

Høringssvar vedr. udkast til ældrelov, ældretilsyn og lokalplejehjem

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) er ikke på den udsendte høringsliste, men har alligevel fået mulighed for at afgive høringssvar. Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) repræsenterer 32 sygeplejefaglige selskaber. I dette høringssvar er der særligt bidrag fra de kommunale sygeplejersker.

Vi har i vores høringssvaret lagt vægt på at præcisere, hvad vi opfatter, ældreloven, tilsyn og lokalplejehjem er og ikke er, og hvad det indebærer for ældreplejen.

Generelle bemærkninger

Generelt er vi både forbløffet og kritisk over for, at ældreloven alene er en SOCIAL LOV, der **IKKE giver lovhjemmel til at visitere til sygepleje** hverken den grundlæggende eller specialiseret sygepleje. De fleste ældre, der har behov for hjælp, har også behov for sygeplejeinterventioner enten de forebyggende, sundhedsfremmende, rehabiliterende, behandelende eller lindrende interventioner.

(Sygepleje er en omsorgsindsats rettet mod den enkelte person og dennes behov i forhold til deres sundheds- og sygdomstilstand og egenomsorgskapacitet. Sygeplejeinterventionen kan være sundhedsfremmende, forebyggende, rehabiliterende, behandelende eller lindrende og er ofte komplekse interventioner, der f.eks. både er rehabiliterende, forebyggende og behandelende på samme tid).

Den manglende samtænkning med sundhedsloven betyder at hjælpen til den enkelte borger i ældreplejen skal ske ud fra forskellige lovgivninger. Dette vil øge den bureaukratiske udfordring markant.

Et mål med færrest mulige personer i den ældres hjem, vil ikke kunne understøttes af denne lov, tværtimod, idet de fleste ældre med behov for hjælp også vil have behov for sygeplejepersonale. Vi mener endvidere, at det er tvivlsomt, om loven understøtter skabelsen af attraktive arbejdspladser i ældreplejen, når pleje og omsorgen alene skal være socialfaglig.

Ældre borgeres sundhedstilstand er dekoblet ældreloven

Udkastet til ældrelov præciserer ældreloven som en almen SOCIALlov med fokus på det almene og det sociale. Ældreloven er ikke en samtænkning af serviceloven og sundhedsloven, tværtimod er sundhed frakoblet ældreloven, som alene retter sig mod den generel alderdomssvækkelse og udelukkende omfatter hjælp relateret til funktionsevnetab.

Formålet med loven er at forbygge problemer grundet aldersbetinget funktionstab. Formålet er ikke at give pleje- og omsorg i forhold til den ældres egenomsorgssvigt, sundheds- eller sygdomstilstand.

En socialbaseret afgrænsning af ældreloven fremstår umiddelbart enkelt og lige til, men vil i praksis skabe organisatoriske barrierer for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Den population af ældre, der har behov for pleje og omsorg, er ofte skrøbelige og multisyge med komplekse sygdomsforløb, med et behov for sundhedsfaglige indsatser efter sundhedsloven samtidig med indsatserne efter ældreloven.



Målgruppen, behov er relateret til funktionstab ikke sundheds- og sygdomstilstande

Målgruppen er i lovudkastet beskrevet som personer, der har nået folkepensionsalderen, og som har behov for en indsat til at *understøtte en alderdom med mest mulig selvstændighed i den daglige livsførelse og evne til i videst muligt omfang at tage vare på egne behov.*

I lovudkastet italesættes målgruppen alene socialfagligt og præciseres som ældre med funktionstab (handicap), og som har behov for støtte til at genvinde funktionsevnen.

Med en socialfaglig forståelse af målgruppen skabes rammevilkår, hvor det ikke er hensigten at de ansatte skal identificere og handle på de ældre borgeres basale eller specielle sundhedsbehov, men alene identificere og handle på den ældres aldersbetinget funktionstab.

Med afsæt i denne lov vil en ældre borger, der har nedsat motorisk funktion efter stroke sandsynligvis kunne få hjælp til genoptræning af funktionsevnen, men ikke hjælp i forhold til ændringer af egenomsorgskapaciteten, sundhedstilstanden eller skrøbeligheden. Det vil fordrer at den ældre i tillæg, vil have behov for sundhedsfaglige indsatser efter sundhedsloven i form af sygepleje.

Denne afgrænsning af målgruppen vil antagelig ikke opleves sammenhængende eller meningsfuldt af de ældre borgere eller de ansatte, og vil sandsynligvis også være svær at få til at fungere som en helhedsorienteret indsats i praksis. F.eks. er den pleje og omsorg beboere på plejehjem har brug for (kerneydelsen) først og fremme grundlæggende sygepleje.

Former for indsatser

Ifølge ældreloven skal kommunerne tilvejebringer to former for indsatser: Generel forebyggende indsatser og såkaldt helhedspleje.

Det er positivt, at den forebyggende indsats skal styrkes, men problematisk at det forebyggende alene relaterer sig til tab af den aldersrelateret funktionsevne. Den forebyggende indsat retter sig ikke mod sygdomsforebyggelse, forebyggelse af sygdomsforværring eller sundhedsfremme.

Vi oplever, det er positivt, at den såkaldte helhedspleje skal tilrettelægges som sammenhængende og rummelige forløb og ikke som enkelttydelser. Det er ligeledes positivt, at hjælpen skal tilrettelægges med afsæt i den ældres selvbestemmelse og med færrest mulige hjælpere i hjemmet. Det sidste vil kun være muligt, når behovet for hjælp alene omfatter alderdomssvækkelse og ikke behov i forhold til sundhed og sygdom. Generelt mener vi, det er problematisk at tale om helhedspleje, når den hjælp den ældre kan få, ikke retter sig mod den ældres samlede livssituation i forhold til sundhed, sygdom og egenomsorg.

Selvom der tales om tværfaglighed, så ekskluderes såvel de grundlæggende som de specialiseret sygeplejeindsatser.

Specifikke kommentarer

- Vi er bekymret for, om brugen af private udbudsordninger kan skabe udfordringer mellem ressourcetsvage og ressourcestærke borgere. Det frie valg, kan betyde, at borgere med flere ressourcer, har bedre mulighed for at træffe valg om pleje og omsorg.
- **§ 10 stk. 3, Tilbud om et sammenhængende og rummeligt pleje- og omsorgsforløb, som muliggør en løbende tilpasning.** Hvis dette skal realiseres og bureaukratiet skal mindskes, så bør skriftlig afgørelse ikke være nødvendige fordi borgerens behov ændrer sig.
- **§ 17. Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold for personer, der i en periode har særligt behov for omsorg og pleje.** Her vil det være afgørende at afklare, hvordan



det midlertidige ophold skal dette finansieres; er det gratis for borgeren eller må kommunerne opkræve for husleje, kost m.m., og hvordan er finansieringer i forhold til transport til midlertidigt ophold?

- **§18 Mulighed for valg af leverandør.** *Leverandører af pleje- og omsorgsforløb skal tilbyde et sammenhængende forløb efter § 10, stk. 1 og skal kunne levere alle de elementer, der indgår i helhedspleje, jf. § 9, stk. 2.*
Vi tænker, det kan være vanskeligt i en tid med rekrutteringsvanskeligheder at opfylde kravet om at indgå en aftale med flere leverandører, der kan leve op til forpligtelsen.
- **§ 30.** *Retten til plejevederlag ophører ved plejeforholdets afslutning. Ved den plejekrævendes død bevares retten til plejevederlag i indtil 14 dage efter dødsfaldet. Den plejekrævendes indlæggelse af kortere varighed på sygehus eller lignende medfører ikke i sig selv bortfald af plejevederlag.*
Vi mener, at det er en uheldig vending at bruge termen ”plejekrævende”. En døende person er ikke krævende. I § 30 kan begrebet helt fjernes og omformuleres til: ”Retten til plejevederlag ophører ved plejeforholdets afslutning. Plejevederlag opretholdes i indtil 14 dage efter dødsfaldet. Indlæggelse af kortere varighed på sygehus eller lignende medfører ikke i sig selv bortfald af plejevederlag”.
- **Kap 9 om ældreråd** – I mange kommunerne er dette ændret til Seniorråd, så måske bør der findes en anden betegnelse.

Kommentarer vedrørende Ældretilsyn

- Vi er bekymret for om opgaven fremadrettet skal varetages af nogle enkelte kommuner. Vi vil foreslå at tilsynet varetages af en statslig, upartisk institution. Vi kan også være bekymret for, om der kan opstå lokale forskelle for tilsynet, som det er sket i forhold til de kommunale tilsyn.

Kommentarer vedrørende Lokalplejehjem

- Vi er bekymret for, om det skaber ulighed i sundhed, at ressourcestærke ældre får mulighed for at tilkøbe ydelser jf. §2, og om det også skaber ulighed på tværs af kommuner idet mindre kommuner kan have svært ved at opretholde sådan et tilbud. Men tanken om at frisætte det kommunale plejehjemsområde er god, og skaber et større ledelsesrum ved at frisætte plejehjemmets ledelse.

Øvrige bemærkninger

Skulle høringsvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

Ida Bjørn Hansen
Bestyrelsesmedlem DASYS
Cand.Cur. APN

Bente Høy
Næstformand Dansk Sygepleje Selskab
PhD, MPH, RN