

Oslo den 15. nov. 2011

Helse- og omsorgsdepartementet,
Universitetsgata 2,
Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo

HØRINGSUTTALELES VEDRØRENDE NOU 2011:11 – INNOVASJON I OMSORG

Innledning

Seniorenes fellesorganisasjon (Sf) slutter seg til beskrivelsen av dagens situasjon og de forhold som ledet fram til dette. Utvalget synes å ha en bred representasjon fra omsorgssiden og kontakt med teknisk innovasjon, men begrenset representasjon mot medisin.

Vi er tilfreds med at utredningen legger stor vekt på at omsorgen for pasienter i mest mulig grad skal være hjemmebasert og at forholdene skal bli lagt til rette for det. Både ved at framtidige boliger skal være mer hensiktsmessig innredet, og at det skal gis støtte for å bygge om eksisterende boliger, støtte utviklingen av ny teknologi og å bygge opp en nasjonal industri på dette feltet. Det forutsettes imidlertid at velferdsmodellen fortsatt skal være et kommunalt ansvar.

Med innovasjon har utvalget innbefattet alt fra tekniske løsninger, varselordninger og roboter, til forbedringer i administrative/organisatoriske løsninger. Den pårørendebaserte omsorgen skal styrkes, både kompetansemessig og ved at det skal gis omsorgslønn. Videre er vi tilfreds med at det legges vekt på å utnytte tekniske hjelpemidler der det er hensiktsmessig, men siden utførelse av praktiske oppgaver for helsepersonalet også innebærer mulighet for menneskelig kontakt, er ikke ytterligere reduksjon av kontakttid mellom omsorgsperson og klient ved hjelp av tekniske hjelpemidler i alle sammenhenger den riktige veien å gå.

Vi har for øvrig følgende kommentarer til høringsuttalelsen:

Kapittel 3.2.1 Eldreomsorgsmyten

Vi ser det som viktig at statens slutfører samordningen av sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger slik at det blir like finansieringsordninger for de som bor i institusjon og egen bolig. Boliger for eldre og andre omsorgspersoner bør være tilrettelagt for moderne teknologi, og med nærhet til sosialt boligmiljø, til service og offentlige tjenester og transport.

Vi ønsker utvikling mot flere generasjonsboliger, men ønsker ikke alderssegregering. På dagens sykehjem utgjør de demente mer enn 70 % av beboerne. Man har vanskelig nok med å etablere egne enheter for disse selv i dagens sykehjem. Antagelig vil vellykket satsing nasjonalt/internasjonalt på forståelse av oppståelsesmekanismer og behandling for demens, gi en vesentlig reduksjon i behovet for omsorg for denne tilstand i framtiden.

Vi er ikke fornøyd med planene om utbyggingen på pleiehjems- og rehabiliteringssiden. Fig. nr 3. 1. er misvisende. Den beskriver kun de pasienter som er inneliggende på alders- og sykehjem og ikke behovet. Uten at man ser ventelistene, kan man ikke trekke de konklusjoner som her er gjort. Det er ikke samsvar mellom de oppgitte ventelister fra kommunene og de reelle.

Vi vil også vise til Landslaget for offentlige pensjonister (LOP) sitt brev til statsråden datert 8. juli d.å. hvor de ber om at en så snart som mulig kan få opprettet et kommunalt- og nasjonalt registreringssystem, som kan gi sikker oversikt over hvor mange eldre som etter dokumentert behov årlig søker en fast sykehjemsplass, hvor mange som får plass, og hvor mange som ikke får en slik plass.

Registreringssystemet må skille klart mellom behov for hjemmebasert omsorgstjeneste, omsorgsbolig med heldøgnsbetjening og sykehjemsplass. Etter vår mening er dette nødvendig for å sikre god planlegging både lokalt og nasjonalt. Det er i de eldste aldersgrupper vi hører om pasienter som må vente i månedsvis før de får plass. Dette bekreftes av Fafo-rapport 2011:12 som viser: ”- at tjenestetilbudet til de eldre har blitt redusert, både institusjonstilbudet og hjemmetjenestetilbudet. Det kommer frem at tilbudet til de aller sykeste og mest hjelpetrequende eldre er dårlig utbygget. I tillegg preges tjenesten av for lite personell og av tidspress, noe som går ut over omsorgen.”

Rehabilitering er en del av en behandling. Det er pasienter i de eldste aldersgrupper som blir skadelidende. Uten en adekvat rehabilitering, kan ”slaget” være tapt. I stedet for en oppegående, selvhjulpne eldre, kan man ende opp med en tung pleiepasient. Antall senger på sykehus er redusert, spesielt på geriatriske avdelinger. Antall senger i rehabiliteringshjem er også redusert og sengeposter legges ned. De rehabiliteringsplasser som er igjen er utelukkende beregnet på pasienter som er i arbeidsdyktig alder.

Tilbake står korttidsplasser for pasienter som skal rehabiliteres etter operasjon eller skader. Disse avdelinger har ikke den samme kompetanse i rehabilitering. Også for disse avdelinger er ventetiden lang, om pasienten i det hele får plass. Mange av de forhold som bestemmer senere sykdom og omsorgsbehov hos eldre, vil være en rekke forhold allerede fra yngre dager som utdanning, fysisk aktivitet, interesser, og kunnskap. Dette er forhold som er vanskelig å gjøre noe med når omsorgsbehovet melder seg.

Kapittel 5.5 Alternative arbeidsmetoder

Alternative arbeidsmetoder er bra og vil erstatte noe av behovet for rehabiliterings- og pleieplasser. Men inntil kommunene har fått bygd ut den kompetansen som er nødvendig, vil vi foreslå at man kartlegger behovet bedre med f. eks. reelle ventelister før man fastlåser hvor mange rehabiliterings- og pleieavdelinger som er nødvendig for årene som kommer. Med det sterke press som det er på økonomiske ressurser, er vi i tvil om den enkelte kommune vil makte å ta initiativ til innovasjon. Vi mener at initiativ, ideer og finansiering bør komme fra stat, grundere, og leverandører i en samordnet aksjon, og utprøves i enkelte kommuner før ideer/forslag gjøres mer generelt tilgjengelig. Ved innovasjon ønsker man å redusere behovet for menneskelige tid og kontakt. Kliniske

ernæringsfysiologer har direkte pasientrettede funksjoner og også en sentral rolle i kompetanseoppbygging om ernæring hos pleiepersonalet. Vi mener det er en svakhet at dette ikke er dekket i utredningen, og det bør rettes opp ved gjennomføringen av tiltak. Vi ser at utvikling av velferdsteknologi vil gjøre det nødvendig med endring i lov- og regelverk. Eksempelvis har overvåking av demente vandrere på institusjon allerede skapt problem hvor målsetningen om trygghet kan komme i konflikt med hensynet til personvernet.

Kapittel 5.8 “ I de tusen hjem “

Man savner i kap. 5.8 et eget avsnitt om lindrende behandling ved livets slutt. Palliasjon er lindrende behandling for alvorlig syke. Pasientgruppen er kjennetegnet ved progredierende sykdom med tap av funksjon, komplekse sykdomsbilder med raske endringer og med behov for hyppige medisinske vurderinger. En viktig målsetning er at pasienter skal kunne være hjemme så mye som mulig. Nasjonale føringer har likeverdig behandling for alle kreftpasienter som målsetning. Kompetanse i palliasjon må derfor implementeres i hele den bestående helsetjeneste. Kompetansen kan deles inn i spesialistnivå, intermedieærnivå og generelt nivå.

Et godt eksempel på dette er det samarbeid som har foregått siden 1998, mellom Kreftklinikken i Trondheim og tilstøtende kommuner. Dette førte i 2003 frem til den såkalte ”Havsteinmodellen med lindrende senger i sykehjem”. Modellen er videreutviklet i 2011 ved Øya Helsehus i Trondheim til prosjekt: ”Lokalmedisinsk senter for lindrende behandling i bykommune”. For mindre kommuner vil det bli nødvendig med et nært samarbeid over kommunegrenser.

Med vennlig hilsen



Arild Kristensen
Styreleder
Seniorsenes Fellesforbund