2035.

4. Konsekvenser av veksten i antall eldre i perioden 2014 - 2035

4.1 Hvor mange eldre i perioden 2014-2035?

Statistisk Sentralbyrå(SSB) utarbeider befolkningsframskrivninger.

Framskrivning av befolkningsutviklingen i Oslo i perioden 2014-2035 viser utviklingen i antall personer over 67 år under mellomalternativet:

2014	2025	2035
66 100	84 700	106 600

Under høyalternativet får vi denne utviklingen:

2014	2025	2035
66 100	87 200	114 200

I mellomalternativet som er hovedalternativet legger SSB til grunn middels utvikling i både fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring.

I høyalternativet antas bl.a. høyere innvandring.

Utviklingen i antall innbyggere i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre er under høyalternativet:

<u>80-89år</u>		
2014	2025	2035
17 100	20 600	32 200
<u>90 år +</u>		
2014	2025	2035
4 800	4 400	6 800

Merknad:

I de befolkningsframskrivninger som kommuneplanene for Oslo i 2000, 2004 og 2008 har bygget på, har anslagene i høyalternativet blitt overskredet hver gang.

Anslag på antall innbyggere under høyalternativet:

Kommuneplan 2000. Anslag i 2015 var 600 000 innbyggere.

Kommuneplan 2004. Anslag i 2020 var 614 000 innbyggere.

Kommuneplan 2008. Anslag i 2020 var 678 000 innbyggere.

Antall innbyggere 1. juli 2014 er 640 300 innbyggere.

Framskrivning av befolkningsutviklingen i Oslo i perioden 2014-2035 viser at det blir 952 000 innbyggere i Oslo i 2035 under høyalternativet. Under mellomalternativet får Oslo 852.000 innbyggere i 2035.

Den faktiske befolkningsutviklingen i Oslo de siste 15-20 åra viser at kommunen bør legge til grunn høyalternativet når den planlegger utbygging av barnehager, skoler, sykehjem, omsorgsboliger og andre infrastrukturtiltak fram mot 2035.

4.2 Konsekvenser av økning i antall eldre 2014-2035

4.2.1 Behov for sykehjemsplasser

a. Plasser for langtidsopphold

Med et økende antall eldre blir det også flere eldre med demens. Det er i dag ca 7.100 personer med demens i Oslo. I 2025 blir det ca 8.150 og i 2035 12.300 personer med demens. Beregningene er basert på følgende prosentfordeling av demente i disse aldersgruppene: 2 % i aldersgruppen 67-79 år, 25 % i aldersgruppen 80-89 år og 40% av eldre 90 år og eldre vil være demente.

Det blir også en økning i antall eldre med innvandrerbakgrunn som rammes av demens.

Erfaring viser at noen av dem mister sitt norske språk. Det kan gjøre det nødvendig å opprette egne avdelinger i sykehjem for denne gruppen.

Pr. 31.12.2013 bodde 4.273 personer over 67 år i sykehjem i Oslo¹. Av disse var 488 personer som hadde korttidsopphold. Det vil si at 3.785 personer over 67 år hadde langtidsopphold. Det antas at ca 80 % av sykehjemsbeboere har demens. Av personer med langtidsopphold har da ca 3000 demens.

Det betyr at de fleste av ca 7.100 personer med demens i Oslo i dag bor hjemme.

I 2025 vil 8.150 personer i Oslo ha demens, og i 2035 vil tilsvarende antall være 12.300.

I dag bor 3 av 7 personer med demens i sykehjem. Med samme forholdstall i 2025 og 2035 må antall sykehjemsplasser for demente øke med 450 til 2025, og fra 2025 til 2035 trengs ytterligere 1750 plasser.

Dersom man tar utgangspunkt i mellomalternativet for befolkningsframskrivning trengs 280 nye sykehjemsplasser for demente i 2025 og 1400 nye plasser fra 2025 til 2035.

I tillegg til nye plasser for demente kommer behovet for nye sykehjemsplasser til eldre med alvorlige somatiske lidelser. Det er en gruppe som også vil vokse fram til 2035. Under høyalternativet trengs det ca 500 nye plasser til denne gruppen, og under mellomalternativet trengs ca. 400 plasser.

¹ Statistikkbanken. Oslo kommune.

b. Sykehjemsplasser for korttidsopphold

Ca 488 eldre over 67 år hadde plass på korttidsopphold på sykehjem 31.12.2013. Med samme brukerrate trengs 580 korttidsplasser i 2025 og 850 korttidsplasser i 2035 under høyalternativet. Korttidsplasser brukes av pasienter som kommer rett fra sykehus før de evt. kan vende hjem til egen bolig eller må få fast plass på sykehjem. Korttidsopphold brukes også som avlastning eller ved rehabilitering. Muligheter for korttidsopphold er viktig for å sikre at eldre kan bo godt hjemme så lenge som mulig. En forutsetning for at eldre med demens eller andre sykdommer kan bo hjemme, er at pårørende kan få avlastning fra tid til annen.

c. Nye sykehjemsplasser blir det ikke fram til 2025.

I Sykehjemsbehovsplanen 2014-2024 planlegges ingen nye sykehjemsplasser. Det betyr at mellom 300 og 400 demente som i dag ville ha fått langtidsplass på sykehjem, i 2025 må ha fått et annet tilbud. Det blir heller ikke flere korttidsplasser i 2025.

Sykehjemsbehovsplanen for 2014-2024 angir en av løsningene.

"Antallet personer med demens vil øke i takt med at eldrebefolkningen øker, Flere personer med demens vil kunne bo hjemme lenger ved at det tilbys dagaktivitetstilbud og avlastning for pårørende. Personer med demenssykdom kan også bo i tilrettelagte omsorgsboliger med mindre boenheter hvor det er stabil bemanning og tilpassede aktiviteter. For personer med langkommet demenssykdom kan langtidsplass i sykehjem være eneste alternativ."

I Sykehjemsbehovsplan for 2012-2022 hadde man en annen oppfatning av demente personers mestringssevne:

" I tillegg vil antallet personer med demens neppe reduseres, med den konsekvens at kapasiteten må være slik at denne målgruppens behov kan ivaretas. De færreste personer med demenssykdom klarer seg i omsorgsboliger; de synes erfaringsmessig ute av stand til å mestre en hverdag i egen bolig selv om tilsyn gis relativt ofte."

Sykehjemsbehovsplanen 2014- 2024 inneholder ingen begrunnelse for endringen i vurderingen av demente personers mestringssevne. Vi tviler på om bruk av omsorgsboliger for demente personer som denne siste planen går inn for er i samsvar med kravene en bruker eller pasient har til sykehjemsplass i Pasientrettighetsloven, se vedlegg 6.

I byrådsak 243/09 om "Omsorg+ - Innhold og organisering" står det om målgruppen for Omsorg+:

"Omsorg+ skal rette seg mot eldre som er i en tidlig fase av omsorgsbehov. Tilbudet skal gis til personer som gjennom aktivisering, sosialt samvær og trygghet kan oppleve at funksjonstapet bremser eller stopper opp. Målgruppen er hovedsaklig personer over 67 år,..."
Sykehjemsbehovsplanen 2014 - 2024 gir heller ikke noe svar på hvordan behovet for ca 170 flere korttidsplasser i 2025 skal dekkes.

d. Sykehjemsbehovsplan 2016-2026

Denne planen har endret navn til:

Utbyggingsplan for helsehus og assisterte tilbud for eldre(Sykehjemsbehovsplan) Rullering 2016-2026.

I denne planen er det tre endringer fra forrige plan 2014-20. Det satses på å overføre korttidsavdelingene i sykehjem til Helsehus. Fram til 2020 opprettes Helsehus på Tåsen og Ryen med til sammen 284 plasser. Det vil også bygges demenslandsbyer etter mønster av De Hogeweyk i Holland. I 2018 er en slik institusjon med 150 plasser ferdig på Lille Tøyen og i 2019 er 110 plasser klare på Furuset. Det blir også bygget 100 lokale demensboliger fram til 2020.

I planen er de kommunale boligtilbudene omtalt slik:

- Omsorg+ er ment for seniorer og eldre 67+ som har behov for en bedre tilrettelagt

leilighet med bemanning. Erfaringsmessig er gjennomsnittsalderen 80+, dvs. noen er yngre og mange er eldre.

- Omsorgsboliger med bemanning. Bydelene har bemannede omsorgsboliger for eldre mennesker med behov for bistand i hverdagen. Som en del i dette tilbudet inngår Lokale demensboliger for mennesker som har kognitiv svikt men klarer seg i sitt nærmiljø med bistand av personell og velferdsteknologi. De har ikke pårørende som kan bistå i hverdagen.
- Helsehus er spesialtilpasset behov for rehabilitering etter sykehusopphold, korttidsplasser for kortere opphold når pårørende trenger avlastning eller brukeren ønsker mer trygghet.
- Langtidshjem er ment for mennesker som har behov for pleie og omsorg døgnet rundt. Demenslandsby er en del av dette tilbudet og er spesielt tilpasset personer med høy grad av kognitiv svikt.
- Aldershjem er institusjon for eldre mennesker med behov for bistand i hverdagen. De er under avvikling og erstattes med omsorgsboliger og Omsorg+.

Bygging av demenslandsbyer og lokale demensboliger betyr at personer demens kan få et botilbud som er bedre tilpasset den enkeltes behov. Dette er meget positivt. Det har til nå vært svært få lokale demensboliger i Oslo. Avdeling Rustad under Manglerudhjemmet med plass til 8 personer fungerte godt som et lokalt botilbud til demente personer med liten eller moderat kognitiv svikt.

Vi merker oss at omtalen av målgruppen for Omsorg+ har endret seg fra omtalen i planen i 2014-2024.

e. Hvor mange sykehjemsplasser trengs i 2035?

Det bygges ikke nye sykehjemsplasser fram til 2025 i.h.t. planen for 2016-2026. Det betyr at ca 3.000 av 8.150 demente personer i Oslo i 2025 vil ha sykehjemsplass, dvs. 3 av 8 personer. Dersom dette forholdstallet gjelder i 2035 trengs 1.500-1.600 nye langtidsplasser for demente personer i 2035 under høyalternativet. I tillegg kommer behovet for ca 400 nye korttidsplasser og 400-500 nye sykehjemsplasser for alvorlig somatisk syke i 2035. Alt i alt trengs ca 2.400 - 2.500 nye sykehjemsplasser i 2035.

Det er antagelig lite realistisk at kommunen klarer å bygge mellom ett og to nye sykehjem med 150 plasser hvert år fra 2026 til 2035. I beste fall klarer man kanskje halvparten.

f. Konsekvenser av mangel på sykehjemsplasser for langtidsopphold

Det har vært mangel på sykehjemsplasser i Oslo i mange år. Fylkeslegen har flere ganger uttalt at listen er blitt lagt høyere for dem som bør eller må inn på sykehjem. I en undersøkelse for Fylkesmannen i Oslo og Akershus foretatt av professor Tor Romøren i 2010, uttalte 38 % av saksbehandlere i Oslos bydeler at de mente terskelen for å få sykehjemsplass var for høy. I 2001 var dekningsgraden av sykehjem til personer over 80 år, 22,4%. i 2013 var den 20,9%.

Hva er konsekvensene av mangel på sykehjemsplasser for mulighetene til å bo godt hjemme så lenge som mulig? Tilbud om langtidsplass på et sykehjem gis til dem som ikke lenger kan bo godt hjemme selv om de får hjelp fra pårørende og hjemmetjeneste. Personer som ville få bedre pleie og omsorg og et bedre liv på et sykehjem, tvinges til å bo hjemme når det ikke er plasser ledige på sykehjem. De har ikke lenger mulighetene til å bo godt hjemme. De er tvunget til å bo hjemme.

g. Bemanningen i sykehjem

Ansatte på sykehjem forteller at pasientene som i dag kommer til sykehjem er jevnt over sykere enn de var tidligere. Sykehjemslege Tora Z. Stensvold på Manglerudhjemmet uttaler i et intervju med henne i Tidsskrift for Den norske Legeforening 29.10.2013.

"– Samhandlingsreformen har aktualisert fokuset på korttidsplassene og kvaliteten på behandlingen der, sier Tora Z. Stensvold. – De som kommer hit er sykere nå enn tidligere. Dette krever høyere kompetanse i hele personalgruppen og også at legene er daglig til stede, dette er travle avdelinger." Til tross for økende pleie- og omsorgsbehov er ikke grunnbemanningen økt på mange år. Bydelsutvalget i Østensjø ba i 2014 Helse- og sosialombudet om å vurdere om grunnbemanningen på kveldstid i et av sykehjemmene i bydelene var forsvarlig. I et intervju på NRK-TV 6.6.2015 uttalte avdelingsdirektør i Sykehjemsetaten, Sølvi Karlstad, i forbindelse med svikt i tilsynet med en døende pasient: "Grunnbemanningen i sykehjem må bli bedre".

4.2.2 Behov for hjemmetjenester med økende eldrebefolkning

Pr. 31.12. 2013 var det 10.408 personer over 67 år som mottok hjemmetjenester i Oslo kommune av i alt 66.000 personer over 67 år. dvs. 15,8%.²

7,1% i aldersgruppen 67-79 år mottok hjemmebaserte tjenester. I aldersgruppen 80-89 år mottok 29,7% hjemmebaserte tjenester, mens 45,2% 90 år og over mottok slike tjenester. Med de samme brukerrater i de enkelte aldersgrupper som i 2013 blir det i 2025 ca 12.500 brukere av hjemmetjenester over 67 år. I 2035 blir det 18.000 brukere av hjemmetjenester over 67 år.

I tillegg kommer i 2025 mellom 300 og 400 personer med demens som i dag ville ha fått plass på sykehjem, men som i 2025 plasseres i omsorgsboliger. Det er en gruppe som har et stort behov for pleie og omsorg fra hjemmetjenesten. I 2035 er det et betydelig antall personer med demens i samme gruppe. Med en realistisk utbyggingstakt for sykehjem vil det være ca 1.500 meget hjelpetrequende personer med demens i denne gruppen i 2035.

Personer over 67 år utgjør ca 60 % av brukerne av hjemmetjenester. Personer under 67 år i Norge bruker imidlertid vesentlig mer av hjemmetjenestens ressurser enn eldre over 67 år. Det blir en enda sterkere økning i befolkningen under 67 år i Oslo fram til 2035 enn i befolkningen over 67 år. I 2013 var det 5.800 brukere av hjemmetjenester under 67 år i Oslo. Med samme brukerrate vil det være 7.300 brukere i 2025 og 8.600 brukere under 67 år i 2035. Samlet antall brukere av hjemmetjenester i 2025 blir ca 20.000 og 26.000 i 2035.

4.2.3 Behovet for hjemmetjenester til personer under 67 år

Hjemmebaserte tjenester - en yngreomsorg?

I en artikkel i skriver professor Tor Inge Romøren i Aldring og livsløp,1- 2007:

Dette fører til at personer under 67 år for tiden legger beslag på nesten dobbelt så store ressurser i hjemmetjenesten som eldre. I tillegg kommer mesteparten av det støttekontakt- og avlastningstilbudet som kommunene yter. I denne forstand er den kommunale hjemmetjenesten i høyeste grad blitt en yngreomsorg. De siste tiåras avinstitusjonaliseringsbølge har ført tusener av mennesker med utviklingshemning, psykiske lidelser eller omfattende kroppslige funksjonshemninger ut i egne boliger eller bokollektiver som er drevet på andre måter enn institusjonene. Disse løsningene er utvilsomt ressurskrevende. Om de resulterer i faglig gode tjenester, og hva slags livskvalitet de gir tjenestemottakerne vet vi egentlig forbausende lite om.

Antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere fra 1992 til 2011 i de aktuelle aldersgrupper i Norge viser utviklingen innen hjemmetjenester som Romøren beskriver.

	1992	2011
Under 67 år	7	16
67-79 år	118	79
over 80 år	400	342

² Statistikkbanken Oslo kommune.

Tallene i tabellen angir antall pr. 1000 innbyggere. Antall mottakere av hjemmetjenester har vært konstant de senere åra for aldersgruppene over 67 år.

4.3 Oslo kommunes tilbud av pleie- og omsorgstjenester. En sammenlikning.

Det er en klar forskjell i gjennomsnittlig antall timer i uka til hjemmetjenester etter alder og bistandsbehov i Oslo og resten av landet i 2013.³

Tabellen nedenfor viser gjennomsnittlig antall timer pr. uke til hjemmetjenester etter bistandsbehov i Oslo sammenliknet med resten av landet

	<u>Oslo</u>	<u>Hele landet</u>
80-89 år		
Noe/avgrenset bistandsbehov	1,4	1,7
Middels til stort bistandsbehov	4,4	4,7
Omfattende bistandsbehov	8,3	13,2
90 år +		
Noe/avgrenset bistandsbehov	1,7	2,1
Middels til stort bistandsbehov	4,7	5,6
Omfattende bistandsbehov	9,5	13,7

For alle grupper er Oslo kommunes tilbud lavere enn gjennomsnittet av de kommunale tilbud i resten av landet. I Oslo får personer eldre enn 80 år med et omfattende bistandsbehov i gjennomsnitt 200 -250 færre timer pr. år i hjemmetjenester enn det norske kommuner i gjennomsnitt gir denne gruppen.

Oslo har også lavere dekning av plasser i institusjon og heldøgnsbemannet boliger for eldre.

		2013
Oslo kommune	Andel plasser i institusjon og heldøgnsbem. bolig i prosent av bef. 80+	28,00
Stavanger	"	32,00
Bergen	"	29,00
Trondheim	"	30,00

Tilbudet av hjemmetjenester til eldre over 67 år i Oslo er blitt redusert de siste 15 åra. I 2001 fikk 25% av eldre over 67 år hjemmetjenester, 11,9% fikk hjemmesykepleie og praktisk bistand, mens 13,1% fikk bare praktisk bistand⁴. I 2011 var det prosentvis langt færre som fikk bare praktisk bistand av aldersgruppen over 67 år. Det var også prosentvis færre som fikk hjemmesykepleie.

4.4 Tilbudet til brukere av hjemmetjenester med et omfattende bistandsbehov

NIBR(Norsk institutt for by- og regionforskning) utga i august 2011

" *Status og utvikling i Oslos eldreomsorg 2001-2010*" . NIBR notat 2011:113.

I del 2 i denne rapporten ble det foretatt en analyse av situasjonen til hjemmeboende eldre i Oslo med omfattende bistandsbehov.

Pr 30.12.2010 var det 810 hjemmeboende eldre med et omfattende bistandsbehov slik IPLOS definerer det. (Se vedlegg 4). Gjennomsnittlig bistandsbehov målt etter IPLOS-kriteriene var 3,69. Det var litt lavere enn gjennomsnittlig bistandsbehov til pasienter med fast plass på sykehjem på 3,80.

³ Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken.

⁴ Bydelsstatistikk 2001.

Av de 810 med omfattende bistandsbehov bodde halvparten alene. I gjennomsnitt mottok de 11 timer hjemmetjenester i uken. En fjerdedel, ca 200 personer mottok 4,2 eller færre timer pr. uke. Halvparten, 400 personer mottok mindre enn 1,5 timer pr. uke i praktisk bistand. En fjerdedel mottok 1 time eller mindre i hjemmesykepleie i uken.

112 personer bodde i bolig med fast tilknyttet personell, av disse bodde 82 personer i bolig med personell hele døgnet.

Ca 200 personer med kognitiv svikt bodde alene.

I tertialstatistikken og i årsstatistikken fra bydelene gis det ikke opplysninger om tjenestetilbudet hjemmetjenestemottakere med et omfattende bistandsbehov får.

Omsorgskomiteen i bydel Østensjø tok i 2011 opp spørsmålet om å få opplysninger om bydelenes tjenestetilbud til denne gruppen med byrådsavdelingen for eldre. Først i februar 2015, fikk komiteen og bydelsutvalget ny, men begrenset informasjon om omfanget av tjenester til eldre med et omfattende bistandsbehov i bydelen.

Det er grunn til å anta at flere hjemmetjenestemottakere med et omfattende bistandsbehov burde ha hatt plass på sykehjem, og at mange burde ha hatt et bedre tilbud fra hjemmetjenesten enn de får i dag.

4.5 Oversikt over bruk av kommunale pleie og omsorgstjenester i bydelene

I vedlegg 3 er det gjengitt grafiske oversikter og en tabell over dekningsgrader og tjenesteprofiler for bruk av sykehjem og hjemmetjenester i bydelene i Oslo.

5. Behovet for pleie- og omsorgstjenester.

5.1 Registrering av pleie- og bistandsbehov

Behovet for hjelp fra pleie- og omsorgstjenester registreres innen følgende hovedkategorier, se vedlegg 4 om IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk)

- Sosial fungering
- Kognitiv svikt
- Ivareta egen helsetilstand
- Husholdsfunksjoner
- Egenomsorg

Den enkelte mottaker av hjemmetjenester eller søker om hjemmetjenester eller plass på sykehjem får en IPLOS-skår som gir et uttrykk for vedkommendes generelle bistandsbehov. Dette kan være:

- Et omfattende bistandsbehov
- Et middels til stort bistandsbehov
- Et lite bistandsbehov

Kommunale hjemmetjenester gis stort sett til eldre med et omfattende eller middels til stort bistandsbehov. De fleste med lite bistandsbehov må greie seg selv eller får bistand av nære pårørende.

Det kan være ulike årsaker til behovet for hjelp. Kognitiv svikt skyldes ofte demens. Demens er også ofte årsaken til svikt i evnen til å ivareta egen helsetilstand, husholdsfunksjoner, egenomsorg. Personer som er kronisk syke eller uføre har også ofte et stort bistandsbehov. Vurdering av behov for omfang og kvalitet på bistand til eldre som har funksjonssvikt kan det være naturlig å gruppere etter disse hovedårsakene; demens, andre kroniske sykdommer og uførhet.

5.2. Demens

Når det gjelder demente, er spørsmålet ikke alltid " *hvordan kunne bo hjemme lengst mulig?*", men heller " *hvordan unngå at man bor hjemme for lenge?*" Mange tragedier kunne vært unngått hvis noen hadde grepet inn tidligere. Dette gjelder spesielt aleneboere.

En regner med at ca 70 000 mennesker i Norge har en eller annen grad av demens. Det betyr ca 7000 i Oslo.

Forekomsten i befolkningen øker med økende alder. I aldersgruppen 65-69 år har 0,9% demens, 70-74 år har 2,1% demens, 75-79 år har 6,1% demens, 80-84 år har 17,6% demens, 85-89 år har 31,7% demens, og i befolkningen over 90 år har 40,7% demens. (tall fra kompetansesenteret Aldring og Helse) Dette viser tydelig at flertallet av eldre mennesker ikke er demente.

Likevel vet vi at 80% av sykehjemspasientene har en demenssykdom, evt. i tillegg til annen sykdom. Dette tar ikke myndighetene konsekvensen av. Vi ser at tilrettelagte demensavdelinger, med små grupper og bedre bemanning, legges ned for å spare penger. Og bestillerkontorene lar være å fatte vedtak om plass på demensavdelinger, selv om dette vil være best for pasienten.

Demenssykdommene er stort sett progredierende, dvs. at pasienten gradvis blir verre. Men hvor fort det går, er individuelt og uforutsigbart. Man skiller mellom lett, moderat og alvorlig demens. Allerede ved moderat demens vil man trenge en god del hjelp, og ved alvorlig demens er sykehjem uunngåelig.

For hjemmeboende er dagaktiviteter helt nødvendig. Rundt 9% av hjemmeboende demente i Oslo har et dagaktivitetstilbud i 2014. Det er altfor dårlig. Dagsentra bør være spesielt tilrettelagt for demente. Det er uheldig å blande demente og mennesker med andre diagnoser, da behovene er forskjellige. Dagsentra for demente bør ha fleksible åpningstider slik at man kan få opphold på dagtid, ettermiddag, kveldstid, helg og høytidsdager alt etter pasient og pårørendes behov. Det bør være mulig for pårørende å være i full jobb. Dagsentra bør også ha overnattingsmuligheter hvis nærmeste pårørende har behov for å hvile ut.

Andre aktuelle dagtilbud er brukerstyrt personlig assistent, personlig avlaster, støttekontakt, aktivitetsvenn osv. Dette bør brukes mye mer.

Nydiagnostiserte med demenssykdom bør følges nøye opp, selv om hjelpebehovet enda ikke er så stort. Aktuelle hjelpemidler må introduseres tidlig, slik at man kan lære å nyttiggjøre seg disse.

Både pasient og pårørende må informeres om hva som finnes av demensforeninger, samtalegrupper, pårørendeskoler, brosjyrer osv. Pasient og pårørende kan ha stort behov for å snakke med andre i samme situasjon, enten det er i organiserte grupper eller på uformelle møteplasser. Noen kan ha behov for å snakke med psykolog, prest, jurist, økonom eller andre. Det er viktig at demenskoordinatoren i bydelen hjelper dem videre i systemet.

Pårørende som ønsker å ha omsorgen for kortere eller lengre periode, må få en omsorgslønn som det går an å leve av.

Pårørende som er i arbeid, må få permisjon med lønn for å følge til lege, tannlege, delta i tilvenning til dagsenter og sykehjem og annet som er nødvendig.

Dette er en del av det som må være på plass for at demente kan bo hjemme i en periode av sykdomsprosessen.

5.3 Kronisk syke

De kroniske somatiske sykdommer som oftest fører til økende hjelpe- og bistandsbehov mot slutten av livet er hjertesvikt, hjerneslag, kreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Det er også mange andre kroniske sykdommer som kommer i denne kategorien, som f.eks. nevrologiske sykdommer (bl.a. MS), revmatiske sykdommer og aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD). På grunn av medisinske fremskritt og bedret behandling, har mange med alvorlige kroniske sykdommer fått mange ekstra leveår. Sammen med økt antall

eldre i befolkningen innebærer det at antallet med kroniske sykdommer øker. Hos de eldste vil mange ha to eller flere kroniske sykdommer samtidig.

Hjertesvikt er hos mange sluttstadiet ved en hjertesykdom som etter hvert innebærer progressiv reduksjon av fysisk anstrengelsestoleranse, tungpustenhet og ikke minst angst. Det finnes ikke noe godt tallmateriale for forekomst av hjertesvikt i Norge (prevalens), men man regner med at antallet er ca. 100 000, og at 75% av disse er over 75 år. Pasienter med hjertesvikt har et stort behov for spesialisthelsetjenester, og slike tjenester kan bidra til at perioden med å bo godt hjemme kan forlenges.

Ved hjerneslag vil det være stor spredning i alvorlighetsgraden av følgetilstander – fra fullstendig rehabilitering til dem som er sengeliggende og helt avhengige av hjelp døgnet rundt. Mellom disse ytterligheter er det en gruppe som har et stort hjelpe- og bistandsbehov, men som ønsker å være hjemme lengst mulig. Mange vil foruten pleie og omsorg også ha behov for hjelp av fysioterapeut og ergoterapeut. Det finnes ikke noe godt tallmateriale for antall personer med gjennomgått hjerneslag og hvilke fysiske og psykiske følger slaget har hatt. I 2012 var 10.672 pasienter i Norge i kontakt med spesialisthelsetjenesten med hjerneslag som hoveddiagnose.

I 2013 døde 5975 menn og 7035 kvinner av hjerte- og karsykdommer. Disse sykdommene har en lang rekke av viktige og velkjente risikofaktorer som tobakksrøyking, høyt blodtrykk, diabetes, fysisk inaktivitet og arv. Diabetes er et spesielt stort problem i Oslo hvor det er mange innvandrere fra det indiske subkontinent. I en studie av denne gruppen i Romsås/Furuset i 2005, hadde 14% av mennene og 28% av kvinnene i alderen 30-59 år diabetes, mens de tilsvarende tall for dem med norsk bakgrunn var henholdsvis 6 og 3%. Dette vil få store konsekvenser for fremtidig forekomst av hjerte- og karsykdommer, og også øyesykdom og nyresykdom, i enkelte bydeler.

Antall nye tilfeller av kreft i Norge er ca. 30 000 årlig, og antallet er økende. Det er for en stor del følge av et økende antall eldre, etter som hyppigheten av kreft øker med alderen. I 2012 døde ca. 11 000 av kreft som viktigste årsak. Alle disse har et økende behov for hjelp, bl.a. med optimal smertebehandling mot slutten av livet, og mange vil bo hjemme så lenge de kan. Effektiv smertebehandling vil ofte være en oppgave for spesialisthelsetjenesten.

KOLS var 3. hyppigste dødsårsak (etter hjerte- og karsykdom og kreft) i 2012. Dette er en kronisk og progressiv sykdom. Pasienter med KOLS vil også ha en lang periode med stort bistandsbehov.

Innenfor de kategoriene som er nevnt ovenfor vil det også være mange med psykiske lidelser. Dessuten vil psykiske lidelser i seg selv gi økt forekomst av kronisk somatisk sykdom fordi pasientene ikke i tilstrekkelig grad evner å ta vare på seg selv og fordi medikamentell behandling av tilstanden kan gi økt risiko for bl.a. hjerte- og karsykdom.

For å dekke de behov eldre pasienter med kronisk sykdom har for pleie og omsorg, slik at de kan «bo godt» i eget hjem, er det nødvendig med høy kompetanse både hos pleiepersonalet og ikke minst i legetjenesten. Fastleger i Oslo bør i større grad enn nå reise i sykebesøk, slik at ikke forverring i tilstanden blir overlatt til tilfeldige legevaksleger uten tidligere kjennskap til pasienten. Spesialisthelsetjenesten kan ha en viktig rådgiverfunksjon.

5.4 Uføre

Det var i 2012 ca 310.000 mottakere av uføretrygd i Norge og 170.000 mottakere av såkalte arbeidsavklaringspenger i Norge. Over 80% av mottakere av uføretrygd var klassifisert som

100% uføre. Det vil si at det ikke var forventet at de var i stand til å utføre lønnet arbeid. Alt i alt innebærer dette at mer enn 15 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (18–67 år) står nesten helt utenfor arbeidsmarkedet på grunn av varige fysiske og psykiske helseproblemer. I tillegg er til en hver tid omtrent syv prosent av de sysselsatte fraværende fra arbeidet sitt på grunn av sykdom. De direkte utgiftene til livsoppholdsyntelser for disse gruppene legger nå beslag på mer enn 5 prosent av landets samlede verdiskapning.

Mange uføretrygdede får hjemmetjenester før de er 67 år. Mange har også bruk for hjelpemidler og teknisk utstyr for å kunne bo hjemme. En del uføretrygdede har alvorlig funksjonshemming og utviklingshemming. Disse mottar i dag betydelig hjelp fra den kommunale hjemmetjeneste. Ca to tredjedeler av ressursene i hjemmetjenesten brukes til denne brukergruppen. For å kunne bo godt hjemme når de blir eldre, vil de fleste tidligere uføretrygdede få et økende behov for hjelp. De hører til samme gruppe eldre som var i arbeid til de ble pensjonert, og som etter hvert utviklet en kronisk sykdom, ble dement eller fikk et alvorlig fysisk handikap.

6. Behovet for personell i pleie- og omsorgssektoren

Som omtalt flere ganger tidligere i dette notatet, vil økningen i antall eldre i aldersgruppen over 80 år føre til økt behov for sykehjems plasser i Oslo, særlig i perioden 2025 –2035. Det blir også et betydelig større behov for hjemmebaserte tjenester til eldre i denne aldersgruppen. Veksten i befolkningen under 67 år vil også føre til økt behov for hjemmetjenester i denne aldersgruppen.

For å dekke behovet for sykehjems plasser og hjemmetjenester fram til 2035, må antall ansatte som arbeider i pleie og omsorg i Oslo økes betydelig. Antall årsverk innen sykehjemssektoren må økes med ca 30 %, og antall ansatte som arbeider med hjemmebaserte tjenester må økes med over 60 % fram til 2035.

Samtidig er det et behov for å øke andelen faglært arbeidskraft i pleie og omsorgssektoren i Oslo kommune. Oslo kommunes andel av faglærte i denne sektoren målt i årsverk var 66% i 2011. Gjennomsnittet for de andre største byene var 71%.

En slik vekst i Oslo forutsetter at det rekrutteres nok pleie- og omsorgsarbeidere, fysio- og ergoterapeuter, sykepleiere og leger m.m. Dersom nok unge mennesker skal finne det interessant å utdanne seg til arbeid innen pleie og omsorg, må Oslo kommune kunne vise at de vil få attraktive arbeids- lønns- og pensjonsvilkår. Vi vil peke på at konkurranse-utsettingen av sykehjem har ført til at hjelpepleiere, pleieassistenter og øvrig personell i sykehjemmene, leger og sykepleiere unntatt, har fått tildels mye dårligere pensjonsvilkår.

Konkurranseutsettingen har også ført til problemer som skyldes at mange ansatte flere ganger de siste 10 åra har måttet forholde seg til nye arbeidsgivere.

Vi frykter at konkurranseutsettingen av sykehjem på sikt vil svekke rekruttering av kvalifisert personell til Oslos sykehjem.

Det har i de senere åra fra forskjellig hold blitt påpekt at det i framtiden ikke vil være nok omsorgspersonell tilgjengelig for å dekke behovet i eldreomsorgen. Dette understrekes bl.a. i byrådets seniormelding 2014. I meldingen vises det til at en økning i kommunens tjenester til eldre i samsvar med økningen i antall eldre i åra som kommer ikke vil være bærekraftig. Det betyr antagelig at byrådet mener at kommunens inntekter ikke vil kunne dekke utgiftene til eldreomsorgen dersom eldre med behov for tjenester som gis i dag skal få dekket disse av kommunen i framtiden.

I Stortingsmelding 29 (2012-2013), om "Morgendagens omsorg" kommer de samme bekymringer til uttrykk som i seniormeldingen til bystyret.

Grunnlaget for disse bekymringene er en rapport i 2013 av K. Roksvaag og I. Texmon, SSB, om arbeidsmarkedet i Norge for helse- og omsorgspersonell fram mot 2035. Den forteller at

det kan bli et underskudd på omsorgs/helsefagarbeidere i 2035 fra 44.000 opp til 57.000 årsverk, og et underskudd på sykepleiere fra 16.000 til 28.000 årsverk. Mens det i 2010 ble utført 70.000 årsverk av hjelpepleiere og omsorgs/helsefagarbeidere, ventes det at samme gruppe arbeidstakere utfører 66.000 årsverk i 2035; en nedgang på 4.000 årsverk. Etterspørselen etter omsorgs/helsefagarbeidere vil øke fra 110.000 opp til 123.000 årsverk i 2035.

Det er flere årsaker til det store gapet mellom etterspørsel og tilbud av pleie- og omsorgspersonell i 2035. Mer enn 50% av hjelpepleiere og omsorgs/helsefagarbeidere var over 50 år i 2010. Mange vil gå av med pensjon de kommende 10-15 år. Samtidig er det for få som vil utdanne seg som helsefagarbeidere. Mangelen på sykepleiere skyldes i hovedsak manglende utdanningskapasitet i åra som kommer.

I meldingene om "Morgensdagens omsorg" og i Seniorsmeldingen er de viktigste løsninger på morgendagens utfordringer innovasjon, velferdsteknologi og innsats fra frivillige og pårørende.

Det er én ressurs og en løsning som ikke er omtalt i noen av meldingene, nemlig den betydelige reserve av arbeidskraft som finnes hos mange personer som er klassifisert som uføretrygdede og mottakere av arbeidsavklaringspenger.

I en artikkel i Samfunnsøkonomen 9/2012 "Arbeid til alle" påpeker professor Steinar Holden, forsker Simen Markussen og seniorforsker Knut Røed at endringer i uføretrygden til fordel for kombinasjoner av arbeid og trygd kan frigjøre en betydelig arbeidskraftreserve til bl.a. arbeid i eldreomsorgen. Se vedlegg 10.

Innenfor eldreomsorgen er det antagelig flere oppgaver som kan utføres av personer med gradert uføretrygd eller av personer som får arbeidsavklaringspenger. Bemanningen på sykehjem i Oslo er så lav på kveldstid og i helger at personalet som regel ikke har tid til å ta med seg pasienter på turer eller utflukter. Dette er et eksempel på arbeidsoppgaver som kunne ivaretas av noen personer med gradert uføretrygd. Andre eksempler er hjelp til handling og enkle oppgaver innen praktisk bistand i hjemmet.

Tiltak som bidrar til at flere med uføretrygd og på arbeidsavklaringspenger raskere får mulighet til lønnet arbeid innen f.eks. eldreomsorg, om ikke på full tid, vil på tross av kostnader ved tilrettelegging og organisering, resultere i en netto samfunnsøkonomisk gevinst. I tillegg er det en vinning for dem som får meningsfylte oppgaver som er tilpasset deres arbeidsevne, og en vinning for dem som får hjelp de kanskje ellers ikke ville ha fått.

Det er forbausende at man i alle utredningene og meldingene om framtidens eldreomsorg har lagt så stor vekt på innovasjon, smarte løsninger og velferdsteknologi, og ikke har sett mulighetene som ligger i å aktivisere de titusener som har arbeidsevne og som ønsker å bruke den til beste for seg selv og samfunnet.

7. Kommunale pleie- og omsorgstilbud

De viktigste pleie- og omsorgstilbud i Oslo kommune i dag er vist i beskrivelsen av Omsorgstrappa i bydel Østensjø. Se vedlegg 5.

Kvaliteten og omfanget av de tjenester som tilbys eldre på de enkelte trinn i omsorgstrappa er viktige, og for noen helt avgjørende for at de kan bo godt og trygt hjemme så lenge som mulig. Det siste trinnet på trappa er langtidsopphold på sykehjem. Det er løsningen når det ikke lenger er mulig med innsats fra hjemmetjenesten og bruk av teknisk utstyr og hjelpemidler for å kunne bo hjemme.

Det er viktig at de eldre blir gjort kjent med de ulike tilbud på omsorgstrappa. Det gjelder også pårørende og selvsagt fastleger og andre som arbeider for og med eldre mennesker. Det gis informasjon i brosjyrer som bl.a. ligger utlagt på treffsteder for eldre, i annonser i aviser og på nettstedene til bydelene.

Vi mener at en del av informasjonen bør bli tydeligere og mer utfyllende for brukere og pårørende. Det gjelder bl.a. brosjyrer om dagaktivitetstilbud og informasjonen på bydelenes nettsider. Det er ganske mange yngre eldre som lenge greier seg godt uten hjelp fra bydelenes tjenester. Når behovet for bruk av tjenestene på Omsorgstrappa melder seg, vil de fleste ta kontakt med dem som er ansvarlige for tjenestene. Det er antagelig en del, særlig enslige eldre, som ikke søker slik kontakt selv om behovet er til stede. Det er viktig at bydelene derfor driver en oppsøkende virksomhet som sikrer at eldre over en viss alder, f.eks. 80 år blir godt kjent med de tilbud og den hjelp bydelene kan gi.

Omsorgstrappa synliggjør på en god måte de kommunale tjenestetilbud til bl.a. eldre mennesker i Oslo. Kvaliteten og omfanget på tilbudene er avhengige av at det settes inn tilstrekkelige ressurser, at personalet er godt kvalifisert og at det er en effektiv og smidig organisering av tilbudene.

Brukerundersøkelser viser at de fleste er godt fornøyd med hjemmesykepleien og praktisk bistand. Kritiske merknader gjelder først og fremst antall ulike hjelpere. Det er eksempler på over 10 forskjellige hjelpere i løpet av en måned. Nesten halvparten av brukerne har ingen fast kontaktperson i hjemmetjenesten. Det burde være enkelt å rette opp. Det burde også være enkelt å gi beskjed når en hjelper er forsinket. En del brukere mener det blir for liten tid til det som skal gjøres. Noen ønsker større grad av medvirkning. Noen av manglene i hjemmetjenesten i dag kan kanskje rettes opp med en vellykket tillitsreform.

Praktisk bistand er en av tjenestene Oslo kommune tilbyr. Byrådet skriver i Seniormeldingen om denne tjenesten:

"I fremtiden vil det kunne settes spørsmålstegn ved om det offentlige skal overta kostnader og organisering av slike tjenester når innbyggerne får et hjelpebehov. Med en økende eldrebefolkning vil dette heller ikke være bærekraftig. Om praktisk bistand skal fortsette som et kommunalt tilbud, må utredes i forbindelse med videre utvikling av omsorgstjenestene."

De fleste oppgående yngre og eldre klarer fint å skaffe seg hjelp til praktiske oppgaver i hjemmet på egen hånd, også i dag. Vi mener det er nødvendig å minne om at også i framtiden vil eldre som er fysisk og/eller mentalt svekket i liten grad være i stand til på egen hånd å innhente tilbud fra leverandører av hjemmetjenester og inngå kontrakter med disse.

Vi mener at kommunen fortsatt må ha det overordnede ansvaret for å organisere og tilby praktisk bistand. Det må være et kommunalt ansvar å sikre kvaliteten på praktiske tjenester på samme måte som den har ansvar for å sikre kvaliteten på hjemmesykepleie. Det vil være et viktig ledd i velferdstilbudet til mange hjelpetrengende hjemmeboende eldre, og en forutsetning for at de skal ha et godt liv hjemme i egen bolig.

Vi mener det er viktig å satse på tiltak som styrker tilbudene på de nederste trinnene i Omsorgstrappa. Det bidrar til å utsette behovet for tjenester på høyere trinn. Det er god eldreomsorg og god bruk av ressurser. Pensjonistforbundet ønsker å bidra til utvikling av slike tiltak, og har startet et forskningsprosjekt om morgendagens aktivitetscenter for pensjonister. Det er viktig at eldresentrene får en økonomi som muliggjør at de kan utføre de oppgavene som omtales i Seniormeldingen. Det er positivt at det opprettes frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre i bydelene, fortrinnsvis samlokalisert med eldresentre. Dette forutsetter at bydelene får midler til en slik satsing.

Et relativt nytt tiltak på Omsorgstrappa er hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er et samarbeid mellom bruker av hjemmetjenester og en tverrfaglig gruppe bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjemmetrener. Gruppen kartlegger sammen med brukeren vedkommendes utfordringer i hverdagen, ressurser, nettverk og motivasjon. Det blir laget en plan ut fra mål som skal oppnås og brukeren får tett oppfølging i en tidsbegrenset opptreningsperiode. Erfaringer fra et prøveprosjekt i bydel Østensjø, omtalt i vedlegg 7, viser

at hverdagsrehabilitering har gitt gode resultater for brukere med et lite til middels bistandsbehov.

Både Seniorsmeldingen og "Morgendagens omsorg" legger stor vekt på å øke innsatsen fra frivillige i eldreomsorgen. En forutsetning for å kunne rekruttere nok frivillige til eldrecentre og andre tiltak, er at de har et tilstrekkelig antall godt kvalifiserte fast ansatte. Frivillige kan ikke erstatte fast ansatte, men er et verdifullt og nødvendig tillegg i arbeidet for aktive og trygge eldre. For å gjøre god bruk av frivillige, trengs fast ansatte som kan koordinere og legge til rette arbeidet de skal utføre.

Det er fare for at de kommunale tjenestetilbudene på omsorgstrappa blir gradvis svekket fram mot 2035, dersom det ikke settes inn tiltak som sikrer nok kvalifisert personale og tilstrekkelige ressurser for øvrig til hjelp til eldre.

8. Spesialisthelsetjenestens tjenester

I de senere år er driften av sykehusene «effektivisert» med stadig kortere sykehusopphold og reduserte sengetall. Samhandlingsreformen har forsterket denne trenden. Dette stiller store krav til kompetansen hos helsepersonell i kommunen og muligheter for tilfredsstillende rehabilitering, og dette gjelder særlig hos de eldre. Når dette ikke fungerer bra nok, fører det til nye innleggelses («svingdørpasienter») og derved også problemer med å bo "godt" i eget hjem. Her må spesialisthelsetjenesten ta et større ansvar, slik at det ved planlegging av utskrivning tas mer hensyn til de reelle muligheter for tilfredsstillende oppfølging.

Sykehusene bør også utbygge sine tjenester i geriatri. For mange hjemmeboende eldre som blir syke vil det være meget nyttig med et kort sykehusopphold relativt tidlig i forløpet av sykdom for diagnostikk, eventuelt konsultasjon hos geriater. Korttidsopphold i sykehjem vil ikke kunne erstatte dette, fordi sykehjemmene mangler både et godt diagnostisk apparat og nødvendig kompetanse.

I programmet "Her svikter Norge" er det lagt fram eksempler på alvorlige mangler i spesialisthelsetjenesten som gjelder eldre. Det gjelder bl.a. manglende informasjon om legemiddelbehandling og ernæring. Det er også eksempler på mangler i vesentlig informasjon når pasienter skrives ut av sykehus.

9. Andre tjeneste- og aktiviseringstilbud.

En del eldre blir mindre aktive når de blir pensjonister. For en del kan redusert aktivitet føre til økende grad av fysisk og mental inaktivitet og svekkelse. Ensomhet kan også bli et problem for en del eldre. Tilbud om aktivitet og sosialt samvær er et viktig virkemiddel for å opprettholde fysisk og mental helse.

Hvordan nå dem som trenger et tilbud, men ikke bruker det?

Det foreligger i dag en rekke ulike kommunale tjeneste- og aktiviseringstilbud til eldre som ikke har behov pleie og omsorg. Se trinn 1 på omsorgstrappa i bydel Østensjø i vedlegg 4. Det er også en rekke ulike tilbud til eldre fra mange forskjellige organisasjoner, foreninger og lag. Det er tilbud i den enkelte bydel og det er byomfattende tilbud som f.eks. seniorgrupper i DNT. Røde Kors har opprettet en besøksvennsordning.

I bydel Østensjø med 48.000 innbyggere er det stort antall foreninger og lag. Noen av disse er foreninger for eldre. Det er foreninger for dem som er interesserte i kunst og kultur, sang og musikk, husflid og politikk, Men mange er foreninger der eldre i alle aldre kan delta aktivt. I vedlegg 8, er det eksempler på foreninger der eldre er hjertelig velkomne. Listen kan gjøres lengre og viser at det er tilbud på foreninger, lag, møteplasser og aktiviteter for de aller fleste oppegående eldre i bydel Østensjø. Tilsvarende tilbud finnes i alle bydeler i Oslo.

Noen av foreningene søker om bidrag fra midler bydelen har til rådighet. Men stort sett har ikke foreningene behov for hjelp fra bydelen. Et felles behov for alle foreninger er å ha muligheter til å leie lokaler til møter eller andre aktiviteter til en rimelig pris. I bydel Østensjø er det mulig å leie til kostpris i tre samfunnshus og flere velhus. Det er også mulig å leie lokaler i menighetshus og i en del borettslag.

10. Velferdsteknologi

Det er gitt en kort omtale av velferdsteknologi i vedlegg 11.

Det er viktig å satse på økt bruk av velferdsteknologi i private boliger og i kommunale institusjoner og omsorgsboliger. Forutsetningen for en vellykket bruk av nye tekniske løsninger og utstyr er at det er brukervennlig og at eldre kan få god brukerstøtte. Det gjelder bistand ved anskaffelse og installasjon, og bistand ved vedlikehold, reparasjon og feilretting. Brukernes forståelse av utstyr og mulighetene de har må også vedlikeholdes.

Anskaffelser av utstyr og løsninger til kommunale institusjoner og omsorgsboliger forutsetter at kommunen har bygget opp en god og bred kompetanse innen velferdsteknologi. Vi finner det naturlig at bydelene kan trekke på denne kompetansen og tilby råd og veiledning til dem som ønsker å anskaffe slikt utstyr i eget hjem. Det er behov for en produktnøytral rådgivingsinstans slik at man unngår problemer som følge av at ulike velferdsteknologi-produkter ofte kommuniserer dårlig med hverandre.

Kostnadene ved anskaffelse av utstyr og løsninger i private hjem må stort sett dekkes av den som eier boligen. For å sikre at personer med lav inntekt og formue også kan få bruke velferdsteknologi, bør det opprettes en egen støtteordning.

Oslo kommune vil som stor kunde oppnå betydelige rabatter ved kjøp av velferdsteknologi. Disse rabattene bør brukere av kommunens hjemmetjenester også kunne benytte ved kjøp av utstyr.

11. Innovasjon i omsorgstjenester

I St.melding 29 (2012-2013) "Morgendagens omsorg" gis innovasjon i omsorgen bred omtale. I byrådets Seniorsmelding heter det at de viktigste løsningene ligger i effektivisering av tjenestene, forebygging og rehabilitering, samt i nye måter å organisere tjenestene på. Det er viktig at det satses på forebygging, hverdagsrehabilitering og andre rehabiliteringstilbud. Det bør også settes inn tiltak som vil bidra til bedre ressursutnyttelse, enten det er effektivisering eller organisasjonsendringer. Men forutsetningen må være at dette gjøres uten at det går ut over kvaliteten på tilbudet til pasienter eller brukere.

Geriatrisk ressurscenter og utviklingsssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo har til oppgave å utvikle og utprøve nye metoder, rutiner og hjelpemidler i omsorgen. De skal også formidle kunnskap og erfaringer fra andre organisasjoner og sentra. Vi mener det er viktig at kommunens utviklingsssentra blir styrket og får økte ressurser til utveksling av kunnskaper og erfaringer.

Eksempler på lokal "sosial innovasjon" er Eldreuniversitet og Seniorfilm i regi av lokale bibliotek i Oslo. Treffsentra og Frivilligsentralene i bydelene driver også en rekke ulike aktiviteter, se vedlegg 8. Dette er ikke store kostnader knyttet til slike aktiviteter.

Hovedtyngden av innsatsen gjøres av frivillige. En viss økonomisk støtte er likevel nødvendig for å sikre driften av dem.

Byrådet lanserer i meldingen - Samskaping som metode for endring.

For å samskape tjenester bør ansatte innenfor systemet ha en tverrfaglig tilnærming og søke nye måter å samarbeide på. Kommunen trenger nye organisatoriske løsninger med åpne

systemer og verktøy som oppmuntrer folk til å bidra. Det krever at man bygger tillit, deler informasjon og innsikt som fagfolk besitter. Oslo kommune vil benytte metoden "Samskaping" som et verktøy for innovasjon i omsorgstjenesten.

Oslo kommune har i dag konkurranseutsatt sykehjem, hjemmesykepleie og praktisk bistand. Bemanningen pr. yrkesgruppe for hver avdeling og vakttype i et konkurranseutsatt sykehjem er i dag betraktet som forretningshemmelighet og unntatt innsyn. Vi går ut fra at metoder og rutiner som private firmaer benytter i sitt arbeid som hovedregel anses som forretningshemmeligheter.

Det kan se ut til at det er en motsetning mellom byrådets ønske om samskaping, "*nye organisatoriske løsninger med åpne systemer og verktøy som oppmuntrer folk til å bidra*", og de begrensninger for samskaping som settes av hensynet til forretningshemmeligheter til private virksomheter som utfører pleie- og omsorgsarbeid.

12. Boliger, boformer og transport

Det er et klart behov for å utvikle nye boformer for eldre i Oslo, særlig p.g.a. det store antall eldre som bor alene. Det bør satses på å kunne tilby ulike typer av boliger med bofellesskap. Dette forutsetter at det opprettes finansieringsordninger som gir eldre med lav inntekt og liten eller ingen formue muligheter til å kunne flytte inn i slike boliger. Vi mener at kommunen bør ha som et klart mål å selge tomter til utbyggere med vilkår om å bygge boliger med bofellesskap.

Vi støtter forslaget i seniormeldingen om at det bør opprettes en kommunal rådgivingstjeneste for boligtilpasning. Ansvar for denne tjenesten bør legges til bydelene, og det bør fastsettes en plan for når tjenesten skal være i drift. En forutsetning for at eldre skal kunne bo godt hjemme lenge i egen bolig er at det i tide gjøres tilpasninger og endringer i boligen. De fleste eldre kan selv dekke utgifter til nødvendige tiltak, men vil ha bruk for råd og veiledning. Men noen med lav inntekt og formue kan trenge økonomisk støtte.

Kommunale botilbud, Omsorgsboliger og Omsorg+, er et siste trinn på Omsorgstrappa for pleie- og omsorgstrengende eldre før det er nødvendig med langtidsopphold på sykehjem. Vi mener det er ønskelig å bygge flere slike boliger slik meldingen legger opp til. Vi viser til gode erfaringer i bl.a. bydel Østensjø med bruk av Omsorgsboliger med tjenester. De er rimeligere for både beboere og bydel enn Omsorg+ boliger vil bli. Vi antar det vil være hensiktsmessig at bydelene i åra som kommer kan tilby både Omsorgsboliger med tjenester og Omsorg+.

Vi har liten tro på at disse boformene vil bli et alternativ til sykehjem i Oslo. I Seniormeldingen står det:

"Dagens situasjon tilsier at det vil være behov for institusjonsplasser også i fremtiden."

Vi mener at framtidens situasjon vil kreve et betydelig antall slike plasser. Se kapittel 4.2.1.

Oslo har et godt utbygd kollektivnett og en god TT-ordning (Tilrettelagt transport). Brukere med TT-kort får imidlertid halvert antall fritidsreiser når de fyller 67 år. Vi mener dette er en for sterk reduksjon. Behovet for fritidsreiser reduseres ikke så meget når man blir eldre.

Mange eldre bruker egen bil. Med økende alder blir flere og flere avhengige av offentlig eller tilrettelagt transport. Det kan i tillegg til TT-ordningen dreie seg om at bydelene legger opp til transport til/fra sine eldresentra. Det bør også være mulig å engasjere f.eks. frivilligsentralene til å etablere ordninger der frivillige mot en godtgjørelse påtar seg å kjøre eldre til og fra lege, tannlege og butikker.

I vedlegg 1 er det en oversikt over hvor mange eldre som bor i boliger uten heis i Oslo. For dem som har problemer med å bevege seg i trapper, kan manglende tilgang til heis medføre sosial isolasjon. Det gis tilskudd fra Husbanken til prosjektering og installasjon av ordinær heis og trappeheis i blokker og bygårder med minst 3 etasjer. Dersom dette ikke er en aktuell

løsning for en eldre bevegelseshemmet person, bør mulighetene for å finne en annen bolig undersøkes.

En viktig forutsetning for at eldre mennesker skal bo godt hjemme i et vinterland som Norge, er skikkelig snømåking og strøing om vinteren, både i inngang til egen bolig og på offentlige veier og fortau. Det er god eldreomsorg og lønnsom eldreomsorg.

13. Tilsyn med kvaliteten på tjenester i eldreomsorgen

Kravene til innhold og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester er fastlagt i lov, forskrifter og i regler og bestemmelser vedtatt av bystyret i Oslo. Krav og rettigheter eldre mennesker har til tjenester fra kommune, spesialisthelsetjenesten og fastleger er gitt i lov og forskrifter.

Ansvar for å utføre tilsyn og kontroll med at disse kravene blir oppfylt er tillagt kommunale og statlige instanser.

I Oslo kommune gjennomfører Helseetaten bruker- og pårørendeundersøkelser i sykehjemmene. Etaten utfører kvalitetsrevisjoner i sykehjem, utarbeider rapporter om objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem og foretar prevalensundersøkelser.

Helseetaten gjennomfører brukerundersøkelser i hjemmetjenesten, foretar kvalitetsrevisjoner og utarbeider rapporter om objektive indikatorer i denne tjenesten. Etaten utfører også medarbeiderundersøkelser i sykehjem og i hjemmetjenesten. Disse undersøkelsene omfatter bare ansatte i kommunalt drevne sykehjem og kommunalt ansatte i hjemmetjenestene.

Helsetilsynet har ansvaret for det medisinske tilsynet med sykehjem og hjemmesykepleie i Oslo. Helsetilsynet skal utføre tilsyn med mange ulike offentlige og private virksomheter. I 2013 og 2014 ble det i Oslo utført tilsyn med hjemmetjenesten i Nordstrand og på Stovnerskogen sykehjem. Det er ønskelig med hyppigere tilsyn med sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, men Helsetilsynet har begrensede ressurser. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Sykehjemsetaten bør kunne innhente erfaringer fra de tilsyn Helsetilsynet utfører ellers i Norge og formidle disse til sykehjem i Oslo og hjemmetjenestene i bydelene.

Oslo kommune har i tillegg et folkevalgt tilsyn med sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Bydelsutvalgene oppnevner tilsynsutvalg for sykehjem og tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester. Tilsynsutvalgene skal påse at tjenestene drives i samsvar med lover, forskrifter og kommunale bestemmelser. Tilsynsutvalgene har ikke ansvaret for det medisinske tilsyn. Utvalgene rapporterer til bydelsutvalgene.

Pensjonistforbundet Oslo(PFO) registrerte i 2005 et behov for opplæring av medlemmer i slike utvalg. PFO har derfor utarbeidet veiledere for tilsynsutvalgene og avholdt en rekke kurs og møter for medlemmer av utvalgene.

Til tross for PFOs innsats er det et helt klart behov for bedre opplæring og skoling av medlemmer i mange tilsynsutvalg i Oslo. Instruksen for tilsynsutvalg fastslår at opplæringen er obligatorisk for nye medlemmer. Oppfyllelsen av dette kravet varierer. Arbeidet i tilsynsutvalgene er krevende. Når bydelsutvalgene oppnevner medlemmer av utvalgene bør dette gjøres helt klart for dem som blir foreslått som medlemmer.

Eldrerådene i bydelene kan i dag oppnevne én representant til tilsynsutvalgene dersom de ønsker det. Etter vår vurdering bør eldrerådene pålegges å oppnevne en representant. Med minst én representant i tilsynsutvalg for sykehjem og én representant i tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester får eldrerådene muligheter for bedre kunnskap og innsyn i hvordan bydelens og kommunens eldreomsorg faktisk virker.

Vi mener at det er nødvendig å styrke det folkevalgte tilsynet med kommunens eldreomsorg. Det folkevalgte tilsynet er et nødvendig supplement til det administrative tilsynet Helseetaten og Helsetilsynet utfører. Medlemmer i tilsynsutvalg bor i samme område som brukere og pårørende av kommunale tjenester og kjenner bedre til behovet for tjenester og tilbud lokalt.

Det er nødvendig for tilsynsutvalg å sette seg inn rapporter fra Helseetaten og Helsetilsynet for å få et grunnlag til å utføre et forsvarlig tilsyn. Medlemmer av bydelsutvalg og bystyret har ikke det samme kravet som medlemmer av tilsynsutvalg til å gå gjennom slike rapporter. For at tilsynsutvalg skal fungere godt må ledere og medlemmer være aktive og engasjerte. For å gjøre verv som leder og medlem av slike utvalg mer attraktive, bør de ha en godtgjørelse som leder og medlem i de øvrige faste komiteer i bydelene.

Helse- og sosialombudet i Oslo har en indirekte kontrollfunksjon med kvaliteten og omfanget på tilbudet i eldreomsorgen. Ombudet arbeider for at pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten skal få ivaretatt sine rettigheter, og for å bidra til økt kvalitet på tjenestene. Ombudet er også Pasient- og brukerombud i Oslo og bistår i saker som gjelder sykehus, fastlege, sykehjem, Nav-sosialtjenester, distriktpspsykiatrisk senter, avlastning, brukerstyrt personlig assistent, hjemmetjenester, med mer.

14. Må det bli mangel på personell i Oslo?

Fram til 2025 er det en begrenset økning i antall eldre i Oslo. I perioden 2025 - 2035 er det en sterk økning antall eldre i alle aldersgrupper over 67 år. Det blir stort sett den samme utvikling i resten av landet.

I St.melding 29 "Morgendagens omsorg" er strategien for møte konsekvensene av denne utviklingen:

"I stedet for en økning av standarden på tjenestetilbudet, bør de mulighetene den demografisk sett stabile perioden fram til 2020 gir, først og fremst benyttes til å forberede omsorgstjenestene på de framtidige omsorgsutfordringene. Større vekt på innovasjon og utvikling, en faglig og bygningsmessig opprustning og omstilling av tjenestetilbudet, økt bruk av velferdsteknologi, økt realisering av samfunnets omsorgsressurser vil forbedre ressursutnyttelsen og bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste også i framtida."

I Byrådens Seniorsmelding er strategien for å møte veksten i antall eldre i Oslo:

"Innen 2040 vil Oslo ha doblet antall borgere over 67 år. En tilsvarende økning i kommunens tjenester er ikke bærekraftig. Det vil heller ikke være nok omsorgspersonell tilgjengelig. Innovativ tilnærning i organisering av pleie- og omsorgstjenester må til, dessuten en samordning av ressursbruken. De siste åra har vi fått mange stortingsmeldinger som regulerer tjenestene. Meldingene gir tydelige politiske føringer for at det skal legges økt vekt på primærhelsetjenestene, omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Det er i disse tjenestene og i dette arbeidet at framtidens store utfordringer må løses."

Begge meldingene påpeker at det blir mangel på personell i eldreomsorgen i framtida. Det er heller ikke rom for standardøkninger i eldreomsorgen. I meldingene håper man på at innovasjon, velferdsteknologi og økt frivillighet skal kompensere for personell- og ressursmangel i eldreomsorgen.

Vi mener også at økt bruk av velferdsteknologi og styrking av frivillig innsats enten fra pårørende eller andre, er nødvendig for bedre kvaliteten i eldreomsorgen i Oslo.

Effektivisering og organisasjonsendringer er også virkemidler for å bedre kvalitet og ressursutnyttelse i omsorgen.

Vi mener imidlertid det er urealistisk å tro at økt innsats av virkemidler beskrevet i meldingene, vil sikre at kvaliteten på eldreomsorgen i Oslo kan opprettholdes på samme nivå i 2035 som i 2014.

Det vil bli en alvorlig mangel på sykehjems plasser i 2035 dersom det ikke nå startes arbeid med planlegging av nye sykehjem. Terskelen for å få sykehjems plass har økt i mange år. I 2035 kan den bli svært høy. Tilbudet av hjemmetjenester til eldre er blitt redusert gjennom mange år både i Oslo og i landet forøvrig. Befolkningsveksten i Oslo fram til 2035 fører til en

sterk vekst i behovet for hjemmetjenester og dermed behov for flere ansatte i hjemmesykepleien og praktisk bistand.

Selv om det skulle bli bygget et tilstrekkelig antall nye sykehjemsplasser og det er midler til en vekst i hjemmetjenesten i Oslo, vil det bli mangel på pleie- og omsorgspersonell.

Det er et felles kommunalt og statlig ansvar å sørge for at behovet for personell i omsorgstjenestene blir dekket. Ingen av meldingene fremmer forslag om tiltak for å sikre at det er tilgjengelig nok sykepleiere og helse- og omsorgsarbeidere til å dekke behovet. Etter vis oppfatning er det en alvorlig svakhet ved begge meldinger. Det er nødvendig å styrke utdanningskapasiteten og tilby gode lønns- og arbeidsvilkår.

Vi mener at Oslo fører en politikk som svekker rekrutteringen av personell til eldreomsorgen. Konkurransetsetningen av sykehjem har ført til at hjelpepleiere, pleieassistenter og øvrig personell i sykehjemmene, leger og sykepleiere unntatt, har fått tildels mye dårligere pensjonsvilkår.

Mangel på personell vil gjøre det vanskelig å opprettholde kvalitet og standard på eldreomsorgen i Oslo fram til 2035. Det er også et spørsmål om kommunen vil ha nok inntekter til å dekke utgiftene til eldreomsorg i 2035 med en kvalitet og standard på 2014 nivå selv om det var nok personell tilgjengelig. Byrådet gir i sin Seniorsmelding uttrykk for at kommunen ikke vil få råd til slike utgifter i 2035.

15. Har vi ikke råd til en god eldreomsorg?

I regjeringens perspektivmelding 2013 antas at disponibel realinntekt pr. innbygger i Norge i gjennomsnitt vil øke med 1,4% pr år i perioden 2011 - 2060. Det innebærer en betydelig vekst i privat forbruk pr. innbygger. Det blir også en betydelig vekst i utgifter til alderspensjon og helse og omsorg over statsbudsjettet. Med uendrede skattesatser antas det at underskuddet på statsbudsjettet vil øke gradvis fra 2035 til ca 6,1% i 2060 dersom dagens velferdsordninger innenfor helse og omsorg og alderspensjon opprettholdes. Hovedårsaken til økende underskudd fra 2035 er at det blir færre yrkesaktive pr. person over 67 år. Se vedlegg 9. I Perspektivmeldingen drøftes ulike tiltak for unngå underskuddet, økt arbeidsdeltagelse, pensjonsreform, endringer i uføreordninger, effektivisering av offentlige tjenester bl.a. eldreomsorg.

Det er selvfølgelig nødvendig å sikre den langsiktige balanse i statsbudsjettet. Det er fullt mulig å oppnå det med de tiltakene som er omtalt i Perspektivmeldingen. Men det er ett tiltak som ikke er foreslått i meldingen, mulighetene for å øke statens inntekter ved økte skatter og avgifter. Det er mange grunner til ikke å innføre økte skatter og avgifter. Det er imidlertid én god grunn til å gjøre det; Når det er nødvendig for å opprettholde kvaliteten og standarden på eldreomsorgen i Norge.

Spørsmålet om vi har råd til en slik eldreomsorg, kan enkelt besvares med et tydelig, **ja det har vi**. Fram til 2035 og 2060 blir det en betydelig vekst i privat forbruk pr. innbygger, også hos alderspensjonister. Det blir også en vekst i personlig formue pr innbygger. Kostnadene ved å opprettholde kvaliteten og standarden på eldreomsorgen, ja til og med bedre kvaliteten, er fullt mulig å dekke ved økte skatter og avgifter uten at veksten i privat forbruk reduseres i vesentlig grad.

Pleie- og omsorgstrengende eldre har behov for hjelp og støtte fra "varme hender og kloke hoder", dvs. ansatte på sykehjem og i hjemmetjenestene. 80-90% av kostnadene i eldreomsorgen er lønn m.m. til ansatte.

Fra 2010 til 2035 øker etterspørselen, i følge Roksvaag og Texmon, etter leger, sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere m.m. i helse- og omsorgssektoren i Norge fra 281.000 årsverk i 2010 til mellom 405.000 og 449.000 i 2035. En økning fra 124.000 til 169.000 årsverk.

I 2010 ble det utført 104.000 årsverk i pleie og omsorg i landets kommuner⁵, dvs. ca 37 % av denne personellgruppen arbeider i kommunene. Etterspørselen etter personell i helse- og omsorgssektoren i kommunene vil da kunne øke fra 46.000 til 62.000 årsverk fra 2010 til 2035. Den forventede sterke befolkningsøkningen i yngre aldersgrupper fører til at en god del av veksten vil gå til tjenester til personer yngre enn 67 år. Det gjelder f.eks. hjemmetjenester.

Hvis man antar at 70% av økning i etterspørselen etter personell i pleie og omsorg i kommunene gjelder tjenester i eldreomsorgen, betyr det en økning fra 32.000 til 44.000 årsverk i eldreomsorgen i 2035.

Med en netto kostnad pr. årsverk i gjennomsnitt på kr. 700.000, dreier det seg om en økning i kostnader til eldreomsorg i kommunene fra 22 til 31 milliarder pr. år i 2035. (Eldre betaler bl.a. egenandel ved opphold på sykehjem og bruk av praktiske tjenester). I tillegg kommer kostnader med bygging og drift av sykehjem.

I 2011 var BNP i Norge 2800 milliarder kroner. Vekst i BNP pr. innbygger i perioden 2012-2035 er anslått til 1,3% pr. år. Dvs. en vekst til 2035 på 35%.

Økningen i kostnadene med å dekke etterspørselen etter personell i eldreomsorgen i kommunene og for å opprettholde kvalitet og standard på tjenestene utgjør bare en mindre del av økningen i BNP og disponibel inntekt i Norge fram til 2035.

Perspektivmeldingen, "Morgendagens omsorg" og Seniorsmeldingen har ett viktig budskap; Norge kan ikke opprettholde eldreomsorgen på dagens nivå i framtida. Derfor inneholder ikke meldingene forslag om tiltak for å sikre utdanning og rekruttering av personell til denne sektoren. Meldingene tar som gitt at skatter og avgifter ikke bør økes for å dekke kostnadene ved en eldreomsorg med god kvalitet og høy standard.

I meldingene håper man på at innovasjon, velferdsteknologi, frivillighet m.m. skal være løsningen.

Vi mener dette er bra tiltak, men at det er urealistisk at de i vesentlig grad vil bidra til å redusere kostnadene med framtidens eldreomsorg. Dagens politikere må innse og forklare befolkningen at kostnadene med eldreomsorg må dekkes ved økte skatter og avgifter.

Bekymringene over de statsøkonomiske konsekvenser av at det blir flere eldre, kommer ikke bare til uttrykk i statlige og kommunale utredninger og meldinger. I mange avisartikler og foredrag om økonomiske framtidssutsikter er man opptatt av at "eldrebølgen" fører til at dagens velferdsstat ikke er bærekraftig. Det man spesielt frykter er at framtidens eldre vil stille stadig større krav til omfang og kvalitet på hjemmetjenestene og tilbudene i sykehjem. Det er hos noen en forestilling om at det har vært en betydelig kvalitetsvekst i disse tjenestene de siste tiåra. Det stemmer dessverre ikke. Det kan vises til reduksjonen i tilbudet av hjemmesykepleie og praktisk bistand, og en økende terskel for å få plass på sykehjem i Oslo i denne perioden, se kap 4.2. Det kan se ut til at de fleste som er bekymret for "eldrebølgen" ikke er klar over at eldre pleie- og omsorgstrengende mennesker ikke er særlig opptatt av et høyt personlig forbruk. De har ikke behov for dyre ferier, klær og biler. De trenger hjelp fra noen som har tid til å yte pleie og omsorg.

Det burde ikke være vanskelig å gjøre rede for at når vi lever lenger, blir det flere eldre. Flere eldre betyr at det blir flere som før eller siden blir avhengig av god eldreomsorg. Ingen kan som ung vite hva slags eldreomsorg vedkommende vil trenge. Men det er sikkert at de fleste med stor sannsynlighet vil oppleve at enten en selv eller nære pårørende blir pleie- og omsorgstrengende i framtida. Den beste forsikringen for den yrkesaktive og friske alderspensjonist er gjennom skatter og avgifter å sørge for en god eldreomsorg i dag, slik vi med betaling av sykestrygd sørger for å dekke utgiftene i forbindelse med sykdom.

⁵ Statistisk Sentralbyrå. Avtalte årsverk eks. lange fravær i pleie og omsorg i kommuner.

Dersom vi ikke gjør noe med kommende mangel på personell i helse- og omsorgssektoren eller unnlater å forberede oss på en økning i skatter og avgifter, vil resultatet bli en svekket eldreomsorg.

16. Utviklingen i eldreomsorgen i Oslo fram mot 2035

Dersom terskelen for å få plass på sykehjem blir høyere, og det blir mangel på personell i hjemmetjenestene, får vi en utvikling der eldre med god inntekt og pensjon i større grad enn tidligere vil kjøpe sykehjemsplass og hjemmetjenester privat. Oversikten over gjennomsnittsinntekt i bydelene viser at mange eldre i de vestlige bydelene har en høy inntekt, se vedlegg 2. Andre undersøkelser viser også at mange i disse bydelene har en høy formue. Oversikten over bruk av private hjemmehjelpere viser en klar sammenheng mellom inntektsnivå og hyppighet i bruk av private leverandører av hjemmehjelp eller praktisk bistand. Det er grunn til å anta at en del eldre med høy inntekt kjøper ekstratjenester av sine private hjemmehjelpere utover de timer kommunen i dag dekker. Med et redusert tilbud av hjemmehjelp fra kommunen vil et økende antall brukere gå over til private leverandører og kjøpe ekstratjenester. For personer med høy inntekt og pensjon er dette neppe noe stort problem. For personer med lav inntekt, de bor gjerne i de østlige bydelene, kan det etter hvert føre til at de ikke lenger kan bo godt hjemme. Det er også en tendens til at det er prosentvis flere brukere av hjemmesykepleie i bydelene der gjennomsnittsinntekten er høy, selv om det ikke er egenandel på hjemmesykepleie og tjenester til personlig stell og egenomsorg. Med mangel på personell og strammere kommunale budsjetter kan det ventes innstramminger i tilbudet av hjemmesykepleie i åra som kommer, med økende bruk av private hjemme-sykepleiere.

Byrådet varslet i Seniorsmeldingen at den vurderer om praktisk bistand skal fortsette som et kommunalt tilbud. Dersom denne ordningen avvikles vil det ramme ikke bare dem som får kommunal hjemmehjelp, men også brukere av private hjemmehjelpere.

Det blir ikke bygget nye sykehjemsplasser i Oslo fram til 2026. Byrådet tar sikte på at en flere personer med demens som i dag får plass på sykehjem skal kunne bo i omsorgsboliger, såkalte Omsorg+. Vi er skeptiske til denne løsningen og kan ikke se at den er godt faglig begrunnet. Hovedårsaken til at byrådet går inn for løsningen er antagelig at den fører til reduserte kostnader for kommunen.

Finansierings- og egenbetalingsordningene for sykehjem og omsorgsboliger kan føre til vridninger i tilbudet til dem som trenger plass på sykehjem. Stortingsmeldingen om "Morgendagens omsorg" omtaler en forskningsrapport " som beskriver en utvikling der kommunene tar høyinntektsgrupper inn på sykehjem og lar bostøtteberettigede minstepensjonister få omsorgsbolig."

Det vil det også kunne være en fare for i Oslo. En slik løsning gir åpenbart lavere utgifter for kommunen.

Det har fra flere hold blitt foreslått å gjøre det lettere å kjøpe tilleggstjenester på sykehjem og fra leverandører av hjemmetjenester.

Det kan være tjenester som bedre forpleining, bedre rom, flere aktiviteter og mer tid sammen med pleiepersonell. I praksis kan kjøp av slike tilleggstjenester på sykehjem bare gjennomføres ved at det opprettes egne sykehjem der det mot økt egenbetaling tilbys bedre romstandard, bedre mat, bedre bemanning. Driften i slike sykehjem kan finansieres av et standard kommunalt grunntilskudd pr. plass pr. år som alle sykehjem får, og det beløp som den enkelte pasient eller pårørende betaler for oppholdet. Det vil komme i tillegg til den egenandel som alle pasienter på sykehjem i dag betaler.

Det er etter hvert blitt mange eldre i Oslo som har råd til å kjøpe seg et bedre sykehjemstilbud enn det de vil få på sykehjem som kommunen betaler for. Kommersielle aktører vil sikkert

om få år komme med tilbud om sykehjem med tilleggstjenester. Mange velstående mennesker vil se det som like naturlig å kunne bruke penger på å kjøpe seg bedre kvalitet i et sykehjem, som å kunne kjøpe seg rom eller suite på et bedre hotell.

Det er grunn til å anta at det vil komme en rekke forslag etter hvert om ordninger som vil være interessante for eldre med god økonomi. I Sverige er det innført skattelettelse ved kjøp av tjenester til husholdninger. Skatten til tjenestekjøperen reduseres med 50 prosent av arbeidskostnaden. Personer som kjøper husholdningstjenester, kan få skattefradraget direkte trukket fra kjøpesummen ved betaling, og leverandøren av tjenesten kan deretter kreve beløpet tilbakebetalt fra skattemyndighetene .

Skattefradrag for tjenester i hjemmet kan gjelde når eldre leier hjemmehjelpere, og når de ansetter en praktikant eller tar inn en au pair i sin husholdning. Det vil da sikkert komme forslag om å utvide au pair-ordningen til å gjelde enslige eldre.

Andre ordninger basert på skattefradrag er boligspareordning for eldre som ble foreslått av Hagenutvalget. Man kan da spare med skattefradrag med sikte på at midlene brukes til tilrettelegging av egen bolig når man blir gammel.

Alle ordninger som er beskrevet her, er gunstige for personer med god økonomi. Personer med lav inntekt og liten formue vil i liten grad ha glede av ordninger med skattefradrag. De innebærer i virkeligheten overføring av offentlige midler fra dem som har lite og trenger mest til offentlige pleie- og omsorgstjenester, til eldre med god inntekt og høy formue.

17. Konklusjon om utviklingen av eldreomsorgen i Oslo til 2035

Dersom eldreomsorgen i Oslo skal kunne opprettholdes med en god kvalitet og høy standard på tjenestene fram mot 2035 er det tre trusler som må avverges, mangel på faglært personell, mangel på sykehjemsplasser og mangel på midler til å dekke kostnadene med eldreomsorg.

Dersom det ikke gjøres noe for å sikre utdanning og rekruttering til helse- og omsorgsyrker som vil dekke behovet for personell, vil konsekvensene bli alvorlige for eldreomsorgen i Oslo og i Norge. Noe av mangelen på personell kan løses ved rekruttering fra utlandet. Men for øvrig må man basere seg på mer ufaglært arbeidskraft. En slik utvikling vil føre til reduksjon i kvaliteten på eldreomsorgen.

Dersom det ikke bygges nok sykehjemsplasser i Oslo, må flere som har behov for plass bo hjemme. De fleste av disse vil ikke bo godt hjemme, selv om de får ekstra hjemmetjenester.

Dersom det ikke er politisk vilje til å øke utgiftene til eldreomsorg i takt med veksten i behovet som pleie- og omsorgstrengende eldre har til tjenester, vil kvaliteten og standarden på eldreomsorgen i Oslo reduseres fram til 2035.

Det vil føre til en utvikling der stadig mer av eldreomsorgen privatiseres.

Vår konklusjon om utviklingen fram til 2035 er følgende:

Eldre med høy inntekt fortsatt vil kunne bo godt hjemme i åra fram til 2035.

Det er en betydelig fare for at eldre med lav inntekt og behov for bistand fra kommunale hjemmetjenester, gradvis vil oppleve en alderdom der det blir mindre godt å bo hjemme.