

Merknad til høringsnotat – forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgslov.

Denne høringsuttalelse er utarbeidet av arbeidsutvalget(AU) for Møteplassen for de koordinerende enheter(KE) innen habilitering og rehabilitering i Helse Stavanger foretaksområde. AU består av representanter fra de koordinerende enhetene fra de fem kommuneregionene i forfaksområdet, ledere i aktuelle habiliterings- og rehabiliteringsenheter og koordinerende enhet i Helse Stavanger.
(<http://www.sus.no/omoss/avdelinger/medisinsk-divisjon/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering/Sider/moteplasser.aspx>)

Rehabilitering og habilitering

AU ser det som en svakhet ved lovforslaget at det ikke er nærmere utredet og definert hva som ligger til spesialisert og kommunal habiliterings- og rehabiliteringstjenestetilbud, og frykter at dette kan gi seg utslag i nye gråsoner. AU ser dette som en fare for ytterligere nedbygging av tjenestene til en prioritert gruppe. AU har i den senere tid sett tendenser til nedbygging av spesialisthelsetjenestetilbud på disse områdene uten at tilsvarende tjenestetilbud eller kompetanse bygges opp i kommunehelsetjenesten. I høringsnotatet foreslås en overføring av ansvar fra spesialisert til kommunal habilitering/rehabilitering i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen. AU støtter det overordnede prinsipp med klare grenser mellom kommunale og spesialiserte tjenester, Denne overføringen forutsetter en klar definisjon av hva de ulike nivåene skal ha ansvar for. Det er viktig at habiliterings- og rehabiliteringstjeneste tilbudene til små og sårbare grupper ikke forsvinner i oppbygging av tjenestetilbudet til den store gruppen eldre som synes å være hovedfokus for tiden. Avklaring av de framtidige tjenestetilbudene innen habilitering og rehabilitering på de ulike nivåene kan ses som et relevant virkemiddel for å motvirke en slik utilsiktet nedbygging av tjenestetilbudet til en prioritert gruppe.

Etter vår erfaring kan manglende tilbud både i kommunene og spesialisthelsetjenesten føre til økt bruk av private aktører, uten at dette er vurdert som bedre kvalitet eller mer kostnadseffektivt. I høringsnotatet beskrives situasjonen rundt private fysioterapeuter skjematisk. Vår erfaring tilsier at dette er et område som med fordel kunne vært fokusert på noe grundigere, spesielt fordi privat fysioterapi utgjør hoveddelen av kommunens fysioterapi personell. Fysioterapeuter med kommunal driftsavtale er i dag lite tilstedeværende i systematisk tverrfaglig habilitering og rehabilitering, og kommunene har pr.i dag ingen styringsmuligheter. Henvisningen til at man skal organisere dette gjennom de individuelle avtalene mellom kommunen og den private fysioterapeuten er utilfredsstillende, spesielt for større kommuner, og kan vanskelig gi den fleksibilitet og styringsmulighet som Koordinerende enhet trenger for å gi brukeren et tverrfaglig samordnet tilbud. For mange grupper pasienter vil fysioterapi være en vesentlig og integrert del av det totale tilbudet.

Kapittel 7 – Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

AU mener at kapittel 7 i lovforslaget er godt gjennomarbeidet og konkret. Ut fra våre erfaringer ser vi det som hensiktsmessig at bestemmelsene om individuell plan og KE flyttes fra forskrift til lov.

§ 7-1. Individuell plan

AU støtter lovforslaget om individuell plan (IP). Vi ser det som en viktig og ryddig avklaring at det er kommunene som skal ha hovedansvaret for å utarbeide individuell plan, også der både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten yter tjenester.

AU mener at spesialisthelsetjenestens plikt til å medvirke i planarbeidet i de tilfeller det er behov for det, bør presiseres. Etter vår oppfatning innebærer medvirkningen mer enn plikten til å gi generell informasjon om og å melde fra om behov for IP, og spesialisthelsetjenesten må i planen konkretisere sitt bidrag til personens habilitering/rehabiliterings prosess.

AU støtter ikke forslaget om at det er helseforetaket som skal ha ansvar for utarbeiding av IP i saker der pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjeneste. Vi anser dette som unntaksvis og sjeldne tilfeller, og har vansker med å se at en person med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke samtidig skulle ha behov for noen tjenester i kommunen. I slike saker mener vi at brukermedvirkning og koordinering kan ivaretas med ordinært samarbeid og at en ikke skal utarbeide en IP for planens skyld. AU mener at en ved å åpne for at helseforetaket skal kunne ha hovedansvaret for utarbeiding av IP vil kunne komme til å undergrave hovedprinsippet om at det er kommunene som har hovedansvar for koordinering av tjenester og utarbeiding av IP.

§ 7-2. Koordinator

AU støtter forslaget om en egen bestemmelse i loven om oppnevning av kommunal koordinator, og at man organiserer strukturelle løsninger som plasserer ansvaret i et system og ikke hos en person.. Vi ser behovet for at det arbeides med å finne robuste ordninger for å sikre en fungerende koordinatorrolle. Vi vil spesielt understreke viktigheten av at *”Ansvaret for utarbeiding av individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle.”*

AU støtter også ny bestemmelse om pasientansvarlig koordinator i spesialisthelsetjenesten, og at plikten til å oppnevne egen koordinator avgrenses til pasienter og brukere med behov for langvarig- og koordinerte tjenester og/eller habiliterings- eller rehabiliteringstjenester.

AU vil også støtte at helsepersonellens plikter presiseres i helsepersonell loven, og anser dette som viktig presisering med tanke på avtaler med private aktører slik at plikten gjøres uavhengig av fagpersonens ansettelsesforhold.

Ut fra vår erfaring mener vi at ordningen med *” rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle ”* vil kunne få noen økonomiske/ ressursmessige konsekvenser.

§7-3. Koordinerende enhet.

AU støtter forslaget om at plikten til å ha en KE presiseres i denne loven, samt at plikten til å ha en KE i spesialisthelsetjeneste tas inn i spesialisthelsetjenesteloven. Det støttes også at KE skal ha et systemansvar for IP, samt opprettelse av koordinator.

AU er glad for den tydelighet som ligger i forslaget. Ut fra vår erfaring er det et viktig å presisere at KE i både kommune og spesialisthelsetjenesten skal være både synlig og etablert.

AU har gode erfaringer med å følge helsedirektoratets anbefalinger for at koordinerende enhet i kommuner og spesialisthelsetjenesten skal fungere etter intensjonen. Vi har nå blant annet etablert fast møteplass i helseforetakets nedslagsfelt i tråd med disse anbefalingene og med felles retningslinjer fra regional koordinerende enhet i Helse Vest.

Vår erfaring er at det er varierende i hvor stor grad KE fungerer etter intensjonen i de ulike kommunene. Dersom dette skal forbedres etter intensjonen i det nye forslaget vil dette medføre noen administrative og økonomisk/ressursmessige konsekvenser. Vi mener det er vesentlig å få frem at dette medfører noen resursmessige konsekvenser for kommunene, selv om dette ikke er snakk om store økonomiske endringer.

For AU for Møteplassen for habilitering og rehabilitering Helse Stavanger HF område
17. januar 2011

Christine Spence, KE representant i Stavanger kommune
Hilde Ledaal, KE Rennesøy kommune
Björg Elen Abrahamsen, KE Egersund kommune
Astrid Tytlandsvik, Avdelingssjef AFMR Lassa, Helse Stavanger
Kjersti Eide, KE Helse Stavanger med bindeleddsfunksjon til Regional KE i Helse Vest.