



Oslo, 28 sep 2011

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0032 OSLO

HØRINGSUTTALELSE – VEDRØRENDE FORSKRIFTER TIL SAMHANDLINGSREFORMEN

Vedlagt oversendes høringsuttalelse fra Seniorenes fellesorganisasjon vedrørende forskrifter til samhandlingsreformen.

Vi minner om at Seniorenes fellesorganisasjon er en paraplyorganisasjon for de frittstående seniorforbundene Forsvarets seniorforbund, Landslaget for offentlige pensjonister og Seniorsaken. Seniorenes fellesforbund representerer således rundt 40 000 medlemmer. Vår uttalelse omfatter nåværende adresserte høringsinstanser Seniorsaken og Landslaget for offentlige pensjonister.

Vi ber om at Seniorenes fellesorganisasjon blir listet som høringsinstans i aktuelle saker for fremtiden.

Seniorenes fellesorganisasjon ser frem til videre kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet. Vi stiller oss gjerne til disposisjon for å utdype vårt høringssvar. Vi har også klare forventninger om å bli invitert til høringer, eventuelt drøftningsmøter, med de besluttende myndigheter når saker som omhandler seniorenes interesser behandles i departement og Storting.

Med vennlig hilsen
Seniorenes fellesorganisasjon



Arild Kristensen
Styreleder



Elisabeth Bødtker Larsen
Daglig leder

Vedlegg: 1

SENIORENES FELLESORGANISASJON

Samhandlingsreformen: Uttalelse om forskriftforslag

Utgangspunktet er den eldre brukeren og pensjonisten, videre at det dreier seg om omfattende endringer i helse og omsorgstjenesten og at reformen vil ha stor betydning ikke minst for vår målgruppe. Seniorenes fellesorganisasjon har uttalt seg til lovforslagene som gir grunnlaget for reformen. Det er naturlig å følge opp synspunkter fra denne uttalelsen i den utstrekning det kan være mulig å oppnå forbedringer gjennom forskriftene etter at Stortinget har vedtatt lovverket.

- Eldre pasienter – nedbygging av sykehussenger

Eldre pasienter har ofte flere sykdommer samtidig. Diagnostikk og behandling kan derved bli mer komplisert og kostbar enn for yngre pasienter. Dessverre ser vi at eldre pasienter alt for ofte blir satt på behandling uten en tilstrekkelig utredning. Feilbehandling og uønskede bivirkninger av medikamenter er ofte resultatet. Vi stiller spørsmålet om kommunene har tilstrekkelig kompetanse, kvalitativt og kvantitativt, til de krav samhandlingsreformen stiller. Det er et tankekors at det ikke finnes noen spesialist i geriatri utenfor de store helseinstitusjoner i dag og at utdanningskapasiteten er lav.

Den nedbygging av sykehussenger som nå skjer, også ved geriatrike avdelinger, sammen med kortere liggetid vil kreve en opprustning både av rehabiliterings- og pleiehjemssenger samt personell til disse. Vi kan ikke se at samhandlingsreformen har tatt høyde for dette. For å kompensere dette satser våre myndigheter på teknologisk utvikling. Den teknologiske utvikling er formidabel og vil komme pasientene til gode, men når kommer den? Den nye teknikk er meget kostbar og for å bruke den kreves spesialkompetanse. Denne "know how" må også utvikles og vil også bli kostbar. Det er trolig at mye av den nye teknikk må sentraliseres for å utnyttes best mulig. Vi vil få en forandring i pasientklientellet. Hvor skal de såkalte "enkle" pasienter behandles? Man kunne med fordel bevare våre mindre og perifere sykehus for disse pasienter. Kommunene kommer sannsynligvis i liten grad til å få glede av den tekniske nyvinning.

- Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Det legges opp til at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for vurdering og varsling til kommunen om tidspunkt for utskriving i de tilfellene det er behov for at pasienten utskrives til kommunal institusjon. Det er bra at det legges opp til et godt system for dette, men vi mener at det er lagt opp til for kort diagnostiseringsperiode i § 3 a og b på 24 timer. LOP foreslår 48 timer. Eldre som legges inn har ofte flere typer sykdommer som bør analyseres til dels av flere avdelinger før behandling fastsettes og utskrivningsdato kan bestemmes. Dette betyr at § 4 etter vår oppfatning kan være bedre tilpasset eldres behov.

- **Ny forskrift om kommunal medfinansiering**

Det forutsettes at kommunen skal finansiere 20 % av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk. Denne prosenten kan tydeligvis endres, og departementet kan fastsette nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som skal omfattes av ordningen. Vi mener at planleggingen av denne ordningen er kommet for kort til at den så raskt kan settes ut i livet. Dette vil særlig kunne gå ut over eldre mennesker. Det kan føre til at kommuner prioriterer sparing, og ikke sørger for nødvendig innleggelse av den eldre målgruppa.

- **De økonomiske overføringene**

Vi er bekymret for at de økonomiske rammene som det legges opp til, ikke vil være tilstrekkelig for å ivareta de behovene som de eldste i samfunnet har både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. (Kommunal ramme foreslås i 2012 økt med 560 mill kr og kommunenes frie inntekter økt med 4,2 mrd. som overføres fra spesialisthelsetjenestens nåværende bevilgning. Totalt utgjør dette 11-12 mill kr til en gjennomsnittskommune med 12-13.000 innb., men kriteriene i rammeoverføringssystemet kan gi noe variasjon fra kommune til kommune). Vi mener at øremerking av midlene er nødvendig i en overgangsperiode slik at en sikrer at midlene kommunene mottar blir brukt til formålet i samhandlingsreformen.

- **Endringer i Norsk pasientregisterforskrift**

I tillegg til det som er dagens formål legges det opp til at registret skal danne grunnlag for kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter. Selv om det i forskriften forutsettes at det ikke skal utleveres opplysninger med direkte personidentifiserbare kjennetegn, er vi bekymret for at dette kan føre til at taushetsbelagte opplysninger kan slippe ut. Norsk pasientregister skal utlevere data til Helsedirektoratet til gjennomføring av drift og utvikling. Vi forutsetter at de som skal få tilgang til opplysninger er helsepersonell som det er stilt kompetansekrav til.

- **Endringer i forskrift om individuell plan og koordinator etter helse og omsorgslovgivningen, og i forskrift om habilitering og rehabilitering**

Det er svært viktig for den eldre brukergruppa at pasient og bruker, med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, og at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering skal sikres dette. Vi støtter at det foretas presiseringer i disse forskriftene og vi er gjennomgående enig i tilleggene som foreslås.

Men det står i forskriftens §§ om koordinator at koordinator i spesialisthelsetjenesten bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når dette anses hensiktsmessig og forsvarlig. Til den kommunale koordinator stilles det ikke noe bestemt kompetansekrav. Vi mener at det bør stilles krav også i kommunal sammenheng, og det bør stå at koordinator i spesialisthelsetjenesten skal være lege.

- Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Det er bra at begrepet institusjon defineres, da det har vært noen uklarheter og dermed ulikheter kommuner i mellom på dette punktet. Vi slutter oss til forslaget. Sykehjem defineres som institusjon på linje med spesialisthelsetjenesten og kommer dermed inn under pasientskadeloven. Videre skal helsepersonelloven gjelde for det som er å anse som helsehjelp i institusjonen.

- Institusjonenes disposisjonsrett til pasienters økonomi

Det foreslås opphevet at institusjonene skal kunne disponere kontantytelser fra folketrygden til pasienter under opphold i institusjon. I dag er det 4 forskrifter om dette, og det foreslås primært at disse oppheves, sekundært at reglene samles i 1 forskrift. Dette gjelder pasientens private økonomi, og dette bør være en privat sak for pasienten, pasientens pårørende eller verge når dette er nødvendig. Vi slutter oss til det primære forslaget.

- Innføringstakten

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble framlagt av Regjeringen i april, vedtatt av Stortinget før sommerferien i år, og forskriften er på høring med frist 6. oktober. Vi mener at iverksetting fra førstkommende nyttår er et alt for tidlig tidspunkt. Det trengs bedre tid til forberedelser både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det planlegges i mange små og mellomstore kommuner interkommunalt samarbeid som er nødvendig for å få intensjonene i reformen til å fungere. Dette er ikke prøvd ut i tilstrekkelig grad, og det tar mer enn noen måneder for å få planlagt og vedtatt de økonomiske og forvaltningsmessige forholdene rundt dette. I forslaget går det dessuten fram at flere forhold vedrørende forskrifter ikke er endelig avklart. Forskrift om kvalitetsforbedring skal f. eks komme først senere og det annonseres en stortingsmelding i løpet av 2012.

Seniorennes fellesorganisasjon, 28. sep 2011