

Helse- og omsorgsdepartementet  
Kommunetjenesteavdelingen  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 11/3973

Dato: 03.11.2011

## **NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg**

Det vises til brev av 22.7. 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Legeforeningen er enig i at konsekvensene av de demografiske endringene i alderssammensetning i befolkningen vil stille nye og store krav til samfunnets omsorgstilbud vedrørende kvalitet, kvantitet og god ressursutnyttelse. Legeforeningen mener at utvalget som har skrevet utredningen har mange gode forslag som regjeringen, kommunesektoren, næringslivet, boligbyggerne og andre samfunnsaktører må se nærmere på. Det er viktig at nødvendige tiltak for å møte fremtidens omsorgsutfordringer planlegges nå og iverksettes i tide.

Utredningen bidrar etter vårt syn til å imøtekomme endrede behov for tilbud gjennom å trekke frem og synliggjøre flere alternative løsninger og tilretteleggingsmuligheter. Dessuten påpeker den nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid, også mellom faggrupper som tradisjonelt ikke har mye kontakt. Dette er positivt.

Legeforeningen vil imidlertid påpeke at leger ikke har deltatt i utvalget som har utarbeidet den omfattende utredningen. Som viktige beslutningstakere i pleie og omsorgssektoren mener vi at legedeltakelse ville ha bidratt til en bedre forankring av vurderingene i rapporten, og en mer konkret handlingsplan.

Sammensetningen av gruppens deltakere kan også synes å være noe »topptung» og akademisk overfor et aktivitetsområde (omsorgstjenestene) som gruppen selv beskriver: *»oppfatter seg nok ofte som en «annenrangs helsetjeneste» når de måler seg opp mot spesialisthelsetjenesten».*

Involvering av yrkesgrupper som i det daglige arbeider direkte overfor brukeren av omsorgstjenester mener vi ville tilført prosessen enda bedre forankring og kvalitet/autoritet. Vi viser i den sammenheng til s.96, der det står: *»Sammenliknet med dagens tilbud vil det framtidige tilbudet om behandling bli mer spesialisert. Dette er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og vil fordre en sterk helsefaglig profil og kompetanse hos tjenesteyterne».*

Dette understreker behovet for legers faglige vurderinger vedrørende fremtidig innovasjon innenfor omsorg.

Legeforeningen er enig i at de kommunale omsorgstjenestene må dekke hele livsløpet med tjenestetilbud til familier med barn, voksne med nedsatt funksjonsevne og eldre med alvorlig sykdom og funksjonstap. Legeforeningen er enig at det faktiske bildet er nyansert, med om lag 40.000 som får tjenestetilbudet i sykehjem og 225.000 som får omsorgstjenester i eget hjem eller i omsorgsboliger. 1/3 av disse er under 67 år.

Som et grunnleggende premiss i utredningen holder utvalget fast på en velferdsmodell med lokalt kommunalt ansvar for omsorgsoppgavene. Dette i tråd med vår vurdering av viktigheten av et godt primærtjenestetilbud forankret der folk lever og bor. Imidlertid har kommunene stor variasjon vedrørende kompetanse, spesielt akademisk kompetanse (jfr. KS' PAI-register<sup>1</sup>). For å oppnå best mulig tjenestetilbud for den enkelte innbygger er det av avgjørende betydning med høy fagkompetanse i alle landets kommuner. Høy fagkompetanse er bra for tjenestetilbudet til den enkelte, og gir bedre forutsetning for forebyggende tiltak samt for samarbeid på tvers av nivåer og faggrupper.

Legeforeningen anbefaler en tilnærming rundt innovasjon basert på bred og aktiv medvirkning fra tjenesteyterne og beslutningstakere på grunnplanet i omsorgstjenestene.

Legeforeningen vil i det følgende kommentere utvalgets fem forslag.

### 1. "Næromsorg" – Den andre samhandlingsreformen (kap 5)

Utvalget foreslår at vi må ha som mål at 25 prosent av den samlede omsorgssektoren bør være organisert og drevet som ideell virksomhet mot 5 prosent i dag, og foreslår at det etableres et omfattende og utvidet partnerskap mellom ideelle organisasjoner, familie og sivilsamfunn.

Dette må etter vårt syn ikke være en erstatning for de offentlige tjenestene som kommunene har ansvar for å tilby sine innbyggere, eller bli et verktøy for å legitimere kutt eller manglende økninger i kommunale omsorgsbudsjetter og kvalifiserte årsverk. Kommunene skal fortsatt ha hovedansvaret for omsorgsoppgavene, med tydelige krav til kvalitetssikring og evaluering gjennom internkontroll, rapporteringer og nasjonale tilsyn.

Vi tror utvalget har rett i at det å samarbeide mer tverrfaglig i "mellomrommene" er avgjørende for å utvikle nye løsninger og tilbud innenfor dagens strukturer. Vi savner derimot refleksjoner om hvordan denne oppfordringen kan følges opp med mer konkrete tiltak for å sikre rekruttering av høy kompetanse til dette utviklingsarbeidet som er nødvendig i kommunal sektor.

Det redegjøres i utredningen for at omsorgen i fremtiden i mindre grad vil foregå i tradisjonelle institusjoner og i større grad i pasientens egen bolig. Dette kan være spesialtilpassede boliger, bygd av det offentlige og bemannet på ulike måter. Utredningen

---

<sup>1</sup> PAI-registeret: Personaladministrativt personalsystem

skisserer hvordan omsorg kan organiseres for å møte det nye bomønsteret, men gjør i liten grad rede for hvordan helsetilbudet skal organiseres.

Det er etter Legeforeningens syn nødvendig med en avklaring av om legetilbudet til pasienter i omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg i fremtiden best løses med kommunalt ansatt og fastlønnede leger (som i sykehjemmene i dag), eller om det medisinske ansvaret skal ligge hos fastlegene også den perioden av livet pasientene har ekstra behov for pleie og omsorg, og dermed finansieres av egenandeler fra pasienten og refusjoner fra folketrygden.

Ved endrede eier- og driftsformer, med større vekt på brukerstyrte ordninger, samvirkeløsninger og sosialt entreprenørskap, må endrede arbeidsforhold for ansatte tas med i betraktningen.

I helsevesenet er det i noen grad tradisjon å sette brukeres og pasienters behov foran egne behov. Derfor er det viktig at man legger klare føringer vedrørende de nye arbeidsoppgavene slik at ansatte ivaretas.

Dokumentasjon av observasjoner, tiltak og effekt/konsekvens må ivaretas i henhold til lov- og regelverk (helseregisterloven m.v.), og de registrerte helseopplysningene må skjermes for urettmessig tilgang, men være tilgjengelig for helsepersonell med behandlingsoppgaver. Dersom frivillige organisasjoner og ikke-helsepersonell gis nye roller i omsorg og pleie må det avklares hvordan ovennevnte regelverk skal etterleves.

Omsorgstjenestene har et potensial for nyskaping, herunder utvikling i virksomheter med samhandlingsflater mot familie, lokalsamfunn og spesialisthelsetjeneste.

Utviklingen bør innbefatte at brukerne utfordres og gis større innflytelse.

Det er imidlertid viktig at nye initiativ og tiltak ikke overlates til den enkelte virksomhet alene, men at det gjøres gjeldende en felles nasjonal politikk på dette området. De enkelte aktører må forpliktes til å følge opp, og de må settes i stand økonomisk og på annen måte til å gjennomføre de nødvendige tiltak.

## **2. ”Nye rom” – Fremtidens boligløsninger og nærmiljø (kap 6)**

Utvalget fastslår at de store institusjonenes tid er forbi, og presenterer et nytt konsept bygd på seks grunnleggende prinsipper som blant annet skiller mellom bolig- og tjenestetilbud og mellom privat og offentlig areal, og der omsorgstjenestens boliger og lokaler inngår som en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler.

Legeforeningen er i utgangspunkt enig med utvalget i at mer penger, flere sykehjemsplasser, mer profesjonelle hender og hoder er ønskelig og nødvendig, men det er urealistisk å tro at mer penger og sykehjemsplasser sikrer de sårbare gamle den livskvalitet og verdighet de fortjener. Norge bruker allerede større offentlige ressurser til eldreomsorg (OECD 2009) enn andre land. Antall sykehjemsplasser pr. innbygger er i Norge høyere enn i noen land.

Samtidig vil Legeforeningen advare mot et fremtidsperspektiv som antyder at sykehjemsplasser skal bygges ned og at de “store institusjonenes tid” skal være forbi. Erfaringer viser at store institusjoner oppnår bedre medisinsk kvalitet, har personell med høyere kompetanse, samt innlegger relativt færre pasienter til sykehus enn små institusjoner. Årsaken til dette er at man er bedre i stand til å samle og rekruttere personell med ønsket

faglig kompetanse til større institusjoner, der det også kan organiseres undervisning og gis muligheter for forskning.

Legeforeningen mener at fremtidens boligløsninger må utvikles i tillegg til dagens institusjoner.

### **3. ”Teknoplan 2015” – Teknologi støtte til omsorg (kap 7)**

Legeforeningen er enig i at ny teknologi og avanserte hjelpemidler kan danne grunnlag for at yngre med nedsatt funksjonsevne kan mestre dagliglivet bedre på egenhånd, uavhengig av hjelp fra andre.

Samtidig vil Legeforeningen påpeke at den planlagte teknologiseringsplan ikke uten videre vil ha like stor effekt vedrørende den store gruppen gamle med demens. En del personer med demens (om lag 60%) utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft, noe som medfører redusert evne til å nyttiggjøre seg ny teknologi. Undersøkelser viser at bare halvparten av pasienter med demens er utredet og diagnostisert. Aktivitet og sosial kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens og kognitiv svikt og i noen grad kan forsinke sykdomsutviklingen og redusere behovet for medikamentell behandling.

I ”Teknoplan 2015” savner Legeforeningen en behovsanalyse for kompetent utredning av demente pasienter, deres behov og behandling.

Bruk av GPS o.l. overvåkningsinstrumenter medfører etiske utfordringer vedrørende pasienter med demens som ikke er i stand til å gi informert samtykke til å bli overvåket.

Legeforeningen mener at teknologi kan aldri erstatte menneskelig kontakt, som er så viktig for at eldre skal ha et verdig liv. Robotteknologi-«kjæledyr» Robot-selen «Paro» fremstilles som å ha dokumentert positiv effekt bl.a. hos personer med demens. Dette er foreløpig dyre produkter som også krever noe opplæring og som derfor primært brukes på institusjon. Disse produktene bør evalueres og effekten dokumenteres bedre med vitenskapelig metodikk før de tas i bruk. Resultatene er i dag motstridende.

### **4. Et nasjonalt program for kommunal innovasjon (kap 8)**

Utvalget har utformet forslag til et nasjonalt program for innovasjon og nyskaping i omsorgsfeltet, med en infrastruktur for forskning, utvikling og innovasjon (FUI) og et sekretariat som sikrer koordinering, nettverksbygging, tilskuddsforvaltning og resultatformidling på nasjonalt nivå.

Legeforeningen mener at det er riktig å delta i denne utviklingen, men understreker at den nye teknologien gjør det viktig å opprettholde den faglig baserte omsorgen. Så lenge rekrutteringsproblemer innen eldreomsorg og hjemmebasert omsorg er store må myndighetene satse på innovativ kompetansebygging og rekruttering.

Om den nye satsingen kan gi økonomisk gevinst må først dokumenteres.

Legeforeningen mener det er svært viktig at kommunene tilegner seg tilstrekkelig kompetanse til å utvikle gode, innovative omsorgstjenester som evner å tenke helhetlig og løse utfordringer og behov på en effektiv måte. Nye tall viser at kommunene har et udekket

kompetansebehov innen jus, økonomi, samfunnsfag og andre viktige felt, og dette er utfordringer som må møtes dersom kommunene skal finne gode løsninger på omsorgsutfordringene.

Legeforeningen er enig med utvalget i at det må satses på å etablere et bredt og tverrfaglig kunnskapsgrunnlag for omsorgssektoren, og at det må vurderes hvorvidt tildelingen av midler til forskning og utvikling er tilpasset denne sektorens behov for kunnskapsutvikling.

## **5. Omsorgsfeltet som næring (kap 9)**

Utredningen hevder at det foreligger store potensialer i å utvikle en norskbasert næring for leveranser til omsorgsfeltet, spesielt innenfor etterspørselen etter hensiktsmessige boligløsninger, aktivitetsinnhold og velferdsteknologi på senior- og individmarkedet.

Legeforeningen støtter en satsing på norsk teknologinæring, men understreker samtidig at det er behov for en uavhengig og vitenskapelig evaluering av denne satsingen for å dokumentere nytte så vel som utilsiktede virkninger.

Den norske legeforenings sentralstyre,  
etter fullmakt

Geir Riise  
generalsekretær

Bjarne Riis Strøm  
fagdirektør