



Heilbrigðisráðuneytið
Skógarhlíð 6
105 Reykjavík

Reykjavík, 25. september 2021

Efni: Umsögn um drög að stefnu um heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða.

Fyrirliggjandi drög að stefnu um heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða eru, að mati Alþýðusambands Íslands (ASÍ), metnaðarfull tilraun til að skapa nýjan grunn fyrir umræðu í þessum víðfeðma og mikilvæga málaflokki. Tillögur höfundar, Halldórs S. Guðmundssonar, fyrrum framkvæmdastjóra Öldrunarheimila Akureyrar og dósents við Félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands, miða að réttnefndri byltingu í heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða.

Sérstök ástæða er til að fagna þeirri áherslu sem lögð er á sjálfstæði, sjálfræði, reisn og virðingu aldraðra, persónumiðaða þjónustu og það sem nefnt *aldursvænt samfélag*.

Jafnframt er fengur í ábendingum höfundar er varða vankanta á núverandi kerfi og á köflum hvassri gagnrýni á það fyrirkomulag sem viðteknar forsendur og nálgun skapa. Fjölmörg dæmi í þessa veru er að finna í drögunum og eru þau að sönnu áhugaverð og á köflum sláandi: skipulag og forysta í málefnum eldra fólks er dreifð á milli stjórnsýslustiga sem veldur óskýrleika í verkefnum og ábyrgð; hlutfall faglærðs starfsfólks á hjúkrunarheimilum er langt undir viðmiðum; tví- og margendurtekning á sér stað í skráningar- og matskerfum vegna þjónustu við eldri borgara með tilheyrandi tímaeyðslu og kostnaði; þrátt fyrir miklar skráningar er hvergi að finna á einum stað grundvallarupplýsingar um t.a.m. fjölda notenda, aldursskiptingu, starfsmannafjölda í heimahjúkrun eða heimaþjónustu, umfang þjónustu og fleira; dreifð og sundurleit starfsemi einkennir stöðuna í nýsköpunar- og velferðartækni og hjálpartækjamálum; af um 2.700 almennum hjúkrunarrýmum á landinu má ætla að 450, hið minnsta, standist ekki kröfur um aðbúnað íbúa.

Aukin þjónusta, betri nýting fjármuna

Í drögunum kemur fram sú grundvallarafstaða að gera beri öldruðu fólki kleift að dvelja lengur á heimili sínu en nú er. Yfirlýst stefna stjórnvalda hefur raunar verið að lengja þann tíma sem aldraðir einstaklingar dvelja í heimahúsum og nýta heimaþjónustu fremur en að flytja á

hjúkrunarheimili. Höfundur er þeirrar hyggju að nýta megir mun betur þá miklu fjármuni sem renna til þessa málaflokks.

Um þetta segir höfundur (bls. 32):

„Í samantektinni hafa verið færð rök fyrir því að þeim miklu fjármunum sem fara í þennan málaflokk sé að mörgu leyti óskynsamlega varið. Koma þurfi á samhæfðari og betri þjónustu og breyta um stefnu með því að leggja stóráukna áherslu á að styðja eldra fólk enn betur í því að búa heima eins lengi og kostur er.

Viðvarandi rekstrar- og tekjuvandi hjúkrunarheimila er staðfestur og hlutfall faglærðs starfsfólks er langt undir því sem æskilegt er talið.

Í umfjöllun um skort á hjúkrunarrýmum segir höfundur (bls. 22)

„Í tillögum að stefnumótun í heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða til ársins 2035 frá 2016 og birt var 2017, er lögð til grundvallar sú framtíðarsýn að 85% þeirra sem eru 80 ára og eldri geti búið heima. Tillögurnar hlutu ekki samþykkt en hafa hins vegar hafðar til viðmiðunar og ratað inn í fjármálaáætlanir. Í þeim eru áherslur á stóráukna heilsugæslu, forvarnir og endurhæfingu til að draga úr þörf fyrir stofnanadvöl, teymisvinnu og fjölbreytni í þjónustu. Þessar tillögur voru og eru í takti við áherslur á hinum Norðurlöndunum um að eldra fólk búi að jafnaði við það góða heilsu að það geti búið heima með viðeigandi stuðningi. Tillagan gerir ráð fyrir að þörf fyrir hjúkrunarrými reiknist sem hlutfall (15%) af þeim sem eru 80 ára og eldri.

Í dag eru skráð um 2.730 almenn hjúkrunarrými á landinu, eða fyrir um 21,4% af íbúum landsins sem eru 80 ára og eldri. Rýmin ættu að vera 1.913 (15%) ef reiknað er út frá viðmiðum í tillögunni frá 2016 en um 1.300 (10,1%) ef tekið væri mið að afar áhugaverðu skipulagi öldrunarþjónustu hjá Eksote heilbrigðisstofnunnninni í Karelía í Finnlandi (sjá kynningu).

Sé tekið mið af mannfjöldaspá og viðmiði út frá fjölgun í aldurshópnum 80 ára og eldri og gert ráð fyrir að 85% þeirra búi heima með öflugri stuðningsþjónustu, á núverandi fjöldi hjúkrunarrýma á Íslandi að duga til ársins 2030, en myndi duga til ársins 2045 ef tækist að byggja upp sambærileg þjónustukerfi og Eksote hefur. Fram til 2030 nægir núverandi fjöldi rýma, en svo þarf að fjölga þeim um 130 á ári á tímabilinu frá 2030-2035 til að standa við stefnumið um að þörf fyrir hjúkrunarrými reiknist sem 15% út frá fjölda þeirra sem eru 80 ára og eldri, en aðrir muni búi heima með aðstoð.

ASÍ tekur undir þá grundvallarhugsun höfundar að fjármuni megir nýta betur og lengja beri þann tíma sem öldruðum gefst til að dvelja á heimili fremur en á þjónustustofnun. Á hinn bóginn hlýtur alþekktur bráðavandi á sviði hjúkrunarþjónustu að gefa til kynna að viðbrögð hafi ekki verið í samræmi við þörf. Framlög hins opinbera til heilbrigðismála voru skorin verulega niður á árunum eftir hrun fjármálakerfisins haustið 2008 en fram til þess hafði heilbrigðiskerfið einnig sætt miklu

aðhaldi. Þrátt fyrir að hafa aukist á ný voru þau enn lægst hér á landi af Norðurlöndum miðað við hlutfall af VLF árið 2019.

Fráflæðisvandi Landspítalans er tilkominn sökum skorts á hjúkrunarrýmum ekki vegna þess að heimaþjónusta við aldraða er ekki nógu burðug. Kerfið ræður ekki við vandann og birtingarmyndir þessa vanbúnaðar eru vel þekktar og íþyngjandi fyrir mikinn fjölda fólks.

Í greinargerð embættis Landlæknis frá í maímánuði 2021 kemur fram að meðalfjöldi á biðlista eftir varanlegri dvöl í hjúkrunarrými var 99 á hverja 10.000 íbúa í lok árs 2020. Það er aukning um tæp 12% frá árinu á undan og 92% aukning frá síðasta fjórðungi ársins 2011. Þessi staða er tilkomin þrátt fyrir aukna áherslu á heimaþjónustu við aldraða og vandséð er að fjárfesting í innviðum heilbrigðiskerfis hafi verið í samræmi við þörf.

Rekstrarform og greiðslupátttaka

Í drögunum er ekki að finna skýra niðurstöðu varðandi rekstrarform stóraukinnar þjónustu við aldraða á heimilum þeirra. Vísast var það ekki á verkefnaskrá höfundar en æskilegt væri, að mati ASÍ, að fjallað væri um hvernig ætlunin er að halda þeirri þjónustu uppi. Raunar er þess getið í drögunum (bls. 39) að stefna beri að fjölgun „þverfaglegra og hreyfanlegra teyma sem starfa heimsækjandi og fyrirbyggjandi og svæðisbundið”.

Aðgerðum tengdu þessu markmiði er lýst svo: „Samningar við þjónustuaðila sem annast samhæfða heimaþjónustu í viðkomandi landshluta eða sveitarfélagi um starfsemi á hreyfanlegu, þverfaglegu teymi fagfólks sem sinnir fyrirbyggjandi heimsóknum til notenda sem búa heima í og utan þéttbýlis”.

Hér er nánari skýringa þörf. Er t.a.m. talið heppilegt að bjóða þjónustuna út þannig að einkafyrirtæki haldi henni uppi í samræmi við samning þar um? Þetta er ekki síst mikilvægt umfjöllunarefni í ljósi þeirrar hljóðlátu markaðsvæðingar á sviði öldrunarþjónustu sem nú fer fram þvert á vilja mikils meirihluta almennings. ASÍ telur ástæðu að vara við markaðsvæðingu öldrunarþjónustunnar en reynsla Svía í þeim efnum gefur ekki tilefni til að halda á þá braut. Í Svíþjóð voru væntingar um að samkeppni og einkarekstur myndu draga úr kostnaði. Úttekt á þróuninni bendir þó til þess að þar sem kostnaður hafi minnkað hafi það einungis verið á kostnað gæða þjónustunnar.¹ Þannig nýti hagnaðardrifin öldrunarheimili fremur starfsfólk á tímavinnu og starfsfólk með minni formlega þjálfun.

Höfundur víkur greiðslupátttöku og rekstri hjúkrunarheimila og segir (bls. 32):

„Varðandi hjúkrunarheimilin kemur til álita að gera breytingar á greiðslufyrirkomulaginu og huga að vaxandi þátttöku notenda í búsetukostnaði og tilfærslu kostnaðarliða til samræmis við almenn þegnréttindi um niðurgreiðslur eða sérþjónustu, s.s. lyfja, hjálpartækja, sérstakrar heilbrigðisþjónustu, sjúkraflutninga, sjúkraþjálfunar, ferliþjónustu, félags- og tómstundastarfs og

¹ Marta Szebehely og Gabrielle Meagher, „Marketization in Nordic eldercare“ . Sótt af <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:667185/FULLTEXT01.pdf>

skattalegra ívilnana vegna langtímaveikinda. Grunntónn slíkra breytinga á greiðslu- og rekstrarfyrirkomulagi byggir þá á þátttöku og sjálfræði íbúa í stað kerfislægrar forsjárhyggju. Þá er búsetan og húsnæðiskostnaður eitt, félagsleg þjónusta nærsamfélags annað og langtímaumönnun og hjúkrun það þriðja. Með slíku væri horft til þess sem kallað hefur verið „danska leiðin“ en þar er úthlutun hjúkrunnarrýma byggð á samþættu mati á þörf notenda fyrir heilbrigðis- og félagsþjónustu sem veita þurfi í sérhæfðu umhverfi í stað heimilis viðkomandi. Einnig má skýra fyrirkomulagið með því sem er í málefnum fatlaðs fólks hér á landi, þar sem rekstur ákveðinna þátta í búsetu- og þjónustukjörnum byggir á þörfum, réttindum og greiðslum frá íbúunum.

Ennfremur má færa rök til þess að slíkt fyrirkomulag myndi efla kostnaðarvitund almennings og hafa þannig áhrif á kostnað og hvetja til að saman fari þörf og hagkvæmni að mati notandans. Ljóst er því að hér þarf að endurmeta núverandi framkvæmd og skoða fleiri valkosti.”

Hugmyndir um breytingar á greiðslufyrirkomulagi kalla á frekari útskýringar. Í kafla draganna sem geyma tillögur höfunda segir (bls. 35) að nýtt greiðslukerfi vegna dvalar og langtímaumönnunar á hjúkrunarheimili feli í sér að íbúar hjúkrunar- og dvalarheimila standi straum af eigin heimilishaldi með greiðslu húsaleigu, hússjóðsgjöldum, rafmagni, hita, ræstingu og fæði.

ASÍ telur slíkar tillögur kalla á útskýringar, t.d. um hvernig ætti slík greiðslupátttaka að fara fram, hvort hún verði tekjutengd, hvort hugsunin sú að gengið verði á eigur og sparnað þess aldraða í þeim tilvikum sem þær eru fyrir hendi eða er gert ráð fyrir greiðslupátttöku fjölskyldu eða ættingja? Vert er að taka fram að greiðslupátttaka heilbrigðiskerfinu er nú þegar hæst á Íslandi af Norðurlöndunum, að Finnlandi undanskildu. Er ætlunin að ganga lengra í þeim efnum?

Í drögunum kemur fram það mat höfundar að breytingar á heilbrigðisþjónustu við aldraða poli enga bið. Tekið skal undir að áriðandi er að leystur verði sá mikli og alþekkti kerfisvandi sem þjakar hjúkrunarsjúklinga á biðlistum og aðstaðendur þeirra. Um leið skal minnt á að blikur eru á lofti í heilbrigðiskerfi landsmanna. Ætla má að sú þróun komi af meiri þunga niður á þeim sem eru í veikari efnahagslegri og félagslegri stöðu. Í skýrslu embættis Landlæknis frá í maímánuði 2021 kemur fram að vísbendingar séu fyrir hendi um að heilsufarslegur ójöfnuður hafi í mörgum tilvikum aukist á Íslandi milli áranna 2012 og 2017. Sé það rétt má ætla að sá ójöfnuður nái einnig til eldri borgara.

Að lokum skal ítrekað að fengur er að þeim stefnuðrögum sem Halldór S. Guðmundsson hefur unnið fyrir heilbrigðisráðuneytið. Áhersla á virðingu og reisn eldra fólks, þátttöku þess og virkni, sjálfstæði og sjálfræði er fagnaðarefni. Markaðsvæðing heilbrigðisþjónustu við aldraða á hinn bóginn ekki líkleg til að styðja við það gildismat líkt og sannast hefur t.a.m. í Svíþjóð á undanliðnum árum.

f.h. ASÍ

Róbert Farestveit
Hagfræðingur