

**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 bisittjarar, 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 pusterom.

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 legeårsverk i sykehjemmene på om lag 40 pst., tilsvarende 111 årsverk, fra og med 2006. Ifølge tall igjen fra SSB har antallet legeårsverk 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 brukerinnflytelse 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.

**Møteleieren:** 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. Skjælaaen (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.

**Møteleieren:** 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 nestleieren, 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.

Éin 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 ialfall ei lita ueinigheit 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 ialfall: 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.

**Møteleiar:** 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 hverdagsplager 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 eldrevtalen 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 lissepasning.

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.

---