



---

# **Innst. S. nr. 22**

**(2004–2005)**

**Innstilling til Stortinget  
frå kontroll- og konstitusjonskomiteen**

Dokument nr. 3:9 (2003-2004)

---

**Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens  
undersøkelse av Handlingsplanen for eldreomsorgen**

**Referat fra åpen høring. Se vedlegg**





# Innst. S. nr. 22

(2004-2005)

## Innstilling til Stortinget frå kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument nr. 3:9 (2003-2004)

### Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av Handlingsplanen for eldreomsorgen

Til Stortinget

#### 1. SAMANDRAG

##### 1.1 Innleiing

Pleie- og omsorgstjenester er et kommunalt ansvar, og retten til slike tjenester er hjemlet i kommunehelse- tjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Stortinget vedtok i 1997 en fireårig handlingsplan som skulle styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesielt tilbudet til befolkningen over 67 år, jf. St.meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen Trygghet - respekt - kvalitet og Innst. S. nr. 294 (1996-1997) fra sosialkomiteen om Handlingsplan for eldreomsorgen. Målene var å øke tjenestenes kapasitet, bedre kvaliteten, sikre brukerne mest mulig likeverdig tilbud på landsbasis, bedre de statlige styringsvirkemidlene.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å analysere i hvilken grad mål i Handlingsplanen for eldreomsorgen har blitt oppfylt, og å presentere og drøfte forhold som kan belyse eventuell manglende måloppnåelse og kommunale variasjoner i eldreomsorgen. Det har videre vært en målsetting å analysere hvordan tilskuddsordningene og forvaltningen av disse har fungert i forhold til målene i handlingsplanen.

##### 1.2 Oppsummering av undersøkelsen

Undersøkelsen er basert på informasjon fra dokumenter, tilgjengelig statistikk, spørreskjemaundersøkelse, intervjuer, gjennomgang av saker i kommuner og fylker, samt befaringer i omsorgsboliger og sykehjem.

##### 1.2.1 *Utviklingen i tjenestetilbudet i pleie- og omsorgssektoren*

Botilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren består av sykehjemsplasser, aldershjemsplasser, omsorgsboliger og andre boliger.

Undersøkelsen viser at målene med Handlingsplanen for eldreomsorgen om en økning på 13 600 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger, er nådd.

Dekningsgraden for sykehjemsplasser, aldershjemsplasser og omsorgsboliger har økt fra 25,9 pst. til 29,4 pst. Økningen i bokapasiteten har i sin helhet skjedd innenfor kategorien omsorgsboliger.

Kommunene har hatt frihet til å avgjøre om de skulle bygge sykehjemsplasser eller omsorgsboliger. Det ble forutsatt at det skulle gis en heldøgns pleie og omsorgstjeneste (døgn tjeneste) fra hjemmetjenestene i omsorgsboligene som var tilpasset utbyggingen og den enkelte beboers behov, jf. St.meld. nr. 50 (1996-1997) og Innst. S. nr. 294 (1996-1997).

Undersøkelsen viser at om lag 70 pst. av omsorgsboligprosjektene i perioden 1998-2003 er bygd som selvstendige boliger, 30 pst. organisert som bofellesskap. Videre har i underkant av 1/3 av omsorgsboligkompleksene fast bemanning hele døgnet, og det er stor variasjon når det gjelder antallet besøk beboerne i omsorgsboliger mottar fra hjemmetjenesten, dersom det ikke er fast bemanning i omsorgsboligen. Lovverket gir i utgangspunktet ikke samme rettigheter i omsorgsboliger som i sykehjem, og undersøkelsen viser at tjenestetilbudet som gis i omsorgsboligene, innebærer en varierende grad av pleie og omsorg. Hele veksten i dekningsgraden har vært i omsorgsboliger, også i de kommunene som hadde den laveste institusjonsdekningen før handlingsplanen ble iverksatt.

Undersøkelsen tyder på at ulikheten i kravet om bemanning i omsorgsboliger og sykehjem kan ha medført at det for enkelte av kommunene har fremstått som mer attraktivt å bygge ut omsorgsboliger enn syke-

hjemsplasser, siden omsorgsboligene har framstått som mindre kostnadskrevenne å drifte. Det er derfor nødvendig å rette oppmerksomhet mot at behovet for hel-døgns pleie og omsorg dekkes. Ulikheter i finansieringsordningene kan også ha vært en medvirkende årsak i valget mellom å bygge sykehjem eller omsorgsboliger. Oppholdsbetalingen er forskriftsbestemt for sykehjem, mens kommunene er mer fristilt i forhold til betalingen i omsorgsboligene. Kommunene har dermed kunnet bestemme husleien slik at driften av omsorgsboligprosjektene ble fullfinansiert, samtidig med at beboerne eventuelt kunne søke om bostøtte. Beboerne i omsorgsboliger kan også benytte statlige refusjonsordninger for utgifter til medisiner og legetjenester. Tildelingssystemet og lovverket kan på denne måten ha lagt forholdene bedre til rette for utbygging av omsorgsboliger enn for sykehjem.

Handlingsplanen for eldreomsorgen har medført en standardheving, men i mindre grad en økning av kapasiteten.

Fylkesmannen og fylkeslegen er pålagt å kontrollere at driftstilskuddet til kommunene har blitt benyttet til økt aktivitet innenfor pleie- og omsorgssektoren. Det ser ikke ut til å ha vært lekkasjer til andre sektorer.

### 1.2.2 Prioritering og styring

Det synes ikke som om sosialkomiteens forutsetninger om å prioritere å bygge ut tilbudet til de mest pleietrengende, i tilstrekkelig grad ble fulgt opp i denne perioden.

### 1.3 Sosialdepartementets kommentarer

Sosialdepartementet uttaler bl.a. i sine kommentarer at hovedmålene i handlingsplanen ser ut til å bli oppnådd i løpet av 2005.

#### *Styring, rammer og prioritering*

Sosialdepartementet mener at de ikke hadde noen endelig totalramme for handlingsplanen å forholde seg til og prioritere og fordele ut fra, utover det som ble fastsatt i budsjettet for det enkelte år.

Departementet opplyser at kommunal planlegging stod sentralt i den innledende fasen av handlingsplanarbeidet. Departementet mener at søknadene var godt faglig fundert når de først ble fremmet.

Etter departementets vurdering ble det gitt klare retningslinjer for søknadsbehandlingen.

Departementet er uenig i at Husbankens retningslinjer var utformet slik at det ikke ga grunnlag for å prioritere mellom kommunene.

Sosialdepartementet er av den oppfatning at handlingsplanen ble gjennomført innenfor de rammebetingelsene Stortinget satte, og i tråd med klare stortingsvedtak.

Departementet er likevel enig i at det hadde vært en fordel om handlingsplanen tidlig hadde fått fastsatt en totalramme.

### 1.4 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonens undersøkelse viser at målet om en økning av antallet nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser vil bli nådd på nasjonalt nivå.

Riksrevisjonen viser til at dekningsgraden for sykehjemsplasser, aldershjemsplasser og omsorgsboliger ser ut til å øke i samsvar med målet. Det er også en økning i eneromsdekningen i sykehjem, og prognosene anslår en dekningsgrad på om lag 95 pst. i 2005. Antallet årsverk i pleie- og omsorgstjenestene har økt.

Forskjellene mellom kommunene i andelen sykehjemsplasser, aldershjemsplasser og omsorgsboliger synes å bli noe redusert i perioden 2001-2005.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at handlingsplanen har medført en bedre kvalitet i boligtilbudet.

Lavere krav til bemanning og gunstigere finansieringsordninger kan ha medvirket til at kommunene har bygd omsorgsboliger framfor sykehjemsplasser.

Riksrevisjonen mener at det var Sosialdepartementets ansvar å gi nødvendige instruksjoner slik at handlingsplanen kunne bli forvaltet i tråd med intensjonene. Riksrevisjonen har merket seg at det i 2001 ble gitt nærmere regler for prioritering i et nytt punkt i Husbankens retningslinjer.

### 1.5 Sosialdepartementets svar

"(...)

Gjennom sin undersøkelse og behandling av Handlingsplan for eldreomsorgen bekrefter Riksrevisjonen at hovedmålene i planen er nådd. (...)

Handlingsplan for eldreomsorgen har gitt resultater i tråd med forutsetningene både fra Storting og regjering.

"(...)

Riksrevisjonen peker likevel på at kapasiteten av sykehjemsplasser og omsorgsboliger samlet ikke øker mer enn veksten i tallet på eldre skulle tilsi (...). Det gir grunn til å minne om at handlingsplanens hovedmål var

"å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste i stand til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester, som følge av at det er blitt flere eldre" (St.meld. nr. 34 (1999-2000)).

"(...)

Det blir (...) ikke riktig når Riksrevisjonen konkluderer med at 12 000 nye personellårsverk og mer enn 25 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger bare har medført en standardheving og ikke innebærer en betydelig kapasitetsvekst. (...)

"(...)

Handlingsplan for eldreomsorgen ble (...) gjennomført innenfor de rammebetingelsene Stortinget satte og i tråd med klare stortingsvedtak. (...) Riksrevisjonen peker på Sosialdepartementets ansvar for å gi nødvendige instruksjoner og tydelige signaler i en slik situasjon, og jeg har derfor merket meg at styringssignalene overfor enkelte fylkesmannsembeter kanskje burde vært enda tydeligere.

Riksrevisjonen har i sin undersøkelse kommet til at ulikheter i finansieringsordninger og brukerbetaling kan ha gitt utilsiktede vridningseffekter som har favorisert utbygging av omsorgsboliger fremfor sykehjem. Regjeringen arbeider for tiden med disse spørsmålene, og tar sikte på å legge frem et høringsnotat med alternative forslag til harmonisering av regelverket for finansiering og brukerbetaling i sykehjem. Jeg deler ellers Riksrevisjonens oppfatning om at det er nødvendig å ha spesiell oppmerksomhet mot tjenestetilbudet

til beboere i omsorgsboliger med omfattende behov for pleie og omsorg. (...)

På denne bakgrunn har jeg bedt landets fylkesmenn overvåke den videre gjennomføringen av handlingsplanen, og avgi halvårslige rapporter til departementet om utviklingen både i forhold til personellsituasjonen og gjenstående byggeprosjekter."

### 1.6 Riksrevisjonens uttalelse

Riksrevisjonens undersøkelse viser at målet om en økning av antallet nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser vil bli nådd. Handlingsplanen har også medført en bedre kvalitet i boligtilbudet.

Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at det de tre første årene i handlingsplanperioden var liten eller ingen prioritering i forhold til at kommuner med et omfattende pleiebehov først skulle få bygd ut et tilbud. Riksrevisjonen vil også peke på at forskjellene mellom kommunene i andelen sykehjemsplasser, aldershjemsplasser og omsorgsboliger til omfordeling i forhold til personer 80 år og eldre har vært nokså stabile i perioden. Sosialdepartementet opplyser i sitt svar til Riksrevisjonen at styringssignalene overfor enkelte fylkesmannsembeter kanskje burde vært enda tydeligere. Etter Riksrevisjonens vurdering kan utydelige styringssignaler ha forsterket behovet for de senere utvidelsene.

Riksrevisjonen har merket seg at Sosialdepartementet vil ha nødvendig oppmerksomhet mot tjenestetilbudet til beboere i omsorgsboliger med omfattende behov for pleie og omsorg, og ser positivt på at departementet har bedt landets fylkesmenn overvåke den videre gjennomføringen av handlingsplanen. Riksrevisjonen har også merket seg at Regjeringen arbeider med å harmonisere regelverket for finansiering og brukerbetaling i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester, for å unngå utilsiktede vridningseffekter i valget mellom å bygge ut enten omsorgsboliger eller sykehjem.

## 2. BEHANDLING I KOMITEEN

Som ledd i komiteens behandling av saken ble det 14. oktober 2004 avholdt åpen kontrollhøring i saken. Tema for høringen var de forhold som fremkom i Riksrevisjonens dokument.

Følgende deltok på den åpne kontrollhøringen:

- statsråd Ansgar Gabrielsen.
- Kommunenes Sentralforbund.
- Fagforbundet.
- Legeforeningen.
- Norsk Sykepleierforbund.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Referat fra høringen følger som trykt vedlegg til innstillingen.

## 3. MERKNADER FRÅ KOMITEEN

Komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Berit Brørby, Kjell Engebretsen og Jørgen Kosmo, frå Høgre, André Oktay

Dahl og Martin Engeset, frå Fremstegspartiet, Carl I. Hagen og Henrik Rød, frå Sosialistisk Venstreparti, Siri Hall Arnøy og leiaren Ågot Valle, og frå Kristeleg Folkeparti, Modulf Aukan, viser til at etter Riksrevisjonen vil dei måla som vart sett for Handlingsplanen for eldreomsorgen 1998-2005 bli nådd på nasjonalt nivå. Komiteen har merka seg at Riksrevisjonen konkluderer med at dekningsgraden for sjukeheimplassar, aldersheimplassar og omsorgsbustader sett i høve til talet på eldre 80 år og over, ser ut til å auke i samsvar med målet. Prognosen for samla dekningsgrad av institusjonsplassar og omsorgsbustader er 32,5 pr. 100 innbyggjar over 80 år i 2005, mot 26,4 som var utgangspunktet i 1997. Kapasiteten er også auka gjennom at pleie- og omsorgstenestene i perioden er tilført over 12 000 nye årsverk. Delen av eineroms plassar vil vere 95 pst. i 2005, mot 83,1 pst. i 1997. Det inneber at eineromsreforma blir gjennomført slik at alle som ynskjer einerom, kan få tilbod om det slik handlingsplanen la opp til. Eit viktig mål var også å få opprusta og modernisert gamal og ikkje føremålstenleg bygningsmasse. Komiteen merkar seg at halvparten av alle sjukeheimane er nybygd eller fullrenovert i handlingsplanperioden.

Komiteen viser til at det har vorte gjennomført ei forskningsbasert evaluering av eldreplanen. Forskar Tor Inge Romøren, som har koordinert Norges forskningsråds evaluering av handlingsplana, skriv i sin rapport:

"Handlingsplanen for eldreomsorgen hadde som mål å styrke hjemmetjenestene, bygge ut omsorgsboligsektoren, øke sykehjemskapasiteten og legge til rette for enerom i sykehjem for alle som ønsker det. Alle disse målene ble nådd på nasjonalt nivå. Det er sjelden å se en så stor grad av måloppnåelse i offentlig forvaltning."

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti, er på bakgrunn av dette hovudsakleg nøgd med gjennomføringa av Handlingsplan for eldreomsorgen.

Eit anna fleirtal, medlemene frå Arbeidarpartiet, Høgre og Kristeleg Folkeparti, legg til grunn at låg dekningsgrad og eventuell mangel på planar for utbygging av einerom i enkelte kommunar, vil fylgjast opp etter 2005, jf. varsla stortingsmelding om pleie- og omsorgstenester for framtida som kjem til Stortinget hausten 2005.

Komiteen meiner det er positivt at fleire andre grupper innanfor pleie- og omsorgssektoren har nytt godt av satsinga innanfor Handlingsplanen for eldreomsorgen. Komiteen ser det som ei styrke at ein kan sjå fleire handlingsplanar i ein heilskap og ein samanheng og såleis kan la dei samla ressursane vere til beste for alle brukargrupper.

Komiteen meiner at all pleie- og omsorgsteneste må ta utgangspunkt i behovet til den enkelte brukar. Dette var også utgangspunktet for utbygginga av plas-

sar innanfor Handlingsplanen for eldreomsorgen. Komiteen er likevel usikker på om dette kriteriet har vore det utslagsgjevande når kommunane skulle ta stilling til kva buform dei ville prioritere å byggje. Komiteen har merka seg at i berekninga av dekningsgraden for tilbod tilrettelagt for heildøgns omsorg og pleie, inngår omsorgsbustader på lik line med sjukeheimsplassar.

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti, viser til at handlingsplanen i stor grad overlet til kommunane å velje om dei ville satse på omsorgsbustadar eller sjukeheim, og at kommunane i stor grad har valt ulikt.

Komiteen ser at tilskotsordninga i handlingsplanen saman med vridingseffektar knytt til ulikt regelverk for brukarbetaling, bustøtte og finansiering av legemiddel og hjelpemiddel i dei to buformene, kan ha påverka omfanget av utbygginga av omsorgsbustader. Komiteen meiner at det på bakgrunn av dette kan vere grunn til å stille spørsmål ved om alle brukarar i omsorgsbustad får tilstrekkeleg pleie og omsorg.

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil streke under at ein relativt lite konkret definisjon av kva som er heildøgns pleie og omsorg, gjer det vanskeleg å slå fast om målsettinga om dekningsgraden er nådd.

Eit anna fleirtal, medlemene frå Arbeidarpartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti, meiner at eldre og andre pleietrengande kan få god heildøgns pleie og omsorg både på sjukeheim og i omsorgsbustad. Det avgjerande er at dei som bur der får eit pleietilbod som er av stort nok omfang og av høg kvalitet.

Det er derfor, etter komiteen si mening, tryggjande å lese i rapporten at berre eit fåtal av dei kommunane som Riksrevisjonen intervjuar, nytta omsorgsbustader til eldre som tidlegare ville vore sjukeheimspasientar. Komiteen har likevel merka seg at Helsetilsynet, etter tilbakemelding frå fylkeslegane, har registrert at det ikkje har vore gjeve tilstrekkeleg hjelp i enkelte bustadtilbod, t.d. i omsorgsbustader, og at dette er tatt opp med departementet. Komiteen vil vise til at uavhengig av om brukaren bur i omsorgsbustad eller på sjukeheim, så vil kvaliteten på pleietilbodet og høve til å yte heildøgns pleie og omsorg avhengig av tilstrekkeleg og kvalifisert bemanning.

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at mange kommunar har store vanskar med å klare å ha ei grunnbemanning i pleie- og omsorgstenestene sine som sikrar kvalitativt gode tenester til alle som treng det. Dette skuldast både dår-

leg kommuneøkonomi og vanskar med å rekruttere og halde på godt kvalifiserte medarbeidarar. Det er også eit stort problem, slik fleirtalet ser det, at den lave bemanninga fører til eit relativt stort sjukefråvær i pleie- og omsorgssektoren. Dette er med på ytterlegare å svekke kommunane sine føresetnader for å yte gode nok tenester.

Medlemene i komiteen frå Høgre og Kristeleg Folkeparti viser til Regjeringa sin rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell som gjeld for perioden 2003-2006. Målsetjinga for planen er betre kvalitet i pleie- og omsorgstenestene gjennom auka rekruttering av stabil arbeidskraft med nødvendig kompetanse. Det vert tatt sikte på å auke bruttotilgangen på hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar til eit nivå på om lag 4 500 pr. år i planperioden, noko som inneber ein auke på 1 500 kandidatar i året. Vidare påpeiker desse medlemene at Regjeringa har iverksett leiartreningsprogrammet "Flink med folk" for å auke kompetansen hjå leiarar i pleie- og omsorgssektoren.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til den lave bemanningsfaktoren som i mange norske sykehjem fører til uverdige forhold for pasientene og uholdbare arbeidsforhold for de tilsatte. Disse medlemmer vil også peke på Dokument 8:92 (2002-2003) der forslagsstillerne peker på de uutnyttede ressurser som finnes blant landets omsorgsarbeidere og de rapporter fra både Norsk Sykepleierforbund og Statens helsetilsyn som har vist at forholdene i omsorgssektoren ikke er tilfredsstillende.

Komiteen viser til Romøren (2003) som signaliserer at presset på sjukeheimsplassar vil fortsetje. Komiteen viser òg til at kommunane i større grad enn tidlegare er utsett for eit press frå helseføretaka om å ta imot såkalla "utskrivingsklare" pasientar. Dette gjer behovet for omfattande pleie- og omsorgstenester ytterlegare nødvendig i tida framover. Komiteen er, gjennom arbeidet med St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene (Innst. S. nr. 163 (2003-2004)), kjent med at departementet har sett ned eit utval (Wisløff-utvalet) som skal foreslå tiltak som skal sikre betre samhandling mellom helseføretaka og kommunehelsetenesta.

Medlemene i komiteen frå Sosialistisk Venstreparti vil peike på at finansieringsordninga for spesialisthelsetenesta gjennom det såkalla ISF-systemet som igjen er basert på DRG-poeng, stimulerer til rask utskriving av pasientar frå sjukehus.

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peike på at rask utskriving av pasientar frå sjukehus både kan vere uheldig for pasientane, skape såkalla "svingdørspasientar" og leggje eit sterkt press på kommunane for å ta imot pasientar som berre for få år sidan ville bli definerte som sjukehuspasientar.

Fleirtalet viser til at svært mange kommunar verken har bemanning eller kompetanse til å gje desse pasientane det som er naudsynt av behandling, pleie og omsorg. Det er difor all grunn til å sjå nærare på om det bør gjerast endringar i regelverket for utskrivning av pasientar og finansieringssystemet som kan motvirke denne utviklinga. Det er i særleg grad naudsynt, slik fleirtalet ser det, å styrke legedekninga i kommunehelsetenesta og i dei ulike institusjonane i kommunane der dei utskrivingsklare pasientane skal ha plass.

Komiteen viser til at fastlegeavtalane gjev kommunane heimel til å setje vilkår om at fastlegane skal delta i offentleg allmennmedisinsk arbeid, eksempelvis ved ein sjukeheim. Komiteen har merka seg at kommunane i liten grad har inngått avtalar om slikt offentleg legearbeid. Etter komiteen si vurdering bør kommunane i langt større grad nytte dei høva som ligg i fastlegeavtalane til å auke legedekninga ved sjukeheimar og omsorgsbustader.

Komiteen meiner at Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2005 inneber eit omfattande løft for auka kapasitet og betre bygningsmessig standard i eldreomsorga. Komiteen meiner det er positivt at departementet har tatt fatt i mange av dei svake punkta som er blitt påpeika undervegs.

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti, viser til mellom anna at departementet vil ha nødvendig merksemd mot tenestetilbodet til bebuarar i omsorgsbustader med omfattande behov for pleie og omsorg, og at det har bedt fylkesmennene om å overvake den vidare gjennomføringa av handlingsplanen.

Komiteen viser òg til St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie og omsorgstenestene (Innst. S. nr. 163 (2003-2004)) som i større grad tek føre seg innhaldet i pleie- og omsorgstenestene. Komiteen har merka seg at fylgjande hovudpunkt skal danne grunnlag for forbetring av kvaliteten:

- Samarbeid med kommunane.
- Styrkt leing og betre organisering.
- Tilfredsstillande rekruttering og betre kompetanse.
- Større valfridom og styrkt rettstryggleik.
- Betre tilsyn og kontroll.
- Eit enklare og betre regelverk.

Fleirtalet i komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti, stiller seg positive til dei hovudpunkta som skal danne grunnlaget for forbetringa av kvaliteten i St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

Eit anna fleirtal, medlemene frå Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil likevel peike på ein grunnleggjande mangel i Regje-

ringa si strategi slik den kjem til uttrykk i meldinga. Det handlar om den manglande viljen til å erkjenne at dersom ein skal nå målsettingane, må kommunane sin økonomi betrast monaleg i åra som kjem.

Komiteen viser elles til sine respektive partiers framlegg og merknader i Innst. S. nr. 163 (2003-2004).

Komiteen har òg merka seg at Regjeringa arbeider vidare med å harmonisere regelverket for finansiering og brukarbetaling i sjukeheim, omsorgsbustader og heimetenester, for å unngå utilsikta vridingseffektar i valet mellom å byggje ut anten omsorgsbustader eller sjukeheim. Som varsla av statsråden på høyringa 14. oktober 2004 vil dette takast opp i ei stortingsmelding hausten 2005 om pleie- og omsorgstenester for framtida. Eit hovudmål med denne er å møte dei langsiktige utfordringane, knytt til at det blir fleire eldre, på ein måte som gjer at vi kan sikre eit godt pleie- og omsorgstilbod også i framtida. Komiteen finn òg grunn til å nemne at Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med Statens helsetilsyn, har fått i oppdrag å utarbeide ein ny samla kvalitetsstrategi for sosial- og helsetenestene for tiårsperioden fram til 2013.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til kontrollhøringen i denne sak hvor det fremkom mange påstander om at handlingsplanens gjennomføring egentlig ble en boligreform mer enn en eldreomsorgsreform. Årsaken til en slik påstand er at det i hovedsak har vært en vekst i antallet omsorgsboliger og liten økning i antall sykehjemsplasser. Dette skyldes at det ikke har vært eller er noen entydig og klar definisjon for hva som er "tilbud tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg" idet rene omsorgsboliger av mange kommuner har vært tatt med i begrepet. Situasjonen for sykehjemsdekning er således nå langt fra tilfredsstillende etter planens gjennomføring.

Disse medlemmer vil påpeke at under høringen slo både Legeforeningens president Hans Kristian Bakke, Norsk Sykepleierforbunds leder Bente G. H. Slaatten og Nasjonalforeningen for folkehelsens overlege Sigurd Sparr, alarm over manglene i eldreomsorgen for de over 80 år i årene fremover. Hvis målsetningen om sykehjemsplasser for 25 pst. av de over 80 år skal nås, må det minst etableres 14 480 flere plasser innen 2005, 26 480 flere plasser innen 2030, og 41 730 innen 2050. Som følge av det økte antallet av eldre som rammes av demens og andre sykdommer, er situasjonen for de dårligste eldre i dag ikke særlig bedre enn før planen ble vedtatt. En viktig årsak er nettopp at det ble særlig bygget omsorgsboliger og ikke sykehjemsplasser som følge av en uklar definisjon av hva som skal til for å omfattes av begrepet "tilrettelegging for heldøgns pleie og omsorg".

Disse medlemmer mener at denne situasjonen, som kontrollhøringen avdekket, ikke kan forties og aksepteres.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen raskt sørge for at det etableres en entydig og klar definisjon på hva som skal til for at et tilbud kan regnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud."

"Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding for Stortinget om hvorledes målet om at det skal være et tilbud tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg for 25 pst. av befolkningen over 80 år i tiden frem til 2030, kan nås."

Medlemene i komiteen frå Høgre og Kristeleg Folkeparti peikar på at Handlingsplana for eldreomsorga sette som mål at kommunar som søkte skulle gjevast høve til å byggje ut plassar på sjukeheimar, aldersheimar og omsorgsbustader for inn-til 25 pst. av kommunen sine 80-åringar og eldre og at dette målet ser ut til å vere nådd:

"Det er de nærmeste årene lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 pst. av befolkningen 80 år og eldre. Tallet på eldre over 80 år kan forventes å øke fra 176 000 i 1996 til over 200 000 i 2001. (...) Dette vil medføre økt behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig. Det vil være opp til den enkelte kommune å velge utformingen av tilbudet, som enten kan gis i lovregulert bolig etter kommunehelsetjensteloven (sykehjem e.l.) eller i form av omsorgsbolig tilknyttet heldøgns tjeneste fra hjemmetjenesten." (Handlingsplan for eldreomsorgen, St.meld. nr. 50 (1996-97), kapittel 6.2.)

Desse medlemene viser til at dei framtidige utfordringane for pleie- og omsorgstenester i ei stadig meir aldrande befolkning vert tatt opp i den varsla stortingsmeldinga hausten 2005.

#### **4. FORSLAG FRÅ MINDRETALET**

##### **Forslag frå Framstegspartiet og Sosialistisk Venstreparti**

###### *Forslag 1*

Stortinget ber Regjeringen raskt sørge for at det etableres en entydig og klar definisjon på hva som skal til for at et tilbud kan regnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

###### *Forslag 2*

Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding for Stortinget om hvorledes målet om at det skal være et tilbud tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg for 25 pst. av befolkningen over 80 år i tiden frem til 2030, kan nås.

#### **5. TILRÅDING FRÅ KOMITEEN**

Komiteen har elles ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjere følgjande

v e d t a k

Dokument nr. 3:9 (2003-2004) - Riksrevisjonens undersøkelse av Handlingsplanen for eldreomsorgen - vert lagt ved protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 9. november 2004

**Ågot Valle**  
leiar

**Modulf Aukan**  
ordfører



Vedlegg

**Referat  
fra åpen høring  
vedrørende**

**Riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplanen for eldreomsorgen  
(Dokument nr. 3:9 (2003-2004))**

*Høring torsdag den 14. oktober 2004:*

Statsråd Ansgar Gabrielsen .....	* 3
Kommunenes Sentralforbund ved direktør Bjørn Gudbjørgsrud, sentralstyremedlem Lars Lauvhjell og rådgiver Magne Hustad .....	* 8
Fagforbundet ved John Egeli og Signe Hananger .....	* 13
Legeforeningen ved Legeforeningens president, Hans Kristian Bakke, Trond Egil Hansen, APLF (Allmennpraktiserende legers forening) og avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet .....	* 18
Norsk Sykepleierforbund ved Bente G. H. Slaatten, Anne Marie Flovik og Ingvild Dahl Dørnes .....	* 23
Najonalforeningen for folkehelsen ved Sigurd Sparr, Inger Jorun Edvardsen og Anne Cathrine Seland .....	* 27



## Åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen torsdag den 14. oktober 2004 kl. 10

Møteleder: Å g o t V a l l e (SV)  
(komiteens leder)

S a k :

Riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplanen for eldreomsorgen (Dokument nr. 3:9 (2003-2004))

**Møtelederen:** Jeg vil på vegne av kontroll- og konstitusjonskomiteen ønske velkommen til denne høringa. Bakgrunnen er Riksrevisjonens undersøkelse av et tema som fanger veldig mange, nemlig gjennomføringa av eldreomsorgsplanen, som i utgangspunktet skulle gjennomføres over fire år, men som vi vet ble utvidet både når det gjelder tidsbruk og ressursbruk. Målet for planen var å øke tjenestens kapasitet, bedre kvaliteten og sikre brukerne et mest mulig likeverdig tilbud på landsbasis og bedre de statlige styringsvirkemidlene.

Til denne kontrollhøringa følger vi denne prosedyren: Statsråden får 10 minutter til en innledning, de øvrige innbudte får 5 minutter hver. Saksordføreren, som er Modulf Aukan fra Kristelig Folkeparti, får 10 minutter til å spørre, og så får vi andre som er her, også muligheten til å hve oss på og spørre. Vi venter flere av komiteens medlemmer, men jeg kan garantere at de av oss som er her, er veldig opptatt av denne planen og ser fram til å høre hvilke budskap dere vil bringe for å utdype Riksrevisjonens rapport.

Vi kommer til å ha referat fra denne høringa, og etter at saksordføreren har brukt sin tilmålte tid, ber jeg om – det er det kanskje unødvendig å si – at den som vil spørre, gir et vink.

Jeg vil da gi ordet til statsråden. Hans bisittere er Steinar Barstad, som er prosjektleder for Handlingsplan for eldreomsorgen, og Jan Otto Risebrobakken, som er statssekretær i Helsedepartementet.

Vær så god, statsråd Ansgar Gabrielsen!

### *Høring med statsråd Ansgar Gabrielsen*

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Takk for det, leder. La oss begynne med begynnelsen, nemlig St. meld. nr. 50 for 1996-1997, som sosialkomiteen behandlet våren 1997. Da satt jeg faktisk i sosialkomiteen og var blant dem som håndterte den fra vår side. Det var daværende sosialminister i Jagland-regjeringen som la frem meldingen, og det ble etablert en handlingsplan som den gangen, slik jeg oppfattet det, hadde en bred politisk forankring.

Det jeg skal prøve å si litt om, er hva det var vi ville den gangen, og hvorfor denne handlingsplanen kom.

Det som var en konstatering i den stortingsmeldingen, og det som handlingsplanen munnet ut i, var at de kommunale helse- og sosialtjenestene ikke hadde holdt tritt med utviklingen når det gjaldt antall eldre og dermed kapasitet. Det var rett og slett et etterslep i kommunene, og det var en av hovedårsakene til at man måtte sette inn ekstraordinære tiltak. Vi måtte sette kommunene i stand til å

møte de økte behovene både kvantitativt og kvalitativt. Det ble gjort ved at man erkjente at man måtte ta i bruk ekstraordinære statlige virkemidler. Det ble gjort tosporet. Det ene var kapasiteten, som måtte utvides, og det andre var standarden. Vi var da i den situasjon at vi hadde mange, hva skal vi si, utdaterte aldershjem som var bygd opp i de første årene etter krigen. De var kanskje rene brannfellene og utilgjengelige for folk som hadde problemer i forhold til bevegelse. Det var også masse dobbeltrom, og enda verre enn det: Det var deling av toalett og bad osv. Det var altså et kapasitetsproblem, men det var også en kvalitativ og standardmessig utfordring.

Nå er vi i ferd med å gå inn i det siste året etter at Stortinget har utvidet planperioden for å realisere dette til å gjelde også ut 2005. Det har vært en del undersøkelser knyttet til dette, og så sitter vi altså med denne saken fra Riksrevisjonen. Da er spørsmålet om vi har lyktes med denne handlingsplanen. Og når man skal se om man har lyktes, er det to spørsmål det er viktig å se på. Det første er om vi har lyktes med gjennomføringen av handlingsplanen, og om vi har greid å gjennomføre det Stortinget sa at vi skulle gjøre i 1997, med senere modifikasjoner. Det andre er selvfølgelig kanskje et enda viktigere spørsmål, kanskje det viktigste, sett fra kontrollkomiteens side. Det er selvfølgelig viktig å se om det som lå i handlingsplanen, var nok for å rette opp skjevhetene, og om det var nok for å møte de utfordringene som ligger foran oss. Begge deler er selvfølgelig meget viktige.

Når det gjelder hvorvidt vi har lyktes med handlingsplanen, er det absolutt min oppfatning at kommunene har fulgt opp, og at de resultatene som vi nå kan avlese også i denne rapporten, er godt i samsvar med det som var intensjonen med og rammene for dette. Det skyldes flere forhold, og det skal jeg komme inn på. Jeg tror det kanskje likevel er på sin plass å sitere hva vedkommende forsker i Norges forskningsråd som har jobbet med evalueringsprogrammet, sier:

«Handlingsplan for eldreomsorgen hadde som mål å styrke hjemmetjenestene, bygge ut omsorgsboligsektoren, øke sykehjemskapasiteten og legge til rette for enerom i sykehjem for alle som ønsker det. Alle disse målene ble nådd på nasjonalt nivå. Det er sjelden å se en så stor grad av måloppnåelse i offentlig forvaltning.»

Det som også sies i denne rapporten, er at kommune var dyktige til å tilpasse seg dette lokalt. Når man sier at man oppnådde dette «på nasjonalt nivå», betyr det at det er en gjennomsnittsbetraktning og en summering. Det kan selvfølgelig variere i kommunene, men det er også slik at det i rapporten fremstår som – som Riksrevisjonen sier – at graden av likeverdighet er blitt større, ikke minst mot slutten av planperioden. Riksrevisjonen sier om dette konkret:

«Riksrevisjonens undersøkelse viser at det konkrete målet om en økning av antallet nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser i handlingsplanperioden 1998–2005 etter foreliggende prognoser vil bli nådd på nasjonalt nivå.»

De målene man har nådd, går først og fremst på dekningsgraden for sykehjem og omsorgsboliger. Den er økt i samsvar med det som var målsettingen. En annen meget viktig ting: Da vi diskuterte dette i Stortinget våren 1997, var vel dekningsgraden for enerom den gangen ned mot 80 pst.. Vi hadde en ambisjon om å nå 95 pst. Alle indiksjoner viser at vi vil nå ambisjonen om 95 pst.

De andre utfordringene vi hadde, var knyttet til antall årsverk i denne sektoren. Man hadde frem til da ikke greid å ta veksten og skulle ta igjen de – jeg holdt på å si – imperfeksjonene som da var. I tillegg hadde vi et stigende behov. Det man kan si når det gjelder årsvekst, er at den for så vidt har økt som forutsatt, men at det har vært varierende grad av måloppnåelse. Noen kommuner har definitivt hatt, og har, et problem knyttet til rekruttering av enkelte av de personellgruppene som er nødvendige. Men som sagt: Forskjellene mellom kommunene fremstår som mindre i siste del av handlingsperioden. Dette må man kunne glede seg over i forhold til det utgangspunktet vi hadde i 1997.

I forhold til det utgangspunktet vi hadde i 1997, må man konstatere at Stortinget har funnet det nødvendig og betimelig å utvide både investeringsrammen og perioden for når man skal greie å implementere dette. Derfor vil man nå rundt i kommunene se både gravemaskiner og annet i sving for å gjennomføre handlingsplanen. Det er fremdeles nesten 12 000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser under bygging. I løpet av 2005 vil også disse være bygd, med noen få unntak. Noen kommuner har fått utsettelse basert på en konkret vurdering, og basert på en konkret søknad.

Det var selve handlingsplanen og måloppnåelsen, som man jo må kunne si seg relativt fornøyd med i forhold til det som var Stortingets vedtak, og slik det fremstår i konklusjonene fra Riksrevisjonen.

Så gjelder det det retoriske spørsmål nr. 2, nemlig: Var dette en så vellykket handlingsplan, og var løsningen så vellykket, at vi kan si at de viktigste problemene og utfordringene i norsk eldreomsorg er løst? Det tror jeg ikke man kan si er tilfellet. Det vil jeg absolutt understreke. Denne rapporten fra Riksrevisjonen er først og fremst en rapport om at man har gjennomført den handlingsplanen som Stortinget har vedtatt, med de endringene som er gjort. Jeg vil si at en gjennomføring av handlingsplanen egentlig bare er et første skritt på veien, for nå har vi fokusert veldig på utbygging av plasser i sykehjemmene. Vi har fokusert på antall boligheter. Vi har fokusert på årsverk. Nå er det de kvalitative utfordringene som står for tur. Der har vi etter mitt skjønn innledet et både fornuftig og meget godt samarbeid med Kommunenes Sentralforbund om å gå løs på innholdet i de tjenestene som vi skal ha i alle disse bygningene – for å si det slik. Det går på flere forhold, bl.a. det rettsikkerhetsmessige aspektet knyttet til tilsyn og saksbehandling i kommunene, med pasienten, klienten, den eldre, eller hva man vil kalle det, i sentrum. Så er det selvfølgelig knyttet til kompetanse og det å ha rekruttering som skal tilfredsstille det økte behov som vi ser fremover. Det vil være vekst i antall eldre som vil trenge pleie og omsorg i flere tiår frem-

over. Da er det selvfølgelig viktig å fokusere ikke minst på utdanning av det personellet som skal gjøre den jobben. Jeg tror nok både kommende regjeringer og storting gjør klokt i å anta at denne sektoren vil kreve en større andel av BNP enn hva som er tilfellet pr. i dag.

Vi har hatt St.meld. nr. 45 for 2002-2003, Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Den følger vi opp langs flere linjer. Sist mandag mottok jeg Bernt-utvalgets innstilling, som er et av de viktige grunnlagsdokumentene for det arbeidet vi nå setter i gang knyttet til det som går på å forenkle og harmonisere helse- og sosiallovgivningen, og også knyttet til det perspektivet som jeg nevnte, rettsikkerhet, enkeltvedtak, saksbehandling i kommunene. Vi har meddelt at vi jobber med en stortingsmelding om alt som går på det kvalitative innholdet i eldreomsorgen, og mange andre aspekt knyttet til det, ikke minst finansiering og brukerbetaling, som er en ømtålig, men allikevel viktig, sak å legge på bordet. Det er store forskjeller i hvordan beboerne må betale sine egenandeler i sykehjem kontra omsorgsboliger, ikke bare hva de facto gjelder husleie, det å bo der og den servicen man får, men også med hensyn til en del refusjonsordninger knyttet til folketrygden som gjelder medisn og andre ting. Det er noe vi må se på, og som det ikke på noen måte skal dras konklusjoner på her. Men med erfaring fra 12–15 år i kommunesektoren, og når man har sett på de forskjellene som er der, er det en del av variasjonene som ikke fremstår som godt logisk begrunnede, men som litt tilfeldige. Vi skal ikke se bort fra at en del av utbyggingen for eldre i kommunene også avspeiler de økonomiske incentivene som staten etablerer. Vi skal ikke undervurdere virkningene av det i forhold til hva som skjer i kommunene. Derfor er det meget viktig at en tenker seg nøye om for å se om det har incentivvirkninger slik at det er noe annet enn de objektive ting i forhold til pasientene og de eldre som er avgjørende, eller om det er hvilket system vi lager. Vi kommer til å lage en stortingsmelding om dette, men den kommer først til høsten. Takk leder.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til Modulf Aukan, som er saksordfører.

**Modulf Aukan (KrF):** Takk, leiar. I forhold til dei måla ein sette seg i 1997, er det slik å forstå at statsråden faktisk er fornøgd med dei måla ein har nådd?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Ja, de rapportene, både evalueringsrapporten og det som er kommet fra Riksrevisjonen, er entydige i forhold til at man på nasjonalt nivå har nådd de målsettingene man hadde om antall plasser vi skulle ha, også i forhold til de tallene som Stortinget justerte underveis. Så langt jeg kan se, er konklusjonen både hva gjelder sykehjemsplasser, omsorgsboliger, dekningsgrad og eneromsdekningsgrad, at dette er på plass, etter at man har brukt 32 milliarder kr i investeringstilskudd og økt driftsrammen med 3,5 milliarder kr, som ble innlemmet i 2002. På bakgrunn av de etablerte måltall er alle indiksjoner at man har nådd det. Men som jeg

sa i forbindelse med spørsmål 2, er det en annen sak hvorvidt det er tilstrekkelig for å møte fremtidige behov.

**Modulf Aukan (KrF):** Handlingsplanen har ført til at aldersheimar har vorte lagde ned og erstatta av omsorgsbustader. Omsorgsbustader i enkelte kommunar ser også ut til å erstatta sjukeheimar. Kva meiner statsråden om ei slik utvikling?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Det var jo en villet utvikling. Det var en viss politisk draging da vi holdt på med dette i 1997 på bakgrunn av stortingsmeldingen. Det var vektning av sykehjem fremfor omsorgsboliger. Nå kan man si at det var en diskusjon vi hadde ikke bare i Norge; hva man skulle satse på, er en diskusjon som har gått over hele den vestlige verden. Det var jo definitivt en viss politisk uenighet om dette. Jeg husker veldig godt at jeg våren 1997 – nå har jeg ikke bladd i referatene fra Stortinget – refererte til ordførererfaring. Etter å ha vært på besøk på en del sykehjem både før og etter har jeg selv stilt spørsmål ved om man har vektet omsorgsboliger for tungt fremfor sykehjem. Jeg sa at man heller ikke skal se bort fra at de incentivstrukturene vi etablerer, påvirker hva kommunepolitikere i neste omgang mener er behovet. Jeg skal ikke beskyldte noen for det, men man skal ikke se bort fra at slikt har betydning.

Jeg tror imidlertid man må slå fast at det viktigste er kanskje ikke hva man kaller dette, men hvilket innhold man gir dette rundt i kommunene, for her er det mye kreativt som skjer. En skal være forsiktig med å dra for mye erfaring fra egen kommune. Når jeg ser hva de har gjort der, ser jeg vel at den nybyggingen som er basert på handlingsplanen, og som har vært basert på omsorgsboliger, har et slikt innhold at det for enkelte av dem som er der, er noe midt imellom, det er en gradvis overgang fra det ene behovet til det andre. Det kan nå håndteres på ett sted, og det tror jeg er klokt.

**Modulf Aukan (KrF):** Ein forvaltingsrapport er sett i verk for at ein skal kunna læra av ei slik gjennomføring. Kan du seia oss kva noverande statsråd no lærer av denne rapporten?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Man lærer noe hver dag i denne bransjen, uansett hvilken side av bordet man sitter på. Jeg lærer ikke minst noe hver dag nå, med et relativt nytt departement med et bredt område. Jeg føler at denne reformen og denne handlingsplanen, den måten den er blitt gjennomført på, og den graden av frihet lokalt til å tilpasse det sammen med stram oppfølging fra departementet gjennom direktoratet og fylkesmenn i forhold til å få til måloppnåelse har vært meget god.

Vi må erkjenne at behovene er svært forskjellige landet rundt i mange hensyn i forhold til utgangspunkt og i forhold til alderssammensetning. Det er jo faktisk også slik at selv om det er en gjennomsnittlig levealder i dette landet, er det ganske store variasjoner mellom våre kommuner. Når vi snakker om 25 pst. dekningsgrad for alle

over 80 år, er det stor forskjell på om de som blir 80 år, i gjennomsnitt blir 90 år, eller om de blir 83 år. Det er mange slike lokale ting som vi ikke kan greie å se her fra Oslo, men som man makter å gjøre i kommunene. Jeg føler veldig sterkt at kommunene har maktet å implementere noe som har vært sentralt styrt og finansiert, og hvor incentivene er lagt, men allikevel tilpasset det.

Man må heller ikke når regjering og storting etablerer handlingsplaner, undervurdere hvilken betydning det har for den øvrige prioriteringen i en kommune. For mange handlingsplaner reduserer det lokale handlingsrommet veldig, og det blir en veldig «drive» for å følge det opp, med de konsekvensene det kan ha for andre områder. Det skal man også ha som en bakenforliggende tanke, i hvert fall når man etablerer nye handlingsplaner.

**Modulf Aukan (KrF):** Departementet sende ut ei rettleiing i saksbehandling. I kor stor grad har du inntrykk av at kommunane har følgd den rettleiinga?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Bakgrunnen for at den ble etablert og lagd og distribuert og fulgt opp gjennom kursing – jeg holdt på å si av mange tusen ansatte, men jeg skal si: av saksbehandlerleddet – hadde jo med rettsikkerheten for det enkelte individ å gjøre. Det forutsettes gjennom lovgivning og forskrifter at man har en felles form for saksbehandling knyttet til enkeltvedtak osv. Men det er en kjent sak at selv om ting er vedtatt både i lovs form og i forskrifts form og følges opp, så varierer jo graden av etterlevelse. Dette var et forsøk på å få en større grad av etterlevelse av ganske grunnleggende verdier knyttet til likebehandling av eldre som er i en situasjon der de skal søke om plass, for at rettssikkerhetsaspektet skal være ivarettatt. Det er viktig, og den var et bidrag i så måte, mener jeg definitivt.

**Modulf Aukan (KrF):** Ja, for rapporten viser også at i enkelte kommunar følgde ein ikkje vanleg saksbehandling, det stod ein del igjen å ønskja på det området, og eg ville tru at det var derfor den rettleiinga vart utsend. Føler ein at det har skjedd ei betring under prosessen?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Alt tyder på at det er blitt bedre. Om det bare skyldes den folderen om oppfølging, det skal jeg vel ikke kunne si med hundre prosent sikkerhet, men i løpet av såpass mange år som vi har hatt denne handlingsplanen, med den oppmerksomhet den har hatt, med den nitide oppfølging det har vært også fra fylkesmennene og fylkeslegene, så er det klart at det er blitt en forbedring. Men de av oss som kjenner kommunesektorens 434 kommuner, er fullstendig klar over at det ikke bare er solskinnshistorier på ethvert skrivebord.

**Møtelederen:** Takk skal du ha.  
Vær så god, Kjell Engebretsen!

**Kjell Engebretsen (A):** To spørsmål, leder.  
I Riksrevisjonens rapport kan man lese:

«Undersøkelsen viser at det ikke foreligger en enhetlig oppfatning av hva som menes med heldøgns pleie og omsorg.»

Og videre sier de her:

«Dekningsgraden for heldøgns pleie og omsorg har vært et sentralt mål for behovsdekningen. Undersøkelsen viser at det har vært uklarhet om hvordan denne dekningsgraden beregnes.»

Har vi hatt slike metodiske problemer når man tilnærmer seg dette?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** La meg si det slik – jeg ber om en viss forståelse for at jeg sender kanskje noen av spørsmålene til han som har vært prosjektleder i alle disse årene, og som har fulgt dette. Jeg kan i farten ikke huske om det med heldøgns pleie er noe entydig begrep, om Stortinget, eller for den saks skyld departementet, har foretatt en definisjon av hva som menes med det. Det har derfor vært litt fleksibilitet knyttet til det. Og innvirkningen det har hatt metodisk – jeg vet ikke om du, Steinar Barstad, kan forsøke å svare på det?

**Steinar Barstad:** Dette er jo ikke noe juridisk begrep, det er ikke nedfelt i lovgivning. Men det har vært brukt i en slags beregning av det totale behovet, om du ser på landsgjennomsnittet. Det lå også til grunn for beregningen av kostnadene slik de ble i stortingsmelding nr. 50. Det var ikke ment som noen norm. Det var ikke ment som noe en skulle trø nedover alle norske kommuner som en norm, men en brukte det som en gjennomsnittsbetraktning på behovet i alle norske kommuner. Og som sådan fungerte det. Men når da denne normen begynte å leve sitt eget liv både her og der, så er det klart at det ble nødvendig å forsøke å operasjonalisere dette underveis. Det skjedde vel veldig tydelig ved behandlingen i St.meld. nr. 31 om avslutning av handlingsplanen, hvor en sa at det var et mål for handlingsplanen at alle kommuner som hadde søkt om det, gjennom handlingsplanen skulle få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie og omsorg svarende til 25 pst. av befolkningen over 80 år, enten dette ble gitt i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig. Og da var det å legge til rette for at det kunne skje i alle norske kommuner. Men det var altså ikke noen juridisk stringent definisjon av dette begrepet. Vi jobbet mye med det underveis, jeg kan bekrefte det.

**Kjell Engebretsen (A):** Greit nok, det. Da forstår jeg at det begrepet levde litt sitt eget liv, og det kan jo få litt konsekvenser.

Et annet spørsmål, bare for ettertiden, det er et spørsmål som vi kanskje kommer til å stille til samtlige av dem som har vært villige til å stille opp her i dag: Kunne denne handlingsplanen eller de føringene som ble gitt, med fordel ha vært smidigere, mindre stringente? Kunne vi ha overlatt mer til kommunene? Ville det ha vært hensiktsmessig med tanke på framtidige større prosjekter av dette slag som settes i gang?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Det er jo en smakssak. Her kan man ha faglige synspunkter, så kan man i høyeste grad ha politiske, og det er jo etablert ganske sterke politiske synspunkter på hvilken handlingsfrihet man skal gi kommunene. Hvis man er opptatt av at det skal bli veldig likt i hele landet, betyr det mindre handlingsrom for kommunene. En del vil hevde at ved å gi kommunene handlingsfrihet, blir det mer optimal utnyttelse av ressursene, ved at vi ikke trø nedover alle landets kommuner et sånt A4-ark som skal være helt likt, uavhengig av det som måtte være behovet. Hvorom allting er, jeg har ikke noe grunnlag for å si at vi burde ha gjort veldig mye veldig annerledes i forhold til det handlingsrommet som er etablert. For når jeg har lest det, tyder det på at det vi etablerte av rammeverk, det vi etablerte av incentiver, det som er etablert av kontrollrutiner, har vært tilstrekkelig til at kommunene har oppfattet å ha et handlingsrom, og de har greid å tilpasse dette. Derfor er det svært forskjellig når man reiser rundt i kommunene og ser. Selv om det er fra samme handlingsplanen, som består av relativt få ordninger – for å si det sånn – to–tre–fire ordninger, har man greid å flekse dette til i tilknytning til etablerte sentre man har hatt, og også hvis man har bygd nye, helt forskjellige både i kvalitet, omfang, innhold og ordninger.

Jeg føler i forhold til balanse: Skulle man gjort dette på nytt: ikke noe vesentlig annerledes.

**Carl I. Hagen (FrP):** Statsråden sa i begynnelsen av sitt innlegg litt om historikken bak handlingsplanen. Men jeg må ha den kommentar at han kunne gått enda litt lenger tilbake. Som det står i rapporten:

«Begrepet heldøgns pleie og omsorg ble innført i handlingsplanen for eldreomsorgen blandt annet som en følge av vedtaket i Stortinget i forbindelse med frontaledebatten i 1996, hvor Stortinget bad om å få lagt fram en plan for full sykehjemsdekning med enrom for dem som ønsket det.»

Med andre ord: Bakgrunnen for handlingsplanen var et vedtak i Stortinget. Hvorfor jeg selvsagt synes at statsråden bør huske det, er fordi det var jeg som fremmet forslaget, som ble enstemmig vedtatt til slutt! Det er den første kommentaren.

Så til første spørsmål: Det står i Dokument nr. 3:9:

«Prognoser tyder på at dekningsgraden for det samlede antall plasser og boliger heller ikke øker i perioden 2001–2005. Dette tilsier at handlingsplanen for eldreomsorgen har medført en standardheving, men i mindre grad en økning av kapasiteten, målt i forhold til dekningsgraden for det samlede antall plasser og boliger til pleie- og omsorgsformål i denne perioden.»

Kan man da egentlig si at handlingsplanen vedrørende kapasiteten er oppnådd?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** For å ta det første først: Det er ingen tvil om at både Carl I. Hagen og Alvheim og Fremskrittspartiet midt på 1990-tallet var svært opptatt av sykehjemsdekning. Det husker jeg godt – jeg satt i sosialkomiteen. Alvheim var, så vidt jeg husker, en meget sterk forsvarer av et litt annet balansepunkt, kan-

skje, når det gjaldt forholdet mellom omsorgsboliger og sykehjem. Det er det ingen tvil om. Slik var det.

Når det gjelder dekningsgraden og utviklingen av den, var det slik da vi debatterte den våren 1997, at vi hadde en dekningsgrad i sum på antall plasser på 26,4 pst. I løpet av denne perioden, hvor vi har gjennomført handlingsplanen med 32,5 milliarder kr i investeringer, har den økt til ca. 32,5 pst. Så det har jo vært en økning av dekningsgraden. Den hadde selvfølgelig vært enda større hvis det hadde vært motvirket at vi hadde etablert en større grad av enerom. Det ser jeg i en del kommuner og i mitt eget nærrområde: Man har gjort store investeringer, men det har ikke blitt så mye mer plasser. Kvalitativt er det blitt bedre, men også antallet er blitt høyere. Når det gjelder sykehjemsplasser, har ikke økningen vært veldig stor, den vil dreie seg om i overkant av 5 000 plasser. Det er først og fremst antallet omsorgsboliger som øker dramatisk, med ca. 22 000 plasser.

**Carl I. Hagen (FrP):** Det står også i den siste uttalelsen fra Riksrevisjonen:

«Riksrevisjonen vil også peke på at forskjellene mellom kommunene i andelen sykehjemsplasser, aldershjemsplasser og omsorgsboliger til omfordeling i forhold til personer 80 år og eldre har vært nokså stabile i perioden.»

Ett av målene i handlingsplanen, større grad av likeverdige tilbud til landets innbyggere, ser altså ikke ut til å være oppnådd. Er dette en problemstilling som statsråden vil være opptatt av å gjøre noe med også for fremtiden?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Ja, de forutsetninger og premisser som lå der, gjelder fortsatt. Det samme som representanten Hagen nå leste, leste jeg i morges. Og så står det i etterkant av det, så vidt jeg husker, også at det synes allikevel å ha blitt noe redusert i perioden 2001–2005. Men det er ingen tvil om at mange av de etablerte forskjellene på en måte er videreført, og at graden av utjevning i likhet ikke har vært overveldende. Det må man kunne si – det er jeg enig i.

**Carl I. Hagen (FrP):** Statsråden nevnte at han hadde besøkt en del sykehjem – det har de fleste av oss gjort. I hvert fall min subjektive oppfatning er at i en del distrikter hvor jeg har vært og besøkt sykehjem, er det mennesker som ikke ville hatt en sjanse til å få en sykehjemsplass i de større byene. Med andre ord: Man må være mye, mye dårligere for å få sykehjemsplass i de større byene enn i mange distrikter, hvor man får det veldig tidlig.

Så vil jeg følge opp det som Kjell Engebretsen tok opp, for her synes jeg ikke det var tilfredsstillende svar. Nå snakker jeg som vanlig slik at folk skjønner hva jeg snakker om, det får man bare tilgi, men man har beskrevet et system hvor det er full åpenhet for juks og fanteri – det ble i realiteten bekreftet. Man bygger omsorgsboliger som kanskje koster 50 000–80 000 kr i året, og så kaller man det heldøgns pleie, noe som ville kostet nærmere 300 000 kr for en sykehjemsplass. Vil statsråden sørge

for at vi får en helt klar, entydig, ensartet definisjon på hvilke tjenester og krav som skal være til stede for at man kan si at det er heldøgns pleie? Man har omsorgsboliger uten fnugg av heldøgns pleie, mens sykehjem har døgnbemanning, og så kaller man det altså det samme. Med andre ord: Det er fullt mulig for de kommunene som ønsker å late som om de har en god dekningsgrad, å bruke dette flytende, fleksible begrepet. Her må vi få slutt på jukset og fanteriet og få en ensartet definisjon, slik at vi vet hva vi snakker om, og at det ikke er mulig å jukse. Kan statsråden gi et klart løfte om at han vil sørge for dette? Og jeg er helt enig i at det må tres nedover landets kommuner, slik at vi vet situasjonen. Det må i hvert fall være et fornuftig krav.

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Det jeg i hvert fall definitivt er enig med representanten Hagen i, er at når man skal sammenligne noe, må man sammenligne epler og epler og ikke epler og pærer, for ellers blir tallene helt uinteressante – og det er verre enn som så, de blir villedende.

Jeg tror det er god grunn til å si at kommunene i stor grad har fulgt opp intensjonene i gjennomføringen av handlingsplanen. På den annen side er jo graden av kreativitet forskjellig mellom kommunene for å få disse tingene til. Så er spørsmålet: Hvorfor gjør de det? Jo, det er to årsaker til det, antakeligvis. Den ene, og den viktigste, er knyttet til finansiering, for det er bare i det øyeblikket det har økonomisk interesse for kommunene, at man er opptatt av å kalle ting det ene og det andre. Det er klart at det har å gjøre med både betalingen for dem skal bo der, og hva det er staten betaler. Hvis alt det hadde vært nøytralt, hadde ikke kreativiteten behøvd å være så stor som den har vært. Den andre er at man blir kreativ i forhold til måloppnåelse knyttet til dekningsgrad. I den stortingsmeldingen vi nå holder på med, vil disse tingene være meget sentrale, for det henger nøye sammen med de betalingsordningene som skal være. For da må vi ha noen relativt entydige begrep med et gitt materielt innhold, for pasienten skal da betale, i dag er det 85 pst., i stedet for husleie osv., og da kan man ikke forlange det ene fremfor det andre på noe som ikke har et klart definert juridisk innhold. Det er viktig for pasienten, og det har de rettsikkerhetsmessig krav på, og det må vi sørge for kommer i denne meldingen, som Stortinget da kan få til behandling.

**Carl I. Hagen (FrP):** Så statsråden er enig i at det er slik det egentlig er i dag? Når vi snakker om kreativitet, snakker vi i andre sammenhenger om «kreativ bokføring», og det pleier ikke å være noe særlig hyggelig begrep, det kan faktisk være straffbart. Det er klart at når mange kommuner har dårlig økonomi, kan vi ikke lenger akseptere at de definerer et tilbud til en bruker som sykehjemsplass hvis de ikke fyller et minimumskriterium for betalingen. Kan vi da forvente at vi i den stortingsmeldingen som jeg forstår først kommer om et år – det var vel ikke i høst statsråden mente, jeg håpet det var i høst, men det er kanskje neste høst – får et ensartet begrep, slik

at man får slutt på det jukset som det dessverre er mange eksempler på foregår rundt omkring i norske kommuner, både for å få mye penger av staten og for å få mye penger av pasientene, uten å levere det som det egentlig er forutsatt at man skal levere?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Jeg kan definitivt svare ja på at det vil bli en betydelig avklaring på den uklarhet som har vært. Når det gjelder kreativitet, er det ikke straffbart å være kreativ. Men hvis man blir for kreativ, kan det gå over i noe som kan være straffbart. Jeg tror nok det aller meste av det som kommunene har gjort her, definitivt er innenfor hva som er lovlig. Men det skyldes for så vidt litt det som var Engebretsens utgangspunkt i stad, nemlig at dette er ikke noe som har en entydig ramme, det er litt sånn på den ene side og på den annen side, og det har i betydelig grad vært benyttet av kommunene. Men stortingsmeldingen kommer også til å gi avklaring på disse punkter.

**Møtelederen:** Takk skal du ha! Da har jeg tegnet meg sjøl.

**Ågot Valle (SV):** Jeg er jo enig i at det er gledelig at en har hatt så god måloppnåelse ved en plan. Men hvis en leser rapporten litt nøye, viser det seg at det samlet sett er færre institusjonsplasser i forhold til befolkningen på 80 år og over nå enn det var tidligere. Det er jo et faktum at jo eldre vi blir – dessverre er det slik – jo større sjanse er det for å bli både sjuk og pleietrengende. Jeg synes dette er ganske alarmerende, og jeg vil gjerne høre statsrådets kommentar på det.

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** La meg si det slik: Jeg er veldig enig med komiteens leder når man leser hele rapporten og ikke bare riksrevisorenes ca. ti sider som en summering for å få det nasjonale inntrykket. Lenger bak reflekteres jo forskjellene og de individuelle avdekningene og oppdagelsene bedre. Ett av punktene er knyttet til kapasitet, som det pekes på. Men altså, hvis man ser sykehjems plasser og aldershjems plasser i sammenheng, er det færre plasser enn da vi begynte. Men det var jo bevisst, for å si det slik. Det er 5 200 flere sykehjems plasser, og så er det 6 800 færre aldershjems plasser når dette er ferdig. Men, så er det 22 650 flere omsorgsboligplasser, som jo var på en måte hovedsatsingen i hele planen, og sum dekningsgrad er altså en økning på 6,1 pst., slik at tilbudet totalt er bedre. Jeg tror nok vi må erkjenne, det er i hvert fall min erfaring fra kommunesektoren, at det er slik at det er noen i sykehjem som aldri kunne ha vært i en omsorgsbolig, som representanten Hagen sa, men så er det også slik at det er en del mennesker med sykehjems plass, som jo koster veldig mye, som med fordel kunne hatt tilbud i en omsorgsbolig. Konklusjonen er jo definitivt – og det skulle da bare mangle etter over 10 000 nye årsverk og alle de investeringer vi har gjort – at det er blitt et bedre tilbud. Men det er to ting: oppfyllelse av planen, og det er det nok. Da er svaret mitt som jeg sa, jeg vurderer det ikke som å være nok overhodet,

og jeg tror bare man må forberede seg på at man bruker en relativt større andel av det totale budsjett på dette, for dette er, holdt jeg på å si, en bransje i vekst.

**Ågot Valle (SV):** Riksrevisjonens rapport omtaler også hjemmebaserte tjenester, og det må vi ha med i bildet her hvis vi skal snakke om en helhetlig satsing. De rapportene som jeg får, er jo at skal du få tilfredsstillende hjemmebaserte tjenester som gjør folk i stand til å bo hjemme lenger, og det er jo et mål, må du nesten vinne det store loddet. Samtidig viser rapporten at det er vanskelig å få kvalifisert personell, og hvis en ser på antall aldersdemente som bor hjemme, som da trenger en tett og kvalifisert oppfølging, er jo dette også ganske alarmerende. Kan statsråden kommentere det? Du var jo inne på rekrutteringsplaner osv, men kan du utdype det litt mer på 1 minutt?

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Hvis man vil, kan man si mye på ett minutt!

Hjemmebaserte tjenester er i dag en meget viktig del av den totale omsorgstjenesten for aldersdemente, men også i forhold til alle typer mennesker som trenger en eller annen form for omsorg fra det offentlige. Vi må ikke glemme at også der har vi hatt en betydelig vekst.

Det er klart at både i media, i rapporter og i alt mulig pekes det naturlig nok på de stedene hvor vi ikke har et godt nok tilbud, og det må vi forfølge videre. Men i overordnet sammenheng må vi også ha et perspektiv i forhold til makro. Hva er det egentlig man bruker på dette? Har vi god ressursutnyttelse? Og da vil jeg si: Vi har en aldersomsorg og en omsorg for dem som trenger det som er i ferd med å realisere dette, som nærmer seg det vi kan si fortjener godkjentstempelet. Men man har lokale variasjoner, som gjør at på de stedene hvor det er dårligst, er det ikke en tjeneste som fortjener godkjentstempelet. Det betyr at vi har en veg å gå videre. Det erkjenner jeg fullt ut.

**Ågot Valle (SV):** Da får vi vel gå den vegen videre sammen, da, tenker jeg!

**Statsråd Ansgar Gabrielsen:** Det var hyggelig!

**Møtelederen:** Da sier vi tusen takk til dere.

-----

*Høring med Kommunenes Sentralforbund ved direktør Bjørn Gudbjørgrud, sentralstyremedlem Lars Lauvhjell og rådgiver Magne Hustad*

**Møtelederen:** Da ønsker jeg Kommunenes Sentralforbund velkommen og gir ordet til Lars Lauvhjell. Vær så god!

**Lars Lauvhjell:** Eg skal først få framføre ei lita innleiing.



Dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, som vi kjenner dei i dag, har i all hovudsak blitt bygde ut dei siste 30–40 åra. Eldrebefolkninga, dvs. dei som er over 80 år gamle, er nesten tredobla etter 1960. Det same er andelen einebuande eldre. Så behovet for kommunale pleie- og omsorgstenester har auka formidabelt.

Biletet i dag er at vi til kvar tid har om lag 210 000 menneske som har plass i kommunale eldreinstitusjonar eller i omsorgsbustader, eller som tek imot heimetenester. Til det brukar kommunane ca. 100 000 årsverk og ca. 45 milliardar kr pr. år til drift. I tidsrommet 1989–2002, etter at kommunane overtok sjukeheimane og dei blei eit kommunalt ansvar, har talet på årsverk i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene auka med 80 pst., eller 42 000 menneske. Så ressursinnsatsen har vore jamt aukande også i åra før handlingsplanen tredde i kraft. Og eg vil nok meine, på vegner av kommunane i alle fall, at vi har vist evne og vilje til å møte eldrebølgja. Det er mykje bra pleie og omsorg i Kommune-Noreg.

Det som kjenneteiknar kommunane sitt forbettringsarbeid dei siste ti åra – for vi har alltid moglegheit til å forbetre oss – er auka ressursinnsats, ikkje minst knytt til personale, og omstilling og omstrukturering av tenestene. Så har ein teke i bruk alternative buformer, og ein har ikkje minst hatt ein meir målretta bruk av heimetenester. Det er eit veldig viktig element i eldreplanen, for å få det til å funke saman.

Dette er gjort mogleg gjennom det samarbeidet som ein har hatt med staten, gjennom statlege overføringar i form av rammer og øyremerkte tilskot. Men ressursinnsatsen kunne heller ikkje vore så pass stor om ikkje kommunane sjølve hadde vist vilje til å prioritere eldretenestene og ta slike løft. For handlingsplanen for eldreomsorg har gitt eit enormt løft kapasitetsmessig rundt i kommunane. Det er det ingen tvil om. Det har gitt ei kvalitetsbetring. Det er det heller ingen tvil om. Ein tenkjer på bygningsmessig standard, men ein tenkjer også på kvaliteten i tenestene, for ein kan utføre tenestene mykje enklare og betre når ein har tilpassa moglegheitene i lokala.

Så er det slik at når folk trivst, blir dei friskare. Det er faktisk eit element som ein merkar rundt i kommunane, at dei som bur på institusjonar no, med nye, trivelege rom og moglegheit til sosial omgang, held seg lenger friske. Det er i alle fall glade eldre, dei som får det tilbodet som dei bør ha.

No kan det synast som om riksrevisjonskollegiet i dette dokumentet framfører vurderingar som er noko meir balanserte enn det ein finn i rapporten. Kollegiet sine vurderingar har eit breiare grunnlag. Delar av rapporten kunne hatt ein meir systematisk dokumentasjon. I nokre samanhengar er det berre referert til utsegner frå to–tre fylkesmannsembete eller eit fåtal kommunar – dette litt i forhold til det som har kome fram av kritiske merknader.

Riksrevisjonsrapporten viser at dei samla investeringskostnadene i handlingsplanen – der renteutgiftene er rekna med – vil utgjere totalt 83 milliardar kr. Det er eit formidabelt beløp. Av desse investeringskostnadene vil kommunane kome til å måtte bere 35 milliardar kr, eller 42,5 pst. av kostnadene. Før oppstart av handlingsplanen

var det fleire i det sentrale politiske miljøet som kom med utsegner som kunne gje grunn til å tru at staten skulle fullfinansiere handlingsplanen. Det har ikkje skjedd, og det er faktisk ei ganske stor medverkande årsak til den sterke ubalansen som vi har i kommuneøkonomien i dag.

Så var det noko anna. Det som skjedde, var at handlingsplanen utløyste nærmast eit slags kappløp om å få godkjenning av planar, finansieringstilsegn og bygging. Når mange skal byggje samtidig, og byggje mykje, verkar det inn på marknaden. Det førte til ein kraftig prisauke. Dei statlege investeringsstilskota hadde sitt utgangspunkt i kostnader for 1996. Når ein veit at dette trekte over tid, og kostnadene auka, blei det ein «mismatch» der. Tilskota vart då ikkje prisjusterte før oppstartingsstilskotet delvis vart prisjustert i 2002.

Ikkje minst i lys av den sterke ubalansen som vi no har i kommuneøkonomien, deler KS den bekymringa som vert uttrykt i Riksrevisjonens rapporten på side 58, der det heiter:

«Riksrevisjonen stiller derfor spørsmål ved om kommunene på sikt vil klare å opprettholde et tilfredsstillende driftsnivå innenfor pleie- og omsorgssektoren som er i samsvar med målet for handlingsplanen, og de investeringene i boliger til heldøgns pleie og omsorg som er gjort i perioden.»

Etter KS sitt syn er det eit felles statleg og kommunalt ansvar å halde ved lag eit tilfredsstillande eller – ein kan seie – eit godt driftsnivå på sentrale kommunale velferdstilbod. Det er iallfall målet. KS har derfor bedt Regjeringa om å få til ein avtale over tre år for å rette opp ubalansen i kommuneøkonomien og berge velferda til innbyggjarane. Vi snakkar jo her om lokal velferd. Det er den andre sida av kommuneøkonomien. Så langt har vi ikkje luktast med det. Vi har ikkje fått gjennomslag for det på regjeringshald.

Revisjonsrapporten drøftar om handlingsplanen har redusert ulikskapen mellom kommunane. Det er også drøfta i St.meld. nr. 50 for 1996-97 ved oppstart av handlingsplanen. Der heiter det:

«Mellom kommunene er det til dels store forskjeller, både i hvor store ressurser de anvender på eldreomsorgen, og i utbyggingen av de ulike delene av eldreomsorgen.»

**Møtelederen:** Kan du runde av nå, tror du?

**Lars Lauvhjell:** Eg skal runde av.

Det står vidare:

«Den variabel som i størst grad bidrar til å forklare ulikhetene er kommunenes inntekter.»

Eg vil berre heilt til slutt peike på at Kommune-Noreg, KS i samarbeid med kommunane, har teke dette med kvalitetsutvikling på alvor. Det er sett i gang prosjekt og store tiltak på dette området gjennom effektiviseringsnettverk, gjennom forskjellige prosjekt som har fått stor oppslutning. Vi tek det på stort alvor for å betre kvaliteten på tenestene og på drift.

**Møteleder:** Takk skal du ha.

Saksordfører Modulf Aukan – vær så god!

**Modulf Aukan (KrF):** Sosialdepartementet skriv i rapporten at det ikkje var noka endelig totalramme for gjennomføringa av handlingsplanen, men at det vart fastsett gjennom dei årlege budsjetta. Hadde det vore ein fordel om ein frå starten av hadde totalramma klar? Ville det ha endra gjennomføringa av prosessen?

**Lars Lauvhjell:** Noko av problemet var m.a. at ein hadde for lite klarheit i kor mykje ein kunne bruke, og når ein ville formidle, osv. Denne planen kom på bordet veldig kjapt. Det blei laga planar veldig kjapt, og så sette ein i gang. Og plutselig fekk ein signal om at no måtte ein runde av, no var pengane brukte opp. Så ei sikkerheit på førehand for at dei planane som var godkjende innanfor rammene, ville kunne fullførast som dei var godkjende, hadde vore ein stor fordel.

**Modulf Aukan (KrF):** Som eg også spurde statsråden om, vart det laga ein rettleiar for kommunane. Har denne vore bruka?

**Lars Lauvhjell:** Eg overlèt til Bjørn Gudbjørgrud å svare.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Det er jo vårt inntrykk at den har vært brukt. Så ser vi samtidig at Riksrevisjonen fremfører litt kritikk i forhold til den kommunale saksbehandlingen. Vi har ikke noe problem med å se at det kan være grunnlag for kritikk omkring saksbehandlingen i kommunene. Det er ikke slik at alle kommunene er like flinke på alle områder. Det gjelder også her. Men det betyr også at vi har gjort noe med det. Vi har satt i gang tre eller fire prosjekter for å styrke nettopp saksbehandlingen ute i kommunene. Det får du da ikke med i dette dokumentet, men forhåpentligvis vil de tiltakene etter hvert bidra til at saksbehandlingen kommer på et bedre og mer tilfredsstillende nivå enn den kritikken som det i og for seg er grunnlag for, slik Riksrevisjonen har sagt.

**Modulf Aukan (KrF):** Ein må da understreke at rapporten faktisk viser at forvaltningslova i mange tilfelle ikkje har vore følgt. Eg forstår det slik at på den sida har ein teke det innover seg og retta opp saksbehandlinga.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Ja, det kan jeg bekrefte. Det å ha sikkerhet for at en følger forvaltningsloven, og at de krav og rettigheter som innbyggerne har i tjenestesammenheng, blir fulgt, må vi ta på alvor. Så her må vi bli bedre, helt klart.

**Magne Hustad:** Regjeringen og KS har jo en samarbeidsavtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten, og bedring av saksbehandlingen er et viktig element i denne avtalen. Det pågår kursing og opplæring rettet mot kommunene på det området. Så er det jo slik at det er mange i kommunene som må ta imot dette. Det er

jo ikke et arbeid som er gjort raskt. Det vil ta tid å forbedre bevisstheten rundt det.

**Modulf Aukan (KrF):** Eit forhold som ein peikar på, er kommunane si evne til å ta imot ferdigbehandla pasientar frå sjukehus. Kva slags oppfatning sit ein med? Har den evna vorte betre i denne perioden, sidan 1997, eller korleis er stoda i dag?

**Bjørn Gudbjørgrud:** Vår oppfatning av det spørsmålet er at ja, det er et bedre mottaksapparat. Samtidig er det en annen problemstilling som er relevant i forhold til det spørsmålet vi stiller, fordi man har en betydelig grad av gråsoner i oppgavefordeling mellom sykehusnivået og det kommunale nivået. Det går delvis på ansvar, men det går også på kostnadsbiten. Vi har gjennom to år bedt om et samarbeid med departementet i forhold til å kartlegge de oppgaveoverføringene som ligger mellom sykehusnivået og den kommunale primærhelsetjenesten. Det har departementet nå sagt at de vil gå inn i, og det er omtalt i budsjettet for 2005 at de vil ta initiativet til et slikt samarbeid. Jeg tror det er utrolig viktig i forhold til å få klare ansvarslinjer og klar fordeling av hvem som har ansvaret for kostnadene. Tidvis kan det nok også være en viss frustrasjon ute i kommunene i forhold til utskrivningspraksisen ved sykehusene. Det er viktig å få den dokumentasjonen på bordet, slik at man eventuelt kan gjøre noe med problemstillingen.

**Modulf Aukan (KrF):** Eg har vel eit inntrykk av at akkurat på dette området er det veldig stor variasjon mellom kommunane. Det syner denne rapporten kanskje ikkje så tydeleg, men vi kjenner til frå andre rapportar som har vore utarbeidde i dei enkelte fylka, at det er veldig stor variasjon mellom kommunane. Det vert jo sett fram påstandar om at enkelte kommunar spekulerer i evna til å ta imot ferdigbehandla pasientar. Etter som eg forstår dei kommentarane som kjem no, er ho «på bedringens veg», for å seia det slik.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Ja, delvis. Samtidig ser vi at etter at spesialisthelsetjenesten ble overført, har det ført til en del nye problemstillinger som man bør kartlegge bedre. Det er ikke gode nok data og god nok dokumentasjon på det området pr. i dag, og derfor har vi tatt initiativet til et sånt samarbeid, som det ser ut til at vi får til nå.

**Magne Hustad:** Det er vel også sånn at mulighetene for å spekulere i det fra kommunenes side er noe begrenset, i og med at departementet har utstyrt seg med en forskrift som gir mulighet til å gi dagsbøter på 1 500–1 600 kr, tror jeg, til kommuner som ikke tar imot.

**Modulf Aukan (KrF):** Da forlèt vi det sporet. Så til det forholdet at det vart innført fylkesvise rammer for fordeling av investeringstilskottet, som så vart stoppa i Stortinget i 2000. Kva for verknad meiner KS at det har hatt for gjennomføring av reforma? Har det ført til pulverisering av ansvar?

**Lars Lauvhjell:** Nei, vi hadde jamleg dialog med fylkesmennene i heile perioden, for dei var inne i biletet, og fylkeslegen var inne i biletet for godkjenning av planane. Da kvotane kom, skaffa det kommunane ei utfordring, for plutseleg fekk ein vite at no var det ikkje meir pengar, og så var ein kanskje halvferdig med utbygginga. Så det var stor frustrasjon i kommunane her. At det blei løyst opp igjen, gjorde at vi på ein måte kunne bli ferdige. Så den kvoten som i utgangspunktet blei innført, var ikkje veldig god for oss – i den perioden han varte, i alle fall.

**Modulf Aukan (KrF):** Riksrevisjonen peikar på at forskjellige finansieringsordningar og brukarbetaling kan gje utilsikta vridningseffektar etter kva slags type tilbod kommunane har valt å satse på. Ein kommentar til det.

**Lars Lauvhjell:** All utbygging i høve til eldreplanen blei gjort etter ein plan som var svært gjennomarbeidd på førehand, vi sjonglerte altså ikkje med plassar undervegs. Ein såg på behov, ein såg på dei krava ein skulle oppfylle, og på kva måte ein ønskte å møte dei utfordringane. Og da fann ein ei avveging mellom sjukeheims plassar og omsorgsbustader. Så er det viktig å hugse på heime tenesta, heimesjukepleia, oppe i dette, for utan den – og eg vil ikkje kalle ho ein salderingspost – til å gjennomføre det på ein fleksibel måte ville det ikkje gått. Det er jo ein enorm auke i heimesjukepleia i dei fleste kommunar som gjer at det å telje plassar, anten det er omsorgsbustader eller sjukeheims plassar, for så vidt ikkje blir noko relevant mål på kvalitet.

**Magne Hustad:** Min opplevelse av det er at de valgene kommunene har truffet på dette området, først og fremst er ut fra brukerbehov og ut fra ideologi, og at økonomi i den forbindelse har vært underordnet.

**Modulf Aukan (KrF):** Takk til dere.

**Møtelederen:** Kjell Engebretsen, vær så god!

**Kjell Engebretsen (A):** Ja takk, leder.

Stortinget hadde en slags idé, kanskje til og med forventning, om at man skulle ha en type prioritering mellom kommunene da dette startet opp – en slags idé om at de kommuner hvor omsorgsbehovet var størst, skulle på en måte komme først i køen. Skjedde det? Og var KS inne i bildet for å bidra til metoder og sånt for å få til det, eller var det slik at de kommunene som var raskest, hadde sine finansieringsplaner klare, osv., kom først i køen?

**Bjørn Gudbjørgrud:** Så vidt jeg kjenner til – det var før min tid – tror jeg ikke KS var spesielt inne i et sånt arbeid. Man kan gjøre seg mange refleksjoner rundt dette med øremerkede bevilgninger generelt, men det som er en kjensgjerning, i tillegg til det som Magne Hustad sa i stad, er at kommunene driver sin virksomhet på en måte som gjør at de tilpasser seg økonomiske incenti-

ver fra staten. Det er klart at en satsingsplan av denne størrelsen vil kommunene sann sett være opptatt av å få en del av. Det gjør jo noe med prioriteringseffektiviteten. Men det er et litt større spørsmål, som også dreier seg om hele finansieringssystemet for kommunal sektor, frie midler kontra øremerkede bevilgninger, osv. Jeg vet ikke om jeg vil gå noe dypere inn i det akkurat nå, for da ser jeg at vi sprekker litt på tiden her.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til Carl I. Hagen.

**Carl I. Hagen (FrP):** Takk, leder.

Nå er ikke Kommunenes Sentralforbund en organisasjon som har noen makt over kommunene. Det er en medlemsorganisasjon, hvor det er kommunene som er medlemmer, så det er klart det er lite KS egentlig kan gjøre hvis det er et flertall i en kommune som ønsker å gjøre noe annet enn hva byråkratene i KS ønsker – bare så vi er klar over det. Av og til er det mange som tror at KS er noe helt annet enn det det er.

Til forholdet stat–kommune: Pasienter er på sykehus; eldre mennesker er jo ofte også på sykehus, de er syke mennesker, så de går litt frem og tilbake mellom de to leddene – i gamle dager var det tre ledd, nå er det bare to, heldigvis. Finnes det noen løsning etter KS' syn – hvis KS har noe syn på det – annet enn at det måtte være det samme budsjettet, den samme kontoen, som betalte utgiftene, enten man hadde hjemmesykepleier, hjemmehjelp, omsorgsbolig, sykehjemsplass, spesialisthelsetjeneste eller sykehusplass? Så lenge det blir betalt av to ulike instanser, vil man alltid ha kranglingen om hvem som skal dekke kostnader.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Jeg tror jeg vil svare på det slik: Vi hadde bedre data og bedre dokumentasjon den gangen fylkeskommunen var sykehuseier. Det var en fordel for kommunene. Vi har i dag dårligere data og dårligere dokumentasjon i forhold til gråsoneproblematikken mellom stat og kommune. Det er en ulempe for begge parter.

Når det gjelder finansieringssystemer og den type ting, er vår oppfatning som medlemsorganisasjon for norske kommuner at kommunene drives mest effektivt gjennom et rammefinansieringssystem. Det er den oppfatningen vi har omkring dette spørsmålet. Men jeg tror at det nærmeste jeg kommer å antyde et svar på dette, er å si at vi må ha dokumentasjon. Det krever en effektiv dialog mellom stat og kommune, og der tror jeg ikke vi har kommet langt nok.

**Carl I. Hagen (FrP):** Har KS foretatt noen undersøkelser om – la oss si – sykehjem- og omsorgsboligdekningen i kommunene sett i forhold til andre utgiftsposter i den enkelte kommune som kan vise ulike prioriteringer? Vi er jo alle enige om at det skal være forskjell fra kommune til kommune, fordi det kan være ulike politiske flertall, og det bør vel være litt forskjell alt etter hvem som styrer. Har KS gjort noen undersøkelser for å kunne svare på et spørsmål som er meget betent, nemlig: Kan

man se om det er noen trend som viser at det er bedre sykehjems- og omsorgsboligdekning/eldreomsorg i kommuner alt etter hvilken politisk styring kommunene har eller har hatt over lang tid?

**Bjørn Gudbjørgrud:** Svaret på spørsmålet er nei. Vi har sett på en del slike forhold. Vi har bl.a. sett på andelen kommuner i det såkalte ROBEK-registeret i forhold til politisk tilknytning. Det er jo noe helt annet, men vi finner ingen klar sammenheng mellom politisk styring og tilbøyelighet til å havne i det registeret. Ellers finnes det veldig gode data i KOSTRA i forhold til det spørsmålet du stiller. De viser jo hvordan kommunene prioriterer dette, og hvor mye de får ut av sine ressurser.

I tillegg har vi et eget prosjekt som dreier seg om effektiviseringsnettverk. Poenget der er at kommunene skal jobbe med å sammenligne seg selv med seg selv over tid, og sammenligne seg selv med andre over tid, for å få mest mulig ut av ressursene. Vi ser at det virker. Det er ikke noe mål at man skal bruke mest mulig penger på et område. Det er jo tvert imot et mål at man skal bruke minst mulig og få mest mulig ut av ressursene. Slik sett har det prosjektet vist veldig gode resultater. Det er også vårt syn at det ikke nødvendigvis er slik at de som bruker mest penger på et område, har den beste tjenesten. Tvert imot kan man ofte kunne dokumentere at man kan få like mye gjennom å bruke mindre, dersom man driver effektivt.

**Lars Lauvhjell:** Eg har berre lyst til å leggje til at mi oppleving på politisk side rundt om i Noregs land er at eldresatsinga og eldreplanen har vore noko av det minst kontroversielle temaet vi har hatt. Det har stort sett vore full einigheit om desse planane i alle kommunestyre som eg kjenner til. Det kan vere detaljar og slike ting ein kan vere ueinige om, men det er ein svært stor grad av vilje til å ta eit felles løft mellom stat og kommune her.

**Carl I. Hagen (FrP):** Jeg har et siste spørsmål. Jeg er helt enig i det som ble sagt om effektivitet, at det ikke er antall kroner man kan måle det på. Men en annen måte man kunne se det på, var ved å gå igjennom og se på hvordan det er med rådhus, kontorbygninger, idrettsanlegg og kulturhus kontra sykehjemsdekning – om du der har sett noen forskjeller. Er det der noen trend at det er en del kommuner som er veldig godt utbygd når det gjelder nytt rådhus, nytt kulturhus, nytt idrettsanlegg, men dårlig på eldreomsorg? Da er jo det i tilfelle en trend som har en forklaring.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Jeg har ikke dokumentasjon som gjør at jeg kan svare ja på det spørsmålet. Jeg har vel heller ikke dokumentasjon som gjør at jeg kan svare et klart nei på det spørsmålet. Men det man kan si generelt, er at inntektssystemet i kommunene er bygd opp på en spesiell måte i forhold til kriterier og kostnadsnøkler og i forhold til inntektsfordeling. Det er jo noe som vedtas av Stortinget, og slik sett ligger det en politisk prioritering bak det i forhold til hvilke inntektsrammer de ulike kom-

muner skal ha, basert på litt ulike behov. Det er ikke slik at de er helt nøytrale. Det ligger jo noen politiske vurderinger bak det. Og det er klart at det vil kunne gjenspeiles på f.eks. tjenestetilbudsområdet.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til meg selv og legger fra meg klubben.

**Ågot Valle (SV):** Jeg er helt enig i Lauvhjells beskrivelse, at man ser mange flere glade eldre rundt omkring på institusjonene, at det er mye triveligere rundt om på institusjonene. Slik sett har det blitt et kvalitetsløft. Men når jeg leser rapporten, må jeg si at det er et nagende spørsmål som dukker opp: Er det lettere å få nødvendig hjelp, en institusjonsplass dersom du trenger det, nå enn det det var før 1997? Jeg satt sjøl og behandlet søknader om institusjonsplass da, og jeg vet hvor vanskelig det var da. Er det blitt noe lettere nå?

**Lars Lauvhjell:** Mitt inntrykk er at det er blitt det, gjennomgående. Det kan sikkert vere store forskjellar på det området, som elles i Kommune-Noreg, men gjennomgående – utan at eg kan beleggje det, det kan sikkert Bjørn Gudbjørgrud gjere betre – er eg nokså sikker på at det er blitt enklare.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Det nærmeste vi kommer et svar på det spørsmålet, er å se på dekningsgradene. De har økt. Statsråden redegjorde for det i sted. Det er en økning fra 26,4 i 1997 til 32,5 i den perioden man har full utbygging her. Det i seg selv tyder på at svaret på spørsmålet er ja. I tillegg er det interessant å se hvor vi står i en mer internasjonal sammenheng. Hvis vi f.eks. sammenligner oss med Sverige og Danmark, går dekningsgradene der ned. Så slik sett kan man si at satsingen har gitt effekt, slik vi ser det.

**Ågot Valle (SV):** Men så viser også rapporten at det er vanskeligheter – varierende, sjølsagt – med å få fatt i kvalifiserte fagfolk. Jeg sitter med medisinalmeldinga fra Hordaland, hvor det klart går fram at det er vanskeligheter med å få sykepleiere og hjelpepleiere både i hjemmebaserte tjenester og på institusjonene. Har KS noen slags formening om hva det skyldes, om det har noe med grunnbemanningen å gjøre, om det har noe med deltidsproblematikken eller lønn å gjøre – eller hva skyldes det?

**Lars Lauvhjell:** Eg veit ikkje kva undersøkingar det finst som kan gjere greie for det, men det er nok årsaker som du har vore inne på – og det er geografi. Det spørst fort kva stader og kommunar det er stressande å jobbe i, ikkje sant? Så det er nok ei samansett årsak til det. Men det kan kanskje Bjørn Gudbjørgrud seie litt meir om.

**Bjørn Gudbjørgrud:** Kommunene står jo i dag overfor en situasjon hvor de skal både nedbemanne og oppbemanne. Egentlig er vel vårt inntrykk nå at etterspørselen etter tjenester fra oss til kommunene når det gjelder den type virksomhet, er i forhold til nedbeman-

ningsprosesser og omstrukturingsprosesser. Og det er et paradoks. Ellers er det et faktum at ser du på det nasjonale behovet, så er det en betydelig knapphet, kanskje først og fremst i forhold til gruppen hjelpepleiere – det er betydelig bedre hvis du ser prognosene litt framover f.eks. for leger og sykepleiere, men i den gruppen har vi en rekrutteringsutfordring. Også det har vi egne prosjekter på som vi jobber med, men det er klart at det er en sammensatt og komplisert problemstilling. Det har kanskje litt med lønn å gjøre, men så vidt vi klarer å dokumentere, er det ikke det som er det avgjørende, det har kanskje også med en samfunnsutvikling å gjøre, graden av høyere utdanning og en hel rekke sånne forhold. Så det er ikke sånn at en bare kan knipse i fingrene og gi 10 000 eller 20 000 kr mer i lønn, så har du løst problemet. Du må nok ha et langt mer sammensatt virkemiddelapparat enn som så. Det som har gitt gode effekter en god del steder, er bl.a. omskolering av voksne og den type ordninger. Men generelt sett er det altså sånn, sett fra et kommunalt ståsted, at den økonomiske situasjonen i dag er slik at veldig mange kommuner står overfor en nedbemanning mer enn en oppbemanning.

**Møtelederen:** Da er det Carl I. Hagen, til et kort oppfølgingsspørsmål.

**Carl I. Hagen (FrP):** Dere var jo til stede og hørte spørsmålsstillingen til statsråden. Er KS enig i at det vil være meget formålstjenlig å få en ensartet og klar, entydig definisjon på hva som kan katalogiseres som plasser med heldøgnspleie?

**Lars Lauvhjell:** Personleg – eg har ikkje drøfta det med nokon – er eg nokså usikker på det. Eg trur faktisk det kan vere veldig vanskeleg å få ein einskapleg definisjon som passar alle og alle stader. For det er ulike gradar av heildøgnspleie og ulike gradar av behov for heildøgnspleie. Somme har behov for at det er tilgjengeleg heile døgnet, for andre er det godt nok at det er heimesjukepleie tilgjengeleg som kan rykkje ut om natta, osv. Så her trur eg det er viktig å ha ei lokal tilpassing, ha ein liten fleksibilitet, men samtidig vere merksam på den utfordringa som ligg i at det er eit krav om det, og at det skal vere ein tryggleik for brukarane.

**Carl I. Hagen (FrP):** Det er ikke drøftet i KS?

**Bjørn Gudbjørgrud:** Vi har ikke noe politisk vedtak som ligger til grunn for det som ble sagt, nei.

**Møtelederen:** Da takker jeg dere for at dere kom og var med på å belyse dette temaet for oss. Takk skal dere ha!

-----

*Høring med Fagforbundet  
ved John Egeli og Signe Hananger*

**Møtelederen:** Velkommen til John Egeli og Signe Hananger fra Fagforbundet.

Dere har nå fem minutter til en innledning, og så slipper vi til saksordføreren etterpå. – Vær så god!

**John Egeli:** Takk!

Fagforbundet vil nå i begynnelsen peke på at vi er veldig glade for den oppmerksomheten som denne handlingsplanen har medført om eldreomsorgen. Det er satt fokus på en veldig viktig del, det har skapt et politisk engasjement, kanskje mest lokalt, og det er viktig, og det har vært en diskusjon om kvalitet og innhold. Det har også vært positivt at det har vært evaluert undervegs, og at vi i dag sitter her og evaluerer – ikke til slutt, vi er fortsatt underveis – synes vi er veldig bra.

Når det gjelder om målet er nådd, er vi litt mer spørrende til det. Målet var å øke tjenestens kapasitet, bedre kvaliteten og sikre brukerne et mest mulig likeverdig tilbud. Bak tallene kan det se ut som målet er nådd. Ut fra vårt syn snakker vi vel mer om en standardheving av boligene. Det er først og fremst kanskje en boligreform og i langt mindre grad en kvalitetsreform.

Det er en forskjell på sykehjem og omsorgsboliger. Det er også forskjell på omsorgsboliger fra kommune til kommune. I noen kommuner er det nesten et sykehjem, i andre kommuner er det kun en bolig. Vi mener jo at kvaliteten er litt mer enn bare bolig og standard på bolig. Vi vet selvfølgelig at det er ikke alle som må ha sykehjem, men rett til heldøgns omsorg og pleie for dem som har behov for det, det er et utvikelig krav.

Vi er litt usikre på om tilgangen til tjenestene er blitt bedre. Hvis vi ser på sykehjem, er det klart at det er faktisk litt vanskeligere i dag å få en sykehjemsplass enn det var da handlingsplanen startet. Det er lettere å få en omsorgsbolig, men, som vi sier, kvaliteten på og innholdet i tjenestene i en omsorgsbolig er veldig forskjellig.

Som også statsråden har sagt, skulle omsorgsboliger kompensere for nedbyggingen innenfor andre områder. Jeg er fortsatt usikker på om dette har gitt en bedre tilgang. Tilgang er selvfølgelig et av de viktigste kriteriene for kvalitet. Å kunne få tjenesten er det viktigste.

Vi er veldig glade for at statsråden sier at dette kun er første steg, for vi ser eksempler – senest i Dagsrevyen i går – på at boliger eller sykehjem er bygd, men man har ikke penger til drift. Så vi er glade for at det tenkes framover.

Signe, kan du fortsette?

**Signe Hananger:** Jeg skal fortsette med å si litt om at kvalitet er mer enn kapasitet og mer enn standard.

Det Fagforbundet har vært opptatt av i lang, lang tid, er det som går på kvalitet i betydningen tjenestetilbudets kvalitet, altså tjenestens innhold. Og de som er eksponenter for å levere tjenesten – faktisk sett og nærmest pasienten – er de ansatte. Vi organiserer tjenesteutøvere av ulike yrkeskategorier, men hovedtyngden av våre med-

lemmer er de som kanskje står aller nærmest pasienten – hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, pleiemedhjelpere, assistenter. Men vi har også andre yrkesgrupper, på høyskolenivå.

Det som har vært en viktig sammenfallende begivenhet i planperioden, er at vi har hatt en rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell som har virket i samme perioden. Det har vært en positiv faktor. Men vi ser jo at selv om vi har hatt en rekrutteringsplan, er det i dag problemer med å rekruttere personell. Vi hørte jo KS særlig nevne hjelpepleiergruppen som en av de gruppene som det fremdeles er vanskeligst å få tak i.

Når det gjelder måloppnåelsen i planperioden – teknisk sett – viser tallene at det i forhold til kapasitet ikke ser så verst ut. Men vi savner at måldefinisjonen i plan-dokumentet er tydeligere på at kvalitet er mer enn kapasitet og mer enn standardhevning, det er også det som går på innhold i tjenesten, og det som handler om personell-situasjonen og forhold for de ansatte. Så på den ene siden ligger det en del utfordringer der nå. Vi er glade for at statsråden tar til orde for at tiden nå er moden for å ta noen grep i forhold til det. Det handler på den ene siden om rekruttering, men også om det å sørge for å beholde de folkene som vi rekrutterer inn i sektoren.

Først et par ting i forhold til rekruttering som allerede har vært nevnt. Det er klart at når man skal rekruttere ungdom til en sektor, så spør de: Hvilke arbeidsforhold er det der, da? Og det er ikke til å stikke under stol at mange ting – som stress, kanskje tunge arbeidsvilkår i form av belastninger i det fysiske arbeidsmiljøet, deltidstillinger, høyt sykefravær, kanskje – ofte kan bli en dårlig sirkel. Det er ikke akkurat det som virker mest rekrutteringsfremmende.

Og da er det slik at vi prøver å ta til orde for at vi også må ha en stimulans for å sørge for en stabil grunnmur av tilstrekkelig antall ansatte, i tillegg til å ivareta dem som nå er der, og så legge til rette for at den enkelte arbeidstaker kan utøve yrket sitt i samsvar med de krav som faktisk ligger i lovverket. Helsepersonelloven sier bl.a. at alle helsearbeidere skal utføre jobben sin i samsvar med kravet til forsvarlig virksomhet og en god og omsorgsfull helsehjelp. Og hvis de på jobben opplever at det ikke finnes rammebetingelser som setter dem i stand til eller lar dem få lov til å utføre arbeidet sitt i samsvar med det, går de frustrert hjem. Det får konsekvenser for arbeidsmiljøet og arbeidstrivselen, og folk søker seg etter hvert bort fra sektoren.

**Møtelederen:** Takk skal du ha.  
Da gir jeg ordet til Modulf Aukan.

**Modulf Aukan (KrF):** Takk.

Da er vi over på den gruppa som skal utføre oppgåvene i institusjonane.

Ut frå eit fagleg hald: I kva grad meiner Fagforbundet at kriteria for utbygging har ført til eit misforhold mellom omsorgsbustader og sjukeheims plassar?

**John Egeli:** Kan du gjenta spørsmålet?

**Modulf Aukan (KrF):** Innhaldet er at det har skjedd ei forskyving når det gjeld omsorgsbustader i forhold til sjukeheims plassar. Kan ein frå eit fagleg hald seia kva som er årsaka til at det vart slik?

**John Egeli:** Ut fra det som står i Riksrevisjonens rapport, og også ut fra det som statsråden sa, har jo dette vært styrt, dvs. dette var en villet politikk.

Men ut fra et faglig synspunkt er jeg litt usikker på hva jeg skal svare. Jeg kan ikke svare noe annet.

Jeg vet ikke om du har noe å tilføye, Signe.

**Signe Hananger:** Det som var bekymringen vår fra starten av, gikk på dette som har vært diskutert her, begrepet heldøgns omsorg og pleie. Det var et kriterium som lå til sykehjemsdrift, men som i utgangspunktet var uavklart da handlingsplanen ble satt i gang i forhold til omsorgsboliger. Det kom etter hvert til en tettere kobling, hvor bl.a. kriteriene for å få støtte fra Husbanken var at det skulle ligge i tilknytning til en base med heldøgns omsorg og pleie. Men fremdeles er jo vi der at vi ser at dette tolkes ulikt av kommunene, og det bekymrer oss sterkt.

**Modulf Aukan (KrF):** Over til eit punkt som eg har spurt andre om også. Det gjeld ferdigbehandla pasientar som skal frå sjukehus og over til kommunen. Er spranget for stort frå sjukehusseng til omsorgsbolig, når vi ser at det her er ein overgang som ikkje alltid fungerer like godt?

**Signe Hananger:** Det avhenger jo av i hvilken grad kommunen har et apparat å stille opp med. Vi ser at liggetiden i sykehus stadig har en kurve som går ned. Det betyr at de som sendes ut, antakeligvis har et pleie- og omsorgsbehov som ligger over det de fleste omsorgsboliger kan stille opp med. Da er det i utgangspunktet ikke noe tilbud. Da står man i den samme køen som hjemmeboende når man skal ha hjemmetjenester. Derfor mener vi at dette kanskje er en pendel som svinger litt. Nå har det vært incentiver som har medvirket til at pendelen svinger, at vi går bort fra heldøgns omsorg og pleie i sykehjem i retning av flere og flere omsorgsboliger.

Vi tror at hvis vi ikke får den avklaringen som har vært diskutert her i dag, med en enhetlig forståelse av hva heldøgns omsorg og pleie faktisk betyr, vil det kanskje tvinge seg fram en tilbakesvingning igjen på den pendelen, fordi behovet, særlig blant de eldste eldre, som også er storforbrukere av sykehustjenester, vil tvinge fram en større grad av heldøgns omsorg og pleie.

**Modulf Aukan (KrF):** Kan du hjelpe oss med definisjonen av heildøgns omsorg og pleie, for han heng eigentleg over vatna her no i dag? Er det nok å stikka inn- om ein tur i løpet av dagen?

**Signe Hananger:** Nei, selvfølgelig ikke. Dette handler om trygghet for den enkelte bruker som skal bo der. Jeg skal ikke våge meg på noen definisjon av innholdet i

det. Det er omtrent like enkelt som å svare på hva begrepet «nødvendig helsehjelp» i kommunehelsetjenesteloven er for noe. Det har Høyesterett strevd fælt med. Og når ikke de har klart det, tror jeg ikke Fagforbundet skal prøve på det heller.

**Modulf Aukan (KrF):** Men du forstår vårt behov for å få det omgrepet fylt med innhold? Det er ikkje så heilt enkelt for oss på denne sida av bordet heller.

Talet på hjelpepleiarar har stagnert eller faktisk gått litt ned til fordel for sjukepleiarar, viser denne rapporten. Kva kjem det av?

**John Egeli:** Det er sannsynligvis flere årsaker til det. Men noe skyldes endringene i strukturen i de kommunale sykehjemmene, der det er blitt flere sykepleierstillinger. Vi har opplevd at det er omgjort hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger. Men akkurat det kjenner Signe Hananger litt bedre til enn meg.

**Signe Hananger:** Ja, det stemmer, det, og det er ett av elementene. Så tør vi våge å påstå at kommunene også i sin rekrutteringspolitikk tenker fleksibilitet og brede innfallsvinkler når det gjelder å besette stillinger. Det koster penger å ansette fagfolk. Vi oppfatter at kommunene er mer tilbakeholdne med å ansette fagfolk nå enn tidligere. Det har antakelig sin årsak i kommuneøkonomien, som vi har hørt mye om. Vi beklager det, selvfølgelig.

Vi ser en tendens til at man gjerne vil bruke folk mer fleksibelt innenfor området – i institusjon, i åpen omsorg, innenfor det ene og det andre feltet – og bruke folk mest mulig bredt, så nå er man mer på jakt etter generalister enn spesialister.

**Modulf Aukan (KrF):** Vil du seia at det er derfor ein ofte søkjer etter sjukepleiarar i staden for hjelpepleiarar?

**Signe Hananger:** Det er vanskelig å spå eller tolke dette. Det kan tyde på at kommunene tenker slik. Det som har vært vårt argument, har vært at her er det faktisk et økende behov for alle gruppene, fordi behovet i befolkningen er slik at det stadig er behov for mer pleie og omsorg. Da trenger man alle krefter som kan bidra, både hjelpepleiere og sykepleiere.

Men la meg ikke glemme det med heltid/deltid-problematikken. Det er veldig mange små stillingsbrøker, for det er selvfølgelig også fleksibelt for kommunene å ha små stillingsbrøker og for folk som må ta ekstravakter for å kunne leve av jobben sin. Da kan man brukes veldig fleksibelt.

**Modulf Aukan (KrF):** Takk!

**Møtelederen:** Kjell Engebretsen, vær så god!

**Kjell Engebretsen (A):** Et par korte spørsmål, leder.

Det ene er dette som jeg forsøkte meg på i forhold til Kommunenes Sentralforbund, ikke fordi jeg trodde at de kunne bestemme over kommunene, men om det hadde

vært en debatt, og om det kunne ha bidratt til å oppfylle Stortingets intensjon om at de mest pleietrengende skulle prioriteres. Så sier Riksrevisjonen her at det skjedde ikke, og at dette hadde sammenheng med at retningslinjene for tildeling av investeringstilskuddene ikke gav grunnlag for dette mellom kommunene.

Mitt korte spørsmål til dere er: Var dette en problemstilling som Fagforbundet var inne i – ble det gitt noen signaler om dette fra dere?

**Signe Hananger:** Fagforbundet hadde den gang selvfølgelig et engasjement i forhold til generelle ulikheter. Vi mener at du skal få dekket ditt behov for pleie og omsorg uavhengig av hvor i landet du bor, og uavhengig av din privatøkonomi. Det mente vi den gang, og det mener vi nå.

I den første fasen av planperioden hadde vel vi hovedfokus på et litt annet område – det vi var inne på i stedet – nettopp det med omsorgsboliger, som vi i den fasen mente egentlig var et lurebegrep, fordi det var et tilbud om bolig, men ikke nødvendigvis om omsorg.

**Kjell Engebretsen (A):** Takk skal du ha!

Egeli sa, om jeg forstod ham riktig, at det er vanskeligere å få tilgjengelighet, å få plass, i dag enn det var tidligere. Da er mitt spørsmål: Når vi ser, iallfall på statistikkene og de faktiske tall, at kapasiteten har økt, hvilke mekanismer er det som gjør at tilgjengeligheten er blitt dårligere?

**John Egeli:** Det var tilgjengelighet til sykehjemsplass generelt.

**Kjell Engebretsen (A):** Ja, men også når det gjelder sykehjemsplasser, har kapasiteten økt. Er dette en følelse dere har, eller er det noe som er underbygd, som viser at det faktisk er vanskeligere å få en sykehjemsplass i dag enn tidligere?

**John Egeli:** Det står noen tall i Riksrevisjonens rapport – jeg har det ikke akkurat her. Det er ikke bare en følelse. Dette er også basert på tilbakemeldinger som vi har fått fra uteapparatet. Noe av det skyldes selvfølgelig at pleietyngden hos dem som er i sykehjem, er atskillig større i dag. Pleiebehovet har altså utviklet seg ganske radikalt de siste årene. Det er selvfølgelig også noe av årsaken. Vi kan ikke dokumentere det med noen tall eller noen undersøkelser, men det er en klar tilbakemelding fra vårt tillitsvalgtapparat at det er vanskeligere å komme inn på sykehjem i dag. Tallene viser at det er en bitte liten forskjell, men den faktiske opplevelsen ute er at det er ikke lett enkelte steder.

**Kjell Engebretsen (A):** Til slutt, leder: Det er jo slik at vi nå skal forsøke å gjøre erfaringer og slikt av dette prosjektet, hvordan det ble drevet fram, osv. Men det må jo være slik, så langt jeg kan forstå, at når kapasiteten er økt, når standarden er hevet, så må grunnlaget for å bedre

kvaliteten være atskillig bedre til stede nå enn da dette prosjektet ble satt i gang. Har jeg rett i det?

**John Egeli:** Ja, det prøvde jeg å si i min innledning, at selvfølgelig er det positivt – hun snakket om en grunnmur som må legges. Det er klart at dette har vært en positiv utvikling. Det har skjedd mye her. Men det som samtidig har skjedd, er at vi også har fått flere eldre, og vi har fått eldre med større pleiebehov. De får kortere liggetid på sykehus, slik at vi har flere faktorer som på en måte virker imot. Men det er klart at det her er lagt et grunnlag som gjør at vi kan tenke på kvalitet og kompetanseutvikling, som vi har satt opp som det viktigste, og at vi heller kan prioritere dem i framtiden.

**Kjell Engebretsen (A):** Takk!

**Møtelederen:** Carl I. Hagen!

**Carl I. Hagen (FrP):** Takk, leder!

Det ble vist til at det var en stressende arbeidssituasjon og ofte vanskelig for de ansatte. Har dere foretatt noen undersøkelser basert på rapporter? Er det betydelig forskjell mellom de ulike arbeidsgivere – det er jo ulike kommuner som er arbeidsgivere, men det er også noen private? Er det noe mønster her?

**Signe Hananger:** Vi har gjort undersøkelser. Vi har mange, vi kan gjerne sende dem. Det som er fellesnevneren for dem, er at når man har en bemanning som oppleves som rimelig grei i utgangspunktet, er det ofte slik at det som gjør utslaget på en høyere kvalitet på tjenestetilbudet og en økt trivsel blant de ansatte, ikke nødvendigvis er å få forferdelig mange flere ansatte, men da er det andre ting som kommer inn i bildet – godt arbeidsmiljø, kompetanseutvikling satt i system, altså en kontinuerlig kompetanseutvikling, lavt sykefravær, god sykefraværshåndtering, dvs. kyndig, god ledelse. Slike forhold er fellesnevnerne som det pekes på. Og når det gjelder akkurat det siste – god og kyndig ledelse – virker det som om det er et stikkord, og gode og kyndige ledere finnes det både i det offentlige og i det private.

**Carl I. Hagen (FrP):** Formidler dere til arbeidsgivere – går jeg ut fra – kontinuerlig der hvor det er problemer, og formidler dere erfaringer fra andre arbeidsgivere som er flinkere til – la oss si – å ha en fast og god ledelse, hvilke kriterier som kommer inn under fast og god ledelse, og føler dere at arbeidsgiverne er mottakelige for dette? Det burde de jo være, for det er klart at hvis en har en dårlig arbeidsplass med høyt sykefravær, så er det kostbart også for arbeidsgiveren. Er dere der aktive med hensyn til å formidle og lære opp arbeidsgiverne til hva de skal gjøre for at en får den trivselsarbeidsplassen som er bra for brukerne, for de ansatte og også for kostnadene?

**Signe Hananger:** Svart litt flåsete er det slik at arbeidstakerorganisasjonene ofte føler at de må bidra mye i forhold til arbeidsgiver både på sentralt og lokalt plan i

forhold til mangt og meget, og særlig med hensyn til dette med å vise fram de gode eksemplene. Det prøver vi å fokusere på, for vi tror mer på det og på smitteeffekten av de gode eksemplene enn på å bidra til å vise de litt dårligere sidene, som vi ikke er så glade for.

Det handler også om rekruttering, selvfølgelig. Vi er interessert i å rekruttere flere til disse yrkene og til denne sektoren, og da er det bedre å vise fram de gode eksemplene enn de dårlige, særlig når det gjelder dette med kompetanseutvikling. Vi ser at det er et stort behov for våre medlemmer. Og de roper mye høyere om det nå enn de gjorde for bare ti år siden.

**Carl I. Hagen (FrP):** Du snakket i sted om dette med hjelpepleiere som det var et problem å rekruttere, at det kanskje var flere som ikke ville begynne der. Du snakket om sykepleiere – det forstår jeg – men har det også vært noen tendens fra arbeidsgiverne til å gjøre det motsatte, altså prøve å få ufaglærte, som da vil være billigere enn hjelpepleiere?

**Signe Hananger:** Ja, det har vi sett. Men vi ser også at det er en betydelig vilje hos arbeidsgiverne til å oppgradere dem som allerede er i systemet, og som kanskje er uten formell kompetanse, og gi dem en formell kompetanse. Så vi ser begge deler.

**Carl I. Hagen (FrP):** Da har jeg to spørsmål til slutt. Når det gjelder deltidsstillinger: Mener dere i Fagforbundet at det bør være en nedre grense for stillingsbrøker? Er det en for stor grad av frihet i dag, når man altså har veldig små stillingsbrøker, som dere har snakket om, slik at en person kanskje må ha fire forskjellige arbeidsgivere for å få en 3/4 stilling? Hva mener dere er løsningen på deltidsstillingsproblematikken? Og: Er det riktig fortolkning at dere er tilhengere, i motsetning til i alle fall ordføreren i Risør, i KS, når det gjelder å prøve, i hvert fall, å få til ensartede definisjoner på hva som er heldøgns omsorg og pleie?

**John Egeli:** Først og fremst har vi et slagord når det gjelder deltid – holdt jeg på å si. Vi sier at en bør ha rett til heltid og mulighet til deltid. Vi har ikke satt noen grense, noen definisjon på 35 pst., på 30 pst. Det må bli som en del av det lokale arbeidet å finne fram til det. Men vi mener at det bør være en rett til heltid og en mulighet til deltid.

Det er selvfølgelig flere årsaker til dette. Og vi har ikke noe fasitsvar på dette. Vi jobber kontinuerlig med dette. Vi er med i det prosjektet som nå pågår, sammen med KS, og håper å finne svar gjennom det. Vi undersøker, og vi er med i forsøk, slik at fasitsvar har vi ikke, men vi er med på å skape svarene sammen med andre parter.

Når det gjelder å få avklaring av disse begrepene – jeg går ut fra at du mener heldøgns pleie – er det klart at det mener vi er veldig viktig. Det som ble noe av problemet her, er at det er satt opp som ett av målene, og når en da har en uklar definisjon av hva målet er, er det selvfølgelig



lig også veldig vanskelig å måle. Derfor får vi en diskusjon om et begrep istedenfor å diskutere om vi har nådd målet. Og det blir litt håpløst.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til meg selv.

**Ågot Valle (SV):** Dere snakket om å vise fram de gode eksemplene. Jeg har vært og besøkt et sykehjem i modellbydelsforsøket Åsane, der hjelpepleiere har fått andre oppgaver enn tidligere, oppgaver de sjøl sa var mye mer meningsfulle. Både hjelpe- og sjukepleiere var veldig godt fornøyde med den delinga som var gjort der, og ikke minst var det veldig, veldig fornøyde beboere, som det virkelig var gjort stas på.

Har dere noen andre gode eksempler? Hvis dere har gode eksempler – hva ligger bak dem – hvilke initiativ?

**Signe Hananger:** Generelt handler dette om at mange grupper med utdanning på videregående skoles nivå sliter med noen fordommer i arbeidslivet som går på at har du en grunnutdanning på videregående skoles nivå, er det det nivået du ligger på, og det er vanskelig å utvikle seg til å få større ansvar eller større fagfelt. Det oppfattes for våre grupper på videregående skoles nivå – hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, aktivitører, fotpleiere etc. – mye vanskeligere å få kompetanseutvikling enn for dem som har en grunnutdanning på høyskolenivå. Det er en del av vår utfordring.

Det du sier, stemmer veldig godt med våre erfaringer. Vi har et helt dagsaktuelt eksempel, som foregår akkurat nå, eller kanskje det er ferdig. I Folkets Hus har Landsforeningen for hjerte- og lungesyke en utdeling av en ærespris som de i år hadde bestemt skulle gå til en arbeidstaker «på gulvet» som hadde jobbet på et sted der de hadde gjort noe spesielt. De har i samarbeid med Fagforbundet funnet fram til et sted på Hedmarken som heter Klukstuen, hvor de har et sykehjem der de har gjort noe spesielt. De har fornøyde brukere og svært fornøyde ansatte, og har satt dette med kompetanseutvikling i system. De tenker fleksibelt og de tenker nytt i forhold til innholdet i tjenestetilbudet, og de har tiltak på sykehjemmet som de fleste sykehjem ikke har. Men det er ikke noe i veien for at man kan tenke nytt og alternativt, og ha sosiale begivenheter, utflukter eller en kompetanseutvikling både for brukere og for ansatte – slik de har veldig gode erfaringer med der. Det skjer altså i dag – utdelingen av en slik pris, som vi synes det er veldig moro at et av våre medlemmer og hele arbeidskollegiet der har fått glede av å få.

**John Egeli:** Jeg ønsker å si noe omkring dette med kompetanseutvikling, som vi ser på som en av de viktigste faktorene for å få trivsel og for å rekruttere.

Selvfølgelig er det viktig med utdanning når du går inn, men det som er det viktigste, er hvordan utdanningen blir brukt når du kommer inn, den kompetansen som alle sitter med i et kollegium, og hvordan de sammen kan utvikle den videre, at man da får en kultur som gjør det helt fra bunn til topp, at man utvikler hverandre til å få

gjort en skikkelig jobb. Det er en av de tingene som vi framover, sammen med arbeidsgiverne, ønsker å ... Der tror vi det viktigste svaret ligger på det du spurte om. Greier vi å få til det, tror jeg vi får til en god kvalitet for alle som er innenfor dette området.

**Ågot Valle (SV):** Tilbake til dette med deltidsproblematikken. Dere var klinkende klare på dette med heltidsjobb som utgangspunkt og mulighet til deltid. Men har dere noen oversikt over hvor mange som jobber tvungen deltid, men som kunne ønske seg heltid?

Det var nok et vanskelig spørsmål.

**Signe Hananger:** Det er et veldig vanskelig spørsmål, fordi det har to sider.

Den ene siden er at vi har ca. 70 pst. av våre medlemmer i denne sektoren som jobber deltid. Det spenner fra bitte små stillingsbrøker til 80–95 pst.-stillinger. Vi har noen som faktisk ikke ønsker å jobbe 100, men kanskje 80 pst. Det handler litt om hvilken generasjon du spør etter. Vi har hatt en lang tradisjon for at særlig rekruttering til hjelpepleieryrket, og også omsorgsarbeiderfaget, har vært fra gruppen voksne damer – det er de som kanskje har vært den største rekrutteringskilden til disse yrkene lenge.

Nå har vi kanskje utdannet de fleste voksne som ikke hadde noen utdanning fra før, og nå er det ungdomskullene som egentlig er de mest aktuelle å rekruttere fra. De tenker annerledes, de skal ha en heltidsstilling som de skal leve av, ikke en inntektskilde nummer to i en familie. Da er heltidsspørsmålet mye mer aktuelt og mye mer presserende enn det har vært tidligere.

Hadde vi gjort en undersøkelse nå, hadde det sikkert vært mange av våre medlemmer som faktisk ønsker å jobbe deltid, men spør du om fem år, vil du få en høyere prosentandel av dem som føler seg tvunget og som ikke får tilbud om heltid, bare deltid, og som kanskje ville hatt et ønske om å fylle på. Vi ser at ungdommen er størst representert i den gruppa som ønsker en høyere brøk.

**Ågot Valle (SV):** Her trengs det også et politisk grep for å få tatt tak i dette?

**Signe Hananger:** Ja.

**John Egeli:** Men det er samtidig klart at ønsket om deltid også henger sammen med hvordan arbeidssituasjonen er. Har du en stressende og hard arbeidssituasjon, er det klart at du har et større ønske om deltid. Her er det noen sammenhenger.

**Møtelederen:** Takk skal dere ha.

Da har vi en pause, vi har satt av et kvarter, men jeg tror vi begynner igjen kl. 12.10, slik vi hadde tenkt.

Høringen ble avbrutt kl. 11.50.

-----

Høringen ble gjenopptatt kl. 12.10

*Høring med Legeforeningen ved Legeforeningens president, Hans Kristian Bakke, Trond Egil Hansen, APLF (Allmennpraktiserende legers forening) og avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet*

**Møtelederen:** Velkommen til Legeforeningen for å fortsette høringen vår.

Der møter selveste presidenten, Hans Kristian Bakke, Trond Egil Hansen og Jorunn Fryjordet.

Vær så god, alle sammen. Dere har 5 minutter til en innledning.

**Hans Kristian Bakke:** Takk for det. Vi takker for denne anledningen til å få møte kontroll- og konstitusjonskomiteen for å fremlegge vårt syn på en sak som Legeforeningen har vært meget sterkt opptatt av i lengre tid. Jeg har lyst til å gi hovedkonklusjonen med en gang i forhold til det spørsmålet som stilles gjentatte ganger her i dag: Vi mener at det helt åpenbart er behov for å definere hva som menes med heldøgns pleie og omsorg, og hva som må følge av at enkeltbrukere har den type behov.

Legeforeningen har i flere år vært bekymret for situasjonen i eldreomsorgen. Vi utarbeidet i 2001 denne rapporten som fikk navnet «Når du blir gammel og ingen vil ha deg». Vi har tatt med noen eksemplarer til dere her i dag.

Legeforeningen har også i det bakgrunnsnotatet som vi har tatt med, tatt opp fire tema, alle med relevans til Riksrevisjonens rapport og Handlingsplan for eldreomsorgen. I den sammenheng vil vi først og fremst ta opp hvordan det nå står til med tilbudet til de sykeste og svakeste eldre i kommunene, de med behov for heldøgns pleie og omsorg.

Vi har i flere år overfor så vel Sosialdepartementet som Stortingets sosialkomite uttrykt bekymring for at man gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ikke har prioritert å øke tilbudet til de sykeste og svakeste eldre, de som trenger heldøgns pleie og omsorg, i tilstrekkelig grad.

Sentralt i dette står også Riksrevisjonens drøfting av begrepet heldøgns pleie og omsorg. Vi deler oppfatningen om at det ikke foreligger en tilstrekkelig enhetlig oppfattelse av hva som skal forstås med begrepet heldøgns pleie og omsorg, og vi vil legge til at dette også er foranlediget av at Sosialdepartementet selv har justert begrepet i løpet av planperioden, uten å stille klare innholdskrav.

Målet i Handlingsplan for eldreomsorgen var at kapasiteten når det gjelder tjenester på sykehjemsnivå, skulle utformes slik at av 1 000 personer over 80 år skulle 250 personer kunne få tilbud om heldøgns pleie- og omsorgstjenester på sykehjemsnivå. Etter vårt syn omdefinerte og justerte imidlertid Sosialdepartementet ambisjonsnivået for dekningsgraden i St.meld. nr. 31 for 2001–2002, Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen, da de sa at kommunene stod fritt i forhold til hvor dette tilbudet

skulle kunne gis, «enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsboliger», som man sa.

I St.prp. nr. 1 for 2004–2005, statsbudsjettet, fremkommer det at samlet dekningsgrad for sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger i 2003 ligger på 30,5 pst., dvs. godt over målsettingen om 25 pst. dekningsgrad. Riksrevisjonen drøfter imidlertid også begrepet og sier at for å se på den samlede kapasiteten av boliger og plasser vil det også være relevant å inkludere andre boliger, trygdeboliger osv., i beregningen av dekningsgraden. Om man gjør det, fremkommer det at dekningsgraden har vært stabil i perioden 1997–2001. Riksrevisjonen viser med andre ord at handlingsplanen har ført til en standardheving, men i mindre grad til en økning av kapasiteten.

Selv om Legeforeningen har forståelse for at Riksrevisjonens utvidelse er en naturlig fortsettelse, vil vi advare mot denne, men fremfor alt mot Helse- og omsorgsdepartementets måte å beregne dekningsgraden på. Vi mener at det er viktig å opprettholde målet om 25 pst. dekningsgrad som et måltall for å se hvor mange sykehjemsplasser, eller andre plasser på sykehjemsnivå, vi har i pleie- og omsorgssektoren sett i forhold til antall eldre over 80 år.

Vi vil spesielt fremheve at i forhold til dekningsgrad for sykehjem har utviklingen vært negativ i løpet av handlingsperioden. I 1996 var det 191 plasser pr. 1 000 eldre over 80 år, mens dette i 2003 var sunket til 178 plasser. Vi har en egen tabell i bakgrunnsnotatet som vi har tatt med i dag, som viser den negative trenden i utviklingen av dekningsgrad.

Videre viste St.meld. nr. 45 for 2002–2003, kvalitetsmeldingen, at om lag 200 av kommunene i landet har redusert sykehjemsdekningen i forhold til nivået i 1997, og at vel 50 kommuner bygger ned sykehjemstilbudet med mer enn 20 pst.

Nå er vi i Legeforeningen selvfølgelig klar over at også noen av de nybygde omsorgsboligene gir tilbud om heldøgns pleie og omsorg. Vårt poeng er imidlertid at ikke alle gjør det. Mens sykehjem er institusjoner for heldøgns pleie og omsorg, spenner dagens omsorgsboliger svært bredt. Noen er boliger hvor beboerne må være selvhjulpne. Noen er tilrettelagt for livsløpsstandard. Andre omsorgsboliger har en viss grunnbemanning, mens atter andre kan ses på som en moderne variant av sykehjem og er tilrettelagt for at beboerne kan få like mye hjelp som det de får på et sykehjem. Den sistnevnte gruppen av omsorgsboliger kan selvfølgelig inkluderes i utregningen av det man kaller en samlet dekningsgrad, men ikke de førstnevnte.

Dette syn støttes etter vår mening av Statens helsetilsyn, som hevder at det oppstår en mulighet for at boligene i realiteten fungerer som institusjoner uten at de rettslige rammene som regulerer institusjonene slik vi kjenner det fra tidligere, er til stede. Dette er også i tråd med Riksrevisjonens undersøkelse, som viser at bare i underkant av 1/3 av omsorgsboligkompleksene har fast bemanning hele døgnet, mens over 50 pst. ikke har fast bemanning. Riksrevisjonen skriver at det for enkelte av kommunene har fremstått som mer attraktivt å bygge ut

omsorgsboliger enn sykehjemsplasser, siden omsorgsboligene har fremstått som mindre kostnadskrevende å drifte. Det er en beskrivelse vi kjenner oss igjen i.

Legeforeningen deler Riksrevisjonens syn og mener det må foretas en begrepsavklaring og differensiering av omsorgsboligene for å kunne vite hvor stor kapasitet det er i tilbudet til de sykeste og svakeste eldre, de som trenger heldøgns pleie og omsorg. Etter vårt syn er det mange feilplasserte eldre i dagens omsorgsboliger, pasienter som trenger heldøgns pleie og omsorg, men som er plassert i omsorgsboliger for de selvhjulpne eldre. La det være helt klart uttalt: Mange eldre vil ha glede av å være i tilrettelagte omsorgsboliger for de selvhjulpne i noen år, men mange vil etter hvert trenge heldøgns pleie og omsorg, og da er det sykehjem, ulike bokollektiver eller omsorgsboliger med heldøgnsbemanning som er det faglig riktige tilbudet. Vi ønsker derfor at det skal stilles klare kvalitetskrav til de omsorgsboligene som skal gi tilbud om heldøgns pleie og omsorg. Etter vårt syn er viktige stikkord her – dere etterlyste en definisjon i stad – at det skal være tilstrekkelig og kompetent personale til stede i egne bemannede vaktrom, at det er tilgang til fellesarealer for beboerne, samt at de arealmessig gir mulighet for bruk av egnet hjelpeutstyr. Vi deler Helsetilsynets syn, at omsorgsboliger som gir heldøgns pleie og omsorg, bør ses på som sykehjemsinstitusjoner.

**Møtelederen:** Takk skal du ha.  
Da gir jeg ordet til Modulf Aukan.

**Modulf Aukan (KrF):** Takk, leiar.

Det vert hevda i riksrevisjonsrapporten at fordelinga av investeringstilskottet skjedde ut frå fagleg gjennomgang og vurdering, fordi kravet om tilrettelegging for heildøgns omsorgstilbod var vareteke i Husbanken sine retningslinjer. Korleis kan det da ha seg at det har vorte så mange fleire omsorgsbustader i forhold til sjukeheimplassar, og at det vert sett på som eit mishøve i forhold til dei retningslinjene som Husbanken har?

**Hans Kristian Bakke:** Det ligger i det vi sier, og det du sier nå, at det er et misforhold mellom det som har vært grunnlaget for å gi investeringene, og det vi som personell ute i sektoren opplever er blitt resultatet. Hvordan det kunne skje, finner jeg det litt krevende å svare på, men det er åpenbart sett fra vårt ståsted at det har skjedd. Jeg vet ikke om det er noen som kan føye til noe?

**Jorunn Fryjordet:** Jeg tror at man finner svaret også i Riksrevisjonens undersøkelser, nemlig kostnadene. Det var mer attraktivt for kommunene å satse på omsorgsboliger fordi det stilles andre kvalitetskrav til sykehjem.

**Modulf Aukan (KrF):** No er det slik at vi må stilla spørsmål for å belysa om denne planen har gått slik som det var tenkt, og det er jo derfor ein har slike revisjonsrapportar. Derfor må vi stilla slike kontrollspørsmål.

Når det gjeld renovering av eldre bygningsmasse og kravet om einerom, har det ført til at det totale tilbudet i

den bygningsmassen har vorte mindre. Kan ein seia noko om gjennomføringa av den delen av ombygginga i forhold til eit fagleg kriterium?

**Jorunn Fryjordet:** Der tror jeg man entydig kan si at ombygging av sykehjem til boliger som er bedre tilrettelagt, har ført til en kvalitetsheving. Vi har gjort en undersøkelse, som ikke er publisert ennå, som også dokumenterer det.

Spørsmålet om hvorvidt enerom er et entydig kvalitetskrav, er vanskelig. Britt Slagsvold gjorde en doktorgradsundersøkelse en gang som viste at veldig mange gamle faktisk hadde ønsket å bo på dobbeltrom, på grunn av tryggheten med å ha en annen gammel til stede, slik at man kunne få tak i personalet hvis man trengte det. Men det er jo utenfor denne diskusjonen.

**Trond Egil Hansen:** Kravet har vel vært at de som ønsker det, skal kunne tilbys enkeltrom. Min erfaring med sykehjemsbeboere som plasseres på dobbeltrom uten å ønske det, er at de får et dårlig tilbud, særlig hvis de er demente og ikke engang forstår hvorfor det hele tiden er en fremmed på rommet deres.

**Modulf Aukan (KrF):** Ut frå det som vert sagt no, burde ein ha justert reforma undervegs?

**Hans Kristian Bakke:** Det ligger nok i det vi sa innledningsvis, at svaret fra vår side er ja i forhold til å gjøre veldig tydelig hva som skulle være tilbudet eller ikke for heldøgns pleie og omsorg.

**Jorunn Fryjordet:** Dette er ikke bare noe vi mener i ettertid. Dette har vi sagt kontinuerlig underveis til Sosialdepartementet og til sosialkomiteen i Stortinget.

**Modulf Aukan (KrF):** Ja vel. De var i innleinga inne på definisjonen av heildøgns pleie, og no har vi spurt alle som har vore her i dag, om akkurat det. Men det er ikkje heilt lett for oss å få tak i kva ein meiner med det, altså å klara å få tak i definisjonen.

**Hans Kristian Bakke:** Nei, det kan jeg godt forstå ikke er helt enkelt, og det er ikke helt enkelt for dem som jobber i sektoren heller. Men vi er nok veldig klare på at det er et åpenbart behov for å forsøke, og jeg tror absolutt at det er mulig å lage en definisjon som er såpass god at den kan skape et grunnlag for oss som arbeider i sektoren, og for at dere som skal vurdere hvordan sektoren fungerer, kan ha et langt bedre grunnlag for å vurdere om dere oppnår de målene dere setter, eller ikke.

**Modulf Aukan (KrF):** Det vart sagt i innleinga her at det nok var ein del som var feilplasserte. Har ein gjort nokon undersøkingar på det, eller ligg det noko i det materialet som vi no fekk?

**Jorunn Fryjordet:** Nå finner jeg det ikke akkurat, men i bakgrunns materialet refererer vi til en veldig viktig

undersøkelse som Statens helsetilsyn har gjort, og som viser at like syke gamle får ulikt tilbud avhengig av hvor de bor, eller for å si det på en annen måte: Bor du hjemme, så ligger du dårligst an. Bor du i omsorgsbolig, har du det litt bedre, og bor du på sykehjem, så får du best tilbud. Da må man huske: Hva snakker vi om her? Vi snakker om syke gamle mennesker. Hvis du ser på dagens sykehjemsboere, er det folk som i snitt er 84 år. Mange av dem er demente. De har tre til fire aktive sykdommer selv. De kan ikke gå selv, de kan ikke spise selv, veldig mange av dem er inkontinente. Det er dagens sykehjemsboere. Men mange pasienter som er like syke, befinner seg i omsorgsboliger og i egne hjem. Grunnen til at de greier seg, er en enorm innsats fra pårørende som ikke har annet valg enn å stille opp som heldøgnspleiere for sine kjære.

**Trond Egil Hansen:** Kan jeg få tilføye at i dette begrepet «heldøgns pleie og omsorg» ligger det jo at det er et døgnkontinuerlig behov. Det kan på en måte ikke deles opp i besøk to ganger i døgnet eller fire ganger i døgnet eller seks eller åtte ganger i døgnet og ellers etter tilkalling, men det er et døgnkontinuerlig behov. De må ha personale tilgjengelig hele tiden. Det er ett sentralt element i hvert fall. Til dette med feilplassering: Det er en del mennesker der ute som har behov for heldøgns pleie og omsorg, men som er på arenaer hvor de ikke kan få det. De er feilplassert og lider under feilplassering.

**Modulf Aukan (KrF):** Meiner du da at feilplassering stort sett skjer i omsorgsbustader?

**Trond Egil Hansen:** Nei, det er på veldig mange forskjellige arenaer. En del blir boende i sitt opprinnelige hjem, og er feilplassert der. Noen blir feilplassert på trygdebolig/omsorgsbolig, altså disse kommunale tilbudene som egentlig er uten definert innhold, og de konkurrerer egentlig om hjemmetjenestene på linje med alle andre hjemmeboende. En del av dem er feilplassert på sykehus, ikke som «ferdigbehandlet», det begrepet bruker vi ikke, men utskrivningsklare. En del er feilplassert på sykehjemmenes korttidsavdelinger og blir langtidsligere der, noe som gjør at sykehjemmene ikke er i stand til å opprettholde korttidsstilbudet sitt på det nivået de burde hatt.

**Modulf Aukan (KrF):** Ja takk.

**Møtelederen:** Kjell Engebretsen – vær så god!

**Kjell Engebretsen (A):** Ja takk, leder. Jeg ser at Legeforeningen har tall her som viser at kapasiteten har gått ned. Det vi har hørt tidligere i dag, er at kapasiteten de facto har gått opp. Så enten har vi på en måte misforstått hverandre her eller så opererer man med ulike tall. Jeg vet ikke hva som har skjedd. Men dere viser en kapasitetsnedgang fra 19,1 til 17,8 pst. i perioden 1996–2003, litt bedre i 2005, forstår jeg, og så har dere framskrevet tallene helt fram til ... Og det forbauser oss ikke at vi står overfor voldsomme ting framover. Men disse tallene

fram til 2003, og også 2005 – hva er det jeg har misforstått i løpet av dagen her?

**Jorunn Fryjordet:** Det er veldig enkelt. Antall plasser har økt, men antall eldre har økt mer.

**Kjell Engebretsen (A):** Jo, men man kommer ikke hit og forteller oss at kapasiteten er økt fordi man har bygd flere plasser, når man vet at ...

**Jorunn Fryjordet:** Jo, hvis du ser bare på antall plasser, så sier man jo at kapasiteten har økt, fordi vi har 5 000 flere sykehjems plasser i dag enn vi hadde ved inngangen. Da er kapasiteten i antall sykehjems plasser sagt. Vi sier at du ikke kan se på kapasitet på den måten, fordi kapasitet må ses i forhold til hvor mange eldre man har.

**Kjell Engebretsen (A):** Ja, jeg har også sett det sånn i løpet av denne formiddagen ...

**Jorunn Fryjordet:** Og da er tallene entydige. De har gått ned når det gjelder antall sykehjems plasser.

**Kjell Engebretsen (A):** OK, greit. Ja jeg har et spørsmål til. Det er for så vidt ikke noe spørsmål, men Stortinget hadde den intensjon og den mening at de kommuner der det var flest og tyngst pleietrengende mennesker, skulle prioriteres i dette arbeidet. Det var, som sagt, Stortingets intensjon og Stortingets mening. Men på en eller annen måte har dette glippet underveis. Hadde det vært fornuftig av Stortinget for sin del å legge sterkere føringer på hvordan man skulle fordele pengene fra starten av? Hadde det vært nødvendig?

**Hans Kristian Bakke:** Det er jo alltid mye lettere å se i speilet enn å se fremover ...

**Kjell Engebretsen (A):** Jo, men det er det vi gjør nå for å gjøre de erfaringene.

**Hans Kristian Bakke:** Ja, vi er nok av den oppfatning at dersom man i sterkere grad hadde klart å målrette mot de sykeste eldre i kommunene, hadde planen kunnet skilte med større grad av suksess enn det som har blitt tilfellet.

**Kjell Engebretsen (A):** Takk.

**Jorunn Fryjordet:** Du spurte tidligere hva man kan lære. Jeg tror nok at hvis vi skal gi et lite råd, så er det: Still kvalitetskrav i forbindelse med handlingsplaner.

**Møtelederen:** Carl I. Hagen – vær så god!

**Carl I. Hagen (FrP):** Takk skal du ha, leder.

Bakgrunnen for det bildet dere tegner, er det økonomi eller er det andre faktorer? Altså, jeg tenker i kommuner. Er det økonomi og økonomiske systemer som gjør at man har bygd veldig mange omsorgsboliger med delvis

lav bemanning for å få opp dette tallet, dekningsgrad av boliger med heldøgns omsorg – og så har man definert det som en omsorgsbolig med veldig lav bemanning eller nesten ingenting? Man har altså greid å blåse opp tallene, fordi man har hatt en ullen definisjon?

Er det de økonomiske systemene som er årsaken, eller er det andre årsaker til dette resultatet?

**Hans Kristian Bakke:** Det er nok tilnærmet umulig for oss å hevde at det er en konkret vurdering og prioritering av behovet for de sykeste eldre i kommunene som ligger til grunn for den utbyggingen man har gjort av omsorgsboliger med lav bemanning på bekostning av andre tilbud, som det antakelig etter vår mening her har vært større behov for.

**Carl I. Hagen (FrP):** Ville dere ha sett det ønskelig med en større grad av det vi med et generelt ord kaller «øremerking»? Hvis Stortinget har et ønske om å få bygd flere sykehjemsplasser og bedre dekningen for dem som er de dårligste pasientene, kommer man da – så lenge dette dessverre er et kommunalt ansvar – utenom en eller annen form for øremerking, hvis det er Stortingets ønske?

**Hans Kristian Bakke:** Ja, man kan jo bruke forskjellige teknikker på å oppnå det man ønsker i kommunene, men kvalitetskrav er ett element som vi har fremført her. En rent økonomisk modell som sier at du får bruke pengene bare til dem som tilfredsstillende enkelte krav, kan være en annen modell. Men vi har ikke lyst til å ha veldig sterke meninger om det. Det vi ønsker å ha sterke meninger om, er at det er behov for å sikre akkurat det som jeg oppfatter som et felles mål. Men jeg registrerer at man ikke har lyktes gjennom de tiltak man har brukt i denne sammenheng.

**Carl I. Hagen (FrP):** Det er riktig oppfattet av meg når dere snakker om at det er to tabeller i dette? Den ene er den tabellen som viser, skal vi si, selve sykehjem, hvor det har vært en nedgang i dekningsgraden fra 19.1 til 17.8, og det er fordi den viser bare sykehjem og ikke omsorgsboliger og alle de andre tingene, mens alt det vi tidligere har hørt i dag, har gått på det store begrepet, fordi det er kommet mange flere omsorgsboliger som de putter inn i dette. Er det riktig oppfattet?

**Jorunn Fryjordet:** Ja, det er riktig oppfattet. Og har man fått flere plasser for heldøgns pleie og omsorg? Vel, det er det faktisk ingen som kan svare på, for vi har ingen definisjon og ingen tall for det.

**Trond Egil Hansen:** Og omsorgsbolig er et begrep som ikke er definert i noe regelverk. Det er en bygning, det er en bolig. De har rett til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven, og det har alle kommunens innbyggere. Det er ikke noe mer ...

**Carl I. Hagen (FrP):** Så hvis en kommune lager et bosystem og sier at dette regner vi som heldøgn fordi de

har den samme retten som dårlig stilte hjemmeboende til hjemmesykepleie og hjemmehjelp, og man har et eller annet kommunikasjonsystem, da regner vi det som en heldøgns pleie – altså får man blåst opp antallet, men slipper de kostnadene man har på et sykehjem.

Har Legeforeningen vurdert selve økonomisystemene? Her er det så vidt jeg vet, for en bruker som er på sykehjem, 85 pst. – altså en bra inntekt, men allikevel en stor utgift for kommunen fordi kostnadene er så store. Har dere diskutert å lage flere posisjoner eller flere kategorier, altså ikke enten sykehjem eller ikke, hvor det er stor forskjell på hva man selv betaler – og det samme når det gjelder kostnader – altså ha flere grader både av egenbetaling og flere grader av kostnader for en kommune, eller også overføringer fra staten? Altså, enten er man på det ene ytterliggende punktet eller det andre. Hvis man hadde flere kategorier, ville jo det ta hensyn til dette.

**Jorunn Fryjordet:** Vi har drøftet dette i forbindelse med de siste utspillene om brukerbetaling. Det er klart at for vanlige, friske eldre, altså friske eller funksjonsdyktige – for det er ingen eldre over 80 år som er bare friske, de fleste har jo noen problemer – er det slik at det er et poeng å kunne differensiere tjenestene. Men når vi kommer og snakker om så alvorlig syke mennesker som de som trenger heldøgns pleie og omsorg, er dette at de selv kan velge tjeneste, bare en illusjon. Da tror jeg man må si at her trenger man en pakkedøsning for helheten i tjenestetilbudet, for den er det noen andre enn de eldre selv som faktisk må ivareta, når de trenger heldøgns tilsyn og pleie.

**Carl I. Hagen (FrP):** Har dere hørt noe om RUG – altså ikke DRG – men på dette området, RUG, Resource Utilisation Group, forskning i utlandet og utenlandske systemer. Er det noe vi kan se på?

**Hans Kristian Bakke:** Vi kan nok se på det, men vi har ikke vurdert det konkret, slik som jeg opplever at du spør om. Vi har vel en viss skepsis til å stykke opp tjenestene i enkelttjenester som du betaler for, litt i lys av det som nettopp ble sagt. Dette er en gruppe som har et stort og omfattende behov, og som ikke kan anses som forbrukere i et system som vi som sitter i dette rom. Og i varierende grad har de pårørende som kan hjelpe seg. Samfunnet må stille opp med dette tilbudet på en egal og god måte.

**Carl I. Hagen (FrP):** Jeg vil bare oppklare misforståelsen, leder. Jeg hadde ikke tenkt at de skulle betale for det selv. Det var selve betalingen til det systemet som ivaretar deres interesser, som skal være slik at alle kategorier av brukere er, la oss si, like lønnsomme eller ulønnsomme for dem som leverer tjenestene.

**Hans Kristian Bakke:** Det blir et annet perspektiv.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til meg selv.

**Ågot Valle (SV):** Jeg har lyst til å fortsette på det – nemlig det å ikke dele opp mennesket i enkeltdele, men å ha helhetlige tilbud og en helhetlig eldreomsorg, som jo også planen skulle ta vare på.

Da kommer jeg over til begrepet rehabilitering. Jeg husker jo fra min tid i Bergen kommune at rehabilitering var meget diskutert, og at vi hadde et stort fokus på det. Jeg ser at dere skriver noe om behov for korttidsavdelinger for rehabilitering, at det kan løse også det som har vært oppe i dag, eller at det har vært et tilbud i gråsonen mellom første- og andrelinjetjenesten. Kan dere si noe om hvor gjennomføringen av denne planen er blitt av?

**Jorunn Fryjordet:** Jeg vet ikke om jeg har veldig lyst til å si det, men jeg synes det er ganske fraværende.

Som vi viser i pkt. 3 her, har Statens helsetilsyns undersøkelse sett på hvordan kommunene bruker korttids-plassene, og hvor mange plasser som faktisk er korttids-plasser på norske sykehjem i dag. Det er 8 pst. av plassene. Og da må man huske på at mange av de plassene er for eldre pårørende, altså for pårørende som på en måte får avlastning. Hvor mange av de plassene som da går til rehabilitering, kan man jo lure på, fordi – som sagt i sted også – det er mange av dem som beliggis av pasienter som egentlig er langtidspasienter.

Man vet at rask rehabilitering etter sykehusopphold er helt avgjørende for å beholde funksjonsnivået. Skal de gamle kunne greie seg selv hjemme, med litt hjelp, må rehabiliteringen starte raskt og umiddelbart. De kan ikke bli sendt hjem og så vente i to uker for å få begynt med rehabiliteringen. Rehabiliteringen bør begynne på sykehus!

Det manglende fokuset på helseperspektivet i hele denne handlingsplanen er veldig bekymringsfullt, og dette er et viktig perspektiv.

**Trond Egil Hansen:** Alle kommuner som jeg kjenner til, har en ambisjon om å øke andelen korttidsopphold, men de får det ikke til! En hovedårsak til det er vel nettopp at man har en underdekning på varige plasser. Korttidsavdelingene er en av de arenaene hvor pasienter blir feilplassert, til ugunst for seg selv, og det gir et kapasitetsproblem i korttidsstilbudet.

**Ågot Valle (SV):** Noe av det som det også har vært oppmerksomhet rundt, og som jeg kan lese noe om i medisinalmeldingen fra Hordaland, som jo også tar utgangspunkt i rapportene fra Statens helsetilsyn, er legedekningen.

Det er viktig at legene er i denne tiltakskjeden og samarbeider med andre, men at man da også har forsvarlig legedekning på sjukeheimene – det var et utsagn fra min side.

Kan dere si noe om jobben som er gjort for å få god nok tilsynslegedekning på sjukeheimene og leger som er interessert i samhandling med heimesjukepleien?

**Hans Kristian Bakke:** Ja, gjerne det.

Først en liten kommentar til den gangen vi satt i hver vår bydel i Bergen: Det er nok veldig mye de samme problemene nå. Vi satt og slet med ønsket om rehabilitering, men måtte ivareta de store og akutte problemene. Det er nok fortsatt for mye av det.

Når det gjelder legedekning, først i forhold til hjemmesykepleien, har vi fått en fastlegeordning som på mange områder fungerer veldig godt, og som på enkelte områder kan bli bedre. Den gjør i hvert fall at hjemmesykepleien har en klar adresse for hvilken lege som er ansvarlig for å følge opp den enkelte hjemmeboende pasient. Det er bra, for det var et savn tidligere.

Men så er det selvfølgelig en utfordring at hjemmebaserte tjenester er organisert etter geografi, mens fastlegeordningen er organisert etter pasientenes valg. Det er en utfordring i forhold til samhandlingen, hvor den geografiske avstanden noen ganger kan bli stor. I de mindre kommunene tror jeg dette går veldig greit; i de større kommunene tror jeg også det stort sett fungerer. Men igjen, det kan også bli bedre.

Når det gjelder sykehjemmene, mener vel Legeforeningen at vi har den største utfordringen der. Dessverre skjedde det at kommunene etterspurte legetjenester i sykehjemmene i altfor liten grad ved innføringen av fastlegeordningen. Gjennomsnittlig ber norske kommuner om at fastlegene tar fire timer pr. uke i kommunale bistillinger, og sykehjemmene er en del av det, mens de hadde mulighet – og har for så vidt mulighet – til å be om en hel dag i uken.

Vi har nå noen nye data, som for så vidt ble fremlagt også for Stortinget før sommeren, som viser at kvaliteten på de medisinske tjenestene i sykehjem bl.a. er veldig avhengig av hvor mye legetjenester du har i sykehjemmene. Vi syntes det var trist at ikke Stortinget i tilstrekkelig grad tok dette innover seg før sommeren og påla sykehjemmene å ha en bemanningsnorm når det gjelder legetjenester i sykehjemmene, da man hadde muligheten til det. Men den muligheten kan Stortinget selvfølgelig velge å ta opp igjen. Vi mener at dataene er veldig klare på at det bør man faktisk gjøre.

Vi ønsker å sende fastlegene i større grad inn i sykehjem, for å styrke denne tjenesten. Det er det ingen tvil om.

**Møtelederen:** Takk skal dere ha.

Er det andre som har noen spørsmål?

**Modulf Aukan (KrF):** Eg har eit lite oppfølgings-spørsmål som kjem naturleg i samband med det Bakke seier.

Korleis er evna og viljen til samhandling med sjukepleiaretaten, for å seia det slik? Er den god nok frå tilsynslegen si side?

**Hans Kristian Bakke:** Tenker du i sykehjem, eller tenker du åpen omsorg?

**Modulf Aukan (KrF):** Eg tenkjer spesielt på sjukeheimar.

**Hans Kristian Bakke:** Vi har alle typer medlemmer, for all del, som i forskjellig grad er dedikert sine oppgaver, men mitt inntrykk generelt er at legene tar på alvor jobben med å være tilsynslege for sykehjemmene.

Men det er svært uheldig, når en lege har en avtale om å være fem eller syv timer en dag i uken på et sykehjem, at ikke kommunen samtidig inngår en avtale med den doktoren om at sykehjemmet skal få kunne bruke vedkommende også de andre fire dagene i uken, at man kanskje til og med kan få lov til å ringe vedkommende frem til klokken åtte på lørdag kveld og søndag kveld, og hele dagen, for å kunne avklare de problemstillingene som oppstår ellers i uken med de pasientene som er på avdelingen for inneliggende pasienter, og som denne legen – som den eneste legen – kjenner, og som er den legen som personalet som jobber på denne avdelingen, har et nært og kontrollerende forhold til.

Det er mulig å lage bedre systemer for dette. Vi har beskrevet modeller for det, og vi har til dels klart å selge det, men i altfor liten grad. Østfold er et av de stedene hvor man faktisk har fått dette til å fungere veldig godt.

**Trond Egil Hansen:** Det alle kartlegginger viser, er at legedekningen ikke bare i gjennomsnitt er for lav, men at den er også ekstremt ujevn. Det er klart at de legene som har arbeid i sykehjem med de mest umulige arbeidsforholdene, ikke kan lykkes med å gjøre en god jobb i den funksjonen. Det har også noe å gjøre med lysten til å ta på seg den typen arbeid. Leger, som de fleste andre, skyr umulige arbeidsforhold, så det er klart at det å gi noen rammer for å kunne gjøre en bedre jobb som sykehjemslege, også vil virke rekrutterende og få de legene som påtar seg det arbeidet, til å gjøre en bedre jobb, fordi de får muligheten for det.

**Modulf Aukan (KrF):** Korfor eg spør om det, er erfaringa frå ein liten kommune på Nordvestlandet, der eg vel må seia at det ikkje alltid har vore optimalt samarbeid mellom lege og sjukepleiarar.

**Møtelederen:** Takk skal dere ha!

De opplysningene dere kommer med, er veldig verdifulle, slik at vi kan få belyst rapporten og planen på en skikkelig måte.

-----  
*Høring med Norsk Sykepleierforbund  
ved Bente G. H. Slaatten, Anne Marie Flovik  
og Ingvild Dahl Dørnes*

**Møtelederen:** Jeg har gleden av å ønske Sykepleierforbundet – Bente G. H. Slaatten, Anne Marie Flovik og Ingvild Dahl Dørnes – velkommen til denne høringen.

**Bente G. H. Slaatten:** Takk for det! Takk også for muligheten til å få komme til kontroll- og konstitusjonskomiteen og gi innspill om et tema og på et område som

Norsk Sykepleierforbund har et stort engasjement i og et stort hjerte for. Det setter vi pris på.

Nå er det slik at Legeforeningen var her på forhånd. Vi jobber tett sammen når det gjelder helsetjenesten, særlig til de sykeste eldre, som vi er veldig opptatt av, og vi kunne på en måte holdt den samme innledningen som Legeforeningen gjorde, så jeg får prøve å begynne på en litt annen måte.

Vi har levert et lite notat til dere med noen vedlegg. Jeg kunne tenke meg å kommentere noen få punkter som dreier seg om måloppnåelsen, hvordan vi ser på Riksrevisjonens vurderinger og hvordan situasjonen i eldreomsorgen er, og selvfølgelig må vi innom omsorgsboliger og heldøgns pleie og omsorg og kompetanse og bemanning.

Innledningsvis veldig kort til måloppnåelsen: Vi registrerer med litt undring, på en måte, at departementet utelukkende legger seg på Romørens rapporter, som jo går veldig kvantitativt på å telle antall omsorgsboliger, antall enerom, antall hoder i bemanningen, hvis vi skal si det sånn. For det er ikke de overordnede målene for hele planen, det er mer tiltak eller konkretiserte delmål, eller hva vi skal kalle det. Hvis vi rapporterer på det, kan vi fort rapportere at man har nådd måltallene. Men derfra til å koble det til at man har nådd de rette pasientene og brukerne og fått til en kvalitetshevning, går ikke.

Så vi er litt skeptiske til måten det her faktisk er målt på. Vi har jevnlig påpekt – og det ligger i noen av vedleggene – i hvert fall kontinuerlig fra høsten 2000, at det var behov for en endring og en vridning av hele satsingen og handlingsplanen i forhold til at nå ble det mye mer en boligreform enn en kvalitets- og innholdsreform. Det ble et mye større fokus på, skal vi si, det sosiale aspektet, altså på servicetjenester og den biten, og de som på en måte falt mellom to stoler, var de sykeste eldre. Det har vært vårt fokus hele tiden, som vi har tatt opp en rekke ganger, både med departementer, statsråder og sosialkomiteen. Det ligger også dokumentert.

Det leder meg til at vi nok oppfatter at Riksrevisjonens funn gir en god beskrivelse av situasjonen og utfordringene i eldreomsorgen. Vi deler vurderingen og konklusjonene, og vi har fokusert mange av de samme forholdene selv, senest i et notat som vi overleverte sosialministeren i desember for et år siden – det ligger vedlagt – hvor vi bruker omfattende forskning og dokumentasjon for å underbygge våre synspunkter. Det har dere fått.

Jeg synes også det er viktig å trekke fram at eldreomsorg er veldig mye. Det er alt fra de friske eldre som trenger et servicetilbud, som trenger å forebygge sykdom, som trenger å forebygge psykisk sykdom, ensomhet osv., til det å lære seg å leve med sykdom, til rehabilitering/habilitering og til å ta oss av dem som er veldig syke. Dem vi finner i sykehjemmene i dag, er kanskje de mest syke pasientene vi har i dette landet. Det dokumenterte ikke minst SINTEFUnimed i undersøkelsen fra mars i fjor, hvor de gjorde en pasientkartlegging – den står også referert – som viste at gjennomsnittspasienten i sykehjem er 84 år og har hele fire aktive diagnoser som krever omfattende medisinsk behandling og sykepleie. De dokumen-

terte også at pasientene i hjemmesykepleien i gjennomsnitt – og da er alle de unge også tatt med – er 73 år og har tre aktive diagnoser som krever medisinsk oppfølging og sykepleie.

Diagnostisert demens var en svær gruppe både i boliger og i sykehjemmene, også utenfor demensavdelingene. I sykehjem er vi oppe i 40 pst. som har diagnostisert demens, utenom demensavdelingene. Det dette beskriver, er at vi har en gruppe med svært syke mennesker, og et boligtilbud løser ikke det.

Omsorgsboligene, slik vi vurderer det, er egentlig et boligtilbud. Det som Helsetilsynet også i sin NOVA-rapport dokumenterte, var at nettopp hvor du bor, avgjør hvilket tjenestetilbud du får. Omsorgsboliger er mye ulikt, og det trengs begrepsavklaring og avgrensning. Det trengs en begrepsavklaring på hva som er heldøgns pleie og omsorg. Det er ikke klart. Vi synes egentlig ikke det er så vanskelig, men jeg skal komme litt tilbake til hva det er.

Tilstanden til mange pasienter i omsorgsbolig er slik at de trenger mye behandling, sykepleie og omsorg. De har krav på de kvalitetsmessige forholdene og tjenestene og de rettslige rammene som de ville hatt om de bodde i et sykehjem. Nå snakker vi om de sykeste.

Helsetilsynet har en oppfatning av hva heldøgns pleie og omsorg er, som vi deler, og som vi også forstod at Legeforeningen deler, og det er at de omsorgsboligene, som er organisert med heldøgns pleie og omsorg, må ses på som tilsvarende institusjoner. Det betyr at de må sikres tilstrekkelig personell, kvalifisert personell, som er til stede 24 timer i døgnet, og at det er fellesarealer og arealer som gir muligheter for bruk av egnet utstyr. Slik definerer Helsetilsynet det, og vi er enig med dem i det. I dag tilfredsstiller ikke omsorgsboligene dette. Det betyr også at de ikke er et tilbud til de sykeste eldre.

Så kort om kompetanse avslutningsvis. Man teller hoder. Det er klart at når man skal se på tilbudet til de sykeste eldre, som vi er mest opptatt av her, nytter det ikke å telle hoder, da må man også se på kompetanse. Det mener vi har vært en svakhet i opptrappingsplanen hele veien, og vi har påpekt det gang på gang, at man bare teller hoder og ikke ser på kompetanse. For det er klart at de som vi tar inn i sykehjemmene i dag, de som skrives ut fra sykehusene i dag til omsorgsboliger, er veldig mye sykere enn de pasientene som vi fikk inn i sykehjemmene for 20 år siden. De krever mer kompetent personell. Det har vært en oppblomstring i ansettelse av ufaglærte. Det er viktig at de får opplæring, men det har vært en undervurdering og underkommunisering av behovet for kompetent personell. Jeg tenker først og fremst på leger og sykepleiere, og også hjelpepleiere.

Så kort noen tall når det gjelder sykepleiere. Riksrevisjonen slo fast at det i gjennomsnitt stod 11,7 pst. av sentrale fagstillinger ubesatt pr. 31. desember 2001. I Rapport nr. 3, oppfølgingen av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell, sier direktoratet at av måltallene for sykepleiere hadde kommunene rekruttert kun 27,3 pst. Det var planlagt å øke årsverkene til 788 – den reelle økningen var 215, og resten ble erstattet med ufaglærte. Sosial-

og helsedirektoratet sier da at for å kompensere for fravær av personer med disse yrkesutdanningene, ble ufaglærte benyttet i stor utstrekning. Det var 114 pst. flere ufaglærte på dagvakt enn planlagt, og i hjemmesykepleien 3,5 pst. flere ufaglærte på arbeid på dagvakt enn det turnusen skulle tilsi.

Holdningen til å rekruttere personell med rett kompetanse har vært litt lemfeldig i forhold til at man har slått seg til ro med at det er greit at man ikke klarer å rekruttere. Det har ikke manglet på innspill for å rekruttere! – Da tror jeg de fem minuttene har gått!

**Møtelederen:** Ja, jeg gav deg litt tid. Takk skal du ha. Modulf Aukan – vær så god!

**Modulf Aukan (KrF):** Ja, takk.

Lik behandling i kommunane er eit av dei definerte måla som revisjonsrapporten beskriv. Den rettleiinga nærast med pålegg om å følgja forvaltingslova som departementet sende ut til kommunane – er inntrykket at den har vorte brukt i kommunane, slik at dette har komme på plass?

**Bente G. H. Slaatten:** Vi har ikke noen kartlegging som absolutt sier at det er blitt bedre eller at det ikke er blitt bedre. Men vi har det utgangspunktet at lovverket skal følges. Det er viktig at det ble laget saksbehandlingsrutiner, og at det følges opp. Vi for vår del, som har mange ledere i våre rekker, gjør ganske mye arbeid i forhold til opplæring akkurat rundt lov- og avtaleverk, som faktisk regulerer hele sektoren. – Anne Marie Flovik, jeg vet ikke om du vet mer om det enn meg, om vi kan si det er en bedring? Jeg tror ikke vi skal tørre å trekke den konklusjonen, men det er i hvert fall viktig at saksbehandlingsregler følges, og det var et potensial for forbedring, og jeg tror veilederen var et viktig verktøy i så måte.

**Modulf Aukan (KrF):** Akkurat. Målet med handlingsplanen var så klart likeverdige levekår i omsorgssektoren. Rapporten seier at skilnaden frå 1997 og fram til i dag eigentleg er svært liten. Dekningsgraden har ikkje vorte så svært mykje betre. Kva er årsaka til det?

**Bente G. H. Slaatten:** Vi er enig i det, at forskjellene antakelig ikke er store. Nå kommer det jo an på hvordan man måler dekningsgraden, det er nå én ting. Men antallet syke eldre har også vokst veldig. Det er klart at hvis en ikke holder tritt med det, øker heller ikke dekningsgraden. Men forskjellene kommunene imellom, hvis det var det du spurte om, jeg er litt usikker på hva du egentlig spurte om ...

**Modulf Aukan (KrF):** Det var det.

**Bente G. H. Slaatten:** ... ja, det var det du spurte om, så er vel det et område hvor vi kanskje heller ikke har vært tydelige nok på å spille inn det underveis. Men vi ser veldig godt at her har styringen av midlene kanskje



vært for uklar eller for svak. Intensjonen var at der hvor det var dårligst, skulle man ruste opp, og så har det ikke akkurat blitt slik. Vi mener nok at her mangler det noe styring og oppfølging som burde vært litt tettere. Men vi har heller ikke gjort vår bit av det, da.

**Modulf Aukan (KrF):** Du sa i innleiinga di noko om, og det har fleire vore inne på her i dag, definisjonen av heildøgnspleie. Du sa at Helsetilsynets definisjon om 24 timars vakt måtte oppfyllest for at ein kunne snakka om heildøgnspleie – er det riktig oppfatta?

**Bente G. H. Slaatten:** Ja, vi mener det veldig klart at det dreier seg om at da skal man være tilgjengelig hele døgnet, 24 timer, og det dreier seg om kompetent og nok personell, tilsvarende en institusjon.

**Modulf Aukan (KrF):** Ja, akkurat.

Så over på rekruttering. Det viser seg i rapporten at tilsetjing av hjelpepleiarar faktisk har stagnert eller gått litt ned, mens tilsetjing av sjukepleiarar har auka, og behovet har auka. Kva oppfatning sit du med når det gjeld sjukepleiaranes interesse for å søkja seg inn i denne sektoren? Er sjukehus meir attraktivt, eller er denne sektoren attraktiv?

**Bente G. H. Slaatten:** Måltallene for sykepleiere er jo på langt nær nådd. Hjelpepleiere er også en utfordring, og jeg tror mange ufaglærte har gått inn i både hjelpepleier- og sykepleierstillinger. Det er en utfordring å gjøre det attraktivt å jobbe i sektoren. Det er mange forhold som skal gjøre det mer attraktivt å jobbe der, men det aller viktigste er å bygge opp fagmiljøer, tror jeg. Det er det vi får tilbakemelding om nå, fordi det er så komplekst å jobbe på sykehjem og blant de sykeste eldre i dag. I dag er man ikke lenger ferdigbehandlet når man kommer ut av sykehus, man er utskrivningsklar, og det betyr at resten av behandlingen skal skje ute i kommunen. Da står man alene i et lite fagmiljø med veldig store utfordringer. For å få gode fagmiljøer er det viktig med høyt kompetent personell, høyskolepersonell og legetjeneste. Det er et viktig rekrutteringsmiddel. Så kan jeg ramse opp alt det andre, men jeg vet ikke om jeg skal gjøre det. Vi kan snakke om lønn, vi kan snakke om fulle stillinger, vi kan ta alt det, men et godt og trygt fagmiljø som gir utvikling, og som verdsettes og gir status, er kjempeviktig. Det tror jeg gjelder for legene også.

**Modulf Aukan (KrF):** Eg må ta utgangspunkt i min eigen kommune igjen – ein liten kommune. Det er klart at mange både legar og sjukepleiarar vert ståande veldig mykje åleine med det faglege ansvaret. I kor stor grad maktar ein i dag i utdanninga, i praksisen, å dyktiggjera – i dette tilfellet – sjukepleiarar til den oppgåva?

**Bente G. H. Slaatten:** Du peker på en utfordring der. Man er i praksis halvparten av utdanningstiden sin, og når man da er i praksis i kommunehelsetjenesten, på sykehjem og i hjemmesykepleien, er det veldig viktig at man

har en bemanning av sykepleiere som kan gi veiledning og på en måte skape en trygghet og en positivitet rundt det å jobbe der. Og når det salderes, slik som vi oppfatter at det er gjort, fordi man fyller opp med ufaglærte, blir det heller ikke noen positiv drive for å komme tilbake dit. Så det å ha gode praksisplasser som gir veiledning, og som markedsfører det positive ved å jobbe i en kompleks helse-tjeneste i kommunesektoren, er viktig. Men da må – og det er en utfordring til politikerne – helsetjenestedelen oppgraderes i kommunesektoren, det hørte jeg Legeføreningen også var opptatt av, og *helsetilbudet* må få økt fokusering. Det blir så mye boligbygging og service.

**Modulf Aukan (KrF):** Er verknaden av det du no seier, at ein frå sjukepleiaranes ståstad føler at ein får for dårleg fagleg oppbakking frå legehald?

**Bente G. H. Slaatten:** Nei, vi føler oss ikke dårlig oppbakket fra legehald. Jeg synes sykepleiere og leger jobber godt sammen ute. Jeg tror kanskje ikke at fastlegene på en måte er tilpasset akkurat det å skulle jobbe i sykehjem, men kommunene kunne jo bruke de timene de har mulighet til å bruke fastlegene i sykehjem, på en annen måte. Nei, det dreier seg om en bemanning av nok kompetent personell, nok sykepleiere til å kunne gi veiledning, til å kunne ha et fagmiljø som driver fagutvikling, og som gjør en jobb man er stolt av, og der man ikke hele tiden opplever at man går på akkord med faglighet, med kvalitet og med den typen krav. Det vil virke rekrutterende for sykepleierstudentene.

**Modulf Aukan (KrF):** Takk.

**Møtelederen:** Kjell Engebretsen – vær så god!

**Kjell Engebretsen (A):** Takk leder. Vi har fått svar på mye i løpet av dagen, tror jeg. Riksrevisjonen er for sin del noe skeptisk til om man har klart å få tilstrekkelig kvalifisert personell i eldreomsorgen.

La oss nå si at kommunene klarer å få til et arbeidsforhold som på alle mulige måter er tilfredsstillende, der lønnsforhold og faglige miljøer fungerer, der man i det hele tatt får til en arbeidsplass som svarer til alle slike krav på en god måte. Så har man de toppkvalifiserte yrkesgruppene: fysioterapeuter, sykepleiere, leger osv., som vi trenger her. Dette er statusgrupper, men de har jo ulik status. Jeg har forstått at det er mer gøy å drive med hjernekirurgi enn med eldreomsorg. Spørsmålet mitt er: Hvordan rangeres eldreomsorgen i disse fagmiljøene? Er det noe som man tar til slutt, eller er det noe som faktisk er faglig interessant?

**Bente G. H. Slaatten:** Nå skal ikke jeg svare for de andre gruppene, tror jeg.

**Kjell Engebretsen (A):** Jo, gjør det!

**Bente G. H. Slaatten:** Her kan det nok vurderes ulikt. Man skal også huske på at i sykehus er et flertall av

pasientene syke eldre, så det er jo ikke bare i kommunehelsetjenesten at man jobber med eldre.

**Kjell Engebretsen (A):** Men det er ikke det jeg spør om. Det å behandle sykdom – det å gå ut i eldreomsorgen ute i kommunene, er det noe som disse høyt kvalifiserte yrkesgruppene faktisk rangerer høyt?

**Bente G. H. Slaatten:** Det kommer helt an på, tror jeg, rammebetingelsene og hvilken status vi – eller dere politikere – velger å gi det å jobbe i eldreomsorgen. Det er veldig bra at vi satser på eldreomsorg, men det er klart at sånn som nå, når vi har hatt en svær satsing hvor fokuseringen på helsetjenester ikke blir tydelig på noen måte verken i forhold til de behovene pasientene har, eller i forhold til å legge nok vekt på kvalifisert og kompetent personell, så får det heller ikke status. Det henger litt sammen dette.

Vi skulle gjerne vært med på å ta et krafttak for å ruste opp statusen til det å jobbe i eldreomsorgen, men da først og fremst i forhold til helsetjenesten for de syke eldre og forebyggende helsearbeid i forhold til de eldre som trenger det, og at vi er tydelige på at det er det vi skal gjøre. For det er ikke tvil om at i dag ligger det kjempestore utfordringer her. Og for sykepleiere, med sin kompetanse i det helhetlige perspektivet på pasienten, ligger det kjempeutfordringer når det gjelder både forebygging og opplæring i det å leve med sykdom, og det å behandle og gi sykepleie til veldig syke mennesker. Jeg tror det er fullt mulig, men vi er gjerne med på å oppgradere statusen.

**Kjell Engebretsen (A):** Takk skal du ha.

**Møtelederen:** Carl I. Hagen, vil du ha ordet?

**Carl I. Hagen (FrP):** Ja, takk. Har dere sett den tabellen som Legeforeningen har produsert, Behov for sykehjemsplasser fremover?

**Bente G. H. Slaatten:** Ja, det er den samme tabellen som ligger i det ene vedlegget vårt, i vedlegg nr. 1, som vi overleverte til sosialministeren for et år siden.

**Carl I. Hagen (FrP):** Jeg opplever jo dette som relativt alarmerende opplysninger når det gjelder fremtiden. Rent politisk og samfunnsmessig har mange den holdningen at handlingsplanen for eldreomsorgen nå er ferdig, nå er vi ferdig med den jobben, nå er alt i orden, og nå går vi bare gradvis inn i takt med befolkningsutviklingen. Denne tabellen viser altså at det i 2005 er en manko på sykehjemsplasser på 14 480. Jeg snakker ikke om det utvidede begrepet, men sykehjemsplasser. Hvis det ikke bygges flere, vil vi når jeg nærmer meg 90 år og er på et av disse stedene, mangle 26 000 plasser, med den laveste befolkningsutviklingen. Dette er ganske alarmerende opplysninger. Deler dere den oppfatningen?

**Bente G. H. Slaatten:** Vi deler den oppfatningen, ja.

**Carl I. Hagen (FrP):** Betyr det at hvis vi skulle base-re oss på det, er det greit at vi er ferdig med en handlingsplan for eldreomsorgen, og at det nå er på tide å sette i verk en handlingsplan for sykehjemsutbygging?

**Bente G. H. Slaatten:** Ja, at vi trenger flere sykehjemsplasser, er det ingen tvil om. Vi har allerede kommet med innspill til helse- og omsorgsministeren om at vi mener vi trenger en reform i kommunehelsetjenesten hvor helsetjenesten til de syke eldre sett i forhold til sykehjem må være én bit. Men kommunehelsetjenesten må også fokusere på det å forebygge sykdom, på det å leve med sykdom og på rehabilitering og habilitering. Det må være noe mer enn sykehjem, men sykehjemsplasser og helsetjenester til de sykeste eldre er en veldig viktig bit av det.

**Carl I. Hagen (FrP):** Dere sa at hvor man bor, er avgjørende for hvilke tilbud man får. Kan man forvente at det blir noen endring, så lenge dette er et kommunalt ansvar og et kommunalt økonomisk ansvar, uten øremerking av midler?

**Bente G. H. Slaatten:** Det er jo et veldig ledende spørsmål, da!

**Carl I. Hagen (FrP):** Det er jo forskjell på SV-styrte kommuner og kommuner styrt av Fremskrittspartiet. Det er jo nettopp det som kalles lokaldemokrati, at man skal gjøre det man har lyst til i de enkelte kommuner, uten å være styrt av noen overordnet myndighet.

**Bente G. H. Slaatten:** Nå tror vi at kommunehelsetjenesten skal ligge i kommunen, men vi tror at vi trenger en skikkelig gjennomgang av hele kommunehelsetjenesten.

**Carl I. Hagen (FrP):** OK.

**Bente G. H. Slaatten:** Når det gjelder finansiering, har jeg lyst til å si at vi ikke er så redd for mer øremerking. Vi er heller ikke så redd for litt strammere styring fra sentralt hold som kanskje andre er.

**Carl I. Hagen (FrP):** Som arbeidstakerorganisasjon, pluss selvsagt den faglige delen, har dere noen annen forklaring på at det er mangel på helsetilbud i eldreomsorgen, enn at det er økonomi som er den egentlige årsak, bak av og til noen fine ord?

**Bente G. H. Slaatten:** Vi tror nok det er økonomi, ja.

**Carl I. Hagen (FrP):** Du sa at det var nødvendig å heve statusen for sykepleieryrket, kanskje særlig innenfor eldreomsorgen, som vi nå snakker om. Hva skal til for å heve den? Hva ville du gjøre hvis du satt på denne siden av bordet?

**Bente G. H. Slaatten:** Da ville jeg øke bemanningen av kompetent personell. Jeg ville øke verdsettingen. Jeg ville gi fulle stillinger, og jeg ville lage en spesialist-utdanning i geriatri.

**Carl I. Hagen (FrP):** Da har jeg fått svar på mine spørsmål. Takk!

**Møtelederen:** Takk skal du ha. Da fortsetter jeg.

**Ågot Valle (SV):** Det som har slått meg i løpet av denne dagen, er at det er sendt ut noen signaler fra flere hold om å revidere handlingsplanen, styre om kursen. Nå er dette et ledende spørsmål, det skjønner jeg: Synes dere at dere har blitt hørt, og hvorfor ikke, i tilfelle.

**Bente G. H. Slaatten:** Nei. La meg nyansere det litt. Vi har jo tatt det i sosialkomiteen i mange sammenhenger. Der synes jeg faktisk at det er flertallskommentarer som er veldig enige i våre synspunkter, men ikke derfra og videre.

**Ågot Valle (SV):** I spørsmålene her er det pekt på behovet for sjukeheimplasser framover. Vil dere si at det behovet er uavhengig av en økt satsing på rehabilitering? Med andre ord: Vil økt satsing på rehabilitering demme opp for behovet for sjukeheimplasser?

**Bente G. H. Slaatten:** Det er neimen ikke lett å svare på. Jeg er nok litt i tvil om det. Dette må ses i en helhetlig sammenheng. Det er klart at de som kommer inn på sykehjem i dag, er veldig syke. Samtidig har man de som skal skrives ut fra sykehus, som selvfølgelig har behov for rehabilitering for å komme seg hjem. Hvis sykehjemmene blir brukt på den rette måten og bemannet på den rette måten, ville det antakelig også gjøre at man kunne få færre sykehusinnleggelse. Alt dette henger jo sammen. Der som man gjorde det forebyggende på en bra måte, kunne man kanskje leve enda lenger hjemme også – ikke sant? Det er ikke noe enkelt svar på dette, for alt henger i hop.

**Ågot Valle (SV):** Jeg oppfatter at det du egentlig sier, er at alt henger i hop, og at vi må se dette i et større og mer helhetlig perspektiv.

**Bente G. H. Slaatten:** Ja, det må vi. Vi har kommet med mange innspill til Wisløff-utvalget, som ser på samordningen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det er klart at det må tas noen grep her, tror jeg, både mellom nivåene og på det kommunale nivået.

**Møtelederen:** Jeg synes vi har fått svar på veldig mange spørsmål. Er det noen andre som har behov for å stille spørsmål? – Nei, det er det ikke.

**Carl I. Hagen (FrP):** Jeg har fått bekreftet alle mine synspunkter.

**Bente G. H. Slaatten:** Da er du fornøyd!

**Møtelederen:** Tusen takk skal dere ha.

-----

*Høring med Nasjonalforeningen for folkehelsen  
ved Sigurd Sparr, Inger Jorun Edvardsen  
og Anne Cathrine Seland*

**Møtelederen:** Da har vi kommet til siste runde – det er Nasjonalforeningen for folkehelsen. Der møter Sigurd Sparr, Inger Jorun Edvardsen og Anne Cathrine Seland – velkommen til dere. Dere har nå 5 minutter til en liten innledning.

**Sigurd Sparr:** Takk for det, og takk for at vi fikk møte og komme med synspunkter til kontroll- og konstitusjonskomiteen.

Vi representerer altså Nasjonalforeningen for folkehelsen, som er en frivillig humanitær organisasjon med ca. 60 000 medlemmer, og som er veldig opptatt av eldre helse og trivsel som et av satsingsområdene våre. I tillegg har vi et demensforbund i Nasjonalforeningen for folkehelsen som jeg er leder av. Vi kommer hit i dag fordi vi som sitter i dette forbundet, har ønsket å komme med synspunkter på vegne av personer med demens, som vi er helt sikre på utgjør den største gruppen av de personene som denne handlingsplanen egentlig er rettet til.

Først en liten innledning om selve handlingsplanen for eldreomsorgen. Begrepet eldreomsorg har så vidt vært framme her. Som Sykepleierforbundet sa, er eldreomsorgsbegrepet kanskje noe videre enn det som er gitt i denne handlingsplanen. Man burde etter mitt syn, hvis man først skal gjøre noe for eldre i samfunnet, også interessere seg for de friske eldre. Men denne handlingsplanen er vel egentlig en ren plan for pleie og omsorg. Den har også i stor grad blitt en plan for yngre og for personer med psykisk utviklingshemming, viser det seg når man går igjennom notatene. Det er i hvert fall de to yngre gruppene som i særlig grad har fått økning i tilbudet gjennom denne planen, står det i rapporten. Men selvsagt har de eldre fått nytte godt av den betydelige satsingen her, ved at det er blitt en heving i kvaliteten på botilbudene. Det kan det ikke være tvil om.

Det som vi er opptatt av, er at den store gruppen som denne planen egentlig burde omfatte, er personer med demens. I sykehjem, som vi nå har drøftet, har 70 pst. av alle som bor der, demensdiagnose, eller er demente, når man undersøker dem. Det er ikke alle som har fått diagnosen. Men hvis man gjør undersøkelser av dem som bor i sykehjem, og tar med alle skjermede avsnitt og spesielt tilrettelagte botilbud, har ca. 70 pst. – noen steder oppe i 80 pst. – av beboerne demens. Bare 16 pst. av tilbudene til sykehjemspasienter er spesielt tilrettelagt for denne gruppen. Det forundrer oss litt at man når man har laget en egentlig flott handlingsplan, ikke har sett på den gruppen personer og de menneskene som egentlig skal omfattes av planen. Man har, så vidt vi kan skjønne, relativt ensidig basert seg på å lage boenheter og ombygge til

enerom i den tro at det var bra – og det er det nok. Men det man egentlig burde gjort, synes vi, er å se på hva de demente trenger. Hva slags tilbud er det behov for i institusjoner og ellers for personer med demens? Det har man bare i liten grad gjort. Noen steder er det riktignok laget ganske bra tilbud for personer med demens, og det finnes flotte skjermede avsnitt mange steder som fungerer veldig bra, men det er altså altfor lite av det.

Når det gjelder det som har vært sagt tidligere, skal jeg ikke gjenta det, for jeg er helt enig i det som Legeforeningen og Sykepleierforbundet har sagt om hvordan måloppfyllelsen har vært overfor de sykeste gruppene. De sykeste gruppene, som kanskje burde vært prioritert, og de med demens har i altfor liten grad nytt godt av dette. Det har relativt sett skjedd en reduksjon i tilbudet til den gruppen. Det vi er veldig opptatt av, er at det i kommunene skulle være en tiltakskjede for personer med demens. I en slik tiltakskjede ligger det hjemmebaserte tjenester, og før det utredning og diagnostikk. Man må ha et system som gjør det bra nok, og det mangler mange steder i dag.

Så er det hjemmetjenestene. Det står i vurderingen av handlingsplanen at 44 pst. av de personene som hjemmetjenesten gir tilbud til, har demensdiagnose, slik at det er en ganske stor andel også i hjemmetjenesten som har demensproblematikk. Disse personene trenger i tillegg til hjemmetjenester tilrettelagte dagtilbud og avlastningsordninger. Det ser ikke ut til at handlingsplanen har tatt for seg de problemstillingene. Som det har vært nevnt før i dag, har disse korttidsplasstilbudene på en måte forsvunnet litt. Vi har snakket om rehabilitering, korttidsplass og avlastningsplass, de blir tatt av langtidsplasser fordi det er det underdekning av. Det vi kanskje først og fremst tenker at man burde ha for å bedre på ulikhetene som kan være mellom kommunene, og som vi kanskje har fått dokumentert gjennom Riksrevisjonens vurdering, det er veiledende bemanningsnormer for denne typen virksomhet, for langtidspasienter i sykehjem og kompetansekrav. Det tror jeg bør komme på plass for at man skal ha en mulighet for å få et likeverdig tilbud. Da har man et system som man kan styre etter.

Vi mener altså, for å avslutte, at handlingsplanen ikke har innfridd forventningene. Den har ikke gitt tilstrekkelig vekst eller tilbud til de sykeste pleietrengende. Den har ikke vært målrettet mot demensgruppen, som er den største her. Det er riktignok skjedd noe positivt, men det er ikke nok, og vi ser, akkurat som de andre fagforeningene her, store utfordringer for fremtiden. De tallene som er lagt frem om prognoser, utvikling, antall pleietrengende eldre som kommer til å dukke opp når vi blir flere og flere eldre, det må man ta høyde for, og det er behov for å fortsette en handlingsplan i denne sektoren og gjerne vide ut siktepunktet noe.

**Møtelederen:** Takk skal du ha.  
Saksordfører Modulf Aukan, vær så god!

**Modulf Aukan (KrF):** Takk.

Riksrevisjonen skriv i denne rapporten at det synest som om omsorgssektoren har vore skjerma for kommunale nedskjeringar. Det står ganske tydeleg. Ein kommentar til den konklusjonen?

**Sigurd Sparr:** Det er ikke lett å se det, igjen fra vårt ståsted. Vi ser i praksis at f.eks. skjermede enheter blir nedlagt, og at spesielle tilbud som har vært bra for personer med demens, forsvinner. Og, som jeg har nevnt, korttidsplasser blir borte. Man må jo vurdere slike uttalelser i relasjon til hvordan det ellers har vært i kommunal sektor. Det kan vel ikke jeg si at vi har grunnlag for å si noe om, men hvis det har vært skjermet, så har det i hvert fall ikke ført til noen bedring.

**Modulf Aukan (KrF):** Denne undersøkinga snakkar om dette med heildøgns pleie, og det har vi stressa litt i dag. Vi ser frå rapporten at ein har forskjellige definisjonar på det frå fylkeslege, frå fylkesmann, frå kommunane. Der har ein forskjellige definisjonar på det. No har vi fått nye her på bordet i dag. Kva slags oppfatning har ein i Nasjonalforeningen? Korleis definerer ein heildøgns pleie der?

**Sigurd Sparr:** Heller ikke vi har vel noen definisjon som vi har alminnelig tilslutning til, men vi har vel en forståelse av begrepet som tilsier omtrent det samme som har vært sagt her, at det innebærer at det er kompetent personell og tilstrekkelig personell til stede tilstrekkelig nær pasienten, slik at han eller hun kan få hjelp på meget kort tid ved behov. Det innebærer, så vidt jeg kan skjønne, at en sykehjemsmodell, hvor det finnes personell i samme hus som der pasienten bor, må være et slags utgangspunkt, at det er et system hvor pasienten kan tilkalle dette personellet når som helst på døgnet, og at personellet kommer i løpet av meget kort tid. Det innebærer kanskje at man kunne lage noen regler for bemanningsnorm. Jeg kan tenke meg at det er mulig å lage regler for bemanningsnormer som tilfredsstillende slike basalkrav som man kunne formulere. Vi vil gjerne være med på å lage slike definisjoner, hvis det er ønske om det.

**Modulf Aukan (KrF):** Dekningsgraden for sjukeheimplassar, aldersheimplassar og omsorgsbustader sett i forhold til eldre over 80 år – det er det vi snakkar om – synest å auka sånn omtrent i takt med behovet, viser rapporten. Rapporten syner også ein auke i eineromsdekninga. Ein snakkar om at ein vil nå 95 pst. i 2005. Ut frå det du sa i innleiinga, der du peikte på at det er eit misforhold her, altså at det er for få sjukeheimplassar, kan du seia litt meir om det? Du nemnde at ein nærmast burde hatt ei oppfølgingsmelding.

**Sigurd Sparr:** Ja, det vi tenker når det gjelder personer med demens, fremfor alt, er at enerom ikke nødvendigvis er løsningen eller det som de skal ha. Enerom, ja vel, de bør ha et rom å bo på, de bør være alene, men det må være noe mer. Det må være et miljø som er tilrettelagt for akkurat den typen problemstilling. Og det finnes

mange gode modeller for det. Det må være små, oversiktlige bofellesskap. Modellene som stort sett er gode, er 6–8 personer i et bofellesskap som har felles oppholdsrom og kjøkken og alt dette, og med et personale som er til stede på døgnbasis. Det tror jeg vi bør få til på alle sykehjem, istedenfor bare å se på enerom. Det blir litt for enkelt å betrakte det på den måten.

**Modulf Aukan (KrF):** Du var inne på ein ting i innleiinga di som gjekk på at ein med denne reforma òg har fått oppfylt andre målsetjingar, i forhold til yngre bevegelseshemma og psykiatriske pasientar. Eg vil gjerne høyra litt meir om på kva måte ein oppfattar at ein har oppnådd fleire ting her i forhold til dei målsetjingane ein hadde då ein starta i 1997.

**Sigurd Sparr:** Min kunnskap om dette begrenser seg til det jeg har lest av rapporten, hvor det fremgår at dette er tilfellet. Jeg har ingen personlige erfaringer fra vårt demensarbeid om dette. Men det fremgår av disse vurderingene at det er blitt en økning i tilbudet til personer under 67 år med psykisk utviklingshemming og andre funksjonsforstyrrelser, mens det altså ikke har vært noen reell økning for de sterkt pleietrengende over 80 år. Det er kanskje litt påfallende, men det er jo bra, utmerket. Jeg vil også si at antall omsorgsboliger som er kommet, også har sin positive nytteverdi for en god del mennesker. Så det har skjedd en del positivt, det er klart. Men man har etter vår oppfatning kanskje ikke truffet akkurat der hvor skoen trykker mest.

**Modulf Aukan (KrF):** Så konklusjonen frå di side er slik som vi har forsøkt oss på her tidlegare, at rapporten har vore nyttig, og at ein kan læra konkrete ting av han?

**Sigurd Sparr:** Ja.

**Anne Cathrine Seland:** Jeg vil bare få tillegge i forhold til det Sigurd Sparr sier, at det vi kanskje nå kunne ønske oss, var en handlingsplan for demensomsorg, for å få begrepet «demens» frem. Når man snakker om eldreomsorg, legger vi veldig ulikt i hva eldre er, og hva eldre trenger. Noen sier eldre er fra 55 pluss. Man har veldig forskjellig begrep om hva eldre er. Men når det gjelder demens, kan vi si ganske klart hva personer med demens trenger i ulike faser av demensforløpet. Vi vil gjerne bidra til å lage en god handlingsplan for demensomsorgen.

**Sigurd Sparr:** Jeg vil ha begge deler!

**Møtelederen:** Kjell Engebretsen – til et oppfølgings-spørsmål.

**Kjell Engebretsen (A):** Jeg skal forsøke å være kort. Dere er nå på besøk hos kontroll- og konstitusjonskomiteen, altså en meget grå og kjedelig forsamling. Vi er ikke sosialkomiteen. Det gjør sikkert at en del av våre spørsmål kan være litt mangelfulle, iallfall mine.

Det jeg sitter her og lurer litt på, er: Jeg har aldri visst at så mange av dem som er på sykehjem, er demente i større eller mindre grad, jeg går ut fra at det fins gradforskjeller her. Men hva verre er: Jeg har lang historie bak meg som kommunepolitiker og fylkespolitiker i den tid da sykehjemmene lå under fylkene, og dette var aldri noe resonnement fra fagfolkene. Når de ansatte og fagfolk av ulike slag diskuterte utviklingen og behovene i sykehjemmene, snakket man om faglig kvalitet, man snakket om nok ansatte og slike ting. Jeg tror ikke jeg var alene som politiker om å forstå budskapet ut fra eldre med omsorgs- og pleiebehov, og da hadde vi liksom et slags grep om det. Når man snakket om demente, så vi for oss en atskillig mer kompleks omsorg på alle mulige måter.

Mitt spørsmål, i den grad jeg klarer å formulere et spørsmål ut av dette, blir: Er det slik at dette er en type kunnskap som naturligvis er tilgjengelig, men som ikke er tatt imot og brukt av verken embetsverket, byråkratiet eller det politiske miljø?

**Sigurd Sparr:** Ja, jeg tror det er slik. Dels er det slik at denne kunnskapen er relativt ny. Erkjennelsen av demenssykdommene som utfordring og problem er relativt ny – det er ikke snakk om veldig mange år. Jeg må, som dere kanskje vet, si at jeg er doktor, jeg er geriatriker, og jeg stiller med demensdiagnostikk i mitt daglige virke. Så denne greia her er en litt sånn ekstragreie. Jeg har lært om dette i moden alder, for å si det sånn. Det er etter hvert kommet mer og mer kunnskap rundt dette. Det er i de siste – la oss si – 10–20 år at det virkelig er blitt kunnskap om dette. Det tror jeg nok er noe av forklaringen.

Så er det også slik at demenssykdommen jo er en alderssykdom først og fremst. Vi regner med at 10 pst. av alle mennesker over 70 år har en demenssykdom, 20 pst. av alle over 80 år og 30 pst. av alle over 90 år. Jo flere 90-åringer vi får, jo flere demente får vi i samfunnet. Denne utviklingen ser det ikke ut til at vi har noen mulighet til å stoppe i dag. Men det er håp om at man kanskje kan finne frem til noe. Inntil videre ser det ikke ut til at det er noe annet enn omsorg, hjelp og støtte til den demente og de pårørende som er det vi kan gi, og da må vi planlegge for det.

**Møtelederen:** Ønsker Carl I. Hagen å stille spørsmål?

**Carl I. Hagen (FrP):** Ja takk, leder.

Lederen har nevnt sine erfaringer fra Bergen et par ganger, så la meg, som en som er på sykehjem en gang i uken, bekrefte det som ble sagt, at det har vært en dramatisk endring – tror jeg – i dette med demens. Det er en relativt stor prosentuell andel i hvert fall på sykehjemmene i Oslo som er demente. Det er klart at det er noe helt annet enn den tradisjonelle eldreomsorgen som vel Kjell Engebretsen tenkte på, de med mer fysiske problemer, og som er bevegelseshemmet. Sykehjem i dag ses mer på som et oppbevaringssted enn noe annet.

Når det gjelder seniorer, er det noen som vil definere det som de over 45 år, så det er ganske mange av oss som er i denne kategorien!

Ett spørsmål: Dere slutter dere, så vidt jeg skjønnte, til Legeforeningen og Sykepleierforbundet i forhold til å få klare kriterier for hva som er heldøgnspleie, og du nevnte noe der. Problemet med demente er vel nettopp at de heller ikke kan tilkalle noen hvis de er i en eller annen vanskelig situasjon. Du sa at man skal kunne tilkalle noen på relativt kort tid før de kommer. Problemet for demente er vel at de ikke greier det. Hva gjør man da? Må man da også ha noen vaktrutiner, altså at man ser til beboerne med så og så stor hyppighet? Er man ikke dement, kan man tilkalle noen hvis man føler ubehag og føler seg dårlig. Men de som er demente, makter ikke det.

**Sigurd Sparr:** Nei, det er vel riktig at man må ha et system som sikrer at man oppdager problemer som personer med demens har. Det kan være at de faller og slår seg, faller ut av sengen, at de tisser seg ut, eller andre problemer som det går an å omtale nærmere. Da må det være et personale til stede i den enheten døgnet rundt. Den pleiefaktoren som vi kan regne ut må være på et slikt sted, blir jo relativt høy. Så det som bekymrer folk, og som gjør at man kanskje er skeptisk til å gå inn i slike problemstillinger med veiledende bemanningsnormer, er jo nettopp det at dette blir antakelig høye tall, og dette blir kostbart.

**Carl I. Hagen (FrP):** Jeg ser i dette notatet – dere har snakket veldig mye om pårørende, at dere gjennom telefon osv. har kontakt med pårørende. Som regel er det jo foreldre som rammes av en eller annen form for demens, hva med informasjonen til pårørende? Er det noen automatikk? Er dere fornøyd med informasjonen fra kommune eller sykehjem om at din mor er nå blitt dement, det betyr følgende, altså – la oss si – en innføring i hvordan utviklingen vil være, og hvordan de pårørende skal forholde seg til det?

**Sigurd Sparr:** Nei, vi er ikke fornøyd med den. Men noe av det viktigste vi jobber med, er jo nettopp informasjon til pårørende til personer med demens. Vi organiserer på landsbasis 120 foreninger, som er underforeninger som er spredt over hele landet, som består av pårørende, helsepersonell og andre interesserte, som jobber med informasjonsspredning lokalt. Vi har et eget fagblad som vi gir ut fire ganger i året, som gir informasjon. Vi har denne demenslinjen som folk kan ringe til og få muligheter for å hente mer informasjon, vi har masse fint materiell som vi deler ut, brosjyremateriell, vi har filmer, og vi jobber veldig intenst med informasjonsarbeid. Man kan jo diskutere: Er det vår oppgave, er det frivillige organisasjoners oppgave, eller er det det offentlige helsevesens oppgave? Det er klart at det må være et samarbeid, og vi samarbeider bra, det tror jeg vi gjør. Men vi synes nok at det står en del tilbake når det gjelder det som det offentlige systemet gjør i dag, så derfor trengs vi.

**Carl I. Hagen (FrP):** Er det noen automatikk i at dere blir varslet når det er en beboer eller en som kommer på sykehjem som følge av demens, slik at dere da

kan informere de pårørende, eller er dette helt basert på at noen tilfeldigvis gjør noe?

**Sigurd Sparr:** Det er ikke noen automatikk. Men vi prøver jo å være synlige ved brosjyremateriell som vi legger ut på sykehjemmene, på legekontorer og andre steder, og som gir anledning til å kontakte oss. Men vi kan på en måte ikke aktivt gå ut og rekruttere.

**Carl I. Hagen (FrP):** Ville det være en god idé om det i lovgivning og annet ble pålagt at hver gang en pasient kommer på sykehjem, skal det foreligge en skriftlig meddelelse til de pårørende hvor det står en del om lover, regler, rettigheter, betalingsregler osv, inkludert slike ting som dere stiller med? Burde det være et klart krav om at man får faktisk informasjon om hva det betyr?

**Sigurd Sparr:** Ledende spørsmål, men svaret er selvfølgelig ja!

Det er også slik at vi har undersøkt i vår forening hvorvidt pårørende og pasienter kjenner til sykehjemsforskriftene og kvalitetsforskriftene. Vi har gjort studier av det, og det viser seg at det er påfallende få som er blitt informert om de forskriftene som gjelder for sykehjem. Egentlig ligger det vel et krav, i en veiledende instruks for sykehjemsbemanning, om å lage slik informasjon, men vi ser at det svikter i stor utstrekning.

**Carl I. Hagen (FrP):** Det kan bekreftes.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til meg selv.

**Ågot Valle (SV):** Jeg har et siste spørsmål, som kanskje kan bli til flere.

Det er ingen tvil om at demensproblematikken setter noen krav til mange. Allikevel har jeg behov for å gå bak de tallene som dere opererer med, for vi har gjennom pressen og andre steder også fått opplysninger om at bak demensdiagnosen kan det også ligge feilmedisinering. Da er jeg tilbake igjen til et spørsmål som jeg hadde tidligere, nemlig om den samhandlingen som er mellom leger og hjemmesykepleien, og opplysninger som jeg har her i medisinalmeldinga for Hordaland om at det kan være manglende samsvar mellom de opplysningene hjemmesykepleien har, og de legemidlene som legen skriver ut. Har dere noen opplysninger om det samme, er dette rett tenkt, og hva vil i tilfelle botemidlet være for å hindre feilmedisinering av eldre?

**Sigurd Sparr:** For det første vil jeg si at medisiner kan gi symptomer som ligner demens, vi kaller det forvirringstilstander, eller delire. Det kan forverre en demenssykdom hvis man gir for stor dose eller uheldige medisiner, så det er et stort problem. Det kan ikke føre til demens direkte, for hvis man slutter med medisinen, går gjerne forvirringen over, heldigvis. Men da må noen våge seg til å slutte med den medisinen som kanskje andre har begynt med, så det kan være et problem. Jeg kjenner forholdene best fra mitt hjemsted, som er Tromsø, og

der vet jeg at hjemmetjenesten og fastlegeordningen ikke går så godt i hop, fordi fastlegene ikke har noe særlig lett for å gå ut i sykebesøk, og hjemmetjenesten kunne kanskje ønsket seg at legene kom litt mer med i virksomheten på hjemmetjenesteområdet. Om man kan få legene til dette, vet jeg ikke riktig, kanskje en annen løsning er om man fikk egne leger i hjemmetjenestene, slik som man har på sykehjemmene. Det tror jeg kanskje hadde vært bra. Men da er vi tilbake til et av spørsmålene som har vært stilt tidligere, altså hvordan får man helsepersonell som antas å ha en høy status, til å interessere seg for denne virksomheten.

Det er nok riktig det som har vært antydnet, at det ikke er det fagområdet man først kaster seg ut i når man er nyutdannet, verken doktor eller sykepleier, tror jeg – særlig ikke doktor. Det er jo gjort vitenskapelige studier på dette som sier at prestisjen i en slik virksomhet, å drive med gamle mennesker som er skrøpelige, forvirrede og inkontinente og alt dette, ikke er så høy.

**Møtelederen:** Det var kanskje et litt dystert budskap på slutten av denne dagen, men vi har nå fått med oss mange fasetter. Tusen takk skal dere ha for at dere var med på å bidra til at vi ble klokere – forhåpentligvis.

Høringen slutt kl. 13.46

- - - - -

