



Representantforslag 63 S

(2009–2010)

fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden

Dokument 8:63 S (2009–2010)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om en ny velferdsreform

Til Stortinget

Bakgrunn

Et bærekraftig velferdssamfunn

Norge har et velferdssamfunn man kan være stolte av, og internasjonalt er det norske helsesystemet rangert blant verdens beste. Men dagens og framtidens helse- og omsorgstilbud har en rekke utfordringer. En enorm kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten, kombinert med en stadig eldre befolkning, er ikke bærekraftig på sikt. Utfordringene i dag er særlig store med hensyn til den største pasientgruppen som er mennesker med én eller flere kroniske sykdommer eller tilstander. Forslagsstillerne viser til prognoser fra Helsedirektoratet som forteller at denne gruppen vil øke og ytterligere stille krav til helsesystemet når det gjelder kvantitet og kvalitet. Den demografiske utviklingen med flere eldre og færre i yrkesaktiv alder vil forsterke denne utfordringen. Forslagsstillerne mener løsningene på disse utfordringene i stor grad handler om prioritering, organisering og en annen balanse mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten enn i dag. Forslagsstillerne vil understreke at det i framtiden blir viktig å sikre gode tjenester på det laveste effektive omsorgsnivået.

Forslagsstillerne er positive til at regjeringen gjennom St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen adresserer noen av de største utfordringene man står overfor innen helse- og omsorgssektoren. Norge bruker mer penger på helse enn de fleste andre land, men stadig mer av bevilgningene brukes på

kostnadskrevende behandling i sykehus, mens de mange som mest av alt trenger daglig pleie og omsorg, ikke i tilstrekkelig grad får den hjelpen de trenger. Forslagsstillerne er tilfreds med at regjeringen ser denne utfordringen og at man har som ambisjon å føre en helse- og omsorgspolitikk som både er samfunnsøkonomisk bærekraftig og som endrer ressursbruken i den retning forslagsstillerne foreslår. Særlig positivt er det at regjeringen ønsker at kommunene i helse- og omsorgspolitikken skal få en ny rolle. Det er imidlertid vanskelig for forslagsstillerne å se at samhandlingsreformen i tilstrekkelig grad gir de nødvendige svarene på de utfordringene samfunnet står overfor.

Forslagsstillerne merker seg at kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er ett av regjeringens hovedgrep for å understøtte en dreining av helse- og omsorgstjenester til kommunene. Forslagsstillerne er ikke enige i at en kommunal medfinansiering er et hensiktsmessig virkemiddel for å dempe vekst i spesialisthelsetjenesten. Særlig for de minste kommunene vil det ta svært lang tid før man ser eventuelle økonomiske innsparinger av investeringer og tilrettelegging av en ny forebyggingspolitikk på helseområdet. Et kommunalt medfinansieringsansvar er svært problematisk uten at man samtidig etablerer større kommuner som er i stand til å ha tilstrekkelig kompetente fagmiljøer som kan planlegge og dimensjonere behovet for helse- og omsorgstjenester.

Forslagsstillerne vil i denne forbindelse understreke at kommunene bare i begrenset grad kan påvirke om en pasient innlegges på sykehus eller ikke, og at kommunene reelt bare vil råde over 5 prosent av sykehuskostnadene, ikke 20 prosent som samhandlingsreformen legger opp til.

Forslagsstillerne frykter også at det kommunale medfinansieringsansvaret vil føre til mer byråkrati utenfor politisk kontroll. Samhandlingsreformen leg-

ger, etter forslagsstillernes syn, til rette for tautrekkinger om fordeling av kostnader mellom små og store kommuner. Helse- og sosialsektoren har allerede et stort skjemavelde som er ekstremt tidkrevende, og forslagsstillerne frykter at dette vil ramme pasienter og brukere hvis køene blir enda lengre.

Større kommuner er nødvendig

Forslagsstillerne er enige i at flere velferdsoppgaver i framtiden må løses nærmere borgerne dersom velferdssamfunnet skal tilby bedre tjenester uten en stortilt privatisering eller dramatiske skatteøkninger. I rapporten: «Skapes helse, skapes velferd – helse-systemets rolle i det norske samfunnet», utgitt av Helsedirektoratet i mai 2008, kommer det fram at antall legeårsverk har økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten siden 1990. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent. Disse tallene viser at det er et behov for å styrke og målrette innsatsen i primærhelsetjenesten. Forslagsstillerne mener dette kun kan oppnås ved at flere helse- og omsorgsoppgaver flyttes fra stat til kommune, og vil understreke at en slik overføring av oppgaver krever kommuner som er robuste nok til å ta dette ansvaret. Da må noe gjøres med dagens kommunestruktur. Samhandlingsreformen mangler dette viktige momentet. Skal flere velferdsoppgaver løses i kommunene, slik forslagsstillerne ønsker, kreves sterkere fagmiljøer, flytting av ressurser fra stat til kommune, og større kommuner.

Forslagsstillerne vil ha en kommunereform der flere offentlige oppgaver blir desentralisert fra staten til kommunene. En slik reform krever, etter forslagsstillernes mening, en ny kommunestruktur. Det nye kommunekartet i Norge vil, etter en slik reformprosess, ha kommuner med større ansvar enn dagens, spesielt innen velferdstjenester og helsevesen. Da kan det gis behandling, pleie og omsorg i menneskers nærmiljø, slik at brukerne får et bedre tilbud og økt verdighet. Nærhet til brukerne gir også større mulighet til å aktivisere det frivillige hjelpeapparatet gjennom samarbeid med det offentlige.

Forslagsstillerne vil gjennomføre en ny kommunereform ved at Stortinget fastsetter et måltall for hvor mange kommuner reformen skal resultere i, men hvor kommunene i størst mulig grad selv får bestemme de nye kommunegrensene. Staten må forplikte seg til å overføre offentlige oppgaver til det nye kommunenivået, slik at andelen øker fra dagens 40 prosent til 50 prosent eller mer. Det bør legges vekt på å redusere antall kommuner i naturlige sammenhengende bo- og arbeidsmarkedsregioner. Av hensyn til Norges spesielle geografi kan det ikke settes en absolutt minimumsgrense for antall innbyggere i kommunene. Det må lages spesielle ordninger for

øykommuner og andre kommuner der geografi gjør kommunesammenslåing mindre aktuelt.

Det må lages en egen lov for gjennomføring av reformen som forplikter staten til desentralisering av konkrete oppgaver. I loven må det presiseres at prosessen skal baseres på frivillighet ved at kommunene i utgangspunktet selv velger hvem de vil slå seg sammen med, men at staten i siste instans har en mulighet til å kunne gripe inn for å sikre at måltallet nås slik at ikke desentraliseringen av oppgaver forhindres.

Subsidiært vil forslagsstillerne foreslå en gjennomgang av finansieringen av regjeringens modell med medfinansiering i kommunene, slik at den tilsiktede flytting av tjenester innenfor dagens kommunestruktur gjennomføres på en forsvarlig måte.

Forsterkede sykehjem

En kartlegging i 2005 utført av Sosial- og helsedirektoratet, og gjengitt i rapporten: «Normering av legetjenester i sykehjem», viste at det kun er 22 av totalt 755 sykehjem som har lege i tilnærmet full stilling. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Omsorgsmeldingen er det uttrykt behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 prosent frem til 2010. På de fleste sykehjem i Norge er det ikke et faglig nivå og volum på legetjenesten som tilsier at tjenesten kan gi tellende utdanning for leger i spesialisering i indremedisin/geriatri. Eldreforliket definerer for eksempel utdanning av minst 10 geriater årlig i planperioden. Det er derfor et stort behov for å sette inn andre tiltak for å gjøre noe med kvalitet og dekning på legetjenestene på sykehjem.

Forslagsstillerne mener det bør etableres en ordning som sørger for at fastlegehjemler kan flyttes der hvor det i dag er dårlig dekning. Kommuner med dårlig fastlegedekning bruker mest penger på sykehus-tjenester. Forslagsstillerne mener videre at fastlegene må kunne skrive pasienten inn på sykehjem, en mulighet som ikke er til stede i dag.

Eldre pasienter som ikke får sykehjemsplass, blir i dag liggende lenge på sykehus. En satsing på forsterkede sykehjem, som kan ta blodprøver og røntgenbilder, sparer pasienter for belastningen det innebærer å bli sendt mellom sykehus og sykehjem. Forsterkede sykehjem vil også kunne dempe presset på sykehusene. Forsøk i Trondheim viser at oppgraderte sykehjem er bedre til å ta seg av såkalt multisyke eldre enn de høyspesialiserte sykehusavdelingene.

Forslagsstillerne mener det i dag er et behov for flere ambulerende team i spesialisthelsetjenestene. Akershus universitetssykehus har for eksempel en egen mobil røntgenbil som kan reise ut til sykehjem ved behov. Forslagsstillerne mener videre at det bør etableres vaktordninger på sykehus som sykepleiere og annet helsepersonell kan kontakte via telefon for å få medisinsk faglige råd. Videre bør tilskuddsordnin-

gene til ambulerende team forbedres. Forslagsstillerne har tro på at slike tiltak vil kunne ha innsparende effekter, samtidig som pasientene sikres god behandling i sine nærområder.

Økt satsing på rekruttering i helsesektoren

Framtidens velferdssamfunn har et sterkt behov for helsearbeidere. Behovene er størst for helsearbeidere i primærhelsetjenesten. Helse- og omsorgssektoren utgjør i dag om lag 41 prosent av kommunal sektor. Når antallet pleietrengende eldre øker, vil det bli et stort behov for kvalifisert arbeidskraft. En av utfordringene blir å få flere helsearbeidere til å arbeide i primærhelsetjenesten. I rapporten: «Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet», utgitt av Helsedirektoratet i mai 2008, kommer det fram at antall legeårsverk har økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten siden 1990. Det har i de siste årene, med andre ord, vært en økning i antall årsverk i primærhelsetjenesten, men forslagsstillerne viser til at denne økningen i liten grad har kommet eldre mennesker til gode.

Fra 2015 vil antallet eldre med pleiebehov øke, og innen 2035 vil det være betydelig flere eldre over 80 år enn i dag. Forslagsstillerne mener dette er utfordringer som må løses gjennom tiltak for å øke kompetanse, rekruttering og nyskaping innen primærhelsetjenesten.

Forslagsstillerne viser til at de tunge løftene ikke lenger er i industrisektoren, men i omsorgsyrkene. Kvinneandelen innen helse- og omsorgsyrkene er mellom 80 og 90 prosent. Forslagsstillerne mener det er nødvendig å prioritere tiltak som gjør arbeidsfeltet attraktivt og som bygger kompetanse for de ansatte. Dette vil kunne bidra til at de kvinnedominerte yrkene øker sin status, kompetanse og lønn, og dette vil gjøre helse- og omsorgstjenesten mer attraktiv for begge kjønn. Forslagsstillerne ønsker å øke kompetanse for personell som arbeider i pleie- og omsorgsykker. På sikt vil også dette øke lønn og status.

Et urovekkende lavt antall av sykepleierne svarer i dag at de ønsker å arbeide på sykehjem. Forslagsstillerne mener dette er et varsko om at det må innføres nye incentiver for å øke rekrutteringen av arbeidskraft til sykehjem. Forslagsstillerne mener et fornuftig tiltak i denne forbindelse vil være å innføre en ordning med ettergivelse av studiegjeld for sykepleiere og hjelpepleiere som vil arbeide i primærhelsetjenesten. Dette vil gjøre det mer attraktivt å ta utdanning innenfor helse- og omsorgsykker.

Ettergivelse av studiegjeld vil videre være en drivkraft for at flere kan skaffe seg bedre kompetanse og videreutdanning. For å sikre at arbeidskraften øker i primærhelsetjenestene kan det innføres ordninger med bindingstid, for eksempel slik at den enkelte får ettergitt lån etter hvor mange år man vil binde seg til en gitt stilling eller arbeidssted.

Innføre nye turnusordninger

Forslagsstillerne viser til at det er foretatt en rekke forsøk med ulike typer turnus forskjellige steder i landet. Et forsøk i Bergen kommune med gjennomføring av såkalt «Nordsjøturnus» – det vil si at personalet arbeider noe lengre perioder med tilsvarende friperioder i etterkant – er gjennomført med gode resultater for både ansatte og brukere.

Resultatene av forsøket viste blant annet redusert skadeomfang, lavt sykefravær, lav turnover, og høye søkertall. For brukernes del har det blant annet ført til mindre medisinerbruk og færre tvangssituasjoner. Kommunen driver rett og slett tjenestene bedre og mer effektivt. Forslagsstillerne ser at dette ikke vil egne seg for alle omsorgsvirksomheter, men mener at forsøkene har hatt såpass god effekt at det bør etableres incentiver for å få i gang flere slike ordninger.

Nyskaping i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren står for om lag 19 prosent av offentlige utgifter. Likevel står ikke nyskaping, nye løsninger og tekniske hjelpemidler særlig høyt på dagsordenen. Dette vil forslagsstillerne gjøre noe med. I Danmark har man avsatt 3 mrd. danske kroner til arbeidskraftsbesparende teknologi i perioden 2009–2015. Omsorgsteknologi finnes i norsk helse- og omsorgssektor, men incentivene for å ta slik teknologi i bruk er for dårlige.

Mange som mottar omsorgstjenester i hjemmet, har et stort og udekket sosialt behov. Ikke alle har pårørende. Hjemmehjelpen har i dag sjelden tid til å sitte ned og være sosial med beboeren, siden mange praktiske oppgaver skal ordnes. Allerede i dag finnes det løsninger som kan sikre at mer av disse oppgavene utføres teknologisk. Forslagsstillerne mener derfor det må satses mer på ny teknologi på sykehjem og i hjemmesykepleien. Det utføres i dag en rekke renholdsoppgaver av helsepersonell hvor det i stedet kunne vært brukt ny teknologi. Det er for eksempel lite hensiktsmessig at hjelpepleiere bruker tid på renhold som maskiner kan utføre bedre. Forslagsstillerne vil understreke at arbeidskraftbesparende teknologi ikke handler om å erstatte menneskelig omsorg, men om å erstatte andre oppgaver som utføres. Omsorg skal utføres av godt kvalifisert helsepersonell, men forslagsstillerne vil understreke at teknikk kan avlaste mer enn i dag. Forslagsstillerne vil derfor satse mer på nyskaping og nye løsninger i omsorgssektoren. Dette vil gi bedre tid til å gi reell omsorg.

Økt satsing på rehabilitering

En styrket rehabilitering er, etter forslagsstillerens syn, helt avgjørende i møtet med framtidens samfunnsutfordringer knyttet til en befolkning med økende antall pleietrengende eldre, mangel på arbeidskraft og det faktum at stadig flere overlever al-

vorlige skader og sykdommer. Svært mange faller ut av arbeidslivet på grunn av funksjonskonsekvenser av sykdom og manglende mestring av disse. Kunnskap om funksjonskonsekvenser, tilretteleggingsbehov og -muligheter er svært viktig i arbeidet for å redusere sykefravær og uføretrygd, og må inn i alle ledd i helse- og omsorgssektoren. Økt satsing på rehabilitering og forebyggende arbeid er også viktig for å fordele ressursene bedre innenfor helsevesenet og sørge for at kronikere, rusmiddelmisbrukere og mennesker med funksjonsnedsettelse får en bedre hverdag.

Særlig kronikere vil tjene på en styrket rehabiliteringsinnsats. Flere har pekt på at effekten av spesialisert rehabilitering blir borte eller redusert fordi kommunens tilbud i etterkant er for dårlig. Bedre opptrening og økt kapasitet hos fysioterapeuter kan hjelpe mange som i dag ikke får koordinerte helsetjenester. Det er mye som taler for at ansvaret for opptreningsdelen av rehabiliteringen kan flyttes ned til kommunene, forutsatt at kommunene er robuste nok til å håndtere oppgaven.

Etter forslagsstillerens syn må rehabilitering være et særskilt satsingsområde i helse- og omsorgssektoren i årene som kommer. En slik satsing krever oppfølging og en styrking av Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering. Forslagsstillerne vil understreke at rehabilitering, særlig opptrening, i større grad må skje i kommunene. Forslagsstillerne er bekymret over den svært varierende kvaliteten man i dag finner med hensyn til rehabilitering i kommunene. Hvis rehabiliteringen i primærhelsetjenesten skal bli bedre, må kommunene få både ansvar og tilstrekkelige midler, jf. forslaget om mer robuste kommuner.

Forslagsstillerne vil i denne forbindelse peke på behovet for flere nasjonale kompetansesentra knyttet til ulike typer rehabilitering. En av hensiktene bak slike kompetansesentra er å øke kunnskapsoverføring til kommunene. Det er også behov for mer forskning på hvilke typer rehabilitering som er effektive.

I mange kommuner vil det være et behov for å ha ansatte som kun innehar rene koordineringsfunksjoner med hensyn til rehabilitering. Mange har imidlertid pekt på at kompetansen blant de som utøver rehabiliteringen, er for dårlig. Disse må inneha kunnskap om funksjonsvurderinger, kjennskap til utvikling/prognose for den aktuelle sykdom/funksjonshemming, kjennskap til tekniske og praktiske løsninger, erfaring fra arbeid med andre i lignende situasjon, kjennskap til rettigheter, kjennskap til andre instanser som har aktuell kompetanse og evne til samhandling

med brukeren slik at habilitering eller rehabiliteringsprosessen blir hensiktsmessig.

Rehabilitering kan være særlig utfordrende der flere aktører og instanser må samordnes. Svært mye av rehabiliteringstilbudene er bygget opp av private ideelle organisasjoner. Disse har en viktig plass i systemet i dag. Forslagsstillerne vil understreke at ledig kapasitet hos ideelle organisasjoner bør utnyttes mer. Det avgjørende er ikke hvem som leverer tjenesten, men at kvaliteten på tilbudene er gode. Ikke-kommersielle aktører har ofte tilknyttet seg mange frivillige som gjør en innsats utover det kommersielle aktører kan gjøre. Dette er en av grunnene til at bruk av private ideelle aktører potensielt kan gi flere synergieffekter enn kommersielle aktører.

Det klareste virkemiddelet knyttet til styrket rehabilitering innebærer politiske prioriteringer. Forslagsstillerne stiller seg undrende til at rehabilitering har fått liten plass i St.meld. nr. 47 (2008–2009), særlig med tanke på at målet skal være bedre flyt mellom de ulike nivåene i helsesektoren.

Endring av fastlegenes takstsystem

Forslagsstillerne viser til at det i dag ikke finnes et system som premierer fastleger som ønsker å behandle pasienter i primærhelsetjenesten. Forslagsstillerne mener det må utvikles incentivordninger for å sende et signal om at veksten i spesialisthelsetjenesten må dempes. Forslagsstillerne er bekymret over at fastlegesatsene omhandler det å bistå i forbindelse med livsstilsendringer, kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt, tidligere har blitt redusert. Tilsvarende gjelder også satsen som omhandler det å snakke med pårørende til alvorlig syke mennesker og satsen for samtalerapi med personer med psykiske lidelser. Dette mener forslagsstillerne er å gå motsatt vei hvis målet skal være å dempe bruken av sykehus tjenester. Forslagsstillerne mener det er mulig å dempe noe av utviklingen av mer alvorlig sykdommer dersom flere med lettere psykiske lidelser behandles av fastleger.

Mindre byråkrati og skjemaer

Forslagsstillerne viser til at det i dag brukes svært mye tid på tidskoder, dobbeltrapportering og skjema-velde i helse- og omsorgssektoren. Noe er nødvendig, men forslagsstillerne mener det er potensial for å forenkle rutinene og byråkratiet i helse- og omsorgssektoren. Kryssende og uoversiktlig rapportering til stat og kommune binder opp mye tid som i stedet kunne vært brukt til pasientbehandling. Forslagsstillerne mener reduksjon av skjemaveldet vil føre til økt kvalitet på tjenestene som tilbys.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

I

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en ny kommunereform ved at Stortinget fastsetter et måltall for hvor mange kommuner reformen skal resultere i, men hvor kommunene selv får bestemme de nye kommunegrensene. Staten må forplikte seg til å overføre offentlige oppgaver til det nye kommunenivået, slik at andelen øker fra dagens 40 prosent til 50 prosent eller mer.

II

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en undersøkelse av turnusordninger på sykehjem og fremme forslag til tiltak som kan gi mer fleksible ordninger.

III

Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av rapportering til offentlige myndigheter først og fremst i primærhelsetjenesten, for å redusere antall skjemaer. Dette arbeidet må sees i sammenheng med

rapportering til andre deler av helse- og omsorgssekto-
ren med tanke på å redusere dobbeltrapportering.

IV

Stortinget ber regjeringen legge til rette for å innføre en ordning med ettergivelse av studiegjeld for sykepleiere og hjelpepleiere som vil arbeide i primærhelsetjenesten.

V

Stortinget ber regjeringen legge fram en plan for forskning på arbeidskraftsbesparende teknologi.

VI

Stortinget ber regjeringen fremme forslag til et revidert takstsystem for fastlegeordningen som belønner tidsbruk for behandling og oppfølging på laveste nivå (primærhelsetjenesten).

VII

Stortinget ber regjeringen foreta en utredning av kommunalt opptreningsansvar for rehabilitering.

11. februar 2010

