



Innst. S. nr. 369

(2008–2009)

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

**Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om
Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid
i pleie- og omsorgstjenestene til eldre**

Vedlegg: Referat frå open høyring



Innst. S. nr. 369

(2008–2009)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2009

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre

Til Stortinget

1. SAMMENDRAG

1.1 Innledning

Kontroll- og konstitusjonskomiteen vedtok i møte 5. mai 2009 å igangsette forberedelser i en egen sak til Stortinget, jf. Stortingets forretningsorden § 12 nr. 10 fjerde ledd. Grunnlaget var Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre – Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2009, som ble lagt frem 18. februar 2009.

Hovedanalyserapporter som ikke blir sendt til Stortinget som et Dokument nr. 3, blir utgitt som "administrative rapporter". Hovedkriteriet for at Riksrevisjonen ikke sender rapporten til Stortinget som egen sak, er at den omfatter mindre vesentlige funn, at forvaltningen allerede har gjort nødvendige forbedringer, eller at Stortinget er orientert eller i nærmeste framtid vil bli orientert om planlagte tiltak som kan gjøre rapporten mindre relevant. Administrative rapporter sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen og aktuelle departementer til orientering og omtales i Dokument nr. 2 som er Riksrevisjonens årsmelding.

1.2 Bakgrunn for undersøkelsen

Siden introduksjonen av Handlingsplan for eldreomsorgen i 1997 har kapasitets- og kvalitetsforbedring av pleie- og omsorgstjenesten stått sentralt, og da særlig tilbudet til eldre tjenestemottakere. De

første satsingene på området var rettet mot kapasitet, men i St.meld. nr. 28 (1999–2000) ble også kvaliteten på tjenestene inkludert. I stortingsmeldingen pekes det på at økonomi, personell og strukturelle rammer er viktige forutsetninger, men at dette alene ikke er nok for å sikre god kvalitet på tjenestene. Satsingen på kvalitet er videreført i senere meldinger, som St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Meldingen peker på at selv om tidligere handlingsplaner har medført forbedringer, har en rekke reformer ført til at pleie- og omsorgstjenesten har fått ansvar for å yte tjenester til en rekke nye brukergrupper. I tillegg vil en voksende eldre befolkning stille tjenesten overfor nye utfordringer. St.meld. nr. 25 (2005–2006) presenterer en rekke tiltak for å utvikle kvaliteten og kapasiteten i pleie- og omsorgstjenesten. Tiltakene er i hovedsak samlet i Omsorgsplan 2015, med delplanene "Demensplan 2015 Den gode dagen" og "Kompetanseløftet 2015".

Stortinget har gjennom helse- og sosiallovgivningen stilt krav til at pleie- og omsorgstjenesten i kommunene skal ha et tilstrekkelig omfang og en forsvarlig kvalitet. Flere undersøkelser har de senere årene likevel gitt indikasjoner på at personer med behov for pleie- og omsorgstjenester ikke får et godt nok tilbud. Videre er det vist at samarbeidet mellom tjenestene ikke fungerer godt nok. Samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for å sikre et helhetlig tjenestetilbud.

Driften av pleie- og omsorgssektoren, som i all hovedsak finansieres gjennom kommunenes frie inntekter, har siden 2005 utgjort bortimot en tredel av kommunale driftsutgifter. I 2007 mottok om lag 200 000 personer pleie- og omsorgstjenester fra kommunene. Av disse fikk i underkant av 80 prosent tjenester i eget hjem, mens de øvrige fikk tjenester i

institusjon. Tjenestene ble utført av rundt 118 000 årsverk.

1.3 Mål og problemstilling

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om kommunenes eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester får tjenester av tilstrekkelig kvalitet, og i hvilken grad samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilrettelagt for eldre tjenestemottakere. Det er utarbeidet fem problemstillinger:

1. Hvordan er ressurs- og kapasitetssituasjonen i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste?
2. I hvilken grad får eldre tjenestemottakere pleie- og omsorgstjenester av tilstrekkelig kvalitet?
3. Hvordan sikrer kommunene at tjenestetilbudet til eldre tjenestemottakere har tilstrekkelig kvalitet?
4. I hvilken grad er samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten tilpasset eldre tjenestemottakere?
5. I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å kunne bedre kvaliteten i tilbudet til eldre pleie- og omsorgsmottakere?

Undersøkelsen bygger på data fra intervjuer, saksmappgjennomgang, dokumentgjennomgang, statistikk og en gjennomgang av tilsynsrapporter fra Helsetilsynet i fylkene for årene 2006 til 2008. I tillegg er det innhentet informasjon fra offentlige utredninger og forskningspublikasjoner. Undersøkelsen er begrenset til pleie- og omsorgsmottakere som er 67 år og eldre.

Det er foretatt dybdeundersøkelser i syv kommuner.

Det var ønskelig å belyse i hvilken grad Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å bedre kvaliteten i tilbudet til eldre pleie- og omsorgsmottakere. Av den grunn ble Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) intervjuet.

Riksrevisjonens rapport redegjør nærmere for metodisk tilnærming og gjennomføring av undersøkelsen. Videre omtales revisjonskriteriene.

1.4 Oppsummering av undersøkelsen

1.4.1 *Hvordan er ressurs- og kapasitetssituasjonen i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste?*

Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanning og fagkompetanse i pleie- og omsorgstjenesten mellom 2003 og 2007. Videre har det vært en

økning i legeårsverk i institusjon, og det har vært en økning i andel enerom i institusjon.

Det fremgår videre at antall institusjonsplasser har økt i samme periode. Til tross for dette er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med syv prosent fra 2003 til 2007.

Det går frem av undersøkelsen at omkring fire av ti sysselsatte i pleie- og omsorgstjenesten har en avtalt arbeidstid som utgjør mellom 1 og 19 timer per uke. Det innebærer en utbredt bruk av deltidstillinger. Stor bruk av deltidstillinger medfører manglende kontinuitet i tjenestetilbudet ettersom mange ulike pleiere står for tjenesteytingen.

Det forventes at befolkningen i aldersgruppen 67 år og eldre vil øke betraktelig i årene fremover. Det medfører et økt behov for pleie- og omsorgstjenester, og det indikerer et behov for kontinuerlig styrking av pleie- og omsorgstjenesten for eldre.

1.4.2 *I hvilken grad får eldre tjenestemottakere pleie- og omsorgstjenester av tilstrekkelig kvalitet?*

Det fremgår av undersøkelsen at kommunene ikke alltid klarer å sikre at alle tjenestemottakere mottar et tjenestetilbud i tråd med sitt registrerte bistandsbehov. Flere av kommunene benytter ventelister på enkelte av sine pleie- og omsorgstjenester. Undersøkelsen viser videre at enkelte med relevant bistandsbehov får avslag på institusjonsplass som følge av manglende tilgjengelighet.

Videre avdekker undersøkelsen at institusjonsplasser benyttes til andre formål enn hva de er avsatt til. Flere av kommunene benytter plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, til tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass i institusjon. Feil bruk av institusjonsplasser begrenser tilgjengeligheten og medfører at enkelte tjenestemottakere ikke får et godt nok tilbud ut fra sitt bistandsbehov.

Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem, og reduserer presset på institusjonstjenestene. Kommunene i undersøkelsen fremhever at de ikke har tilstrekkelig kapasitet til å tilby dagtilbud i det omfang tjenestemottakerne har behov for. Dagtilbudet er i liten grad tilpasset tjenestemottakernes forskjellige behov, og flere av kommunene mener det er nødvendig med økt differensiering av dagtilbudet for i større grad å kunne ivareta tjenestemottakernes ulike aktivitetsbehov.

Det fremgår av undersøkelsen at kommunene har liten tilgang på fysioterapi- og ergoterapitjenester til eldre institusjonsbeboere. Det kommer også frem at det er mangler i oppfølgingen av tjenestemottakernes ernæringsstatus, både i hjemmetjenesten og i institusjon.

Undersøkelsen viser at det er mangler i legetilbudet til eldre institusjonsbeboere. Flere av kommunene har lav legedekning på sykehjemmene, og de fleste tilsynslegene er ansatt i små stillingsbrøker.

Ifølge undersøkelsen er det mange medisinske aktører involvert i helsetilbudet til eldre tjenestemottakere. Undersøkelsen viser videre at det er mangler i samarbeidet og kommunikasjonen mellom de medisinske aktørene. Manglende samhandling mellom aktørene medfører i enkelte tilfeller at de medisinske aktørene har ulik informasjon om tjenestemottakerne.

1.4.3 *Hvordan sikrer kommunene at tjenestetilbudet til eldre tjenestemottakere har tilstrekkelig kvalitet?*

Alle kommunene i undersøkelsen har etablert et internkontroll- og kvalitetssystem. Systemet er i varierende grad tatt i bruk, og ansatte har i varierende grad kjennskap til systemet.

Kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering. Likevel viser undersøkelsen at det er en klar underreportering av avvik, og at kommunene i liten grad har utarbeidet kriterier for hva som skal defineres og meldes som avvik. At uheldige hendelser i liten grad identifiseres og innrapporteres, innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Faglært bemanning er viktig for å sikre et godt tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at kommunene har en utfordring når det gjelder å sikre tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse. Det fremgår også av undersøkelsen at få av kommunene har oversikt over hvilken kompetanse de har behov for på sikt, og hvordan kompetansen skal rekrutteres.

1.4.4 *I hvilken grad er samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten tilrettelagt for eldre tjenestemottakere?*

Alle kommunene har etablert en samarbeidsavtale med det lokale sykehuset. Avtalene er imidlertid i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer både i kommunene og på sykehusene. Undersøkelsen viser at avtalene i liten grad fungerer som retningslinjer for det daglige samarbeidet.

Samarbeidsavtalene inneholder rutiner for inn- og utskrivning mellom sykehusene og kommunene. Det fremgår av undersøkelsen at det er mangler i informasjonsflyten mellom tjenestenivåene ved inn- og utskrivning. Manglende informasjonsflyt mellom kommunene og sykehusene medfører at helsepersonell i enkelte tilfeller ikke har nødvendig informasjon om tjenestemottakerne. Det fører til at enkelte tjenestemottakere ikke gis et koordinert og helhetlig helse-tilbud.

1.4.5 *I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å kunne bedre kvaliteten i tilbudet til eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester?*

På bakgrunn av avdekkede svakheter i pleie- og omsorgstjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet igangsatt en rekke tiltak gjennom Omsorgsplan 2015 og de underliggende delplanene, "Demensplan 2015 Den gode dagen" og "Kompetanseløftet 2015". Tiltakene retter seg mot flere av svakheter som påpekes i denne undersøkelse.

Dybdeundersøkelsen viser at det er behov for en styrking av kommunenes institusjonstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet opprettet i 2008 et investeringsstilskudd hvor kommunene kan søke om tilskudd til etablering av plasser tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie.

Tilstrekkelig faglært bemanning er sentralt for å sikre god kvalitet. Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt flere tiltak som har gitt en økning både i bemanningskapasitet og i fagkompetanse. Den enkelte kommune har et selvstendig ansvar for å sikre tilstrekkelig bemanning med relevant kompetanse.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at legedekningen i sykehjem er lav. For å adressere problemet påla departementet i 2008 kommunene å fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem. Av fremtidige legehjemler planlegger Helse- og omsorgsdepartementet at hovedtyngden av hjemlene skal innvilges til kommunehelsetjenesten. Den enkelte kommune har et ansvar for å sikre en tilstrekkelig legedekning.

Dybdeundersøkelsen viser at det er svakheter i legemiddelhåndteringen i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med svakheter. For å bedre legemiddelhåndteringen ble det i 2008 innført en ny forskrift for legemiddelhåndtering.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at kommunenes dagtilbud er for dårlig, og sendte i 2007 ut et rundskriv hvor det fremheves at dagaktiviteter skal være en del av det kommunale tjenestetilbudet. Gjennom det nye investeringsstilskuddet kan kommunene søke om etablering av lokaler for dagtilbud i tilknytning til sykehjem og omsorgsbolig. Helsedirektoratet rapporterte i august 2008 til departementet at Husbanken hittil hadde mottatt få søknader. Kommunene har et selvstendig ansvar for å sikre at pleie- og omsorgsmottakere gis muligheten til å delta på dagaktiviteter.

Dybdeundersøkelsen viser svakheter i samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. For å bedre samhandlingen har departementet, i samarbeid med KS, etablert en nasjonal rammeavtale for samhandling. I 2008 ble

det i tillegg startet en samhandlingsreform som innen april 2009 skal utarbeide forslag til juridiske og økonomiske grep for å bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Helsetilsynet i fylkene er et viktig virkemiddel for å følge utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen viser at Helsetilsynet gjennom flere år har rapportert svakheter på flere av områdene som er belyst. Helsetilsynet peker på at oppfølgingen av avvik i hovedsak rettes mot den enkelte virksomhet, og det er derfor usikkert hvorvidt læringseffekten av avvikene spres til resten av kommunen samt til andre kommuner med tilsvarende problemområder.

Etter revisors vurdering retter Helse- og omsorgsdepartementet for tiden stor oppmerksomhet mot pleie- og omsorgstjenester til eldre. Ettersom hovedtyngden av tiltakene nylig er igangsatt, er det for tidlig å fastslå tiltakenes virkning.

1.5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Helse- og omsorgsdepartementet viser i sitt svarbrev til Riksrevisjonen av 7. januar 2009 til at merknadene også bygger på kommentarer fra Helsedirektoratet, som har fått utkastet til gjennomsyn fra Riksrevisjonen med beskjed om å spille inn eventuelle merknader gjennom departementet.

Det fremgår:

"Generelt

Riksrevisjonens undersøkelse gir en god oversikt over utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene de siste årene og har en beskrivelse av tjenestetilbudet som i hovedsak er i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning av situasjonen. Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanning og fagkompetanse, og at tjenestetilbudet er betydelig styrket de siste årene. Undersøkelsen peker i oppsummeringen blant annet på at bare en av ti hjemmetjenestemottakere har et dagtilbud, at det er for liten tilgang på fysioterapi- og ergoterapitjenester, at legetilbudet er for svakt og at det er nødvendig å ha fokus på matservering og ernæring både i hjemmetjenester og institusjon. Undersøkelsen peker også på at behovet for heldøgns omsorgsplasser øker, men at feil bruk av sykehjems plasser ment for korttidsopphold bidrar til å begrense tilgjengeligheten.

Riksrevisjonens undersøkelse bekrefter derfor i stor grad den analyse som ligger til grunn for Omsorgsplan 2015 i St.meld. nr. 25 (2005–2006) om fremtidens omsorgsutfordringer, og understreker nødvendigheten av de strategier og tiltak som er nedfelt i de fire hovedsatsingene i omsorgsplanen:

10 000 nye årsverk
12 000 heldøgns omsorgsplasser
Demensplan 2015
Kompetanseløftet

Helse- og omsorgsdepartementet vil understreke at det ikke bare er Demensplanen og Kompetanseløftet som er knyttet til kvalitative mål i omsorgsplanen,

slik en kan få inntrykk av i innledning og avslutning av Riksrevisjonens undersøkelse (kapittel 1.1 og 9). Bygging av 12 000 heldøgns omsorgsplasser innebærer vekst, fornyelse og modernisering som gir standardheving både av boforhold og arbeidsforhold i omsorgstjenestene. På samme måte er det knyttet målsettinger om kompetanseheving og større faglig bredde til satsingen på 10 000 nye årsverk. Tilstrekkelig kapasitet av fagpersonell og tilrettelagte botilbud er for Helse- og omsorgsdepartementet et grunnleggende kvalitetskrav. Derfor er oppfyllelsen av tallfestede mål på disse områdene noen av de viktigste kvalitetsindikatorerne.

I tillegg til de eldste aldersgruppene, som har vært gjenstand for Riksrevisjonens undersøkelse, dekker Omsorgsplan 2015 også et voksende antall yngre brukergrupper. Utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene de siste 15 år med et større mangfold av boformer og faglige tilnærminger må derfor også ses i lys av den sterke veksten i hjemmetjenestebrukere under 67 år.

Riksrevisjonens undersøkelse understreker videre behovet for regjeringens nye Samhandlingsreform, og har i den sammenheng blant annet merket seg at Riksrevisjonen påpeker mangler i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommuner i forkant av innleggelse og utskrivning, og at sykehussene heller ikke har gode rutiner for behandling av avviksmeldinger fra kommunene.

Utover dette har Helse- og omsorgsdepartementet følgende merknader:

Representativitet

I kapittel 2 bør Riksrevisjonen etter vår oppfatning understreke at utvalget av kommuner i dybdeundersøkelsen ikke pretenderer å være representativt, drøfte dette forholdet, og være tydelige på at funnene ikke trenger å være gyldige for alle norske kommuner. Det er rimelig å anta at kommunestørrelse har betydning for de funn som er gjort, når den minste kommunen i utvalget har 24 000 innbyggere, og en stor andel av kommunene i Norge har mindre enn 5 000 innbyggere. Betydningen av dette forholdet fremgår i undersøkelsens punkt 5.3, hvor det blir vist til Helsedirektoratets rapport IS-1420 som konkluderer med at kommunikasjon og samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen avtar med økende kommunestørrelse.

"Tilstrekkelig omfang og en forsvarlig kvalitet"

Riksrevisjonens undersøkelse har heller ikke drøftet kvalitetsbegrepet brukt i sammenheng med pleie- og omsorgstjenestene. Vi har tidligere vist til litteratur som tar opp de metodiske problemene med å måle kvalitet i eldreomsorgen og pekt på behovet for å klargjøre hvor undersøkelsen legger lista i forhold til hva som er "forsvarlig" eller "tilstrekkelig". Vi mener det burde vært gjort mer eksplisitt i kapittel 2. Det ville vært en styrke for dybdeundersøkelsen, og gjort det lettere å forholde seg til vurderinger og konklusjoner som noe mer enn en oppsummering av synspunkter fra ulike aktører i kommunene. Interessant ville det i den sammenheng også vært om undersøkelsen hadde sammenholdt dekningsgrader og statistiske data fra den enkelte kommune med de utsagn som kom frem i intervjuene.

Undervisningssykehjemmene

Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helse-direktoratet har en mer nyansert og positiv oppfatning av undervisningssykehjemmenes rolle og resultater enn det som kommer til uttrykk i litt bastante konklusjoner under punkt 6.2:

"Undervisningssykehjemmene klarer i liten grad å spre kunnskapen til de resterende sykehjemmene, og fungerer mer som "mønstersykehjem" i kommunen."

Utsagnet gjentas litt mindre bastant under punkt 8.1.4.

Vårt inntrykk er tvert imot at de fleste av undervisningssykehjemmene har fått svært mye ut av små ressurser, og i flere deler av landet driver en svært utadrettet virksomhet. Det er imidlertid mulig at dette gir størst utslag i små kommuner med mindre fagmiljø enn de som har vært gjenstand for Riksrevisjonens dybdeundersøkelse.

Om dagtilbud og lovfesting

To steder i undersøkelsen står det at "dagtilbud er ikke en lovpålagt oppgave" (punkt 5.2 og 8.1.2). Vi foreslår at disse utsagnene strykes, i det vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-5/2007 om Aktiv omsorg som tydeliggjør hvordan kommunens ansvar og plikt i denne sammenheng er å forstå, selv om tiltaket ikke eksplisitt er listet opp i loven.

Pårørende

Departementet har merket seg et av funnene i dybdeundersøkelsen: "Flere mener innsatsen pårørende yter er avgjørende for at eldre kan bli boende hjemme, og at et mer omfattende tjenestetilbud kunne gjort det lettere for pårørende å fortsette å ha ansvar for eldre hjemmeboende". Riksrevisjonen viser samtidig til Helsetilsynet som i oppsummeringen av det landsomfattende tilsynet med avlastning og støttekontakt konkluderte med at støttekontakt i liten grad er en tjeneste som gis til eldre, og at eldre også i liten grad for tilbud om hjemmebasert avlastning. Utbygging av hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og avlastningstiltak må derfor være sentrale virkemidler for å videreutvikle samarbeidet med pårørende i møte med fremtidas omsorgsutfordringer.

Omsorg i plan

I punkt 8.1.4 er det referert til "Omsorg i plan" som et tiltak under Kompetanseløftet. "Omsorg i plan" har imidlertid vært en overskrift departementet i regi av Omsorgsplan 2015 har brukt på arbeidet med å få kommunene til å sette fremtidas omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunal planlegging (kommuneplan, økonomiplan). Dette er ut fra en erkjennelse av at disse utfordringene ikke er et ansvar for helse- og sosialtjenestene alene, men vil berøre de fleste av samfunnets sektorer, og må involvere organisasjoner, familie, frivillige og lokalsamfunn. Dette gjelder ikke minst de utfordringer som er knyttet til "det aldrende samfunn". Kommunenes planarbeid blir nå oppsummert gjennom et prosjekt ved Høgskolen i Telemark/Senter for omsorgsforskning Sør."

1.6 Riksrevisjonens samlede vurderinger

Helse- og omsorgsdepartementet har rettet oppmerksomhet mot styrking av pleie- og omsorgssektoren. I 2007 og 2008 ble det etablert en rekke tiltak for å styrke kommunenes pleie- og omsorgstilbud i forbindelse med "Omsorgsplan 2015" og de underliggende delplanene, "Demensplan 2015 Den gode dagen" og "Kompetanseløftet 2015".

Kommunene har et selvstendig ansvar for å nyttiggjøre seg tiltakene Helse- og omsorgsdepartementet igangsetter. Kommunene er selv ansvarlig for å sikre at de har et pleie- og omsorgstilbud som er tilstrekkelig for å dekke innbyggernes behov for tjenester.

Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanning og fagkompetanse mellom 2003 og 2007. Det fremgår også av undersøkelsen at antall institusjonsplasser har økt i samme periode. Til tross for dette er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med 7 prosent fra 2003 til 2007. For å styrke antall plasser med heldøgns omsorg og pleie i kommunene innførte Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 et nytt investeringstilskudd.

Dybdeundersøkelse i syv kommuner viser at kommunene ikke alltid klarer å sikre et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud til alle eldre med behov. Flere av kommunene benytter ventelister på enkelte av sine pleie- og omsorgstjenester. Videre viser undersøkelsen at institusjonsplasser brukes til andre formål enn hva de er avsatt til. I flere av kommunene benyttes plasser avsatt til tidsbegrenset opphold av tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass i institusjon. Feil bruk av institusjonsplasser begrenser tilgjengeligheten og medfører at enkelte tjenestemottakere ikke får et godt nok tilbud i forhold til sitt bistandsbehov.

Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem, og reduserer presset på institusjonstjenestene. Undersøkelsen viser at tilgang til dagtilbud er begrenset, og på landsbasis mottar kun én av ti hjemmetjenestemottakere dagopphold eller dagsentertilbud. Videre fremgår det at dagtilbudet i liten grad er tilpasset tjenestemottakernes forskjellige behov, og at flere av kommunene mener det er nødvendig med økt differensiering av dagtilbudet for i større grad å kunne ivareta tjenestemottakernes ulike aktivitetsbehov. For å øke oppmerksomheten rundt dagtilbudet i kommunene sendte Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 ut et rundskriv hvor det fremheves at dagaktiviteter skal være en del av det kommunale pleie- og omsorgstjenestetilbudet.

Det fremgår av dybdeundersøkelsen at kommunene har liten tilgang på fysioterapi- og ergoterapitjenester til eldre institusjonsbeboere. Undersøkelsen

viser også at det er mangler i oppfølgingen av tjenestemottakernes ernæringsstatus, både i hjemmetjenesten og i institusjon.

Det fremgår av dybdeundersøkelsen at det er mangler i legetilbudet til eldre sykehjemsbeboere. På tross av en økning i legeårsverk i institusjon viser undersøkelsen at tilsynslegedekningen generelt er lav. Videre fremgår det at de fleste tilsynslegene er ansatt i små stillingsbrøker. Departementet rettet i 2008 oppmerksomhet mot legetilbudet i kommunene ved å pålegge kommunene å fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem. I 2008 ble det også innført en ny forskrift for legemiddelhåndtering.

Godt samarbeid mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er av vesentlig betydning for å kunne tilby et helhetlig helsetilbud. Dybdeundersøkelsen viser at alle kommunene har etablert samarbeidsavtale med det lokale sykehuset. Avtalene er imidlertid i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer i både sykehusene og kommunene. Dybdeundersøkelsen viser videre at samarbeidsavtalene i liten grad fungerer som retningslinjer for det daglige samarbeidet. Det fremgår også av undersøkelsen at kommunikasjonen ved inn- og utskrivninger er mangelfull. Manglende informasjonutveksling fører til at enkelte tjenestemottakere ikke gis et koordinert og helhetlig helsetilbud.

For å bedre samhandlingen om helsetilbudet har Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med KS, etablert en nasjonal rammeavtale for samhandling. Helse- og omsorgsdepartementet startet i 2008 også et arbeid med en samhandlingsreform som frem mot april 2009 skal utarbeide forslag til juridiske og økonomiske grep for å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten.

Dybdeundersøkelsen viser at få av kommunene har oversikt over hvilken kompetanse det er behov for på sikt, og hvordan kompetansen skal rekrutteres. Undersøkelsen viser videre at det er utbredt bruk av deltidstillinger i pleie- og omsorgstjenesten. Nesten fire av ti sysselsatte i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste har en avtalt arbeidstid på mellom 1 og 19 timer per uke. Utbredt bruk av deltidstillinger medfører manglende kontinuitet i tjenestetilbudet ettersom mange ulike pleiere står for tjenesteytingen.

Alle kommunene i undersøkelsen har etablert et internkontroll- og kvalitetssystem. Det fremgår at ansatte har varierende kjennskap til systemet grunnet manglende opplæring. Kommunene har utarbeidet systemer for avvikhåndtering, men undersøkelsen viser at det er en klar underrapportering av avvik. At uheldige hendelser i liten grad identifiseres og innrapporteres, innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Helsetilsynet i fylkene er et viktig virkemiddel for å følge utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen viser at Helsetilsynet gjennom flere år har rapportert svakheter på flere av områdene som er belyst. Helsetilsynet peker på at oppfølgingen av avvik i hovedsak rettes mot den enkelte virksomhet, og det er derfor usikkert hvorvidt læringseffekten av avvikene spres til resten av kommunen samt til andre kommuner med tilsvarende problemområder.

2. BEHANDLING I KOMITEEN

Som ledd i komiteens behandling av saken ble det 4. juni 2009 avholdt en åpen kontrollhøring.

De hovedproblemstillinger komiteen ønsket å få belyst under høringen, var:

- Undersøkelsen viser en tydelig underrapportering av avvik og usikkerhet i hva som betegnes som avvik. Hvilke tiltak bør settes inn for å sikre avvikhåndteringen?
- Presset på institusjonsplasser er stort i flere av de undersøkte kommunene. Nødvendige korttidsplasser blir omgjort til langtidsplasser, og hjemmeboende får derfor ikke nødvendig korttidsopphold når behovet melder seg. Er dimensjoneringen av institusjonsplasser i tråd med behovene?
- I hvor stor grad planlegger de undersøkte kommunene for vekst i pleie- og omsorgstjenestene?
- Samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetak er på plass i alle de undersøkte kommunene. Hva kan gjøres for å få disse avtalene til å fungere som retningslinjer for det daglige samarbeidet?

Følgende var invitert og deltok på den åpne kontrollhøringen:

- Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen
- Tidligere helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen
- Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)
- Fagforbundet
- Norsk Sykepleierforbund
- Den norske legeforening
- Norsk Pensjonistforbund
- Seniorsaken.

Det ble tatt stenografisk referat fra deler av høringen. Referatet fra høringen med helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen følger som vedlegg til innstillingen.

3. KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Berit Brørby, Svein Roald Hansen og Ivar Skulstad, fra Fremskrittspartiet, Carl I. Hagen og lederen Lodve Solholm, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Øystein Djupedal, fra Kristelig Folkeparti, Ola T. Lånke, og fra Senterpartiet, Rune J. Skjælaaen, viser til Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre – Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2009.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, viser til at Riksrevisjonen har besluttet å utgi undersøkelsen som en administrativ rapport. Riksrevisorkollegiet har ikke avgitt uttalelse i saken, og rapporten er ikke sendt Stortinget som egen sak.

Flertallet viser til at undersøkelsen peker på at kvaliteten på den omsorg som kommunene yter, er varierende. Riksrevisjonens undersøkelse viser blant annet feil bruk av institusjonsplasser, manglende dagaktivitetstilbud, begrenset tilgang til fysio- og ergoterapitjenester for eldre brukere, lav legedekning, mangler i systemer for avvikshåndtering og manglende implementering av samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Flertallet viser til Riksrevisjonens vurdering av bemanningsutviklingen i pleie- og omsorgssektoren. Rapporten slår fast at det har vært en økning totalt i antall årsverk i perioden 2003–2007, og at økningen har gjort seg særlig gjeldende fra 2005–2007. Under høringen opplyste statsråd Bjarne Håkon Hanssen at økningen til nå i denne perioden er på vel 11 000 årsverk. Flertallet deler Riksrevisjonens vurdering av at dette skyldes en nasjonal satsing på å styrke bemanningen i pleie- og omsorgssektoren i denne perioden.

Flertallet konstaterer at departementet har satt i gang en rekke tiltak gjennom Omsorgsplan 2015. Det gjelder blant annet innføring av et investerings-tilskudd til etablering av plasser tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg og tiltak for økt bemanningskapasitet og styrket fagkompetanse. Departementet har videre pålagt kommunene å innføre en lokal norm for legedekning i sykehjem og gjennom rundskriv påminnet kommunene om at de skal tilby dagtilbud. Det er også etablert en nasjonal rammeavtale for samhandling.

Flertallet viser til at de som deltok under den åpne høringen, i stor grad deler Riksrevisjonens beskrivelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten. Flere av høringsinstansene under-

streket behovet for å øke antall heldøgns omsorgsplasser. Flertallet ber departementet følge dette området tett og vurdere dimensjoneringen av tilskuddet slik også statsråden gav uttrykk for under høringen.

Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet har stor oppmerksomhet rettet mot pleie- og omsorgstjenester til eldre. Flertallet er tilfreds med at departementet gjennom mange tiltak og et godt samarbeid med blant annet KS har tatt på alvor de utfordringene kommunene som tjenesteytere står overfor.

Flertallet viser til at det i høringen kom fram ulike syn og vurderinger på hvorvidt det bør satses på omsorgsboliger eller sykehjem og at finansieringsmåten i noen grad er avgjørende for hva kommunene velger å bygge. Helseministeren viste til at det mange steder ikke var noen forskjell på det tilbudet beboere på sykehjem og beboere i omsorgsboliger fikk, og mente at det er et unaturlig skille i måten disse var finansiert på. Flertallet viser til at Regjeringen har varslet at den vil fremme en ny felles helse- og sosiallov i første del av neste stortingsperiode og mener det der vil være viktig å rydde opp i finansieringsordningene som gjelder institusjon og heldøgns omsorgsboliger.

Flertallet viser til at det under høringen ble gitt inntrykk av at det av ulike årsaker var krevende å rekruttere leger til sykehjem. Helseministeren understreket under høringen at det er nødvendig å styrke legetjenesten i sykehjem og i kommunehelsetjenesten som helhet. Flertallet ber helseministeren gjennom den varslede samhandlingsreformen foreslå ulike rekrutteringstiltak slik at en sikrer en god faglig legetjeneste for alle som er under kommunal heldøgns omsorg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. S. nr. 150 (2006–2007) der representanter for Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti gikk inn for en forpliktende opptrappingsplan for omsorgstjenesten med konkrete måltall for å styrke tilbudet, samt vedtak om fremdriftsplan og bevilgninger. Disse medlemmer konstaterer at regjeringspartiene ikke støttet dette.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er bekymret over de mangler i eldreomsorgen som blir beskrevet av Riksrevisjonen. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet i svært mange år har ment at eldreomsorgen er langt fra tilfredsstillende i Norge, noe som blir underbygget av Riksrevisjonens vurderinger.

Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets alternative budsjetter, hvor det har vært en kraftig

satsing på sykehjemsutbygging. Dersom Fremskrittspartiets budsjettforslag hadde vært vedtatt, er det etter disse medlemmers syn liten tvil om at sykehjemsdekningen i antall innbyggere over 80 år hadde hatt en positiv utvikling i årene 2003–2007. Det vises i denne sammenheng til Riksrevisjonens rapport, som slår fast at det har vært en nedgang på 7 prosent i forhold til dekningsgraden.

Disse medlemmer har registrert at representanter for Regjeringen i en rekke sammenhenger har uttalt at det er kommet over 10 000 nye årsverk i eldreomsorgen. Dette er sterkt misvisende, da de nye årsverkene er beregnet for hele pleie- og omsorgssektoren. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) har imidlertid konkludert med at det reelle tallet for nye årsverk i eldreomsorgen anslagsvis er et sted mellom 4 500–4 900. Sett i lys av det økte behovet for eldreomsorgstjenester i befolkningen er dermed disse medlemmer av den oppfatning at det ikke har vært en reell styrking av tilbudet til eldre pleietrengende de fire siste årene. Disse medlemmer viser videre til fagbladet Sykepleien nummer 08-2009, der overskriften på forsiden er "Etterlyst: 10 000 nye hender". Videre kan vi lese:

"Nå innrømmer også helseminister Bjarne Håkon Hanssen overfor Sykepleien at tallmaterialet regjeringen opererer med er høyst usikkert. Blant annet vet han ikke hvor mye pleiebehovet har økt. For pasienten kan det bety at det egentlig er færre hender ved senga."

Disse medlemmer er derfor av den oppfatning at den skinnende eldreomsorgen som var omtalt i valgkampen 2005, dessverre er langt unna å bli en realitet.

Disse medlemmer viser til at Riksrevisjonen slår fast at det er manglende legedekning ved sykehjemmene. Det vises i denne sammenheng til St.meld. nr. 25 (2005–2006) hvor komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet i Innst. S. nr. 150 (2006–2007) foreslo en minstenorm på 1/80 leger, noe som ville vært en betydelig forbedring fra dagens dekningsgrad.

Disse medlemmer er svært bekymret over Riksrevisjonens rapport som viser at personer med stadfestet behov for pleie- og omsorgstjenester ikke blir gitt et slikt bistandsbehov, samt at enkelte med relevant bistandsbehov får avslag på institusjonsplass. Disse medlemmer mener det er et paradoks at friske barn med ressurssterke foreldre har lovfestet rett til barnehageplass, mens eldre pleietrengende ikke har en slik lovfestet rett til sykehjemsplass. Det vises i denne sammenheng til en rekke forslag om en slik rett, som er fremmet av Fremskrittspartiet, blant annet i Dokument nr. 8:83 (2006–2007).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre er kjent med at kommuner som velger å kjøpe institusjonsplasser i andre kommuner får redusert sine overføringer fra staten, da disse følger den enkeltes bostedsadresse i innbyggertilskuddet. Disse medlemmer er av den oppfatning at det er den kommunen som står for finansieringen av slike opphold, som må bli gitt det økonomiske tilskuddet fra statlige overføringer. Disse medlemmer mener derfor, innenfor dagens finansieringssystem, at det er nødvendig med en endring slik at dette blir en realitet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet påpeker at Fremskrittspartiets primære finansieringssystem, der pengene følger bruker til det sted hvor omsorgstjenesten utføres, ville medført at denne problemstillingen ikke var aktuell.

Disse medlemmer merket seg Seniorsakens påpekninger under høringen med hensyn til kvaliteten og behovene innenfor norsk eldreomsorg. Dette er et syn som disse medlemmer støtter. Det vises i denne sammenheng til Dokument nr. 8:83 (2006–2007) om en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner. Disse medlemmer er av den klare oppfatning at tiltakene som ligger i representantforslaget ville medført en betydelig bedring i norsk eldreomsorg, uavhengig av den enkeltes lommebok og bostedsadresse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at det i forskriften for investeringstilskudd til nye omsorgs- og sykehjemsplasser er krav om at bare kommuner kan motta dette for plasser som kommunen disponerer i 20 år. I Husbankens retningslinjer er det imidlertid innført en ny og meget restriktiv begrensning ved at private bedrifter som tilbyr seg å bygge og vedlikeholde disse ved leie til kommunen i 20 år eller mer for kommunens drift, er skviset ut. Dette er fullstendig meningsløst og saboterer det påståtte regjeringsønsket om å få bygget flest mulig nye omsorgs- og sykehjemsplasser. Det er mange nå som har ferdige prosjekter for bygging av omsorgs- og sykehjemsplasser innenfor forskriftens ramme og som kommuner står klar til å leie på langsiktige kontrakter, som blir stoppet. Slik bygging ville også sikret arbeidsplasser i en hardt rammet byggenæring. Når dette sees i sammenheng med det forhold som er nevnt over om at en kommune som leier plasser i en annen kommune mister statstilskudd, så er det åpenbart at Regjeringen bløffer når den snakker om satsing på en bedre eldreomsorg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at takket være de private barnehagene er dekningen av barnehageplasser i rute. Da er det meningsløst at Regjeringen ikke ønsker private samme adgang til bygging og drift av omsorgs- og sykehjemsplasser for å sikre en best mulig dekning raskest mulig. Disse medlemmer vil vise til et økt investeringsstilsudd foreslått i revidert nasjonalbudsjett og fjerning av tildelingstaket på 2 500 plasser.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen endre kommuneøkonomiopplegget slik at den betalende kommune for omsorgs- og sykehjemsplasser også tildeles statstilskuddet for disse brukerne i stedet for bostedskommunen."

"Stortinget ber Regjeringen sikre at statstilskuddet til nye omsorgs- og sykehjemsplasser tildeles kommunene uavhengig av hvem som bygger og eier bygningene så lenge det er kommunen som disponerer disse i 20 år."

"Stortinget ber Regjeringen fremme de nødvendige forslag slik at det blir den samme adgang for private til å tilby omsorgs- og sykehjemsplasser inkludert drift som det som er gjeldende ordninger for private barnehager."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Dokument nr. 8:115 (2001–2002)-forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen foreta en endring i FOR 2000-12-21 nr. 1379: Forskrift om lisens til medisinske studenter og til helsepersonell over 75 år, slik at eldre leger som kan utføre sitt yrke på forsvarlig vis, innvilges lisens uavhengig av det omfang eller den art deres virksomhet har, eller skal ha. Forslaget ble, i Innst. S. nr. 76 (2002–2003) som ble behandlet i Stortinget 16. desember 2002, støttet av komiteens flertall, bestående av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, men falt med 51 mot 46 stemmer. Imot stemte medlemmene fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, som hadde følgende merknad i innstillingen:

"Desse medlemmene vil vise til brev av 29. november 2002 fra helseminister Dagfinn Høybråten der han seier at han finn at regelverket etter hans oppfatning er fleksibelt nok til å kunne ivareta dei hensyna som ligg bak, nemleg at dei som er fysisk og psykisk i stand til å utføre eit bestemt arbeid, skal kunne få ein lisens til dette samt formålet med å sikre

kvaliteten på dei lækjarane som skal utøve lækjarverksemd, slik at pasientane kan kjenne seg trygge og framleis ha tillit til lækjaren og helsetenesta. Desse medlemmene er samde i dette. Desse medlemmene meiner derfor at det ikkje er nokon grunn til å endre nåverande ordning.

Desse medlemmene foreslår på denne bakgrunn at Dokument nr. 8:155 vert lagt ved protokollen."

Disse medlemmer vil vise til den generelle utvikling i samfunnet med forventninger til at eldre arbeidstakere skal stå lenger i arbeid, for eksempel for å oppnå ønsket pensjonsnivå, og for å styrke den samfunnsøkonomiske utviklingen. Det er også, etter det disse medlemmer mener å registrere, en utvikling i retning av generelt bedre helse blant eldre, og mange holder seg "unge" lenger. Situasjonen i helsevesenet, der det er behov for all kvalifisert arbeidskraft, burde også slik disse medlemmer ser det, føre til at leger, med sin lange utdanning, høye kompetanse og sitt betydelige erfaringsgrunnlag, burde få anledning til å følge den generelle utviklingen og bruke sin kompetanse også etter fylte 75 år dersom deres fysiske og psykiske tilstand tillater dette. I Dokument nr. 8:115 (2001–2002) ble det fremholdt at det særlig er overfor eldre pasienter generelt og som tilsynsleger ved sykehjem spesielt at det er behov for den innsats som eldre leger kan yte. Dersom eldre leger over 75 år kan dokumentere tilfredsstillende fysisk og psykisk helse og at de har holdt seg faglig oppdatert, mener disse medlemmer at alder som isolert kriterium ikke skal legges til grunn for om en lege skal kunne fortsette å praktisere sin legegjerning.

Disse medlemmer viser til at vårt land de siste 28 år har hatt en særnorsk lovbestemmelse om bortfall av autorisasjon og av lisens til å utøve legevirksomhet for leger ved fylte 75 år. Bestemmelsen kom inn i legeloven (§ 6) ved dennes revisjon i 1980. Fra 1. januar 2000 finnes bestemmelsen i lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Både i den reviderte legeloven og i dagens helsepersonellov gis det adgang til å søke om tidsbegrenset forlengelse av lisens etter fylte 75 år. Muligheten til oppnåelse av slik lisensforlengelse har vært – og er – regulert av egne forskrifter. Inntil utløpet av 1999 var forskriften knyttet opp mot den reviderte legeloven, og fra januar 2000 av etter en ny forskrift knyttet opp mot helsepersonelloven.

De gjeldende forskrifter, og måten de har vært håndhevet på, har i betydelig grad medvirket til at et stadig økende antall leger over 75 år i dagens Norge er/blir fratatt retten til den yrkesutøvelse de er utdannet for, etter de opplysninger disse medlemmer har mottatt. De gjeldende bestemmelser og den praksis som følges på dette felt, oppleves, ifølge de henvendelser disse medlemmer har mottatt, som

både krenkende og urimelige av et stort antall eldre leger med bibeholdt innsatslyst og innsatsevne.

Disse medlemmer anser at utviklingen har vist at det er nødvendig å gjenoppta forslaget i Dokument nr. 8:115 (2001–2002) for å fjerne det unødvendige avkall på høy kompetanse og kvalifikasjoner som samfunnet trenger, og å sørge for at også leger får anledning til å etterleve den generelle samfunnsutviklingen som innebærer lengre yrkesaktiv innsats og aktivitet. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å endre FOR 2000-12-21 nr. 1379: Forskrift om lisens til medisinske studenter og til helsepersonell over 75 år slik at eldre leger som kan utføre sitt yrke på forsvarlig vis, innvilges lisens uavhengig av det omfang eller den art deres virksomhet har eller skal ha."

Komiteens medlem fra Høyre viser til Høyres alternative budsjett for perioden 2007–2009 der det er foreslått å styrke rekruttering av fagpersonell som leger og sykepleiere, blant annet gjennom tilskudd til utjevning av lønnsforskjeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt en kompetansepott som omfatter sykepleiere. Det er også foreslått flere kvalifiseringstiltak for ufaglærte, samt økt støtte til forskning og fagutvikling i omsorgssektoren. Videre viser dette medlem til at Høyre har gått inn for å utvikle flere desentraliserte tilbud i spesialisthelsetjenesten som kan understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eksempelvis i form av ambulerende team.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Regjeringens tiltak i omsorgsmeldingen (St.meld. nr. 25 (2005–2006)) var for lite målrettede og forpliktende til å håndtere de utfordringer som ligger i å gi gode helse- og omsorgstjenester til eldre. Rammeoverføringer til kommunene og oppfordringer om å inngå avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene, blant annet for å løse samhandlingsutfordringene, var ikke tilstrekkelig. Dette har åpenbart Regjeringen innsett siden den omsider vil legge frem en samhandlingsreform. Høsten 2007 ble det inngått en eldreavtale mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre. Der ble det enighet om noen konkretiseringer av omsorgsplan 2015, blant annet styrking av Eldres rettigheter gjennom innføring av en verdighetsgaranti. Dette medlem mener det haster med å få på plass en verdighetsgaranti, og understreker at Regjeringen må få fortgang i dette arbeidet, blant annet på bakgrunn av det som fremkommer i Riksrevisjonens undersøkelse.

Dette medlem konstaterer, som statistikken viser, at det har vært en stor vekst i antall omsorgsmottakere under 67 år, mens omsorgsmottakere mellom 67 og 89 år er redusert. Det er uklart hvor mange av de nye årsverkene i omsorgssektoren som har kommet de sykeste eldre til gode. Det er viktig at tiltakene må målrettes sterkere for å sikre en verdig eldreomsorg gjennom flere kvalifiserte ansatte.

Dette medlem har merket seg at det kun er sju prosent av hjemmeboende demente som har tilbud om dagsenter. Kristelig Folkeparti har fremmet forslag om stimuleringsstilskudd for etablering av dagsenter for demente for å sikre flere et slikt tilbud, og for å få fortgang i dette arbeidet.

Dette medlem viser til eldreavtalen der det ble enighet om å vurdere årlig behovet for nye omsorgsplasser, blant annet på bakgrunn av søknader om investeringstilskudd til Husbanken. Dette medlem viser til at Husbanken fikk inn søknader om mer enn 5 000 enheter i 2008, der 1 000 ble innvilget tilskudd, noe som viser at Regjeringens innsats på dette området bør justeres kraftig opp.

4. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen endre kommuneøkonomiopplegget slik at den betalende kommune for omsorgs- og sykehjemsplasser også tildeles statstilskuddet for disse brukerne i stedet for bostedskommunen.

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen sikre at statstilskuddet til nye omsorgs- og sykehjemsplasser tildeles kommunene uavhengig av hvem som bygger og eier bygningene så lenge det er kommunen som disponerer disse i 20 år.

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen fremme de nødvendige forslag slik at det blir den samme adgang for private til å tilby omsorgs- og sykehjemsplasser inkludert drift som det som er gjeldende ordninger for private barnehager.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 4

Stortinget ber Regjeringen om å endre FOR 2000-12-21 nr. 1379: Forskrift om lisens til medisinske studenter og til helsepersonell over 75 år slik at eldre leger som kan utføre sitt yrke på forsvarlig vis, innvilges lisens uavhengig av det omfang eller den art deres virksomhet har eller skal ha.

5. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2009 – om Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 15. juni 2009

Lodve Solholm
leder

Rune J. Skjælaaen
ordfører

Vedlegg

**Open høyring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
torsdag den 4. juni 2009 kl. 18.11**

**Open høyring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
torsdag den 4. juni 2009 kl. 18.11**

Møteleiar: Lødve Solholm (FrP)
(leiar i komiteen)

S a k :

Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten til eldre (REF 7 (2008–2009))

Høyring med helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen

Møteleiaren: Eg vil ønskje helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen hjarteleg velkomen. Han har med seg to bisitjarar, avdelingsdirektør Anne-Cathrine Haug Jørgensen og prosjektleiar Steinar Barstad. Velkomen til dykk òg.

Eg gir først statsråden 10 minutt til innleiing. Ver så god, ordet er ditt.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Takk for det, gode komité.

Jeg har syntes det har vært interessant å lese Riksrevisjonens administrative rapport med undersøkelse av pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Den bekrefter i stor grad den analysen som ligger til grunn for Omsorgsplan 2015, som ble presentert i St.meld. nr. 25 for 2005–2006 om framtidens omsorgsutfordringer. Den understreker nødvendigheten av de strategier og tiltak som ligger i omsorgsplanen, og som regjering og storting er blitt enige om. Riksrevisjonens undersøkelse bør bidra til at vi setter alle krefter inn på gjennomføringen av de tiltak som er nedfelt i de fire hovedsatsingene i omsorgsplanen, altså de 10 000 nye årsverkene og ytterligere 12 000 nye helse- og sosialpersonellårsverk innen 2015, 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, demensplanen «Den gode dagen» og rekrutterings- og kompetanseplanen Kompetanseløftet 2015.

Riksrevisjonens undersøkelse gir oversikt over utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene de siste årene og har en beskrivelse av tjenestetilbudet som i hovedsak er i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning av situasjonen. Undersøkelsen viser på den ene siden – jeg siterer – «at det har skjedd en økning i både bemanning og fagkompetanse mellom 2003 og 2007», og at tjenestetilbudet er betydelig styrket de siste årene.

På den andre siden peker undersøkelsen på en del mangler vi bør fokusere på. Jeg vil kommentere noen av disse manglene.

I demensplanen har Regjeringen kalt dagaktivitetstilbudet «det manglende mellomleddet» på omsorgssiden. Skal vi videreutvikle vårt omsorgstjenestetilbud, er kanskje dette det strategisk viktigste stedet å starte. Et godt utbygd dagaktivitetstilbud bidrar til en meningsfull og aktiv hverdag for den enkelte og gir samtidig mange på-

rørende med krevende omsorgsoppgaver nødvendig pus-terom.

Som Riksrevisjonen ganske riktig sier i sin oppsummering, bidrar dagtilbudet til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem og reduserer presset på institusjonstjenestene. Departementet har sendt kommunene et eget rundskriv om dette under overskriften «Aktiv omsorg», der det kommunale ansvaret for slike tilbud blir presisert. Fortsatt ser vi imidlertid at enkelte kommuner begrunner budsjettkutt med at slike tiltak ikke er lovpålagt. Vi vil derfor vurdere å presisere lovbestemmelsene på dette området, slik at det ikke kan reises tvil om dette i framtiden.

Målsettingen om utbygging av dagtilbud til mennesker med demens ble også forsterket i den avtalen som ble inngått på Stortinget mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre ved behandlingen av omsorgsplanen, og slike tilbud skal være tilgjengelige i alle kommuner når denne planen er gjennomført i 2015.

Riksrevisjonens rapport peker på at behovet for heldøgns omsorgsplasser øker, men at institusjonsplassene brukes til andre formål enn de er avsatt til. Riksrevisjonen mener at det er mye «feil bruk av sykehjemsplasser», som de kaller det. Med det mener de at vi har sykehjemsplasser som er ment for korttidsopphold, men som ikke brukes til det, og dermed bidrar til å begrense tilgjengeligheten. Jeg tror de peker på et vesentlig problem, som også er dokumentert av andre som har forsket på feltet. Hvordan kommunene bruker sykehjemmene, er ganske avgjørende for det totaltilbudet de kan gi. Brukes alle ressursene på institusjonsplasser, fylles plassene fort opp med langtidspasienter fordi det ikke er andre tilbud. Har en ikke korttids-plasser til opptrening, rehabilitering eller avlastning, sitter en plutselig med fullt belegg av langtidbeboere fordi det ikke er alternativer. En sykehjemsplass koster i dag brutto 770 000 kr pr. år. Av og til kan det være en fornøftig øvelse å se hva en kan bygge opp av alternative tiltak innenfor denne rammen, i form av kombinasjoner av dagaktivitetstilbud, korttidsopphold og hjemmesykepleie.

I den kommunale omsorgstjenesten brukes nå vel halvparten av ressursene på 160 000 hjemmetjenestemottakere, og den andre halvparten på over 40 000 beboere i institusjon, altså 160 000 og 40 000. Tallet på sykehjemsplasser og omsorgsboliger vokser, mens alle de gamle aldershjemmene nå snart er nedlagt. Teller vi aldershjem og sykehjem samlet, ser derfor ikke statistikken god ut. Teller vi derimot sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning samlet, slik som SSB nå gjør, ser tallene noe bedre ut. Dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger øker da fra 27 til 28 pst. av innbyggerne, hvis du teller 80 år pluss, i perioden 2005 til 2008.

Erkjennelsen av at den medisinske oppfølgingen av sykehjemmenes og hjemmetjenestens pasienter er for dårlig, deles også av Kommune-Norge. Kommunene gjennomførte i 2007 en lokal behovsvurdering av legedekning i sykehjem. Oppsummeringen fra dette arbeidet viser at det planlegges en vekst i legeårsværk i sykehjemmene på om lag 40 pst., tilsvarende 111 årsverk, fra og med 2006. Ifølge tall igjen fra SSB har antallet legeårsværk økt med til

sammen 16 pst. fra 2005 til 2007. Foreløpige tall fra SSB for 2008 viser en fortsatt økning. Jeg vil komme tilbake til spørsmålet om legedekning og medisinsk oppfølging i forbindelse med noen ord om samhandlingsreformen helt til slutt.

I tillegg til de eldste aldersgruppene, som har vært gjenstand for Riksrevisjonens undersøkelse, dekker Omsorgsplan 2015 også et voksende antall yngre brukergrupper. Utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene de siste 15 årene, med et større mangfold av boformer og faglig tilnærming, må derfor også ses i lys av den sterke veksten i hjemmetjenestebrukere under 67 år. Det som er bekymringsfullt, er at det med utgangspunkt i IPLOS' data kan synes som om eldre og yngre brukere ikke får samme tilbud gjennom hjemmetjenestene, til tross for at de omfattes av samme lovverk. Vi har i departementet satt i gang forskning for å finne ut av dette og for å forsikre oss om at eldre ikke diskrimineres, men at det tjenestetilbudet som gis i kommunene, ikke gjør forskjell på folk på grunn av alder. Jeg vet også at Statens helsetilsyn nå har planlagt et omfattende fireårig tilsynsprogram der helse- og omsorgstilbudet til eldre skal gjennomlyses.

Så helt til slutt noen ord om samhandlingsreformen: Riksrevisjonen påpeker mangler i informasjonsoverføring mellom sykehus og kommuner i forkant av innleggelse og utskrivning og at sykehusene heller ikke har gode rutiner for behandling av avviksmeldinger fra kommunene som en sentral del av utfordringsbildet vi står overfor. Dette understreker og illustrerer behovet for Regjeringens nye samhandlingsreform. Skal vi lykkes med å møte utfordringen, vil Regjeringen som hovedgrep i denne reformen styrke brukerinntilflytelse og pasientrollen. Pasientrollen skal i større grad enn i dag rettes inn mot identifikasjon og oppfølging av de helhetlige pasientforløpene. Vi ønsker å oppgradere kommunene oppgavemessig og ansvarsmessig i den samlede helse- og omsorgspolitikken, slik at de i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene. Kanskje aller viktigst, vi ønsker å etablere nye økonomiske incentiver, slik at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene gis incitament, inspirasjon, til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. Vi ønsker at spesialisthelsetjenestene skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, altså dyrke kjernekompetansen, og vi ønsker tilrettelegging for tydeligere prioriteringer i den samlede helsetjenesten.

Jeg er i og for seg enig med Gabrielsen når han sier at samhandlingsreformen ikke svarer på alt, men jeg mener at den svarer på mange biter i Riksrevisjonens kritikk. Sammen med det løpet som jeg mener regjering og storting nå har lagt i fellesskap ved behandlingen av omsorgsplanen, vil vi gå i klart rett retning i eldreomsorgen, og vi møter mange av de utfordringene som Riksrevisjonen peker på.

Møteleiaren: Takk skal du ha så langt.

Då går vi til dei forskjellige partia, og først er det saksordføraren, Rune J. Skjælaaen frå Senterpartiet. Du har 10 minutt.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for en grei innledning og en grei status over Regjeringens arbeid, særlig i forhold til dette med Omsorgsplan 2015. Vi har nå på høringen hatt fokus rettet mot hva som egentlig er institusjon, og hva som ikke er institusjon. Regjeringen har lagt opp at det skal bygges 12 000 sykehjemsplasser til innen 2015. Så får vi meldinger om at sykehjem blir omgjort til heldøgns omsorgsboliger, og at det gjøres av økonomiske hensyn rundt omkring i kommunene – vi vet jo at det er andre finansieringsordninger som ligger til grunn for omsorgsboliger. Kan du si litt om hvordan dere tenker omkring dette? Jeg tenker at heldøgns omsorg er heldøgns omsorg, uavhengig av hva en kaller det, når det er tilrettelagt for heldøgns omsorg. Men er problematikken knyttet til hvem som betaler dette? Omsorgsboliger betales jo stort sett ved statlig bostøtte i de daglige husleiene. Alle tjenestene de får, får de jo som hjemmebaserte tjenester når de bor i omsorgsboliger. Si litt om hvordan en tenker omkring dette.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det første jeg vil si, er at jeg mener at det egentlig er et ganske kunstig skille mellom sykehjem og omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Jeg tror at hvis vi hadde vært på befaring i moderne bygg av i dag, ville enhver av oss hatt trøbbel med å si om vi nå var i et sykehjem, eller om vi var i en omsorgsbolig tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Det jeg mener vi egentlig står overfor, er det faktum at det skillet er veldig kunstig.

Samtidig står vi overfor det faktum at ingen av oss så langt har turt å gjøre noe med det. Det er for det første veldig vanskelig å vite hva som er den rette løsningen, og det er følsomme politiske temaer. På den ene siden: Hvis man skal endre hele opplegget rundt finansiering av sykehjem, vil man få en diskusjon om at man plutselig skal begynne å betale for å bo på sykehjem. På den andre siden: Hvis man da tar den endringen for pleie- og omsorgsboliger, får man f.eks. det at man tar store deler av pensjon og trygd fra dem som bor i disse boligene. Så nesten uansett hva man gjør, vil man få endringer som vil vekke sterke reaksjoner.

Nå er det jo en stor grad av enighet om at vi i kjølvannet av det som kalles Bernt-utvalget, skal lage en felles helse- og sosiallovgivning i Norge. Det var egentlig planlagt lagt fram for Stortinget nå i vår. Med basis i samhandlingsreformen var det veldig unaturlig å gjøre det. Vi har da valgt å utsette det til neste vår. Men det vil være nødvendig at det politiske Norge tar mot til seg til å rydde opp i dette unaturlige skillet mellom institusjon og omsorgsboliger når vi skal vedta en ny felles helse- og sosiallov i løpet av den første delen av neste stortingsperiode. For dette er et kunstig skille.

Så er det viktig for meg å si følgende: Skjælaaen sier at det man nå holder på med, er å bygge 12 000 nye sykehjemsplasser. Det er feil. Det er enten sykehjemsplasser eller omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Det er litt forskjellig tilskuddssats: 20 pst. til omsorgsboliger og 30 pst. til sykehjemsplasser. Vi ser, av de

søknadene som kommer inn, at det er søknader om begge deler rundt omkring.

Rune J. Skjælaen (Sp): I tillegg skal jo dette tilskuddet også kunne brukes til palliative enheter.

Statsråden nevner IPLOS som et viktig redskap, et viktig kartleggingsredskap, og sier at det kan synes som om det foregår en diskriminering mellom eldre og yngre brukere. Vi hadde tidligere på høringen i dag også en diskusjon knyttet til Legeforeningen og rekruttering av leger til sykehjem, at det er krevende å rekruttere folk dertil, og at Legeforeningen ønsker kombinasjonsstillinger, som fastlege og ved sykehjem, for det var på en måte ikke utfordrende nok å jobbe på et sykehjem. Jeg oppfattet dette også som et syn på eldre og eldres utfordringer som jeg ikke er helt komfortabel med. Hvordan vurderer helseministeren dette en ser i forhold til IPLOS?

Ett eksempel på forskjellsbehandling er jo at man har rett til frisk luft og til å komme ut om dagen. Det er en flink til å gjøre overfor yngre brukere, men for eldre brukere skjer det nesten ikke.

Det er mange spørsmål, og for meg går det litt på verdier. Jeg tror det har noe sammenheng med synet på eldre, at det er mangel på kompetanse og krevende utfordringer – det handler noe om det.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det som er den utfordringen vi jobber veldig mye med og diskuterer mye, når vi nå er i en bred dialog med helsetjenesten i arbeidet med samhandlingsreformen, er at gjennomgående, over mange år, har vi nedprioritert kommunehelsetjenesten. Det har vi som stat også bidratt til. Jeg tror at f.eks. de siste sju årene har vi som stat, og enhver helseminister, også jeg, naturlig nok hatt et veldig sterkt fokus på sykehusene. For plutselig fikk vi eierskapet til det selv, vi ble direkte ansvarlig for det som skjedde i sykehusene. Det førte til at det var naturlig at enhver helseminister hadde et veldig sterkt fokus der. Det har ført til, tror jeg, at kommunehelsetjenesten har vært nedprioritert over flere år.

Hvis man f.eks. tar de siste sju årene, har det blitt 1 840 flere leger i norske sykehus og 200 flere leger i norske kommuner. Hvis man ser på hva vi bruker på forskning og utvikling i helsetjenesten i dag, bruker vi i år 1 300 mill. kr i spesialisthelsetjenesten på forskning og utvikling, mens vi bruker 25 mill. kr i kommunehelsetjenesten. Man ser hele denne skjevfordelingen mellom fokus på spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Veksten i sykehusbudsjettet sist år var på 6,5 milliarder kr, altså fra 2008 til 2009. Her er det folk som kan regne, vet jeg, så det er viktig å understreke at jeg da tar med prisstigning og alt mulig, altså den nominelle veksten. Det viser bare at det er et enormt fokus på spesialisthelsetjenesten. Det er jo veldig mye av det som er erkjennelsen, bakgrunnsanalysen, for samhandlingsreformen. Og jeg opplever at akkurat det er det tverrpolitisk enighet om, at i årene som kommer, må vi løfte kommunehelsetjenesten. Så vil vi nok sikkert bli litt uenige om akkurat hvordan vi skal gjøre det, men det er viktig nok at det er tverrpolitisk enighet om å endre fokus. Vi må fra troen på reparasjon til troen på forebyg-

ging, troen på at det er mulig å gjøre ting tidlig, troen på at det er mulig å gjøre ting mer lokalt, og vi må gjøre det faglig attraktivt å jobbe i kommunehelsetjenesten. Vi må sørge for at de ledige legejobbene i årene som kommer, blir i kommunehelsetjenesten og ikke i sykehusene. Vi må bruke veksten i antall leger til også å forsterke offentlig allmenntillegget legearbeid, sykehjemsleger, men også flere deler av den offentlige kommunale helsetjenesten.

Møteleiaren: Då er tida ute.

Eg gir ordet til Arbeidarpartiet og Ivar Skulstad.

Sidan eg er den neste som skal spørje, overlèt eg leiinga av utspørjinga til nestleiaren, Øystein Djupedal.

Ø y s t e i n D j u p e d a l overtok her som møteleder.

Ivar Skulstad (A): Takk, leder.

I rapporten og i det som KS har vært inne på, pekes det på en stor forskjell mellom kommunene. I én kommune kan det være slik, mens nabokommunen kan ha et dårligere tilbud. Kan helseministeren si litt om samhandlingsreformen også vil ta vare på den biten?

Det neste spørsmålet går på det som også er tatt opp av Seniorsaken, at lovverket brytes, og at det ikke er noen klar represalie bak. Så står det noe om at det i samhandlingsreformen skal tas en del juridiske grep. Vil Seniorsaken bli fornøyd med den biten, tror du?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det siste vet jeg ikke om jeg vil spekulere i, men la meg reflektere litt rundt kommunale forskjeller.

For det første tror jeg jo at det er veldig viktig at vi tar inn over oss at vi lever i et land med veldig store forskjeller. Jeg har vært rådmann i en kommune med 700 innbyggere, og den måten vi organiserte og drev eldreomsorgen på i Fosnes i Nord-Trøndelag, må nødvendigvis være litt annerledes enn måten man organiserer den på i Groruddalen i Oslo. Så jeg tror at kravet om likhet vil føre til dårligere tilbud. Det må organiseres forskjellig ut fra lokale forhold, der f.eks. geografiske avstander er en viktig del av de utfordringene vi møter.

Så tror jeg at det også er viktig å si, hvis man ser på pengebruken, at det selvfølgelig er noen forskjeller, men hvis vi justerer litt for topp ti og bunn ti og ser på den store hopen i midten, er det egentlig ikke så store forskjeller. Og hvis vi ser på topp ti, så er det fire tidligere vertskommuner for HVPU-institusjoner – det forklarer litt om hvorfor de ligger høyt oppe – og fem små kraftkommuner som utgjør ni av de ti. Og det er jo vi som har rigget det sånn, skulle jeg til å si, at kraftkommunene har muligheter til å gjøre ting som jeg ikke tror vi skal sammenligne Kommune-Norge for øvrig med. Så ligger det veldig mange rundt gjennomsnittet. Så ja, det er kommunale forskjeller, men la oss ikke overdrive dem. En del av de forskjellene mener jeg det finnes veldig logiske forklaringer på, fordi Norge er så mangfoldig f.eks. når det gjelder størrelsen. For eksempel en kommune i Nord-Trøndelag som jeg kjenner godt, Lierne kommune, som er kjent og kjær i andre sammenhenger, er større enn Vestfold – den ene

kommunen – og den har 1 700 innbyggere. Det er klart at det å drive eldreomsorg er annerledes der enn å drive det i Vestre Aker.

Møtelederen: Da sier jeg takk.

Så gir jeg ordet til Fremskrittspartiet og Lodve Solholm. Vær så god.

Lodve Solholm (FrP): Du sa at det var eit kunstig skilje mellom sjukeheims plassar og omsorgsplassar. No høyrde vi av Legeforeningen at dei meinte at det ikkje var noko kunstig skilje, men det var faktisk også eit fagleg skilje, at det ikkje minst på legesida er stor forskjell mellom ein sjukeheim og ein omsorgsbustad. Då må eit oppfølgings-spørsmål vere: Korleis kan ein klare å byggje ned dette skiljet – dersom du er einig med Legeforeningen? For det var det dei sa til oss i stad.

Ein ting er i alle fall heilt sikkert – som du òg var inne på – at det er eit klart skilje når det gjeld finansiering. Du nemnde at du kanskje ville sjå på om det måtte gjere noko med det, men det er ømtolig, og ingen har tort å gjere noko med det. Men kan du seie noko om korleis du kan tenkje deg at ein skal få ei lik finansiering mellom sjukeheimane og omsorgsbustadene, slik at du i alle fall kan få det ned. Og: Korleis skal ein kunne viske vekk den faglege forskjellen også mellom dei to dersom ein skal få den effekten som vi trur, nemleg at det skal vere nesten same tilbod?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Når det gjelder svaret mitt på det siste, ville jeg kanskje kunne spekulert litt i det, men det tror jeg at jeg avstår fra å gjere, for det vil være prematurt å gjere det, i den forstand at jeg erkjenner at jeg ikke tror vi kan leve med det skillet som er der. Nå får vi en ny institusjon inn i kommunehelsetjenesten gjennom samhandlingsreformen, der vi peker på behovet for lokalmedisinske sentre, som også er kommunale behandlingssenger før istedenfor etter sykehus. Det vil jo gjere forvirringen fullstendig mellom sykehus, lokalmedisinske sentre og omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Så det må bare ryddes opp i dette. Så tror jeg det bare er å erkjenne at alle vi som eventuelt prøver oss på det, vil greie å bli upopulære i noen kretser, men det er nå en del av det å bli det.

Jeg mener, og da må jeg se litt på mine bisittere her, at det er feil av Legeforeningen å si at det er faglig forskjell i aktiviteten mellom det som skjer i omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie, og det som skjer i sykehjem. Jeg tror man kan finne akkurat like krevende pleie- og omsorgspasienter i omsorgsboliger tilrettelagt for det som dem man finner i norske sykehjem.

Lodve Solholm (FrP): Men poenget er jo at legen er til stades på sjukeheimane, og det er han ikkje i omsorgskvartalet, for å seie det sånn.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det tror jeg også er feil. Legen er jo ikke til stede noen steder, og det er jo det som er hovedproblemet. Hovedproblemet er jo

at det er manglende legedekning både i sykehjem og i omsorgsboliger.

Lodve Solholm (FrP): Då er det iallfall ei lita ueinighet mellom statsråden og Legeforeningen – og det er greitt.

Men så er det dette med kommunale forskjellar. Du sa at det sjølvsagt er ein forskjell mellom ein liten kommune på 1 000 innbyggjarar og ein på 60 000–70 000. Men berre for å få avkrefta det iallfall: Forstår eg det då slik at ein 80 år gamal dement skal kunne forvente å få eit tilbod som er forskjellig ut frå om han bur i ein by på 60 000 eller i ein liten kommune på 1 000 innbyggjarar? Er det slik å forstå at statsråden meiner at vi skal gi eit ulikt tilbod?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg vil takke for det spørsmålet, for det mener jeg ikke. Du skal ha krav på like gode tjenester om du bor i en stor eller en liten kommune, men måten oppgavene løses på, vil være forskjellig i en stor og en liten kommune.

Jeg skjønner det skriket etter lover, regler, rettigheter og standarder og hele den pakken, for vi blir fortvilet alle sammen når eldre mennesker ikke får det tilbudet de har krav på. Men jeg tror svaret i form av den type tenkning ikke vil gi det vi ønsker å gi.

Lodve Solholm (FrP): Så eit lite kort spørsmål til slutt. Sykepleierforbundet sa at det var fleire søknader enn det var pengar til når det galdt nye sjukeheims plassar. Stemmer det? Kor mange søknader ligg det no som det ikkje er pengar til? Eller er det nok pengar til dei søknadene som ligg der?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det er slik at – skal vi se, jeg har det her – ved utgangen av 2008, da Regjeringen la fram krisepakken, tok man sikte på å legge bevilgningene på et så høyt nivå at man kunne fange opp de søknadene som lå der pr. det tidspunktet. Det var på ca. 3 500. Så har det i ettertid – etter det – kommet inn om lag 1 000 søknader. Nå tar jeg litt forbehold om det tallet, men jeg mener at det er det. Så det betyr at nå ligger det søknader om 4 500 plasser, og den økonomiske rammen som er vedtatt pr. i dag, er på 3 500. Men det er klart at det er jo et tidslegg fra søknaden sendes inn, til bygging og alt mulig starter, slik at det er mulig i budsjettet for neste år å ta igjen dette. Når bevilgede rammer er på 3 500 ved utgangen av 2009, ligger vi i tråd med planen som sier 12 000 plasser innen 2015.

Møtelederen: Ja, da er vi ferdige.

Da sier jeg takk til Fremskrittspartiets utspørter, Lodve Solholm – og gir ordet tilbake til komiteens leder, Lodve Solholm. Vær så god!

L o d v e S o l h o l m tok her igjen over som møteleiar.

Møteleieren: Takk for det.

Då går vi vidare til neste spørsmålsstillar. Det er Per-Kristian Foss frå Høgre.

Per-Kristian Foss (H): Statsråden var inne på en slags overdreven tro på reguleringer, normer og rettigheter. Men det er jo ikke lenger enn siden 2005, før Bjarne Håkon Hanssen gikk inn som statsråd, at han tok til orde for bemanningsnormer når det gjelder leger i sykehjem. Hvorfor har du forandret mening om det?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Fordi når vi gjennomførte undersøkelsene ute i kommunene, var motargumentet at det var mulig å få til en slik effekt på en annen måte. Jeg var veldig skeptisk til det, men det viste seg at de som argumenterte mot oss – og dem kjenner Per-Kristian Foss godt til – langt på vei hadde rett. Det har skjedd positive ting i retning av det vi ønsket, gjennom andre tiltak enn normer.

Per-Kristian Foss (H): Takk for det.

Spørsmål to: Du tar stadig vekk til orde for og sier at det har vært en skjevfordeling mellom spesialisthelsetjenesten – det vi andre kaller sykehusene, litt populært sagt – og den kommunale helsetjenesten. Det er jeg jo enig med deg i. Men hvorfor har du ikke gjort noe med det? Nå har du altså lagt frem det siste budsjettet i denne perioden, og skjevfordelingen har jo preget alle budsjetter i denne fireårsperioden. Hvorfor også i 2009-budsjettet den samme skjevfordeling?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det er vel ikke noe som kjennetegner denne stortingsperioden, sånn sett. Den kjennetegner vel også forrige stortingsperiode.

Per-Kristian Foss (H): Ja, men det er du som er ute og snakker om skjevfordelingen.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Ja, ja – men jeg summerer opp, jeg da, de to stortingsperiodene og skjærer litt flere over samme kam. Tallene er jo en nominell fordobling av sykehusbudsjettet på sju år. Det er formidable tall, fra 53 milliarder i 2002 til 103 milliarder i 2009.

Det første jeg har lyst til å si til det, er at jeg mener at det var veldig naturlig at vi i en periode etter reformen fikk en tydeliggjøring av hva det koster å drive spesialisthelsetjenesten. Det var noe med å stabilisere den situasjonen, begynne å få kontroll over budsjettene i sykehusene. Og jeg mener at vi nærmer oss det nå. Jeg vet at helseministre har sagt det før meg, men jeg føler meg ganske trygg på at i år vil sykehusene gå i balanse. Det skyldes ikke minst at vi nå styrer dem på en annen måte. Vi styrer ikke via budsjett, men via likviditet. De har ikke mer penger enn det budsjettet har, så de er nødt til å drive i balanse. Jeg mener at skal man styrke likviditeten, må man til Stortinget med tilleggsbevilgninger og hele den biten.

Så mener jeg at erkjennelsen av å vri ressursene over til kommunehelsetjenesten ikke er noe som kan skje planløst. Det kan jo ikke bare skje sånn ad hoc, at nå skal vi begynne å tenke på kommunehelsetjenesten. Vi må ha en strategi for det, og det er en fordel om det politiske Norge er mest mulig enig om det også – derfor stortingsmelding om samhandlingsreformen, derfor en drøfting i

Stortinget som grunnlag for en vridning over til kommunehelsetjenesten i de kommende årene. Hva skal vi vri over til? Hva er det vi skal bygge opp? Hvordan skal incentivene bygges opp? Jeg mener at det forslaget vi vil komme med, å overføre 20 pst. av sykehusbudsjettet til kommunebudsjettene, er et ganske radikalt forslag som jeg tror det er lurt av oss å gjennomdrøfte grundig før vi iverksetter.

Per-Kristian Foss (H): Vil det forslaget som ikke er behandlet av dette storting, denne stortingsmeldingen du omtaler, prege budsjettet for 2010, uten at det er behandlet av Stortinget?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Nå vet jo Per-Kristian Foss like godt som meg, og enda bedre, at man snakker ikke om neste års budsjett før det legges fram. Men jeg skulle til å si at hvis det blir mellom oss, er ambisjonen min i hvert fall at det skal gjøre det, og det føler jeg meg veldig trygg på at det kommer til.

Per-Kristian Foss (H): Det betyr jo i og for seg at stortingsbehandling av stortingsmeldingen ikke er avgjørende for at du kan prioritere annerledes. Du kunne ha gjort det før.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jo, men jeg føler at når vi nå legger fram den meldingen og synliggjør politikken så tydelig som vi gjør, vil Stortinget med en gang og utover høsten kunne begynne å forholde seg både til meldingen og til budsjettet og se om de er enig i at det skal gå i den retningen.

Per-Kristian Foss (H): Et siste spørsmål, mer konkret: Mener du at de incitamentene som i dag eksisterer for å få ferdigbehandlede pasienter, ferdigbehandlet i sykehussammenheng, over til den kommunale helsetjenesten, er sterke nok? Det er noen dager som skal gå før det skal betales, og beløpet som må betales, dekker ikke helt spesialisthelsetjenestens utgifter, både «time lag»-en her, for å si det sånn, denne fristen, og selve beløpet. Mener du at disse incitamentene er sterke nok til å inngå i en samhandlingsreform?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Nei, og derfor kommer det til å komme et helt nytt opplegg for utskrivningsklare pasienter. Der vil det være veldig konkret det som skisseres i meldingen.

Møteleiaren: Då er tida ute.

Vi går vidare til Sosialistisk Venstreparti og neste spørjar, som er Øystein Djupedal.

Øystein Djupedal (SV): Takk skal du ha, leder.

Denne høringen har med all mulig tydelighet vist at dette ikke er en kontrollhøring. Men dette er en interessant høring om utviklingen i norsk helsepolitikk med bakgrunn i en administrativ rapport fra Riksrevisjonen. Det er interessant, for vi er en kontroll- og konstitusjonskomité og

ikke en helsekomité. Rune Skjælaaen har litt bakgrunn fra helsekomiteen, men vi andre har ikke det, og i så måte er det interessant og lærerikt å høre på hva de ulike aktørene har å si. Men jeg skal gå tilbake til noe av det som stod i den opprinnelige rapporten, for å prøve å være relevant i forhold til det komiteen har åpnet sak på.

Sykepleierforbundet mente at det tallet som gikk på nye årsverk, var noe lavere enn det Regjeringen har sagt. Det begrunnes i at det var en annen regnemåte, at man også regnet med vakanser, når noen var ute i svangerskapspermisjon, eller hva det ellers var. Derfor lurar jeg på om dette, denne divergensen i tall, er noe som er kjent for statsråden. Har det noen betydning for det som Regjeringen mener om dette?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg tror at noe av det som er veldig bra med norsk forvaltning, er at vi evner å være politisk uenige, men likevel forholdsvis enige om faktagrunnlaget for de debattene vi har. Det er jo f.eks. fordi vi, uavhengig av hvem som styrer Finansdepartementet, stiller spørsmål til Finansdepartementet, og de svarene vet vi er laget på et faglig grunnlag og ikke politisk kontrollert før de sendes. En annen kjent og kjær strategi er å spørre Statistisk sentralbyrå om å gi oss et faktagrunnlag. Det gjøres også i veldig mange sammenhenger. Og de tallene som går på en vekst på 10 900 årsverk i perioden 2004–2008, er tall fra Statistisk sentralbyrå. Jeg mener jeg kan beskyldte SSB for mye, men at de ikke klarer å telle, det tror jeg er litt urimelig.

Øystein Djupedal (SV): Jeg er tilfreds med det, statsråd!

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Men la meg ta én ting til, for jeg tror at noe av det som er grunnlaget for Sykepleierforbundets kritikk, er at KS i perioder har operert med basis i det de kaller PAI-registeret, med andre tall. Men det siste vi nå har fått fra KS, der de tar utgangspunkt i PAI-registeret, er ikke 10 900 årsverk, men 10 700 årsverk. Så uenigheten mellom SSB og KS om tallene ser nå ut til å være borte.

Øystein Djupedal (SV): Mitt andre spørsmål dreier seg ikke om revisjonsrapporten i det hele tatt, men er et politisk spørsmål. Jeg er veldig enig i den prioriteringen som legges, at man skal ha mer av helsetilbudene i kommunen og ikke i sykehusene, og at det er et godt svar. Men vi har merket oss på høringen i dag med Legeforeningen at det å få Legeforeningen noe annet sted enn i spesialisthelsetjenesten er krevende. Det å få dem i sykehjemmene er bortimot umulig og også å få dem til å bli i kommunen, der jeg antar at de også vil mene at de faglige utfordringene er for svake. Hvordan skal vi få til ansettelse av legene i kommunen, som innbefatter sykehjem, som innbefatter alle de hverdagsplasser som de fleste av våre foreldre sliter med? Jeg mener at statsråden sa at nye stillinger skulle styres til kommunen, men det vil være et svært langt lerret å bleke hvis det er på den måten det skal skje.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det siste er jeg uenig i, for det er blitt nesten 2 000 flere leger i norske sykehus de siste sju årene, og da skulle det ikke være en umulig oppgave å få 2 000 nye leger til kommunene de neste sju årene. Tallmessig vil vi ha tilgang på så mange nye leger. Spørsmålet er om å styre hvor ansettelsene skal skje. Jeg mener – og det har jeg sagt til Legeforeningen, så det er ikke å gjøre seg høy og mørk her – at det må være en kombinasjon av to ting. Det ene er å gjøre det mer attraktivt å være i kommunehelsetjenesten. Vi må ha gode økonomiske rammebetingelser for fastlegene. De må tjene godt, minst like godt som i spesialisthelsetjenesten. Det andre er pisk. Vi eier sykehusene, de er 100 pst. statlig eide virksomheter. Hvis det ikke er mulig å styre gjennom styringsdokument, får vi gå tilbake til gamle lovparagrafer vi har hatt i Norge, der nye stillinger måtte godkjennes av departementet. En skulle tro det var unødvendig når vi satt med et direkte eierskap. Det er klart at dette landet har tatt på seg større styringsutfordringer enn å si at det ikke er lov å ansette flere nye leger ved norske sykehus i en periode. Og hvis de ledige stillingene da kommer i kommunene, og det er nyutdannede leger, og vi gjør det attraktivt å være i kommunen, vil jeg tro at de ikke velger ledighet, men ønsker å utøve legeyrket sitt.

Møteleiaren: Takk. Då er tida ute.

Vi går vidare til siste spørjar, frå Kristeleg Folkeparti. Ola T. Lånke – ver så god.

Ola T. Lånke (KrF): Takk, leder.

Statsråden nevnte innledningsvis eldreaftalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, og jeg vil spørre litt om grunnlagstall, jeg også. I tilknytning til den står det bl.a. at det utarbeides en bedre offentlig statistikk på kommunenivå som gir grunnlag for å fastlegge behovet for heldøgns pleie og omsorgstjenester/sykehjemsplasser ut fra en faglig vurdering av den enkeltes behov. Etter det vi kjenner til, er det ikke etablert statistikk i dag som viser hvor mange syke eldre som venter på en sykehjemsplass, hvor mange som har søkt om sykehjemsplass, eventuelt fått avslag, og hvor mange som venter på omsorgsbolig. Har statsråden tenkt på når han vil følge opp dette?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Ja, vi jobber jo med hele denne IPLOS-utfordringen. Jeg tror jeg vil be Anne-Cathrine Haug Jørgensen fortelle litt om hvor langt det arbeidet har kommet.

Anne-Cathrine Haug Jørgensen: Det er altså sånn at IPLOS var obligatorisk for kommunene fra februar 2006. Vi har ikke komplette data for 2006, men fra 2007 og utover har vi komplette data. Det er jo et stort datasett vi da får tilgang til. Når det gjelder ventelisteregistreringer, vil ikke det være en del av det datamaterialet som IPLOS omfatter. Men utover det er det store muligheter for datafangst i forhold til de opplysninger som ligger inne i IPLOS-registeret.

Ola T. Lånke (KrF): Men dere er enig i at det er nødvendig og viktig å ha et slikt grunnlagsmateriale og en slik statistikk for å kunne analysere og finne ut hvilke behov som er der?

Anne-Cathrine Haug Jørgensen: En av årsakene til at man har innført IPLOS har vært erkjennelsen av at man ikke har gode nok datagrunnlag i KOSTRA, og har vært nødt til å ha nye datasett og variabler å forholde seg til.

Ola T. Lånke (KrF): Jeg vil også berøre det spørsmålet som har vært oppe tidligere her, hvor statsråden har understreket at det er et kunstig skille mellom heldøgns tilrettede omsorgstilbud og sykehjemstilbudet. En av forskjellene er vel nettopp hvem som skal definere behovet hos den enkelte. Når det gjelder omsorg, er det vel egentlig brukeren selv som må bestille og definere sitt behov, mens i sykehjemmene vil det være fagpersonell som gjør det. Hvordan har man tenkt å løse det?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg mener at du nå beskriver virkeligheten feil. For eksempel hjemmesykepleie er en veldig viktig tjeneste for dem som bor i omsorgsboliger. Det jo ikke sånn at beboere i omsorgsbolig selv bestemmer hvor mye hjemmesykepleie man skal ha, det er en vurdering av behovet til den enkelte. Det er også en faglig vurdering av hvor mye faglighet som trengs om du ligger på sykehjem. Det er en faglig vurdering av hvor mye faglighet som trengs om du bor i en omsorgsbolig, og det er en faglig vurdering om hvor mye hjelp du trenger om du bor hjemme.

Det er også mennesker som får langt på vei heldøgns omsorg og pleie i sitt eget hjem – avansert. Det er jo folk som ligger hjemme med pustemaskiner – hva heter det? – respirator. De er fullstendig pleietrengende – puster ikke selv, bor hjemme og får mer avanserte tjenester enn det de fleste på sykehjem noen gang har fått. Det er det jeg mener er det kunstige skillet. Man tror liksom at man kan gi gode, sterke faglige tjenester i sykehjemmene, men ikke andre steder. Man ser jo det f.eks. i en del av den palliative behandlingen som gis i Norge nå, altså terminalpleie. Jeg har vært på hjemmebesøk til folk som får avansert smertebehandling i sitt eget hjem – ikke bare fra kommunehelsetjenesten, men der også spesialisthelsetjenesten er inne og gir avanserte tjenester i folks egne hjem.

Ola T. Lånke (KrF): Nå fikk jeg for så vidt svar på det, men statsråden framstilte det som om det var et vågestykke – det er ingen som til nå har tort å ta konsekvensen av at det er et kunstig skille, eller noe sånt, ble det sagt her. Jeg hørte på det panelet som satt her – det var ikke bare Legeforeningen, som det ble referert til, men også Sykepleierforbundet og Fagforbundet; de nikket og var helt enige om at det er en vesensforskjell her. Hvordan ser du på det? En får jo motstand fra alle faglige instanser på et slikt syn.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det er litt vanskelig for meg å kommentere det, for jeg hadde dessverre ikke

anledning til å høre på uttalelsene de kom med. Men jeg mener jo at det jeg nå sier, har bred faglig støtte i Helsedirektoratet, i Helsetilsynet og rundt omkring. Jeg opplever ikke at det egentlig er noen faglig diskusjon om at skillet mellom en omsorgsbolig tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie og en sykehjemsplass går på at på den ene plassen kan du gi en faglig behandling som du ikke kan gi på den andre plassen. Det er i så fall en debatt jeg ikke kjenner meg igjen i rett og slett.

Møteleiaren: Då er tida omme.

Vi går over til ein liten runde på 5 minutt til oppklarende spørsmål. Saksordføraren har bedt om å få stille eit spørsmål – Rune J. Skjælaaen, ver så god.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Jeg vil først takke for gode svar. Jeg synes det har vært opplysende å høre helseministeren.

Da Omsorgsplan 2015 ble vedtatt, snakket en om 12 000 nye heldøgns plasser, enten palliative plasser, sykehjemsplasser eller omsorgsboliger, men heldøgns. Fylkesmennene anslo på samme tid at behovet var ca. 20 000. Hva tenker en om den forskjellen på ca. 8 000 som ligger der? Jeg føler litt på at dette med heldøgns plasser er litt avgjørende for om folk kan kjenne seg helt trygge på at de får det tilbudet de skal ha. En opererer jo ikke med ventelister på sykehjem eller ventelister på omsorgsbolig, og bakgrunnen for det er jo at man hele tiden skal gi et tilbud som på en måte kan gi svar på det sykdomsbildet man er i der og da, og som hele tiden forandrer seg. Det er jo litt av ideen og tanken at det skal kommunen kunne gi.

Møteleiaren: Det må vere eit kort svar, for det er mange som vil stille spørsmål her.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det viktigste å si til det er vel at det er presisert både i avtalen med Kristelig Folkeparti og Venstre og også i andre dokumenter at det ikke skal være et statisk tall – hvis utviklingen og søknadstilgangen osv. viser at det er for lite, må man være villig til å revidere det tallet.

Jeg har lyst til å si at jeg selvfølgelig er enig i at vi trenger heldøgns plasser, men jeg viser til det jeg sa innledningsvis, at jeg mener det fortsatt er viktig at vi utfordrer Kommune-Norge til å tenke: Ok, 770 000 kr i året for en sykehjemsplass. Hva om man bruker det til å forsterke hjemmetjenestene, anledning til korttidsopphold og god rehabilitering, at man bruker tilsvarende pengesum på den typen tjenester? Jeg håper at når jeg blir gammel og trenger mye hjelp, får jeg det på den måten i stedet, for det er et enormt fokus på bygge nok institusjonsplasser.

Møteleiaren: Då gir eg ordet til Per-Kristian Foss.

Per-Kristian Foss (H): Jeg takker for tipset til å spørre Finansdepartementet om uenigheten mellom SSB og KS, for det har jeg ikke gjort før. Det er jo ikke slik at man stoler på SSB bare fordi de har den tittelen. For Finansdepartementets tall for økonomisk utvikling og ikke minst

ledighetstall avviker fra SSBs. Så det kommer jo an på hva man teller. Men så vidt jeg har oppfattet, teller SSB en person i fødselspermisjon med vikar som to personer. Det er riktig at de er to personer, men den ene er jo ikke i arbeid så lenge vedkommende er i fødselspermisjon. Jeg vil bare at du kommenterer det.

Så til en liten detalj. Du bruker uttrykket omsorgsboliger tilrettelagt for pleie og omsorg. Da mener du vel at det også er pleie og omsorg, at det ikke bare er tilrettelagt? Tjenestene må jo være der. Bare til oppklaring.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Til det første: Jeg vet at man f.eks. opererer med to forskjellige begrep knyttet til ledighetstall i Norge. Nav har ett og SSB har et annet. Det går an å forklare forskjellen på Nav-ledighet og AKU-ledighet.

Per-Kristian Foss (H): Ja, det er knyttet til prognosene.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Ja. Men dette er ikke prognoser. Dette er tall på hva som har skjedd. Det er helt sikkert mulig å diskutere måten SSB teller på, og det er gjort, fordi KS har talt på en annen måte. Men situasjonen man nå er i, er at når man har oppsummert de årene som har gått, har KS og SSB de samme tallene. Det er 200 i forskjell. Så den debatten som har vært veldig stor, er liksom ikke så veldig stor lenger – det er 10 900 og 10 700. Så om man teller slik eller slik, kommer man fram til omtrent samme svaret.

Møteleiaren: Då går vi vidare – Ivar Skulstad.

Ivar Skulstad (A): Debatten tidligere i dag har vært preget av diskusjonen om kvalitetsforskriften. Ønsker statsråden å gi seg inn på å svare på hva vi skal gjøre med kommuner som ikke følger kvalitetsforskriften?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg er opptatt av at Helsetilsynet skal ha en veldig aktiv rolle i forhold til pleie- og omsorgstjenester. Jeg er veldig fornøyd med at Helsetilsynet har besluttet at de i de kommende fire årene skal ha en særlig oppmerksomhet knyttet til pleie- og omsorgssektoren. Jeg føler meg trygg på at systemet med tilsynsrapporter og påpeking av avvik og pålegg om oppretting av avvik osv., fører oss framover. Jeg hørte at min gode venn og tidligere kollega Ansgar Gabrielsen foreslo å bruke bøter. Til det vil jeg si: Det er det vi har prøvd f.eks. i forhold til utskrivningsklare pasienter, man prøver å bøtelegge de kommunene som ikke tar imot dem. Den eneste konsekvensen av det er jo at de får enda mindre evne til å ta imot folk, for de bruker opp pengene på bøter. Det synes jeg høres ut som en veldig enkel måte å gjøre det på, som jeg ikke tror vil virke. Jeg tror på å foredle modellen knyttet til Helsetilsynet.

Møteleiaren: Då gir eg ordet til Ola T. Lånke.

Ola T. Lånke (KrF): Jeg vil også spørre om kvalitet, som er et nøkkelbegrep i forbindelse med eldreomsorgen.

10 000 nye årsverk, eller hender, og 3 500 omsorgsplasser eller sykehjemsplasser gir i seg selv ingen garanti for kvalitet. Det er en veldig svak sammenheng mellom tallene og økt kvalitet i eldreomsorgen. Det er jo verdighet og kvalitet vi er opptatt av. Man snakker om en norm og en forskrift, men har statsråden noen tiltak i ermet med sikte på å styrke kvaliteten utover dette i tiden som kommer?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: For det første er det viktig å si til det at det Statistisk sentralbyrå også sier når de går gjennom de nye årsverkene, er at de i stor grad dekkes opp av fagpersonell med helse- og sosialutdanning. Det viser seg at de vi ansetter, har helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personer i eldreomsorgen med helse- og sosialfaglig utdanning øker. Det er veldig viktig. Jeg mener også at det er altfor mye snakk om disse varme hendene. Jeg har ikke noe imot at folk er varme på hendene. Men det er først og fremst de kloke hodene som trengs, ikke sant? For det er mange faglige utfordringer i eldreomsorgen.

Så har vi som en del av den avtalen som kom i tilknytning til omsorgsplanen, et eget kompetanseløft, Kompetanseløftet 2015, som er fulgt opp i budsjettene hvert eneste år med forholdsvis gode bevilgninger, og som jobber med hele løftingen av kompetansen. Jeg skal vise til ett eksempel, som jeg har veldig tro på, nemlig at vi nå har etablert over hele landet det som kalles undervisningssykehjem. I hvert fylke har vi et sykehjem som får forsterket faglighet i form av bidrag til forskning, spredning av «best practice» og slike tiltak. I løpet av høsten begynner vi å etablere undervisningshjemmetjeneste for å bruke den samme metodikken på spredningen av god kompetanse innenfor hjemmetjenestene. Det er eksempler på ting som skjer i forhold til faglighet.

Møteleiaren: Møteleiaren er usedvanleg snill i dag, så tida er overskriden. Det er nesten så eg gremmer meg.

Til slutt gir eg ordet til Øystein Djupedal, ver så god.

Øystein Djupedal (SV): Siden dette er det siste spørsmålet, skal jeg tillate meg å gi statsråden en lissepasing.

Rapporten fra Riksrevisjonen viser med all mulig tydelighet at det har skjedd et markant skifte under denne regjeringen i forhold til under den forrige regjeringen. Hva tror statsråden er årsaken til det? (Munterhet i forsamlingen)

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: De partipolitiske genene blir på en måte litt svekket når man jobber så faglig med utfordringer, men det er klart at det har sammenheng med kommuneøkonomi: Det har vært et kommuneøkonomisk grunnlag for å ansette flere folk, og det har kommunene gjort.

Møteleiaren: Då er vi ferdige med denne runden, og vi står igjen med ein liten ting: Dersom statsråden ønskjer å gi ei kort oppsummering, får han høve til det no, avgrensa til 5 minutt – og der er eg streng.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg tror faktisk jeg skal benytte meg av den anledningen, men jeg skal ikke bruke 5 minutter.

Vi i departementsverdenen har jo undret oss litt over denne høringen, men samtidig tror jeg at all mulig oppmerksomhet om dette temaet er veldig viktig. Og det er viktig å ha denne oppmerksomheten i det daglige, for folk er gamle og trenger tjenester i Norge nå.

Jeg tror ingen av oss rundt bordet her helt greier å ta inn over seg hvor store utfordringer Norge står overfor i pleie- og omsorgssektoren og eldresektoren. Vi møtes i dag i en situasjon der det er 600 000 mennesker i Norge som er over 67 år. Om 40 år vil dette tallet ha steget til 1,2 millioner. Det vil altså være en fordobling fram mot 2050. Og det vil ikke bare være mennesker mellom 67 år og 75 år. Det vil være dobbelt så mange mennesker over 80 år, det vil være dobbelt så mange mennesker over 90 år, og det vil være dobbelt så mange demente som det vi har i dag. Så de utfordringene vi står overfor i denne sektoren, er formidable. Vi har fortsatt en viss styringsmulighet, for til-

veksten vil ikke være voldsom de første årene, men hvert eneste år vil det jamt og trutt bli en betydelig tilvekst av mennesker som vil trenge tjenester, og det i en tid da antallet i aldersgruppen 18–67 år vil flate ut og til dels gå ned. Det er tall som viser oss at en tredjedel av framtidens ungdom må velge helse- og sosialsektoren hvis vi skal ha nok mennesker til å yte de pleie- og omsorgstjenestene vi mener trengs. Jeg tror ikke vi som samfunn helt greier å ta inn over oss hvor store utfordringer dette er. Derfor er det veldig viktig at vi har oppmerksomhet rundt dette.

Møteleiaren: Takk skal du ha.

Eg vil berre seie at ei av årsakene til at vi ville ha denne høyringa, var at vi skulle slutte ringen, for den første statsråden denne komiteen hadde inne til høyring i denne perioden, var Bjarne Håkon Hanssen, og då var det nokså naturleg at vi avslutta vår siste høyring i denne perioden med statsråd Bjarne Håkon Hanssen. Tusen takk for at du kom, og takk for bidraget ditt.

Dermed er høyringa over.

Høyringa slutt kl. 19.11.
