



Hans Knut Otterstad, Norsk institutt for omsorgstjenester.

Danmark satser på rehabilitering

Norge har flere sykehjems plasser mens Danmark har bedre rehabilitering, slik at flere eldre kan bo hjemme.

Samhandlingsreformen har hentet inspirasjon og ideer fra en tilsvarende reform i Danmark som ble gjennomført fra 2007. Ideen er at kommunene skal få større ansvar, flere ressurser og mer kompetanse slik at sykehusene kan bli avlastet. Det store spørsmålet er om de danske ideene vil egne seg i norske kommuner? Våre to land har et viktig fellestrekk – eldrebølgen – som vil øke behovene for tjenester både i sykehus og kommuner. Dermed blir geriatri og eldreomsorg den store utfordringen. Vil den danske «modellen» overført til norsk forhold, bidra til å forbedre eldreomsorgen i norske kommuner, og derved endre presset på andrelinjen? Og vil den danske løsningen redusere problemet med de «utskrivingsklare pasientene i sykehus»?

Forskjellige forutsetninger

Sammenligninger av eldreomsorg over landegrensene er ikke uproblematisk. For å kunne diskutere dette fra en faglig synsvinkel må man først klarlegge likheter og forskjeller mellom Danmark og Norge både når det gjelder helsevesen og kommunal tjenesteproduksjon. Siden denne rapporten i første rekke dreier seg om eldreomsorg, vil jeg av plasshensyn kun ta med kommunenivået.

I begge land er det ideen om velferdsstaten som ligger til grunn, og kommunene som har det grunnleggende ansvar for eldreomsorgen. Både i Danmark og her hjemme er systemet bygd på offentlig styring av tjenesteproduksjon, men med en åpning for private tjenester. Det er også store likheter når det gjelder utdanning og skoloring av helsepersonellet og den offentlige finansieringen av tjenestene. Men enda viktigere er det å identifisere forskjellene siden det er disse som blir avgjørende når gode ideer skal omplanteres fra et land til et annet.

Gentofte versus Fredrikstad

Helsetjenester består av teori og praksis, og av den grunn har jeg besøkt en dansk kommune, Gentofte. Her har jeg snakket med ressurspersoner samt analysert struktur og produksjonsdata i dansk eldreomsorg for å få et bedre bilde av likheter og praktiske forskjeller. Den mest sammenliknbare norske kommunen er Fredrikstad. Begge kommuner har rundt 70 000 innbyggere, en sentral beliggenhet og korte avstander. Begge kommuner er

preget av eldrebølgen og har i flere år hatt eldreomsorg som et viktig arbeidsfelt.

Etter min vurdering er det flere viktige forskjeller mellom danske og norske forhold som vil påvirke tjenesteproduksjonen i eldreomsorgen.

Kommunestørrelse

En fundamental forskjell er kommunestørrelse. Begrunnelsen for den danske reformen i 2007 var å fjerne amtene (fylkene) som driftsnivå, styrke kommunenes økonomi og gjøre dem bedre skikket til å ta ansvar for lokal tjenesteproduksjon på flere samfunnsområder. Dette ble gjort ved å redusere antall kommuner til 92 samtidig som den minste kommunestørrelse ble satt til 25 000 innbyggere. Amtene ble slått sammen til fem regioner.

Innen helseområdet fikk kommunene ansvar for gjenopptrening og etterbehandling, samt alle typer av pleie og omsorg. Deler av dette lå tidligere på amtsnivå. Etter 2007 har regionene fått ansvaret for sykehus (som ble omdøpt til hospitaler) og persontransporten. Dette styres av folkevalgte regionsråd, som ikke har myndighet til å innkreve skatter, men som forvalter de midler som overføres fra staten til regionene.

Etter 2007 har en gjennomsnittskommune cirka 50 000 innbyggere, og sammenlignet med Norge, som har over 400 kommuner og betydelig større avstander, blir situasjonen i eldreomsorgen meget forskjellig. Større kommuner har viktige fordeler i forhold til kompetanse- og fagutvikling. Avstandene har økt i de sammenslåtte danske kommunene, men sammenlignet med norske kommuner er avstandene likevel små. Dette har jo store konsekvenser for ambulant behandling og hjemmebaserte tjenester, særlig for kronikere som må fraktes mange ganger tur/retur hjemmet for å komme til behandling, eller for hjemmeboende som må betjenes flere ganger i løpet av døgnet

Ideologi og tjenesteprofil

Danske kommuner legger hovedvekt på tverrfaglig samarbeid mellom fire yrkesgrupper: Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og behandlende leger. Nøkkelordet er aktiv rehabilitering både i og utenfor institusjon. Sykepleierne arbeider i team med de andre yrkesgruppene, og får derved en helt annen rolle og arbeidsdag enn norske sykepleiere i sykehjem og hjemmetjenester. I norsk

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Geriatri
- » Eldre
- » Sykehjem
- » Rehabilitering
- » Hjemmesykepleie





STOR FORSKJELL: Kommunestørrelse og rehabilitering er to viktige forutsetninger for eldreomsorg som er svært forskjellige i Danmark og Norge. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

eldreomsorg dominerer pleiefunksjonene, mens rehabilitering og geriatri har relativt liten plass, dessuten er legetjenesten i norske sykehjem marginal. I Danmark har den faste legen også ansvar for pasientene etter institusjonsinnleggelse. Dette har den fordel at kunnskapen om pasienten og den tidligere behandling blir mer kontinuerlig, og ansvaret for legebehandlingen er i prinsippet den samme uansett pasientens bosituasjon.

Tre viktige forskjeller

1. Hjemmehjelpen er gratis, men sterkere behovsprøvd

Dette er det laveste nivået i pleie og omsorgstrappa, slik at inntaket på dette nivået i praksis bestemmer omfanget på hele tjenesteproduksjonen. Siden tjenesten er gratis unngår man at det finnes en gråsoner mot et privat eller svart marked som tar lavere timepriser enn den offentlige prisen. Ingen får hjemmehjelp uten at det foreligger en funksjonsnedsettelse: «Der kan ikke gis hjelp til gjøremål, som du eller medlemmene av din husstand selv kan klare».

2. Visitasjonssystemet

Alle tjenester er behovsprøvet og underlagt visitasjonsordningen. Det finnes intet privat supplement til de offentlige tjenestene, og alle private tjenester er integrert i det kommunale tilbudet. Danske kommuner har en visitasjonsordning med to funksjoner: Kartlegging av diagnoser og funksjonskartlegging med tilhørende nøyaktig forskrivning av de nødvendige tjenestene. I Gentofte er dette et tverrfaglig sammensatt team med fire–fem personer som arbeider ut fra en geriatrisk modell med ukentlige møter. Alle helsetjenester er gratis og gis kun av kommunen. Men noen pleiehjem er private og har driftsavtale, slik at privat og offentlig drift er likeverdige og underlagt

kommunal kvalitetskontroll. Det samme gjelder hjemmehjelp. Her er det mange private leverandører, men det er ikke konkurranse på pris, kun på kvalitet og omdømme. Valgfrihet er viktig i Danmark, og det er visitasjonssystemet som styrer all eldreomsorg i en dansk kommune.

For hjemmehjelp er valgfriheten uten begrensninger i det pasienten selv bestemmer leverandør. For institusjonsopphold består valgfriheten av om pasienten vil akseptere vurderingen av visitasjon som vil konkludere med en navngitt institusjon, eller stå på «venteliste» til et annet institusjonstilbud dukker opp.

Sammenlignet med norske forhold synes det faglig sett å være

I Danmark har den faste legen også ansvar for pasientene etter institusjonsinnleggelse.

to fordeler med den danske ordningen: Visitasjonsordningen er mer tverrfaglig og geriatriske forankret slik at tjenesteproduksjonen blir behovsstyrt på alle nivåer. Det er ingen politisk farget diskusjon om hva som er best av offentlig og privat drift – all eldreomsorg er underlagt kommunal standard og kvalitetskontroll.

3. «Intern kontraktstyring»

I Danmark har kommunens «Social- og Sundhedsavdeling» som er en forvaltningsenhet, en formell kontrakt med den avdelingen i kommunen som har ansvar for de ulike tjenestene i eldreomsorgen. Dette er et detaljert dokument som tallfester alle viktige produksjonsmål hvert år. Dette kalles for «Intern kontraktstyring», og i Gentofte var det spesifisert 17 basistyper der resultatene ble



målt ved slutten av året og sammenlignet med kontraktskravene. For eksempel var det et krav om antall innleggelses i korttidsavdeling, maksimal gjennomsnittlig lengde for den gjennomsnittlige liggetid, for andel som skulle utskrives til egen bolig og til pleiebolig med fast personale. Ved avvik fra kravene må tjenesteyter komme med en akseptabel forklaring. Konklusjonen er at den kommunale tjenesteproduksjonen er resultatstyrt på en helt annen måte enn i norske kommuner og at manglende måloppnåelse får konsekvenser for den videre driften.

Forskjeller på kommunenivå

For å få et konkret bilde av dansk eldreomsorg sett med norske øyne, må man se på driften på kommunenivå. Dette krever at man ser på kommuner med omtrent samme størrelse, og da blir Fredrikstad den beste «match» for en sammenligning med Gentofte. Imidlertid er Gentofte den danske kommunen som trolig har det beste tilbudet innenfor geriatri og rehabilitering. I Danmark eksisterer ikke begrepet «sykehjem», i stedet fin-

leger og andre som har kontakt med hjemmeværende pasienter som er aktuelle kandidater for utredning og videre behandling. Et slikt tilbud er nærmest fraværende i norske sykehjem som nesten utelukkende har inneliggende pasienter som sin eneste målgruppe.

«Fyrtårn»

Tranehaven er et slags «fyrtårn» i dansk eldreomsorg med velutviklede lokaler for fysioterapi og ergoterapi, samt psykolog og fire stillinger for leger med geriatrisk spesialitet. Det siste er en sjeldenhet i danske kommuner. Man kan derfor gå ut ifra at Gentofte kommune vil ha de beste forutsetninger for å kunne oppfylle kravene som ligger implisitte i 2007-reformen, når det gjelder å ha nok ressurser og kompetanse til å avlaste sykehusene. Dette perspektivet er viktig når man sammenligner med eldreomsorgen i Fredrikstad, og kan vise hva det er mulig å oppnå dersom Samhandlingsreformens intensjoner blir oppfylt i Norge.

Denne sammenligningen er begrenset til to områder som det er mulig å sammenligne med harde fakta: Struktur og dimensjonering av kommunens botilbud for de eldre og sammensetning av personalet i pleie- og omsorgstjenestene. Det er disse ressursene som vil avgjøre om kommunen blir i stand til å ta imot de «utskrivingsklare pasientene» i sykehus.

Den virkelig store forskjellen gjelder bruk av fysioterapeuter og ergoterapeuter.

nes ulike nivåer av «pleiehjem». I kommunen finnes en egen rehabiliteringsinstitusjon – Tranehaven – 83 sengeplasser og et omfattende ambulant tilbud med en kapasitet på 2000 pasienter per år. De utskrivingsklare pasienter i sykehus som har et rehabiliteringspotensial kommer til Tranehaven. De øvrige mottas i en egen avlastningsavdeling på 24 senger, og er plassert i et annet sykehjem. Slik kan mottaket av utskrivingsklare pasienter som tilhører kommunen differensieres slik at det utvikles ulike og kompetente miljøer til å ivareta både de pasientene som skal rehabiliteres og de som trenger terminal pleie.

Tranehaven har i tillegg til sengeavdelingene et omfattende ambulant tilbud som omfatter geriater, psykolog og fysioterapi. Videre inkluderer pleietilbudet de sosiale aspekter knyttet til sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette skjer ved henvisninger fra

Botilbudet til pleietrengende eldre

Rehabiliteringsnivået har betydning for å kunne opprettholde en tilstrekkelig god sirkulasjon i institusjonene. På dette området er klassifiseringen av botilbudet for de pleietrengende eldre ikke lett å sammenligne med det som finnes i Norge. I Norge blir det lagt stor vekt på langtidstilbudet i sykehjem. Langtidsinstitusjonene i Danmark har mer preg av å være et sosialt botilbud med tilhørende rehabilitering.

I Gentofte er botilbudene ikke inndelt etter om de er medisinske eller sosiale behandlingstilbud, men bygd opp som en kjede av bo- og servicetilbud: Rehabilitering (det vil si Tranehaven), pleiehjem med fast personale, pleieboliger med hjemmehjelp, eldreboliger. Dette viser at eldreomsorgen i Danmark er grunnlagt på ideen om å rehabiliterer pasientene – der dette er mulig.

Pleiehjem med fast personale tilsvarer sykehjemmenes langtidsavdeling i Norge, mens Pleieboliger med hjemmehjelp tilsvarer norske omsorgsboliger. Eldreboliger i Danmark er et botilbud som er annerledes organisert og drevet enn eldre- eller trygdeboliger i Norge: Det ytes et regelmessig tilsyn for at sikre at beboerne får hjemmehjelp: «det vil sige hjelp til at renholde boligen ligesom der som hovedregel leveres mat og eller adgang til felles spiselokale eller kantine, hvor beboeren selv kan vælge at købe sin mad».

Rehabilitering

Tabell 1 viser botilbudet slik det framgår av kommunal statistikk for perioden rundt 2005–2007. Klassifiseringen er ikke sammenfallende og statistikken kan kun brukes som en indikator for å vise forskjeller i dekningsgrader og nivåer. (Se tabell 1).

Tabell 1 viser at Fredrikstad har et betydelig større tilbud av plasser på de høyeste nivåene – det som betegnes som sykehjem i Norge, mens tilbudet av mellomnivået – omsorgsboligene – er lavere. Det kommunale tilbudet av eldreboliger på laveste nivå er mye større i Gentofte. Dette betyr at kommunens totale botilbud er større i Gentofte, mens det er mer topptungt i Fredrikstad.

I Gentofte regnes rehabiliteringsplassene som det høyeste nivået i pleie- og omsorgstrappa og Tranehaven har 83 plasser. I Fredrikstad er det satt av 12 plasser til rehabilitering, og dette har vært uforandret fra 2004 til 2009. Disse tallene illustrerer

Tabell 1. Nivåer og dimensjoneringen av botilbudet i eldreomsorgen i Fredrikstad og Gentofte. Antall plasser per 100 innbyggere, 80 år og eldre. 2005 -2007

Kommuner	Sykehjem (N), rehabilitering- og pleiehjem (D)		Omsorgsleiligheter (N), pleieboliger (D)	Eldreboliger, trygdeleiligheter (N), Eldreboliger (D)	Plasser i alt
	Korttid	Langtid			
Fredrikstad	3,0	13,0	7,2	9,6	32,8
Gentofte	1,8	9,3	9,6	16,8	37,5

Tabell 2. Bemanning i Pleie og omsorg, Gentofte og Fredrikstad. Årsverk. 2007

Kommuner	Sykepleiere	Fysioterapeuter	Ergoterapeuter aktivtører Pedagogisk arbeide	Hjelpepleiere Sunnhetsassistenter	Hjemmehjelpere Social- og sunndeshjelpere mv.
Gentofte	110,2	53,4	29	499	750
Fredrikstad	340,3	4,5*	33,5*	447	443

hvordan rehabiliteringen vektlegges forskjellig i dansk og norsk eldreomsorg.

Ut fra Tabell 1 kan man slutte at det er flere langtidsplasser for eldre i Gentofte enn Fredrikstad, noe som normalt sett bidrar til en raskere pasientstrøm i korttidsplassene og derved raskere hjemføring av utskrivingsklare pasienter. Likevel viser pasientstrømstatistikken for 2006 at det var kun ni prosent av utskrivningene fra Tranehaven som gikk til de 862 pleiehjemsplassene i kommunen. Årsaken til at pasientstrømmen i Tranehaven ikke stoppet opp var at hele 72 prosent av utskrivningene skjedde til egen bolig, noe som viser betydningen av å ha en velfungerende rehabiliteringsavdeling.

Personalet

Personalet er den viktigste ressursen i pleie- og omsorgssektoren. Man kan derfor sammenligne kommuner ved å se på den spesifikke kompetansen og antall årsverk. Siden begge kommuner har like stor befolkning kan man få et inntrykk av forskjellene i tilbud og tjenesteproduksjon ved å se på antall årsverk innen de ulike faggruppene. Dette framgår av tabell 2 (s. 66) som viser store forskjeller i bemanning: I Fredrikstad er sykepleiedekningen betydelig høyere enn i Gentofte, noe som trolig følger av at det er større dekning av sykepleiere i sykehjemsnivået i norske kommuner sammenlignet med Danmark. På den annen side er det flere kommunale boliger på de laveste nivåene i Danmark, og dette reflekteres i tabell 2 når man ser på antall årsverk av hjelpepleiere og hjemmehjelpere.

Den virkelig store forskjellen gjelder bruk av fysioterapeuter og ergoterapeuter, noe som viser at rehabiliteringsarbeidet står sentralt i dansk eldreomsorg, mens den er marginal i mange norske kommuner.

I Fredrikstad var det i 2007 1,4 fysioterapiårsverk per 1000 innbyggere på 80 år og eldre, mot 15,0 årsverk per 1000 innbyggere på 80 år og eldre i Gentofte, noe som understreker forskjellene i rehabiliteringstilbudet i de to landene. (Se tabell 2).

Her synes det å være store forskjeller mellom Fredrikstad og Gentofte, og dette skyldes institusjonstilknytningen. Jeg har derfor innhentet oppdaterte data fra Fredrikstad fra lederne for disse gruppene. I Fredrikstad er det nå 17,5 årsverk for kommunale fysioterapeuter (inkluderer ingen med driftstilskudd som arbeider i private institutter, dette er 39,1 årsverk), og 10,95 årsverk for ergoterapeuter, hvorav 6,95 i distrikt. Siden det ene hovedtema her er rehabiliteringstjenestene, blir det viktig å skille ut de fysioterapeutene som driver med rehabilitering/opptrening, og de som driver «annet fysioterapiarbeid».

Konklusjonen er at rehabiliteringen i eldreomsorgen drives mer konsentrert og med større bemanning i Gentofte, og er samlet i en egen organisasjon. I Fredrikstad er disse ressursene spredd ut i hele omsorgsorganisasjonen og arbeider med alle aldersgrupper og med mange flere oppgaver enn rehabilitering.

Ved siden av fysioterapeuter er ergoterapi en sentral oppgave når man skal forbedre ADL-funksjonene for å kunne overflytte pasientene fra institusjon til eget hjem. I Gentofte er det rundt 20 ergoterapeuter, de fleste arbeider i Tranehaven. Dette tilsvarer cirka fem ergoterapiårsverk per 1000 innbyggere på 80 år og eldre. I tabell 2 er forskjellen i ergoterapeutdekning i Fredrikstad og Gentofte kamuflert fordi de klassifiseres sammen med aktivitører og ansatte med pedagogisk utdanning. Rehabilitering i norsk eldreomsorg ligger betydelig etter Gentofte.

Oppsummering

Hensikten med denne undersøkelsen er å sette grunnlaget for samhandlingsreformen i et faglig perspektiv. Denne reformen har

kopiert viktige deler av en tilsvarende reform i Danmark i 2007, men har utelatt viktige spørsmål som gjelder endinger av amts- eller fylkes- og kommunestruktur. Liksom i Danmark er tanken at kommunenes kompetanse og tjenesteproduksjon skal forbedres slik at sykehusene blir avlastet for en gruppe pasienter som det forventes at kommunenivået skal betjene på en tilfredsstillende måte. Testen på om denne reformen vil kunne lykkes i Norge vil først og fremst være utfallet for den kommunale eldreomsorgen. Utgangspunktet for analysen av denne problemstillingen vil derfor være å se nærmere på dansk eldreomsorg i forhold dagens forvaltning og tjenesteproduksjon.

Hva kan vi lære?

Ut fra de harde fakta som presenteres i denne rapporten er det grunn til ikke å ta gevinsten på forskudd. Reformen vil trolig ikke lykkes uten en betydelig kursendring av ideologi og tjenestetilbud.

Dansk eldreomsorg på kommunenivå har et sterkt fokus på rehabilitering og opptrening for at flest mulig skal kunne komme tilbake til sin vanlige bolig. Det finnes et større tilbud av kommunale eldreboliger i Danmark enn i Norge, noe som gjør en god sirkulasjon i institusjonen oppover i systemet mulig.

Den norske modellen har liten eller ingen geriatrik forankring i kommunene og mangler tverrfaglighet, særlig er rehabiliteringstjenester lite utviklet. Derimot er pleietenkningen i institusjoner og hjemmetjenester velutviklet, og med langtidsbehandling på sykehjemsnivå som bærebjelken i eldreomsorgen. I Norge har imidlertid et basisnivå med omsorgsboliger kommet til de siste 15 årene, men dimensjonene er betydelig lavere enn i Danmark. Dessuten fungerer mange omsorgsboliger som «sykehjem light».

Ut fra den senere tids politiske utspill synes det som om appetitten på flere sykehjemsplasser er meget stor i Norge, selv om dette nivået er betydelig mer utbygd enn i både Danmark og Sverige. Er dette veien å gå, og vil det være mulig å bygge seg ut av problemene i pleie- og omsorgssektoren i Norge uten sterkere satsing på rehabilitering?

Konklusjon

I begge land synes det vanskelig å få til en god sirkulasjon i langtidsplassene slik at tilbudet av korttidsbehandling i institusjon blokkeres. Dette forplanter seg til sykehusnivået i form av «ferdigbehandlede pasienter som ikke kan tas imot i hjemkommunen. Alternativet er å gi bedre rehabilitering slik at flere kan flytte tilbake til vanlig bolig. Dansk eldreomsorg bygger i stor grad på denne typen ideologi. Spørsmålet blir derfor om samhandlingsreformen har mulighet for å lykkes i Norge når et såpass viktig element er fraværende i mange norske kommuner?

Ved siden av dette sentrale punktet kommer et spørsmål som trolig er minst like viktig og enda vanskeligere å besvare: Hva er den laveste terskelen for innbyggertallet i en kommune for at kompetanse og fagutvikling i pleie og omsorgssektoren blir så stabil og god at intensjonen i samhandlingsreformen kan virkeliggjøres? I Danmark legger man til grunn at den ligger rundt 25 000 innbyggere, og de har ikke en problematisk avstandsfaktor å ta hensyn til. ■■■

Dataene i denne rapporten er hentet fra ressurspersoner og kommune-statistikk fra Gentofte. De norske dataene er hentet fra Kostra og fra databanken til Statistisk sentralbyrå, Oslo. Ytterligere informasjon om tjenestetilbudet i Gentofte kan hentes via internett: www.gentofte.dk og Tranehaven: www.gentoftekommune.dk/tranehaven/presentation/institusjon/institution/