



Til Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsuttalelse Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester Samhandlingsreformen

ELDREKKSJONEN og Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo har over lengre tid samarbeidet om helse- og omsorgstilbud til eldre pleietrengende. I vårt høringsnotat vil vi vurdere lovforslagets intensjoner mot de effekter vi mener tiltakene vil få for den eldre del av befolkningen. Disse kan oppsummeres i følgende punkter:

Politiske mål og virkemidler

MÅL

Samhandlingsreformens overordnede målsetninger er bl.a. å sikre alle lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av

- alder,
- diagnose,
- bosted,
- personlig økonomi,
- den enkeltes livssituasjon.

Viktige målsetninger er også tilbud om behandling og pleie med

- kort ventetid
- størst mulig nærhet til brukeren.

Man regner med bieffekter som

- økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten
- mer helsetilretteleggende og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- kostnadseffektivitet

VIRKEMIDDEL

Reformens virkemiddel er overføring av ansvar til kommunene. Kommunenes oppgaver skal utvides uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Viktige elementer i reformen er:

- Sykehusenes oppgaver skal innskrenkes. Spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres enda mer for på denne måten å få en mer kostnadseffektiv helsetjeneste.
- Kommunehelsetjenesten skal overta pasientgrupper som fjernes fra sykehusene.
- Gjennom nye betalingsordninger skal kommunene stimuleres til å bygge opp alternative tilbud.

Vår kommentar:

Vi slutter oss til de overordnede målene om *gode* tilbud og *likhet* for alle.

Erfaringene fra dagens eldreomsorg viser imidlertid at kommunenes frihet på dette området har ført til *svært store ulikeheter*. Hvor i landet man bor, er helt avgjørende for hvilken eldreomsorg man får. SINTEF Helsetjenesteforskning har avdekket betydelige forskjeller i den eldreomsorg som tilbys i landets kommuner, både når det gjelder ressursene som settes inn, hvor mange som mottar tjenester og kvaliteten på omsorgen. *Vi kan ikke se at det finnes belegg for at en utvidelse av det kommunale selvstyret vil føre til større likhet i tjenestetilbudet*. Tvert imot frykter vi at dette vil føre til større ulikheter. (Se vedlegg 1).

Lovforslaget rommer *etiske dilemmaer* som ikke drøftes: Det fremsettes en rekke påstander om sykелighet og etterspørsel av helsetjenester uten tilstrekkelig dokumentasjon, og det er vanskelig å vite om foreslåtte tiltak primært er begrunnet ut fra pasienthensyn eller om de er begrunnet ut fra kostnadseffektivitet.

Vi frykter at de eldste og svakeste pasientgruppene blir gjort til salderingspost i en reform for å bremse sykehusutgiftene. Reformen legger opp til at syke og gamle skal få pleie i stedet for behandling. Regjeringen viser nedslående holdninger til de eldste og svakeste pasientgruppene.

Nærmere beskrivelse av noen utvalgte foreslåtte tiltak

1. Sykehusenes oppgaver skal innskrenkes og kommunehelsetjenesten skal overta pasientgrupper som fjernes fra sykehusene.

Som ledd i dette skal det etableres kommunale døgntilbud som alternativ til sykehusinnleggelse, såkalt lokalmedisinske sentre (IMA).

Disse skal bl.a. være

- et tilbud til kronisk syke og eldre pasienter som får en akutt sykdom eller en forverring og som dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode.
- et forsterket tilbud ved tidligere utskrivning fra sykehus.

Vår kommentar:

Vi mener at IMA kan være et godt tilbud til mange pasientgrupper. Dette er pasienter

- med godt avklart diagnose,
- som trenger viderebehandling og rehabilitering og som har fått diagnostikk og oppstart av behandling i sykehus,
- som trenger avansert lindrende behandling i livets slutfase som ikke kan utføres i hjemmet eller på sykehjem.

Å hindre *unødvendige* innleggelse i sykehus fra sykehjem er en viktig målsetning. For å lykkes med dette mener vi det uavhengig av IMA er en forutsetning at hjemmetjenestene har høy kompetanse og at sykehjemmene rustes opp tverrfaglig med god dekning av faggrupper som lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Dette og etablering av IMA er imidlertid *ikke* egnet som alternativ til innleggelse i sykehus for eldre pasienter med kompliserte helseproblemer preget av multisykkelighet, stort legemiddelforbruk, rask funksjonssvikt og uavklart diagnose. I denne sammenheng er det viktig å peke på at innleggelse i IMA kan medføre en forsinket undersøkelse og behandling av pasienter som likevel må legges inn på sykehus. Dette vil paradoksalt nok medføre en ekstra flytting.

I denne sammenheng er det viktig å peke på at den sterke fokuseringen på "unødvendige innleggelse i sykehus" bygger på et sviktende faktagrunnlag. (Se vedlegg 2).

I forhold til målet om *likhet i tilbudene*, mener vi at IMA må finansieres av staten, og at det må lages forpliktende normer for bemanning, kompetanse og utstyr. Bare derved kan det sikres en ensartet og god kvalitet uavhengig av plassering. Dette betyr ikke at ikke IMA samtidig kan ha en klar lokal profil med vekt på å utnytte fordelene knyttet til nærhet til lokalsamfunn, kunnskap om lokale forhold osv.

2. Gjennom nye betalingsordninger skal kommunene stimuleres til å redusere antall sykehusinnleggelse.

Det er foreslått kommunal medfinansiering (20 %) av sykehusopphold for utvalgte pasientgrupper. Flere grupper er nevnt. Bl.a. alle pasienter over 80 år og/eller alle pasienter ved indremedisinske avdelinger og poliklinikker. Overlappingen mellom disse gruppene er stor.

Vår kommentar:

Vi mener at reformen gir uttrykk for aldersdiskriminerende holdninger ved at de gamle skal bære byrdene for å få ned tallet på sykehussenger. Rasjonering av sykehusopphold for eldre vil kunne få alvorlige konsekvenser for faglig forsvarlighet i behandlingen. Dette fordi primærhelsetjenesten vil kunne bli satt under press av kommunale myndigheter i retning av å ta økonomiske hensyn ved sykehusinnleggelse.

Vi frykter at reformen vil føre til en forsterket kamp mellom nivåene (spesialist – kommunene) i helsevesenet om hvem som skal bære utgiftene for pasientene. Dette vil også medføre fare for økt byråkratisering.

Når medfinansiering foreslås spesielt for eldre, er dette en urimelig og usakelig forskjellsbehandling og dermed *aldersdiskriminerende*.

3. Fastlegeordningen

Det er foreslått

- å øke fastlegekapasiteten for å ivareta de eldres behov for helsetjenester generelt,
- å øke legetimetall og heve faglig kompetanse til sykehjemsleger og pleiere,
- at fastlegenes ikke skal ha innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.

Vår kommentar:

Vi er positive til utvidelse av legedekningen og styrking av faglig kompetanse. Vi mener at retten til sykehjems plass må lovfestes og at fastlegene da får innleggelsesmyndighet.

Hvordan skal pasientrettighetene ivaretas?

Pliktlov og ikke rettighetslov.

Rettslige spørsmål er i liten grad utredet. Viktigheten av lokal handlefrihet fremheves bl.a. i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne. Bl.a. er det presisert at den foreslåtte "Verdighetsgarantien" ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige.

Klage.

Det er foreslått felles klageregler hvor fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvsrett, men hvor *"Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunenes skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav"*.

Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak. I praksis betyr det at kommunen kan la være å gjøre noe som helst. Og saken vil forbli uendret for den som eksempelvis har behov for en sykehjems plass.

Veiledere, uttalelser osv

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere skal juridisk sett kun være veiledende. Staten har ikke instruksrett overfor kommunene.

Vår kommentar:

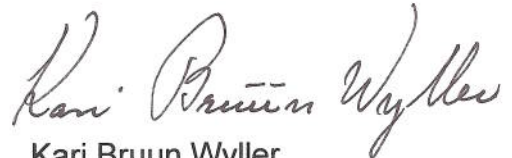
Samhandlingsreformen fremhever likhet i tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester som et mål. Erfaringene fra eldreomsorgen, slik den nå praktiseres, tyder i retning av at "forsvarlighet" langt fra er et tilstrekkelig krav til tilbudene. Det er helt nødvendig med

- en plan for hvordan kommunene økonomisk settes i stand til å ivareta sine oppgaver.
- klare og forpliktende forskrifter som beskriver kommunenes plikter og innbyggernes rettigheter. Dette er viktig og nødvendig både for tilbyder og mottaker.

Oslo, den 18. jan. 2011



Anne Marie Johansen
Avdelingsdirektør
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo



Kari Bruun Wyller
Leder ELDREKKSJONEN

Vedlegg 1

Store forskjeller i eldreomsorgen

SINTEF A11528 RAPPORT

Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?

Beate M. Huseby og Bård Paulsen
SINTEF Helsetjenesteforskning
Mai 2009

3.3 Forskjeller mellom kommunene i ressursinnsats

I 2007 representerte brutto driftsutgifter til eldreomsorg 65 000 kr per innbygger over 66 år. Av dette gikk omtrent 19 000 kr per eldre innbygger til tjenester for hjemmeboende eldre (inklusive tjenester til eldre i omsorgsboliger), mens knapt 46 000 kroner per eldre innbygger ble brukt på institusjonsplasser for eldre.

Gjennomsnittet for kommunene var noe høyere, og indikerer at små kommuner brukte mer enn store kommuner.

Forskjellene mellom kommunene i ressursinnsats var betydelig. Brutto driftsutgifter til eldreomsorg varierer fra ca 34 000 kr til ca 183 000 kr per innbygger over 67 år. Noen kommuner bruker dermed mer enn 5 ganger mere per eldre innbygger enn andre.

Forskjellene mellom kommunene i ressursinnsats var generelt større når det gjaldt hjemmetjenester enn institusjonsplasser, men for begge deler fant vi vesentlige variasjoner.

Vedlegg 2

Er faktagrunnlaget korrekt?

Samhandlingsmeldingen opererer med anslag over unødvendige liggedøgn i sykehus som ikke er faglig holdbare

Meldingen viser her bl.a. til forskning foretatt av dr.med. Bjørn O Eriksen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Eriksens forskning viser imidlertid at selv om enkelte innleggelser *i ettertid* kan vurderes som unødvendige, så er det sjelden mulig å fastslå om de er unødvendige *på tidspunktet for innleggelsen*. Eriksen og medarbeidere *advarer* derfor mot å innføre programmer som skal forhindre unødvendige innleggelser, da slike programmer vil føre til potensielt *stort* tap av helse og *beskjedne* innsparinger (Bjørn O Eriksen, Olav H Førde, Ivar S Kristiansen m.fl. Int J Technol Assess Health Care 2000;16: 1147-57). Et forskningsprosjekt ved Diakonhjemmet sykehus har videre vist at eldre som legges inn i sykehus gjennomgående har *mer alvorlige* sykdomsbilder enn de yngre pasientene (Forough Rashidi, Petter Mowinckel, Anette H Ranhoff, Aging Clin Exp Res 25.11.2009). Eventuelle unødvendige innleggelser er derfor ikke mest vanlig hos de eldre pasientene, slik Samhandlingsmeldingen synes å legge til grunn, men hos de yngre.

Samhandlingsmeldingens omtale av effekten av intermediæravdelinger i sykehjem er ikke faglig holdbar

Samhandlingsmeldingen formulerer seg som om det er vist at akutt syke eldre er bedre tjent med å legges inn i sykehjem enn i sykehus, med referanse til forskningsprosjektet på Søbstad sykehjem i Trondheim. En slik fortolkning er det ikke belegg for. Søbstadprosjektet gikk *ikke* ut på å undersøke innleggelse i sykehjem som alternativ til innleggelse i sykehus, men forutsatte tvert imot at pasientene var *ferdig medisinsk avklart* fra sykehusets side før overføringen til sykehjemmet. Gitt denne forutsetningen, viste prosjektet at det gikk bedre med de pasientene som kom til Søbstad (liggetid 18 døgn) enn med dem som ble sendt rett hjem fra St. Olavs Hospital (liggetid 9 døgn) (Helge Garåsen m.fl. BMC Public Health 2007; 7: 68). Søbstadprosjektet viste derfor først og fremst at eldre pasienter profiterer på å få et tilstrekkelig langt institusjonsopphold og ikke bli sendt for tidlig hjem. Gitt at pasienten først er ordentlig utredet fra sykehusets side, kan siste del av oppholdet med fordel finne sted i en forsterket sykehjemsavdeling (intermediæravdeling).

Samhandlingsmeldingen underkommuniserer effekten av geriatrisk intervensjon i sykehus for akutt syke gamle

Samhandlingsmeldingen er formulert som om det er enkelt å behandle akutt syke gamle på et lavere omsorgsnivå enn i dag. Sannheten er at diagnostikk er spesielt vanskelig hos multisyke eldre, fordi symptomene gjerne er ukarakteristiske. Det er videre ikke korrekt, som Samhandlingsmeldingen synes å legge til grunn, at syke gamle "bare trenger penicillin for lungebetennelsen" eller "bare trenger blodfortynnende for hjertet". Akutt sykdom hos gamle med mange kroniske sykdommer fra før krever ikke bare behandling for den aktuelle tilstanden, men fører også til forverring av de kroniske sykdommene og til nye legemiddelbivirkninger. God behandling krever derfor optimalisering og korrigerende av alle pasientens sykdommer og medisiner, og samtidig en aktiv og intensiv rehabiliteringsinnsats fra første dag. Slik behandling tilbys i sykehusenes geriatriske enheter (der slike finnes). Det er overbevisende vitenskapelig dokumentert i Norge og internasjonalt at behandling i slike enheter gir bedre overlevelse og lavere behov for sykehjems plasser enn behandling i andre sykehusenheter (Ingvild Saltvedt, Stein Kaasa, Olav Sletvold m.fl. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 792-8. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport nr. 14, 2006). Dette blir ikke fokusert i Samhandlingsmeldingen.