

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 16. januar 2011 13:25
Til: sjur.brande@live.no
Emne: Ditt høringssvar, Høringsuttalelse: Samhandlingsreform, er mottatt

Dette er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Gjennomføring av samhandlingsreformen.

Høringsuttalelse: Samhandlingsreform

Høringsuttalelse: Samhandlingsreformen
- forslag til ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester -
fra Samfunnsgruppen i Pensjonistuniversitetet i Ålesund

Intensjonen bak lovutkastene, med spesiell henvisning til Stortingets uttalelse "kommunene må gjennom lovverket gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon", er bra, og vi er enige i de lovmessige føringer som er gitt for å sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet i kommunene.

Samfunnsgruppen er derimot skeptiske til deler av det konkrete lovutkastet, spesielt en lovfestet plikt for kommunene til etablering av døgntilbud for observasjon, undersøkelse og behandling i øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Samfunnsgruppens medlemmer har bakgrunn fra sykepleie, geriatri, gynekologi/onkologi, 3.sektors ledelse, ingeniørfag, økonomi, undervisning høyskole, brukererfaring som pårørende og langtids engasjement med spesiell interesse for eldres behov.

Vi ønsker å gi noen kommentarer til det vi konkret opplever som dagens situasjon og den skepsis dette gir oss med hensyn til ønskede og uttalte forventninger til utvikling i kommunehelsetjenesten.

Et kortfattet sammendrag av våre tanker er som følger:

1. Forskjellsbehandling på medisinsk grunnlag av pasienter etter aldersgruppe og diagnose kan ikke aksepteres;
2. Det kan ikke godtas andre føringer for øyeblikkelig hjelp-innleggelse av gamle enn for andre. Eneste unntaket kan være innleggelse i sykehjem ved akutt sykdom når omsorgsaspektet er årsaken og pasienten ellers ville blitt behandlet hjemme;
3. Lovfestet rett for eldre som med medisinsk grunnlag har behov for heltids (24/7)-pleie og -omsorg anses som en selvfølge;
4. En brukerstyrt vurderingsinstans som er uavhengig av myndighetenes prioritering og økonomi bør innføres for å avgjøre pasienters bo- og tjenestebehov. Kommunenes alenefortolkning er umyndiggjørende for de eldre og deres pårørende;
5. Distriktsmedisinske sentra (DMS) lar seg ikke gjennomføre, både av faglige og økonomiske grunner, og vi bør være kritiske til den effekt som tillegges forebyggende tiltak;
6. Dagens pålegg til kommunene er allerede idag ikke gjennomførbare pga. mangel på økonomiske og faglige ressurser;
7. Nytte/kost-vurderinger av foreslåtte endringer i helsevesenet kommer ikke tilstrekkelig frem;
8. Offentlig finansiering strekker ikke til for å realisere ønskemålene. Rammebetingelsene for den 3.sektors (ikke-kommersielle) medvirkning må bedres;
9. Samfunnsøkonomisk er det riktigere å plassere ferdig behandlede pasienter på sykehjem for medisinsk

etterbehandling fremfor bruk av sykehuskapasitet;

10. Tilrettelagte boliger for eldre i egen bolig systematiseres;
11. Tilrettelagt behandling for demente/depressive må skje på forskjellige, riktigere nivå;
12. Utvikling av etterbehandlings- og rehabiliteringstilbud ved våre sykehjem bør stimuleres parallelt med styrking og kompetanseheving på lege-, fysioterapi- og sykepleiersiden.
13. Opprettholde og styrke geriatrien som spesialitet i våre sykehus, med fokus på individuell og helhetlig tilbud samt integrert rehabilitering på individuelt grunnlag under oppholdet.

Samhandlingsreformen beskriver som overordnet mål å redusere sosiale helseforskjeller med likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. En større del av helsetjenesten skal ytes av kommunen, forutsatt like god eller bedre kvalitet.

Vi er positive til:

Bedre samarbeids-rutiner og -klima. Etablering av "møteplasser".

Styrke helsetjenesten for eldre i kommunene ved å:

- * Øke fastlegekapasiteten for å ivareta de eldres behov for helsetjenester generelt;
- * Øke legetimetall og heve faglig kompetanse til sykehjemsleger og pleiere;
- * Utvide helsetjenestetilbudet i sykehjemmene ved i større grad å tilby etterbehandling-/rehabilitering;
- * Sterkere satsing på forebyggende tiltak.

Vi er kritiske til:

Generell overføring av akuttbehandling av gamle til kommunehelsetjenesten ved innleggelse i

sykehjem/distriktsmedisinsk senter (DMS) i stedet for sykehuset.

Kommunale institusjoner vil aldri kunne likestilles faglig og utstyrmessig med sykehus. Selv om kommunene

tilføres ekstra midler vil de aldri bli i stand til å bygge opp egen kompetanse innen spesialisthelsetjenesten og

øyeblikkelig hjelp for å unngå sykehusinnleggelse bl.a. med døgnopphold i

sykehjem eller distriktsmedisinske

sentra som foreslått. Og hvorfor skal man bygge opp alternative tilbud til dem

som allerede finnes på alle

lokalsykehus? Det er også uttrykkelig sagt at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Et sykehus defineres fra langt tilbake å inneholde minimum indremedisinsk-,

kirurgisk- og fødeavdeling med

gynekologer - alle tre med tilhørende akutfunksjoner og service/diagnostiske avdelinger med døgnerberedskap.

Fra et faglig standpunkt hersker det neppe reell uenighet om at både teknologi og kommunikasjonsutvikling tilsier

større sentralisering og større sykehusenheter. Det vanskelige spørsmålet er

hvordan det psykologiske behov for

nærhet (både for pasienter, pårørende og personalet) skal løses i denne utviklingen.

I "mulige virkemidler" for planlegging av fremtidig sykehusstruktur understrekes også at dagens desentraliserte

sykehusstruktur skal legges til grunn i det videre arbeidet for m.a. å sikre nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud.

Selvmodsigende sies samtidig at disse tilbudene ikke skal gis ved alle sykehus.

Den medisinske utviklingen og

faglige argument tilsier selvfølgelig at enkelte diagnosegrupper må

sentraliseres til større spesialenheter, men de

tre nevnte akutfunksjonene må fortsatt være desentralisert, evt. bare som

stabilisering av pasienten før overføring

til nødvendig spesialenhet for noen.

Et sentralt punkt er at vi ikke må få en utvikling som diskriminerer enkelte pasientgrupper, likegyldig om det har

sammenheng med alder eller spesielle diagnosegrupper. Angående kommunal medfinansiering i sykehus er forslaget om aldersbasert modell for pasienter over 80 år direkte diskriminerende. Desentralisering fra sykehus- til kommunalt nivå av spesielle grupper, også diagnosebasert, kan være diskriminerende. Alle har ved sykdom rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten (sykehus) og øyeblikkelig hjelp-innleggelse hvis allmenlegen finner det nødvendig. Kommunens økonomi kan ikke være medbestemmende om en pasient/diagnose skal innlegges i sykehus eller behandles i f.eks sykehjem. Ø.hj.innleggelse i sykehjem bør bare forekomme ved omsorgsproblem, ikke ved utredning/behandling av sykdom.

Vedrørende behandling av gamle ved akutt sykdom må følgende vurdering være et styrende prinsipp: Mange gamle er i en marginal funksjonstilstand fysisk og/eller mentalt når det gjelder å kunne mestre en hjemmesituasjon, i særdeleshet aleneboende. Akutt sykdom vil i særlig grad påvirke funksjonen hos gamle og svært ofte føre til behov for institusjonsinnleggelse. Samtidig har gamle ofte mange sykdommer og mange medisiner samtidig, som sammen med svake organreserver kompliserer sykdomsbildet, med vanskelig diagnostikk og behandlingsvalg som konsekvens. I tillegg kommer behovet for rask diagnostikk og behandlingstilbud for å unngå vital organsvikt. Med innleggelse i sykehjem som det styrende prinsipp ved akutt sykdom hos gamle blir dette vanskelig. Slik innleggelse bør derfor etter vår vurdering kun benyttes når man er overbevist om at omsorgssituasjonen er eneste grunn til at vedkommende trenger institusjon ved et akutt sykdomstilfelle. Noe annet vil være en klar og uakseptabel diskriminering av eldre.

Kommunene har store problemer allerede med det som ifølge lover og forskrifter forventes av dem i dag. Kommuner som er under press vedgår offentlig at de ikke makter å oppfylle pålegg. Noen steder eksisterer ikke ventelister til sykehjemsinnleggelse i dag fordi det etter loven ikke kan forekomme mangel på plass for pasienter som har behov for helsetjenester som kun finnes i sykehjem. Behovet omdefineres derfor av kommunen til f.eks heldøgns omsorgsplass, som er billigere, og det reelle behovet skjules. Media har i økende grad dokumentert at trengende ikke får sykehjems plass det åpenbart er behov for. Vi finner her grunn til å sitere en dagsaktuell bekymringsmelding (NTB 05.01.11) fra Helsetilsynet: "Helsetilsynet ser med "alvorlig uro" på forholdene for eldre, syke pasienter. Lovbrudd er avdekket ved tre av fire sykehjem som er undersøkt de siste to årene. Pleiepersonell deler ut medisiner, men følger ikke med på virkning og bivirkninger. Sykehjemslegen fører journal i sitt eget elektroniske system, slik at journalen ikke er tilgjengelig når legen som har legevakt kommer. Dette er eksempler på avvik som Helsetilsynet har funnet. I en oppsummering skriver Helsetilsynet at de er bekymret for at alvorlig syke pasienter ikke blir godt nok sikret. - Opptil 80 prosent av pasienter ved norske sykehjem har en mental svikt eller demens. Alt dette gjør at det er ekstra krevende å følge med på virkning og bivirkning til legemidler, sier direktør Lars E. Hanssen."

Forebyggende helsearbeide og medisinsk attføring er forsømt og det trenges et betydelig løft i eldreomsorgen. Virksomheten er i dag stort sett innskrenket til å ivareta "diagnose og behandling av sykdom" og i noen grad "pleie og omsorg".

De somatiske sykehjemmene må oppgraderes fra pleie- og oppbevaringsinstitusjoner til reelle behandlingsinstitusjoner med bemanning ut over pleiepersonalet. Det trenges flere plasser, flere kvalifiserte sykepleiere, flere leger i hele stillinger, flere fysioterapeuter/ergoterapeuter for habilitering og rehabilitering osv. for å gi, også etter de nye lovene, et tilfredsstillende tilbud i sykehjem. Det er bare sykehjem som kan gi medisinsk eldreomsorg.

Hvordan kan man da tenke seg realiseringen av en så radikal omlegging, med volumøkning, kompetanseheving med tildeling av nye oppgaver og en nyskapning som distriktsmedisinske sentra (DMS)? Vi er redd for at våre politikere ikke har full forståelse for den enorme og kompliserte oppgaven kommunene her står overfor. Og det som verre er: De som skal gi faglige råd til våre politikere synes å benytte seg av synsing og dårlig dokumenterte prosjekter uten generell overføringsverdi.

I tillegg til for liten kapasitet ved sykehjemmene i dagens situasjon får man ved samhandlingsreformen ytterligere behov for kapasitetsøkning: Nye oppgaver i rehabilitering, etterbehandling og akuttbehandling krever sengeplass. Og ved akuttbehandling må man i tillegg ha beredskapssenger. Akuttbehandling krever også døgnkontinuerlig beredskap (les: utstyr og personale) for diagnostikk og vurdering og fortløpende pasientkontroll. Er det tatt høyde for dette i kostnadsberegningen?

Det er positivt med sterkere satsing på forebygging. Forventningene til resultatet av dette er imidlertid klart overvurdert i presentasjonen:

1. For det første vil dette ta tid.
2. For det andre vil oppgavene langt på veg ligge utenfor helsetjenestens ansvarsområde. Skal det få noen større betydning vil det innebære en formidabel samfunnsmessig innsats der også staten på en helt annen måte enn nå må "vise veg". Vi er i den forbindelse lite imponert over de ressurser som er blitt satt inn til bedring av offentlig kommunikasjon, bygging av sykkelveger, redusere forurensende aktiviteter, gi økonomiske incentiver til et sunnere og bedre kosthold, redusere alkoholservering på natt, for å nevne noe.
3. For det tredje står vi her overfor et holdnings- og motiveringsarbeid av dimensjoner.

Demens og psykiatrisk sykdom, spesielt depresjon, er høyt prevalente tilstander i den eldre befolkning. Disse pasientgruppene krever omfattende tilbud både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og tilpasset omsorg i spesielle miljø tilrettelagt for syndromet etter hvert som sykdomsbildet endrer seg - tilbud som på mange måter trenger sin egen lovregulering eller forskrift. Vi kan ikke se at det nye lovgrunnlaget i tilstrekkelig grad tar hensyn til dette.

Verdighetsgarantien skal ha klare regler:

Det er en kjensgjerning at dagens regelverk allerede inneholder lignende erklæringer. Kommuner som er under press vedgår offentlig at de ikke makter å oppfylle pålegg, og tvinges til å bryte lover, forskrifter m.m. De reelle behov skjules. Hvordan skal ansvar og konsekvens av brudd praktiseres? Verdighetsgarantien var tidligere uklar og lite systematisk, og det nye forslaget er ytterligere svekket rettighetsmessig. Det er fortsatt kommuneøkonomien som vil diktere hva som er

nødvendig og verdig. Uklarhetene vil legitimere uønsket avhjemling (boliggjøring) av sykehjemsplasser. Verdighetsgarantien må systematiseres og styrkes rettsmessig fra et brukersynspunkt, og den må sikres økonomisk. Teksten som Eldreaksjonen (alle de store brukerorganisasjonene) har ført i pennen på vegne av brukere er verdt å se nøye på.

Styrking av både sykehjem og sykehus:
Vi vil sterkt påpeke behovet for økning av den faglige kompetanse ved sykehjemmene både ved volumøkning og kompetanseheving av legetjenesten, sykepleiertjenesten og rehabiliteringspersonale.
En nødvendig forutsetning for dette er utadrettet virksomhet fra tilsvarende personale i sykehusene både ved undervisning og konkret pasientrettet. Dette vil imidlertid ikke kunne skje ved den knappe bemanning sykehusene i dag har på denne type personale (fysioterapeuter, geriatriske sykepleiere og geriater).

Det skal fremskaffes minst 12.000 nye årsverk, og det er påpekt at det allerede i dag kreves et betydelig kompetanseløft (ikke bare antall) innen pleie- og omsorgssektoren både i kommune og sykehus. Hvordan vil myndighetene fremskaffe 12.000 fagutdannede personer i løpet av fire år? F.eks har utdanning av de få geriater vi har i dag har tatt tiår; sykepleiere finner det mindre attraktivt å jobbe i kommune enn i sykehus; spesialister i samfunnsmedisin vil være viktige i det planlagte forebyggende helsearbeidet, men det eksisterer svært få av disse i dag; det kreves åtte års utdanning innen medisin før man tillates å arbeide med psykisk syke.

Kommunene har gjerne bygg som kan benyttes i eldreomsorgen, men de har ikke midler i dag til å drifte dem med personell. Hvordan da takle omkostningene av 12.000 nye stillinger? Den foreslåtte medfinansieringsordningen er ikke gjennomførbar for andre enn ferdigbehandlete pasienter i sykehus. Den utbredte byråkratiseringen av helsevesenet, med flere høyt lønnede ledere uten helsefaglig utdannelse i forhold til antall fagfolk både i sykehus og kommuner, har medvirket til betydelig økning i utgifter uten at man har fått mer behandling ut av det. En omorganisering av helseforetaksmodellen fra 2001 bl. a. bør overveies.

Dagens sykehjem har en meget høy andel av brukere som hovedsakelig lider av varierende grader av demens uten at de trenger spesiell medisinsk oppfølging. Omplussing av disse til spesielt tilrettelagte bomiljø, kan også være ressursbesparende og lette presset på sykehjemmene.
I denne forbindelse er det viktig å erkjenne at kvaliteten på helsetjenesten til gamle i sykehusene ofte ikke er god nok. Skal sykehusene derfor være en reell kunnskapsbase for geriatrisk fagkompetanse må tre forhold fokuseres:
* Geriatritilbudet må styrkes både på lege- og sykepleiersiden.
* Integrert rehabilitering på individuell basis må bli et "must" i tilbudet på spesialisthelsetjeneste for gamle, også ved akutt sykdom.
* Det kan ikke forventes noen vesentlig støtte fra geriatrien til kommune-helsetjenesten i form av ambulant virksomhet med nåværende geriatrikapasitet.

Offentlig finansiering alene strekker ikke til for å realisere ønskemålene; rammebetingelsene for den 3. sektors (ikke-kommersielle) medvirkning må bedres.

Nytte/kost-vurderinger av foreslåtte endringer i

518846542-44-201004116-136.txt
samhandlingsreformen/helsevesenet kommer ikke tilstrekkelig
frem. Lovgivere må fremskaffe og gjennomgå disse på ansvarlig vis.

Vi har med dette pekt på en rekke forhold og sammenhenger som vi håper kan bidra
til et riktig godt resultat en
gang i fremtiden.

Ålesund 12.jan.2011
Med vennlig hilsen,
Samfunnsgruppen v/ Sjur Brande, ref.
(sjur.brande@live.no)

16. januar 2011 14:25

Svaret kan leses her
Du er registrert som:
Brukertype: Privatperson
Navn: Pensjonistuniversitetet i Ålesund
Brukernavn: samfunnsgruppen
E-post: sjur.brande@live.no
Adresse: v/Sjur Brande, Nybøkk.8, leil 9, 6011 Ålesund