

JØRUND HASSEL

Gudbrandsdalsveien 227B,
2619 Lillehammer
Tlf. 977 37140

Lillehammer, den 27.02.2023

Til:

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, Dep
Teatergata 9
0030 Oslo
Epost: postmottak@hod.dep.no

Høringssvar:**NOU 2023:4 - Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.**

Høringsfrist: 2.mai 2023

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/->

- 01. Innledning, side **2**
- 02. Den omsorgsløse eldreomsorgen trer frem, side **2**
- 03. Nedbyggingen av sykehjemsplasser mv, side **3**
- 04. Eldreomsorgen - en forsømt debatt møter virkeligheten, side **5**
- 05. Det todelte helsevesenet – sykehusene betaler, side **6**
- 06. Begrepet «skrøpelige eldre», side **7**
- 07. Foretaksmodellen, side **9**
 - 07a EØS-avtalen og helsetjenester, side **9**
 - 07b Arbeidsgruppen Alternativ til helseforetaksmodellen, side **9**
 - 07c Økonomistyringen som tar knekken på de offentlige Sykehusene, side **10**
- 08. Organisering av helse- og omsorgstjenestene, side **11**
- 09. Oppgavedeling, side **12**
- 10. Arbeidsfordeling og arbeidstid, side **12**
- 11. Utdanning og kompetanseutvikling, side **13**
- 12. Prioritering og reduksjon av mindre og til dels uønskede Tjenester, side **14**.
- 13. Digitalisering og teknologisk utvikling, side **14**
- 14. Fra sykehus til hjemmehjelp, side **15**
- 15. Andre forhold, side **15**
- 16. Bo trygt hjemme-reformen, side **16**

01. Innledning

Helsepersonellkommisjonens har i sin utredning valgt ut følgende hovedområder:

- Organisering av helse- og omsorgstjenestene
- Oppgavedeling.
- Arbeidsforhold og arbeidstid
- Utdanning og kompetanseutvikling
- Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester
- Digitalisering og teknologisk utvikling.

Utfordringen for samfunnet er at det politisk er skapt stor usikkerhet knyttet til tilliten til det offentlige helsesystemet. Det er blitt litt for ofte medieomtale om at helse- og omsorgstjenestene ikke er som de skal være. Det foregår selvsagt veldig mye innen disse tjenestene, men målsettingen på være null-visjon for avvik.

Dagens eldre har betalt inn skatter og avgifter for å sikre egen alderdom, herunder pensjonssystemer (folketrygden, andre pensjonsordninger) og trygdeavgifter. Stadig flere opplever en frykt for ikke å få den tryggheten i alderdommen som de har vært med på å betale for å få.

Infact gjordenylig en undersøkelse (januar 2023), gjengitt i Nettavisen, som viser stor skepsis til fremtidens eldreomsorg. 55,5% tror ikke de vil få en god nok eldreomsorg når det blir eldre. Bare 21,4% tror de vil få en god nok eldreomsorg, mens 22,4% svare vet ikke. 59% av kvinnene har ikke tillit til at det offentlige vil gi den omsorgens som trengs om de blir pleietrengende, mens 52% av mennene svarer de samme.

02. Den omsorgsløse eldreomsorgen trer frem

Markedsstyringen innen omsorgstjenestene har medført at eldreomsorg er i fritt fall. Denne utviklingen må snus i retning av at vi får en faglig humanistisk styring av helsetjenestene.

Ifølge FNs bærekraftsmål nr 3 og 10 (oversatt til norsk), skal Norge arbeide for «å redusere ulikhet i og imellom land», og «sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». Dette er målsettingen Norge skal og må leve opp til.

Spørsmål et: Hva slags integritet, verdighet og rettigheter vil morgendagens eldre og uføre bli møtt med?

Fra politikere og myndighetenes side hører vi stadig at:

- Det blir stadig flere eldre, og a presset på omsorgstjenester vil øke.
- I fremtiden vil det bli færre hender til å ta seg av de stadig økende antall eldre og syke.
- Eldre må stå lenger i arbeidslivet. Arbeidslinja avgjør om du får en fattig eller anstendig alderdom (størrelsen på pensjonsytelsene) – hvor det henvises til jobber som mer eller mindre ikke finnes for eldre.
- Pensjoner underreguleres - samtidig som prisene øker drastisk.
- Frivilligheten og pårørende må ta større ansvar i eldreomsorgen er blitt et krav
- Eldre skal bo lengre hjemme (bo trygt hjemme-reformen)
- Hjemmehjelpen vil i større grad erstatte omsorgsplasser
- Velferdsteknologi skal i større grad utfylle menneskelig omsorg.
- Eldre skal i større grad behandles innenfor primærhelsetjenesten fremfor innenfor spesialisthelsetjenesten. Og det er innført et nytt begrep kalt «skrøpelige eldre».

Mange kommuner bygger av ovennevnte grunne ikke ut omsorgsplasser i rask nok tempo i forhold til demografiutviklingen.

På toppen av dette er det en realitet folk lever lenger, og er friske lenger, men det er ikke gitt at denne utviklingen vil fortsette i fremtiden? Det behøver ikke bety at man driver en nedbygging av helse- og omsorgstjenestene med en usikker prognose om a vi lever lenger.

Slike holdninger som nevnt bidrar beklageligvis bare til å usynliggjøre de eldres rettigheter og behov, samt deres rettssikkerhet i forhold til pasient- og brukerrettighetslovgivning blir svekket.

I tillegg peker slike standpunkt i retning av at det legges opp til et system hvor det offentlige skyver et stadig større ansvar over på den enkelte for egen alderdom. Et system som på denne måten undergraver innholdet i vår velferdsstat, rettigheter og menneskeverdet.

Poenget er at eldreomsorgen må få et definert innhold og en etisk god standard – noe som må fremstå som et «rettighet».

03. Eldreomsorgen - en forsømt debatt møter virkeligheten.

Av en befolkning på vel 5,4 millioner, er antall pensjonister passert 1 million personer. Det utgjør om lag 18,5% av befolkningen. I tillegg kommer antall uføre på rundt 374 000 personer. Demografiutviklingen viser at vi vil få et stadig økende antall eldre.

De seneste tjue årene har man kjent til denne demografiutviklingen, men lite er blitt gjort for å møte den. På den ene siden har skatte- og

avgiftspolitikken – og frykten for å øke disse lagt begrensninger for å vedlikeholde og videreutvikle velferdsstaten.

På den andre siden har innholdet i velferdsstatens tjenester blitt sterkt påvirket av de siste tiårenes årenes lønns- og personalpolitikk. En ting er at innen det offentlige har det vært en kraftig utvikling av antall høyt lønnende stillinger, spesielt i de offentlige eide selskaper (utenfor forvaltningen), og i selskaper som utfører tjenester for det offentlige. Det skaper økte forskjeller, og det spiser av økonomien som burde vært brukt på våre felles velferdstjenester.

En annen ting er at det benyttes prosentvise lønnsøkninger fremfor utjamnende kronetillegg i tariffoppgjørene (prosentvise lønnsøkninger kommer ofte i tillegg til bonuser mv - for noen). Våre offentlige budsjetter er ikke dimensjonert for at denne utviklingen kan fortsette.

Tjue års fravær av god planlegging av fremtidens eldreomsorg har medført at vi har fått en helsepolitikk utformet og inspirert fra importerte styringsmodeller, og som bygger på en rekke udokumenterte myter at alt løser seg om «vi jobber smartere», at vi tar i bruk velferdsteknologi (roboter/ talemaskiner), og at «konkurransen lønner seg», likeså at «store enheter er billigere enn små», og at «det er mye å spare på effektivisering» jf avbyråkratisering- og effektiviseringsreformer, og at «sentraliseringer, toppstyring og kontroll er det som gir de beste resultatene».

For å nå disse målene (mytene), anvendes bruker- og spørreundersøkelser av varierende kvalitet – ofte med mer eller mindre manipulerede spørsmål – og/ eller at veldig få informanter svarer, noe som medfører misvisende fremstillinger/ feil bilde. Likevel tillegges slik utilstrekkelige undersøkelser vekt når velferdstjenestene planlegges.

Ovenfor nevnte har medført at det blir stadig færre sykehjems plasser, og at denne nedgangen ikke oppveies av flere plasser i omsorgsboliger med fast døgnbemanning.

For hver gang mediene forteller om svikt i sykehus- eller helse- og omsorgstjenestene, hører vi at våre helseministere si at det er sykehusene, eller kommunenes ansvar.

Det kan oppleves som en form for ansvarsfraskrivelse – fordi det er først og fremst helseministeren og politikernes ansvar å legge til rette for – både økonomisk, praktisk og ressursmessig for at brukeren/ pasienten får den best mulig gunstige helsetjenesten - som er definert i pasientrettighetslovgivningen.

Samfunnet trenger en folkedebatt om velferdsstatens og velferdstjenestenes innhold, samt hvordan de skal finansieres.

04. Nedbyggingen av sykehjemsplasser mv.

Tidligere helseminister, Bjarne Håkon Hanssen (2008 – 2009), uttalte i 2102, at i fremtiden skulle det bli vanskeligere å komme inn på sykehus, og hvis du førstes et kommet inn – skal du hurtigst mulig ut.

I 1980 var antall sykehussenger litt i overkant av 22 000, mens det i dag er ca 10 800, og med en beleggsprosent på nærmere 100%. Dette har rammet særlig de eldre fordi rehabiliteringen som regel går sakte, hvilket medfører lengre tid til funksjonsforbedringer. Det kan medføre alvorlige komplikasjoner og i ytterste konsekvens dødsfall.

Antall institusjonsplasser er redusert fra 7 745 i 1990 til 3 288 i dag.

Tallene er ikke bedre innenfor primærhelsetjenesten. Helsedirektoratets tall ved utgangen av 2022 viser at 743 personer venter på langtidsplass på sykehjem. Det viser behov for økte satsing på utbygging av sykehjemsplasser.

Ifølge SSB, har antall sykehjemsplasser sunket med 2484 plasser de siste 8 årene. Ser man på tallene fra perioden 2015 til 2021, viser de at det blitt;

- 3134 færre sykehjemsplasser for eldre over 80 år
- 631 flere plasser for samme aldersgruppe i omsorgsbolig med fast tilknyttet bemanning hele døgnet

På denne måten veier ikke veksten i antall plasser med bemannede omsorgsboliger for nedtaket i antall sykehjemsplasser.

Når det snakkes om økt antall beboere som betjenes av en tilknyttet personalbase i nærområdet, så benyttes ikke disse bare av eldre. Ifølge SSB – for 2020:

- Opptok personer med utviklingshemning 50% av plassene.
- Eldre over 67 år med demens, og/ eller bevegelseshemming, opptok ca. 24% av plassene
- Personer med psykiske lidelser og/ eller rusproblemer, opptok 14% av plassene
- 12% av plassene ble bruk av andre

Med tidligere utskrivningsklare pasienter fra sykehus til primærhelsetjenesten, og hvilke ressurser mange kommuner har til rådighet, er det åpenbart at økonomien må styrkes i kommunene for å kunne dekke pasientenes og brukeres reelle behov, og hvor det blir behov for økt kompetanse hos personalet.

Nedbyggingen av antall sykehjemsplasser har i tillegg satt press på bruk av private tjenestetilbydere innenfor helse- og omsorgstjenester i

konkurransen med det offentlige. Det å sette mennesker ut i et anbudssystem, hvor den som gir det laveste tilbud – med stor risiko for å yte de dårligste tjenestene av profitt hensyn – er en uverdigg måte å behandle mennesker på. Det må ta slutt!

De senere årenes avdekking av store avvik i hva som forventes av kvalitet og innhold i helse- og omsorgstjenestene mange steder, tilsier at tilsynsmyndigheten (som dag ligger hos statsforvalteren) må styrkes, og spesialiseres, og hvor det foregår mer hyppige og systematiske tilsynsbesøk.

05. Det todelte helsevesenet – sykehusene betaler

I flere tiår har markedsliberale krefter på høyresiden i politikken fortalt oss at de private aktørene skal avlaste det offentlige på helse- og omsorgstjenester. De skal avlaste det offentlige, det skal gi oss valgfrihet, og alle skal få det bedre – og for den tjenesten skal det offentlige betale.

I 2001 (før foretaksmodellen på sykehus ble innført) - hadde vi bare ett privat sykehus i Norge. I 2021 var tallet steget til 42.

Samlet sett kan en ikke si at antall leger, eller spesialister, eller at de økonomiske midlene er blitt styrket som følge av flere private sykehus. Snarere tvert imot – underskuddene i sykehusene har bare blitt større og større for hvert år som følge av denne politikken. For å minke underskuddene har sykehusene måttet bygge ned sin aktivitet. Dette systemet bygger ned de velferds- og omsorgstjenestene som «Kari og Ola» har bygd opp – og som vi har kunnet være så stolte av – mens de private tjener gode penger på å overbehandle gruppen middelklassen. Helseforetakene betaler regningene som private utfører etter henvisning fra det offentlige.

Etter 2004 - har antall personer med private helseforsikringer økt drastisk – og er et system tilpasset de med god økonomi. Ifølge Finans Norge har mer enn 700 000 skaffet seg slike behandlingsforsikringer, som i tillegg omfatter rundt 650 000 barn. Om lag 90% av disse dekkes av arbeidsgiver.

Overvektige, kronisk syke, eller kommer fra familier med risiko for arvelige sykdommer, kan trolig se langt etter å få slike helseforsikringer.

Ifølge Vertikalhelse vil man med helseforsikringer komme til vurdering hos legespesialist i løpet 5,3 virkedager i snitt, og tilsvarende til behandling etter 7,8 virkedager. Uten helseforsikring, er ventetiden for time hos legespesialist i snitt er 54 virkedager, og ytterligere 56 virkedager før man kommer til viderebehandling.

Utviklingen med det private helsevesenet, og hvor pasienter og helsepersonell flykter til private sykehus og omsorgstjenester – som følge av bedre lønninger, medfører at eldre, ressursvake, og de med uklare og

sammensatte lidelser (multidiagnoser) blir taperne og står i køene og venter på behandling. Og dette er i tillegg pasienter som pr definisjon ofte og i mindre grad fremstår som «lønnsomme» i foretaksmodellens verden. Dermed har vi de seneste årene fått et system hvor legges opp til at eldre fortrinnsvis skal behandles innen primærhelsetjenesten fremfor på sykehus. Et system som går på menneskeverdet løs.

06. Begrepet «skrøpelige eldre»

Ved innføring av samhandlingsreformen i 2012 – var tanken at man skulle få til en bedre koordinering (samhandling) mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Reformen har fungert dårlig (se punkt 4 over), fordi primærhelsetjenesten mange steder mangler økonomi, fagpersonell, utstyr og plasser – til å motta tidlig utskrevne pasienter fra sykehus. Det har medført mange tilfeller av reinnleggelser på sykehus – særlig blant eldre pasienter.

Samhandlingsreformen fremsto etter hvert som en lite egnet modell, man opplevde at koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ikke var god nok sett ut fra et pasientsynspunkt. Dermed oppsto helsefelleskapsreformen i 2019. Hovedtanken her er at spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og fastlegen skal samarbeide bedre om pasienten på individuelt nivå – det vil si i form av et teamarbeid (det å arbeide i team skal erstatte å samhandle – er en av begrunnelsene for reformen).

Fastlegen er den som best kan identifisere det som er blitt definert til «begynnende skrøpeligheit» hos eldre. Fastlegene er da tiltenkt å ha en sterkere rolle i oppfølgingen av pasienten gjennom en tverrfaglig kommunal innsats og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Utfordringen i dag er at rundt 235 000 personer står uten fastlege i dag, og mange kommuner lever med hyppig skifte av innleide leger, hvor det ikke er mulig å få til det teamarbeidet som helsefelleskapet var tiltenkt å løse. Fastlegeordningen er i ferd med å bryte sammen. Det må politikerne ta et ansvar for – og gjøre noe med – uten å gå veien om nye utredninger.

I tilknytning til innføring helsefelleskapsreformen, og covid-19-pandemien, oppsto begrepet «skrøpelig eldre», og hvis pasienter som nevnt primært skulle behandles innenfor primærhelsetjenesten. En av begrunnelsene er at utskrivning av eldre fra sykehus/ reinnleggelser, har statistisk viste deg at betyr økt dødelighet i sykehjem etter sykehusbehandling (kilde: ehelseforskning).

Definisjonen på en «skrøpelig eldre» - er en eldre med multidiagnose, som kan være underernært/ dehydrert, treg i bevegelse, nedsatt kognitive evner o.l. (kilde: ehelseforskning).

«Skrøpelig eldre» oppleves som et forferdelig nedverdiggende ord, spesielt fordi tilfeller av eksempelvis underernæring/ dehydrering kan skyldes sviktende oppfølging fra institusjon, eventuelt hjemmesykepleien. Ordet «skrøpelige eldre» bør derfor erstattes med ordet «sårbare eldre».

I den hensikt å redusere risikoen for akutte innleggelser og reinnleggelser, har man i helsefelleskapet definert at «skrøpelige eldre» med innleggelse/ reinnleggelse på sykehus kan medføre en risiko for å forverre pasientens funksjonssvikt. Det vil si at man definerer at eldre kan være skjøre for forandringer, og at behandlingen kan bli bedre innenfor primærhelsetjenesten. Spørsmålet er om kommunene har den nødvendige kompetansen, og økonomi, til slike oppgaver?

Målet er at ved hjelp av fastlegen tidlig skal man kunne identifisere skrøpelighet, og forsøke å drive forebygging og funksjonsforbedring. En slik målsetting med forebygging og funksjonsforbedring fremstår som at kan være svært ressurskrevende for helseteamene i kommunene?

Ifølge ehelseforskning, viser tall at om lag 65% av økonomien til helse- og omsorg går til de 3 siste leveårene vi har. En slik omlegging med å behandle eldre innenfor primærhelsetjenesten vil derfor ha økonomiske konsekvenser for kommunene.

Siden helseforetakene skal «drive butikk» - kan det ligge en risiko for eldre søkes prioritert til primærhelsetjenesten av sykehusene ut fra økonomiske vurderinger???

Sett fra et eldresynspunkt, må det være slik at eldre fortsatt må få komme på sykehus ved behov. Målet må være å gi den beste livskvaliteten i siste fase av livet, og i hvert fall kunne øke livskvaliteten utover den mange opplever i dag (jf ulike medieoppslag).

Begrepet livskvalitet gjelder også for «skrøpelige eldre» i den siste fasen av livet.

Det å definere en «skrøpelig eldre» kan være en utfordring. De fleste over 55 år er pr definisjon utstøtt fra arbeidslivet i tjenesteytende yrker (er blitt eldre). Enn 55 åring, med multidiagnoser og høy sykkelighet – kan vedkommende defineres til å være en «skrøpelig eldre» da? Tilsvarende – dersom en person på 90 år eller mer, som normalt deltar i trimgrupper, kjører bil, spiller bowling, er sosial o.l. – som faller og brekker en finger, er vedkommende å definere som en «skrøpelig eldre» da?

07. Foretaksmodellen

07a) EØS-avtalen og helsetjenester

Tilslutningen til EØS-avtalen i 1994 har medført et press også på våre helsetjenester. I første rekke fordi helsetjenestene berører EUs fire friheter som kan omsettes i et marked (EØS-lovens art 1, om fri flyt av varer, tjenester, kapital og arbeidskraft), den frie etableringsretten (EØS-avtalens art 31), og kravet om ensartethet (EØS-lovens art 105). Etter art 105 i EØS-avtalen, fremstår foretaksmodellen som en EU-tilpasning.

EU har ennå ikke vedtatt en overnasjonal forordning for sykehustjenestene – noe som påvirkes av språkbarrierer, nasjonenes ulike kompetansekrav/ godkjenninger, økonomi o.l.

I EU er helsetjenester som nevnt definert som en tjeneste/ vare som kan omsettes i et marked, med offentlige og private aktører eller tilbydere, og med innslag av private helseforsikringer.

Markedstilpasningen av helsetjenester, ble forsterket i Norge med innføring av EUs pasientrettighetsdirektiv i 2015 i EØS-avtalen.

I motsetning til medlemslandene i EU, som eksempelvis førte til at Skottland tok tilbake sykehustjenestene i offentlig regi – med stort hell, er Norge bundet av lojalitetsplikten i EØS-avtalen, hvor det er forbudt å lage lover som er i strid med de som gjelder EUs lover. (EUs lover har dessuten forrang foran norske lover ved motstrid jf EØS-lovens § 2, samt protokoll 35 til EØS-avtalen).

Hvilke konsekvenser innføringen av helseforetaksmodellen ville få ble korrekt beskrevet i en artikkel i tidsskriftet for Den norske legeforening i september 2001. Der fremgår det;
Med helseforetaksmodellen blir det, sitat; *«den eneste tillatte eierformen for offentlig helsetjeneste, og blir pr definisjon et bedriftsøkonomisk regime»*.

07b Arbeidsgruppen Alternativ til helseforetaksmodellen

Arbeidsgruppen Alternativ til helseforetaksmodellen la i 2020 frem en rapport hvor man ville forsøke å få opphevet helseforetaksmodellen. Som følge av ovennevnte (pkt 07a – over), er det neppe realistisk å tro at Norge kan komme ut av foretaksmodellen så lenge Norge er med av EØS, men arbeidsgruppen har oppsummert på en utmerket måte utfordringene med forraksmodellen - den medfører;

- Mindre demokratisk kontroll av spesialisthelsetjenesten.
- Et system med lite tillit til de ansatte – stor grad av administrativ kontroll.

- Hovedfokus på økonomiske mål, noe som skaper etiske utfordringer og påvirker helsepersonell i deres jobb med negative konsekvenser for pasientene.
- Sentralisering – av både tjenester og beslutningsmyndigheter.
- Nedleggelser av små enheter – i favør av større med mindre kapasitet.
- Reduksjon av kapasitet som fører til korridorpasienter, køer, uverdige utskrivelser av for syke pasienter og svingdørspasienter.
- Vekst i byråkrati og direktørstillinger.
- Lange beslutningslinjer gjennom mange administrative lag.
- Fravær av stedlig ledelse.
- Paradoksalt nok mindre konkurranse av den positive sorten om å være best mellom ulike selvstendige sykehus.
- Økende kvalitetssvikt.
- Økende press på kommunene – både økonomisk og tjenestemessig.
- En modell som fører til konflikt i stedet for samarbeid mellom sykehus, mellom avdelinger innenfor samme sykehus, og mellom sykehus og kommune.

Oppsummert sier arbeidsgruppen Alternativet til helseforetaksmodellen:

- 1)
Bedriftsmodellen «helseforetaksmodellen» må ut og vi må få forvaltningsrett inn i helsesektoren.
- 2)
Alle sykehus må ha stedlig ledelse og styrer bestående av demokratisk valgte representanter og helsefagfolk.

Modellen med helseforetak gjenspeiler et betydelig demokratisk underskudd, til tross for at fellesskapet stiller opp med midler via statsbudsjettene. Slik kan det ikke fortsette tatt i betraktning hvordan sykehusene sentraliseres og bygges ned.

07c Økonomistyringen som tar knekken på de offentlige sykehusene

Som nevnt i pkt 05, belastes sykehusene regningene som de private yter etter henvisning fra det offentlige. Men innføringen av markedsliberalistiske mål innen helsevesenet virker disse målene ødeleggende på de offentlige sykehusene og deres økonomi, samt at det utfordrer de lovmessige rettighetene i pasient-/ brukerlovgivningen på rettigheter og prioriteringer dersom viktige helsetjenester ikke blir gjennomført på en betryggende måte for pasienten/ innbyggerne. Utfordringene kan oppsummeres slik:

- Sykehusene skulle bli lønnsomme, gå med overskudd – hvor økonomien skal gå i balanse

- Pasienter ble «kunder» og pasientkøer ble omdefinert til «ordreresserver». Ulike helseinngrep ble inndelt i forskjellige kostnader (DRG-poeng). De sykehusene som fikk mye kirurgi «tjente» godt, mens de som fikk mange oppgaver – ofte de med multidiagnoser og sammensatte lidelser, «tjente» langt mindre.
- Kravet om å gå økonomisk i balanse, har fått konsekvenser ved å kutte i vedlikehold av bygningsmassene, salg av eiendommer, og utsettelser på investeringer.
- Arbeid og tjenester settes ut til private, sengeplasser legges ned, gode tilbud bygges ned, skviser opplæringen av nye medarbeidere. Mangel på helsearbeidere er blitt et problem stort samfunnsmessig problem, og bruk av innleie er urovekkende stort. Og medarbeiderne må jobbe smartere (mer), noe som etter hvert kan gå ut tilbudet pasientene får.
- Sykehusene må konkurrere med hverandre, og det er blitt et sterkere søkelys på bedriftsøkonomiske styrings- og ledelsesprinsipper som organisatorisk rettesnor for de offentlige sykehusene.
- Ovennevnte er kjente prinsipper fra andre land hva angår rede grunnen for privatisering/ profittering på de lønnsomme tjenestene innenfor helsevesenet.

Med en høyere gjennomsnittsalder i befolkningen enn før, vil presset på helsetjenester øke både innenfor spesialist- og primærhelsetjeneste.

Helseforetaksmodellen har ringvirkninger og konsekvenser for hele helse- og omsorgssektoren. Det innebærer at man må se oppgavefordelingene og personalpolitikken innen spesialist- og primærhelsetjenestene under ett. Det vises til punktet om et eget sykehusutvalg som skal avgi rapport.

Regnskapsmodellen med foretak tilsier at eneste måten å få budsjettene i balanse på er kutt i tilbud/ sengeplasser, salg av eiendom, ta opp lån e.l. – det fremstår som helt uakseptabelt. Befolkningen må sikres gode helsetjenester når man har behov for dem

08. Organisering av helse- og omsorgstjenestene

Flertallet i helsepersonellkommissjonen foreslår å samle hele sektoren på ett forvaltningsnivå, mens et mindretall går imot dette utfra at ett-nivå-modell kan medføre ytterligere sentralisering.

Erfaringen fra sykehussektoren, med økte sentraliseringer og negative erfaringer med det, tilsier at mindretallets innstilling støttes.

Oppgavedeling

Det viktigste hva angår ledelse, opplæring, og bruk av oppgavefordeling og kompetansebehov i ulike arbeidsprosesser - er at det settes en null-visjon for at omsorgssvikt skal kunne forekomme.

Det er viktig at medbestemmelses- og medvirkningsinstituttet blir ivaretatt i alle ledd i samsvar med lov- og avtaleverket. Videre at det rettes inn stimulerings tiltak i forhold etter- og videreutdanning, og at realkompetansen til den enkelte kommer til nytte.

I en slik omstillingsprosess - med nye måter å fordele oppgaver på - er det viktig at minimumsbemanning ikke blir normalen, og at det alltid finnes rett kompetanse til rett tid der den trengs. Overgangen til å kunne følge intensjonene med helsefelleskapsreformen - gjør det mer viktig enn noen gang tidligere at forsvarlig kompetanse alltid er til stede i forhold til brukere/ pasienters behov.

Ordningen med «Hus-og-hytte» – kombinerte stillinger» - som helsepersonellkommisjonen foreslår - bør gjennomføres med forsøksprosjekter og tett oppfølging. Er dette en farbar vei?

Det er ikke nødvendigvis slik at «fleksibilitet» og «kvalitet» passer som hånd i hanske - selv om det kan være et mål.

Eksempelvis en nyvunnet erfaring en medarbeider opparbeider seg på et sted – er ikke nødvendigvis en god løsning verken på neste arbeidsted eller for pasienten(e).

09. Arbeidsfordeling og arbeidstid

Lovkravet i formålsparagrafen i arbeidsmiljøloven er vi skal ha «helsefremmede arbeidsplasser». Covis-19-pandemien, influensapandemier, vaksineprogram mv, har medført at det tidvis er blitt ført en rovdrift på medarbeidere.

Skift- og turnusarbeid, ubekvemme arbeidstider og lange vakter – er generelt forbundet med en viss helserisiko.

Det å ikke følge heltidskulturen, gjør at deltidsarbeidende, personell fra bemanningsbransjen, eller har løse arbeidsforhold (midlertidige ansettelser, tilkallingsvikar o.l.) ofte strekker seg langt i jakten på å få ei lønn som er til å leve av. Det vil si arbeidstidsordninger som definitivt ikke følger kravene til å forebygge helseskader.

Det er bekymringsfullt at mange ferdig utdannede helsepersonell søker seg over i helt andre stillinger hvor det mulig å få 100% stilling og god lønn.

Arbeidsfordeling, og bruk av arbeidstid, og fordeling av arbeidskraftressursene krever et godt samarbeid mellom ledelse og ansatte for å kunne få til minst mulig unødige belastende

arbeidstidsordninger. Vernetjenesten er viktige medspillere i en slik prosess.

Det må nevnt – baseres på å utdanne helsepersonell i et antall som strekker seg utover hva som kreves som en minimumsbemanning.

10. Utdanning og kompetanseutvikling

Mange mindre kommuner har store utfordringer med synkende innbyggertall, lav reproduksjon av befolkningen, og samtidig har/ får en høy prosentandel med eldre.

Som et tiltak for å hindre fraflytting, få desentralisert befolkningsvekst, og samtidig kunne ta seg av de eldre, må man se på utdanningsløp, lærlingplasser og praksis regionalt som et mulig tiltak. Mange kommuner vil åpenbart etter hvert få store problemer med å dekke omsorgsbehov innen primærhelsetjenesten om det ikke settes inn konkrete tiltak for tilgang på personell lokalt. Helsekommisjonen konklusjon om at, sitat: «Norge må være tilstrekkelig selvforsynt med helsepersonell» og at, sitat: «Vekst i studieplasser bør legges til distrikt fremfor sentrale strøk» hilses derfor velkommen.

Som støtte til formålet med helsefellesskapsreformen, vil det å tilrettelegge for utvidede praksisordninger innenfor helse- og omsorgsfaglige utdanninger kunne være et bidrag til å bedre personalsituasjonen og samspillet mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Å bygge videre på tillitsreformen, i kombinasjon med mindre detaljstyring, vil kunne være en viktig motivasjonsfaktor – i kombinasjon med gode fagutdanninger.

Innenfor helseforetakene er lønnsforskjellene blitt for store, spesielt relatert til at mange ledere har høyere lønn enn helseministeren. At mange stillinger innenfor helse- og omsorgstjenester ikke har ei lønn som er vanskelig å leve av, bidrar ikke til å rekruttere og beholde (eksempelvis ved mye bruk av lave stillingsbrøker).

Det å kunne språket er viktig. Det er flott at man sysselsetter våre nye landsmenn og kvinner, men det er viktig at man kan språket. Mange eldre kan i tillegg til språkvansker også ha dårlig hørsel. Et eksempel på kommunikasjonsvansker kan føre til;

På et helsehus spurte en beboer om å få ei flaske med farris på en varm sommerdag. Hun som var på vakt, hadde innvandrerbakgrunn og dårlig med språkkunnskaper, og skjønte ikke hva vedkommende mente. Hun tenkte seg om, og svarte gebrokkent norsk at «nei hun er ikke på vakt dag» og forsvant.

11. Prioritering og reduksjon av mindre og til dels uønskede tjenester.

Helsepersonellkommissjonen sier at de, sitat; «Legger stor vekt på å spre innsikt og forståelse knyttet til kostnadene ved overbehandling og lavt prioriterte tjenester, og videre, sitat: «Ressursene til helse- og omsorgstjenestene er gitt på kort sikt gjennom årlige budsjetter.

Unødvendige og lavt prioriterte tjenester som tilbys enkelte pasienter og brukere kan fortrenge tjenester som har positiv helseeffekt for andre».

Såkalte «mindre og til dels uønskede tjenester», samt «overbehandling», har i ordskiftet som oftest blitt knyttet til personer som har private helseforsikringer (overbehandling), skjønnhetskirurgi, pasientskader påført på sykehus, ved pasientreiser, eller ved behov for reinnleggelser som følge av for tidlig utskrevne pasienter.

Som helsepersonellkommissjonen påpeker bør tilsynsmyndighetene være de som vurderer om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig, og gjennom sitt tilsyn bidra til riktig prioritering.

I spørsmål om pasientskader påført på sykehus, ved pasientreiser, eller ved behov for reinnleggelser som følge av for tidlig utskrevne pasienter o.l, må det være et mål målsetting med null-visjon.

12. Digitalisering og teknologisk utvikling

Helsepersonellekommissjonen ser for seg effektiviseringsgevinster ved hjelp av digitale løsninger, velferdsteknologi, opplæring og kompetansebygging mv.

Ulike former for digitale løsninger bør i første rekke rettes inn som hjelpemidler/ supplement til eksisterende tjenester. Digitale løsninger er meget sårbare ved tilfeller som:

- Tekniske feil, hacking, syberangrep o.l
- Strømutfall
- Brann i tekniske anlegg
- Naturkatastrofer og ekstremvær
- I verste fall krig og uro

En undersøkelse, presentert i NRK kveldsnytt 03.01.2023, konkluderte med at 4 av 10 personer er ikke digitale/ ikke-digitale nok til å betjene digitale plattformer. Majoriteten av disse er eldre, mens også mange unge med lese- skrive- og regnevansker eller annen kognitiv svikt (demens) er blant disse.

Å tenke seg bemanningsreduksjoner som følge av digitale løsninger - i et så sårbart system - vil fremstå som mer eller mindre uforsvarlig.

Tilstrekkelig bemanning på sykehus og omsorgsinstitusjoner, handler også om å ha tilstrekkelig beredskap ved brann, naturkatastrofer o.l.

13. Fra sykehus til hjemmehjelp

Etter modell fra USA, er tanken om «hjemmesykehus» blitt et aktualisert tema. Det innebærer at apparaturer fraktes til pasientens hjem, og hvor kvalifisert ambulerende helsehjelp kommer hjem til pasienten. Og hvor sykehusene er behjelpelig med overføringen av pasienten til vedkommende sitt hjem - og primærhelsetjenesten.

Pr dato, med stor mangel på fastleger, og mange kommuner som mangler faglig kompetanse til å gi forsvarlig helsetilbud til «hjemmesykehus», er dette neppe planer man bør gå videre med før man får utdannet tilstrekkelig med helsepersonell i alle deler av landet, med tilstrekkelig kompetanse er på plass i hele landet. Om det ikke følges – er risikoen til stede for at det blir avvikshåndtering innenfor pasientbehandlingen.

I fastlegeforskriften bør det på generelt grunnlag komme inn retningslinjer hvor sykehusene pålegges å gi beskjed til fastlegen når pasienten skrives ut fra sykehus (helsefelleskapsreformen forutsetter en sterkere involvering av fastlegen ved utskrivning av pasienten fra sykehus, og tilfeller av samarbeid med primærhelsetjenesten).

De store geografiske avstandene, topografien, vær- og føreforhold, vil trolig gjøre ordningen med «hjemmesykehus» blir svært ressurskrevende, og til tider ustabil. Det er vanskelig å se for seg at dette med hjemmesykehus er en betryggende løsning – i hvert fall utenfor de større byene/ befolkningstette områder.

14. Andre forhold

Det er kommet til et punkt hvor det er behov for å diskutere hva slags innhold eldreomsorgen skal ha i årene fremover – på nasjonalt nivå. En ting er at vi blir stadig flere eldre, en annen ting er at samfunnet planlegger for at flere skal bo lengre hjemme. Med bo lenge hjemme-reformen er det en risiko for at mange ender opp med mye ensomhet, som igjen kan utvikle psykiske lidelser og mye passivitet - om det ikke legges til rette for deltakelse og aktivitet. Sett i et folkehelseperspektiv handler aktivitet og stimulans om å forebygge demens og andre typer alderssvekkelser.

Hvordan aktivitet for eldre organiseres er viktig i planleggingen i alle typer boformer. Ideelt sett bør de administrativt ligge under de ansvarlige på institusjonene/ hjemmehjelpstjenestene ovenfor de som bor hjemme og mottar omsorgstjenester.

Fra medisinsk faglig hold er det godt dokumentert, sitat; «Effekten av fysisk aktivitet, i første rekke muskelstyrketrening for eldre. Ikke bare som forebyggende tiltak i utviklingen av skrøpelighet blant eldre, men også blant eldre med skrøpelighet til forbedring av bevegelighet, hjerte-

kar systemet, endokrine funksjoner, samt forsinke progresjon av flere kroniske sykdommer. Fysisk aktivitet forebygger også fall og fallskader».

Aktivitet for eldre og andre er i mange kommuner tatt ned – ut fra at det er et kostnads-/ bemanningsspørsmål, og flere steder har frivillig sektor fått en mer sentral rolle i eldreomsorgen.

Etter pandemien, og i en tid hvor prisene stiger, og hvor offentlige bevilgninger generelt kuttes, er det en utfordring å rekruttere og beholde personer til frivillig sektor, og eksempelvis økonomi til aktivitører på institusjoner.

Det er også et spørsmål hvor motivert folk er for frivillighet etter hvert som de eldre «dugnadsgenerasjonene» dør ut?

Det er eksempelvis opplyst at på Lillehammer helsehus var det opprinnelig 2 ½ stillinger som aktivitører. I dag er det 2 slike stillinger i 60%.

Belegget ved helsehuset er satt 185 personer. Omregnet betyr det at hver beboer i snitt får 14,58 minutter med aktivitet pr uke, dvs 2,08 minutter pr dag. Har en av aktivitørene fravær, betyr det bare i snitt blir 1,04 minutter med aktivitet pr dag. På røde kalenderdager er ofte liten eller ingen organisert aktivitet.

Livsglede og trivsel henger sammen mestring. Mestring fordrer aktivitet.

Aktivitet vil for mange eldre være avhengig av sosial støtte, økonomi, mobilitet, transport, folkehelse tilbud, kultur og miljø mv.

Utfordringene oppstår når det ikke er samsvar mellom økonomi og de politiske mål som settes. Tiden er derfor overmoden for å ta den ubehagelige debatten! Hva mener vi med «livsglede» for eldre, og de som er avhengige av offentlige hjelp og tjenester?

Avisen Østlendingen omtalte nylig en person som er kognitiv frisk. Hun har livskraft og ønsker å oppleve ting. Hun ønsker å ha kontakt med familien sin, men kommunen ser ikke muligheten til å skaffe noen som kan hjelpe vedkommende med å få dekket helt grunnleggende behov, som kommunen i utgangspunktet skal dekke. Vedkommende sa videre, sitat: «Jeg har en PC og en skriver og trenger for eksempel å handle blekk. Jeg trenger undertøy. Jeg trenger å se på ting jeg vil kjøpe. Jeg vil gjerne være med i livet. Treffe mennesker. Prate. Gå på kafe, men det tillater ikke kommuneøkonomien.

Slik skal ikke eldreomsorgen være – dvs at omsorgstjenester fremstår som ren oppbevaring av eldre og syke.

15. Bo trygt hjemme-reformen

Dersom de skal legges til rette for at eldre/ pasienter skal bo lenger hjemme, vil det kunne fremstå ikke helt uproblematisk. Ikke alle av dagens pensjonister, mange av dem med lave pensjonsytelser har økonomi til store omkostninger/ tilrettelegging hjemme, som ombygging

av bad og sanitæranlegg, ramper til å komme inn og ut av huset, behov for heis, fjerne dørkarmen, hjelp til snømåking, vedlikehold av huset osv. Hvem skal bære slike kostnader? Og hvordan er dette tenkt løst?

Å sette ned utvalg til å utrede ulike spørsmål, med personer med millioninntekter pr år, fremstår tidvis utad som utvalg uten kontakt med virkeligheten.

Et annet forhold er hvordan er oppfølgingen av at eldre aleneboende for i seg nok mat og drikke, samt eventuelle medisiner, spesielt ved begynnende demens?

Et eksempel fra en institusjon – som har med ledelse og opplæring å gjøre. En ung medarbeider kom rundt og satte frem mat til beboerne som satt i et oppholdsrom. Det antas at vedkommende var ukjent med beboere av avdelingen hun ble satt til å jobbe i. En beboer på dette sykehjemmet, som viste seg at hadde ikke noe språk, fikk maten servert på lik linje med de andre, men han satt bare og stirret på maten. Etter en stund kom den samme damen tilbake, og sier «er du ikke sulten» - og skal til å ta med maten tilbake til kjøkkenet. Jeg gikk da bort til henne og fortalte hva jeg hadde observert, og spurte om hun visst noe om denne beboeren – om han trengte hjelp for å få i seg maten? Det viste seg at det var nettopp trengte – hjelp. I dette tilfellet var det tilfeldigheter som gjorde at vedkommende fikk dette måltidet.

Det er i liten grad satset på ulike former for bokollektiv og eldresenter, hvor det er lett tilgang på hjemmehjelp/ helsetjenester, og tilrettelegging med aldersvennlige løsninger (tilgang til butikk, frisør, helsehjelp mv, og med møteplasser og aktivitet i den hensikt å forebygge ensomhet, depresjoner og kognitivt forfall (forebygge demens). Dette kan være verdt å se på som en løsning dersom bo trygt hjemme-reformen skal fremstå som en god reform for alle.

Antall eldre som dør som følge av underernæring, uttørring vekttap mv, er også en viktig sak å følge opp. Det innebærer en bedre oppfølging av de med omsorgsansvar. Ikke minst hva angår munnhelse og fotpleie. Melding om slike mangler viser at det er behov for å styrke tilsynsmyndighetene.

Når det kommer til aktivisering av eldre, bør det også vurderes å trekke veksler på andre grupper. Eksempelvis elever fra kulturskolen, elever fra kokkefag, sosialfag osv og andre. Det er viktig med aktivitetstiltak og stimulans, som nevnt kan det bidra til å forebygge demensutvikling mv.

Avslutningsvis opplever jeg det som et stort demokratisk problem at departementale høringer, og andre offentlige høringer, kun skjer digitalt (for spesielt interesserte).

I og med at en undersøkelse viser at i snitt 4 av 10 behersker digitale plattformer svært dårlig er dette meget betenkelig. Det er trolig blant de 4

som har den mest relevante erfaringen/ kompetansen til å uttale seg
målet er å forbedre kvaliteten på tjenestene?

Helt avslutningsvis vil jeg påpeke at nå trengs det handling. Mange av de
punktene som er tatt opp i helsepersonellkommisjonens rapport – er ikke
av helt ny dato. Målet må være å sikre kvalitativt gode tjenester.

Lillehammer, 27.02.2023

.....

Jørund Hassel

.