



Kvæfjord kommune

Helse- og omsorgssjefen

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011,

Dep. 0033 OSLO

Vår dato: 05.01.2011
Vår ref: 2011/21

Deres dato:
Deres ref:

Saksbeh: Marit Blekastad
Saksbeh. tlf:

Høringssvar- forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Kvæfjord kommune ved helse- og omsorgsavdelinga har valgt å fokusere på noen områder som kommunen er spesielt opptatt av. Vi gjør oppmerksom på at høringssuttalelsen ikke er politisk behandlet i kommunen.

Vi tar utgangspunkt i selve lovforslaget, og har vårt hovedfokus på:

- kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet
- kapittel 9 rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming
- kommunal medfinansiering (§ 11-3.) samt
- en generell kommentar til samhandlingsreformen

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1. Individuell plan

Vi støtter at kommunens "plikt til" å utarbeide individuell plan er hjemlet i ny helse- og omsorgslov, mens "rett til" reguleres av pasientrettighetsloven.

Det foreslås at kommunen skal ha ansvar for igangsetting og koordinering av arbeidet med individuell plan (IP). Dette er et forslag vi støtter. I den sammenheng ser vi behov for en klargjøring av spesialisthelsetjenestens ulike roller når de deltar i ansvarsgruppearbeidet. Dagens erfaringer er at kommunen opplever spesialisthelsetjenesten som uklar i forhold til slik samarbeid, at de i noen tilfelle i for stor grad griper inn på områder som er kommunens ansvar, og "lover" pasient og pårørende tiltak som kommunen ikke ser som aktuelle eller har mulighet for å gjennomføre. Vi ser derfor behov for en avklaring i forhold til når spesialisthelsetjenesten skal ha en aktiv deltakerrolle, og når de har en generell veilederrolle eller en opplæringsrolle. Denne rolleavklaringen er også sentral i forhold til hvem som deltar fra spesialisthelsetjenesten. Vi finner det rimelig at spesialisthelsetjenesten kommer inn som aktiv deltaker i utviklingen av en individuell plan når de kjenner pasienten. Slik foretakene er organisert, forekommer det at personell som ikke kjenner pasienten, og som er tilknyttet andre sykehus enn der pasienten har

vært behandlet, møter på ansvarsgruppemøter. Dette kan vanskeliggjøre et reelt og likeverdig samarbeid i forhold til pasienten.

At spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å utvikle IP når pasient/ bruker i sjeldne tilfelle bare har behov for tjenester fra dem, finner vi rimelig.

Kommentar til § 7-2. Koordinator

Oppnevning at koordinator er sentral for å lykkes med arbeidet. Samtidig kan ikke koordinator iverksette alle tiltak alene, så det er helt vesentlig at også andre samarbeidsparter er forpliktet til å bidra ut ifra sitt arbeidsområde.

Vi opplever i en del tilfelle at pasient og/ eller pårørende ikke ønsker å få en individuell plan, men likevel ønsker å ha ei ansvarsgruppe knyttet til seg. Ansvarsgruppebegrepet er ikke synliggjort i lovforslaget. For å tydeliggjøre at også andre tjenesteytere har plikt til å bidra i dette arbeidet når pasient/ bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester, ønsker vi at også ansvarsgruppebegrepet innarbeides i lovforslaget. (eksempelvis opplever vi noen ganger utfordringer i forhold til deltakelse fra NAV).

En annen utfordring er hvem som skal oppnevnes som koordinator når pasient/ bruker kun får svært begrenset med tjenester fra helse- og omsorg (for eksempel støttekontakt 3-4 timer/ uke), mens for eksempel barnehage/ skole, PPT, BUP/VOP og NAV er tungt involvert, og pasienten/ bruker helt klart har behov for en koordinering av tjenestene. Støttekontakten vil da være den eneste tilknyttet helse- og omsorg, og er sannsynligvis samtidig den personen som har minst formell kompetanse og løsest tilknytning i sitt arbeidsforhold. PPT og BUP / VOP er ikke kommunale instanser, og pedagogisk personale sier nei til koordinatoransvar med henvisning til sine arbeidsavtaler. Hvem skal da være koordinator? Slik dette fungerer i dag, opplever vi at noen pasienter/ klienter kan "falle mellom flere stoler" og ikke får den hjelp de har rett på. Plikten til å delta i ansvarsgruppearbeid/ være koordinator bør derfor også forankres i annet lovverk som for eksempel barnehagelov og opplæringslov.

Kommentar til § 7-3. Koordinerende enhet

Kvæfjord har fra 2001 hatt en overordnet administrativ ansvarsgruppemodell. Denne tilsvarer en koordinerende enhet. Modellen er under jevnlig utvikling, for at vi skal kunne tilpasse oss dagens behov. Vi finner denne modellen svært nyttig, da den er med å forankre ansvaret på overordnet nivå. Koordinatorer oppnevnes spesielt i administrativ ansvarsgruppe, og får opplæring blant annet gjennom halvårslige koordinatormøter. Administrativ ansvarsgruppe ivaretar også systemansvaret for opplæring rundt arbeid med IP og for opprettelse, drift og avvikling av ansvarsgrupper. Kvæfjord kommune støtter forslaget om å hjemle begrepet koordinerende enhet i lovs form istedenfor i forskrift.

Kapittel 9 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Kvæfjord kommune er en tidligere vertskommune for Trastad Gård, en sentral-institusjon for Helsevernet for personer med utviklingshemning. I dag er det ca 85 personer i kommunen som tidligere har bodd på Trastad, totalt er det ca 110 personer med utviklingshemning som bor i kommunen. Kvæfjord kommune er en liten og oversiktlig kommune med høy kompetanse i tjenesteyting overfor denne målgruppen.

I 2010 ble det fattet vedtak etter sosialtjenesteloven kap.4 A overfor 25 personer. De fleste vedtakene er knyttet til bruk av passeringsalarmer og døralarmer og er såkalte omsorgsvedtak, et fåtall av vedtakene er skadeavvergende vedtak.

Loven fordrer grundig saksbehandling både fra kommunen, spesialisthelsetjenesten og Fylkesmannen, og dette mener vi er med på å ivareta rettssikkerheten både til personer med utviklingshemning, men også rettssikkerheten til tjenesteyterne. Vi støtter opp om anbefalingene i lovforslaget om at loven i all hovedsak blir videreført i sin nåværende form.

Kommentar til § 11-3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Her foreslås at departementet kan fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller finansieringsformer som skal omfattes. Det skisseres to ulike modeller for kommunal medfinansiering;

- aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
- medisinske innleggelser/ behandlinger

Vi stiller spørsmål ved det etiske grunnlaget for forslaget om et skille ut i fra alder. Vi ser for oss at en slik finansieringsmodell vil kunne ha betydning for faglig forsvarlig behandling, da kommunen i knappe økonomiske tider kan tvinges til i unødig stor grad å ta økonomiske hensyn når det vurderes sykehusinnleggelser. Vi stiller oss også spørsmål om hvordan et slik medfinansieringssystem skal administreres.

Generelt

Nye oppgaver må fullfinansieres før de overføres til kommunene. Innføring av reformen må skje skrittvis, og baseres på dokumentert kunnskap. Sykehusene må ikke starte å bygge ned sine tjenester før kommunenes tjenester er tilsvarende opprustet.

Med hilsen



Ågot Hammari

Helse- og omsorgssjef