



# Tekst til nettbasert veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Høringsforslag juni 2014

Nettbasert veileder: Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Ekstern høring 1. juli - 22. august 2014

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Minoritets-helse og rehabilitering

Veilederen blir lagt på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) :

Prosjektleder/kontakt: Åse Jofrid Sørby  
[ase.jofrid.sorby@helsedir.no](mailto:ase.jofrid.sorby@helsedir.no)  
24163947/46812855

# LESEVEILEDNING

Høringsinstansene bes om tilbakemelding på innholdet og i mindre grad på struktur. Teksten er utformet med tanke på det webaserte sluttproduktet. Menystruktur/kapittel følger i hovedsak oppbyggingen av temaer i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Kapittel 1 og 2 i forskriften er i veilederutkastet slått sammen til ett kapittel. Det er valgt å ta med noen tema som ikke direkte er utledet av forskriftsteksten, men der praksis har vist at det er behov for informasjon. Eksempler på slike tema er taushetsplikt, samtykke og samarbeidsavtaler.

Forslaget til veileder er delt i fire hovedområder. Kapitlene i dokumentet er satt inn i menystrukturen nedenfor som en illustrasjon på hvordan temaene vil vises i skjermbildet i den web-baserte veilederens startside. Det blir satt inn lenker på alle lovhenvvisninger og andre kilder. I dokumentet er dette delvis markert ved at det står parentes der lenkene skal inn.

Tekstene til de ulike underkapitlene/undermenyene vil ikke henge sammen på samme måte som om det var skrevet med tanke på at det skulle trykkes som et hefte. Det er også en del gjentakelser i teksten som man ikke vil hatt i en papirversjon.

I og med at det er veileder til en forskrift, har den som formål både å være lovfortolkende og faglig veiledende. Målgruppen er primært tjenesteytere og beslutningstakere.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Om veilederen</span> <span>Pasientinformasjon</span> <span>Lover og regler</span> <span>Statistik</span> </div>			
Søkt			
Om habilitering og rehabilitering	Hab/rehab i kommune	Hab/rehab i spesialist	IP og koordinator
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formål, virkeområde og definisjon</li> <li>• Pasient og brukermedvirkning</li> <li>• Taushetsplikt</li> <li>• Samtykke til helsehjelp</li> <li>• Ansvarsavklaring</li> <li>• Samarbeidsavtaler.</li> <li>• Pasientforløp</li> <li>• Habilitering</li> <li>• Pasientforløp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering</li> <li>• Utredning av behov</li> <li>• Kompetanse og faglig innhold</li> <li>• Koordinerende enhet</li> <li>• Melding om mulig behov</li> <li>• Hjelpemidler og ergonomiske tiltak</li> <li>• Særlig om habilitering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det regionale helseforetakets ansvar</li> <li>• Koordinerende enhet</li> <li>• Melding om mulig behov</li> <li>• Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging</li> <li>• Råd, veiledning og samarbeid</li> <li>• Ambulerende tjeneste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rett til Individuell plan</li> <li>• Samtykke</li> <li>• Ansvar for å utarbeide Individuell plan</li> <li>• Innholdet i Individuell plan</li> <li>• Koordinator</li> <li>• Ansvar for å melde om behov for Individuell plan</li> </ul>
<b>Navigator</b>			

# LESEVEILEDNING

# MENYSTRUKTUR/INNHold

<b>LESEVEILEDNING</b>	<b>2</b>
<b>MENYSTRUKTUR/INNHold</b>	<b>4</b>
<b>1. OM HABILITERING OG REHABILITERING</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Formål, virkeområde og definisjon</b>	<b>13</b>
1.1.1 Formålet med forskriften	13
1.1.2 Forskriftens virkeområde	16
1.1.3 Definisjon av habilitering og rehabilitering	16
1.1.4 Forholdet mellom habilitering og rehabilitering	18
1.1.5 Begrepsavklaringer – forhold til andre områder	20
<b>1.2 Pasient- og brukermedvirkning</b>	<b>22</b>
1.2.1 Lovgrunnlaget	22
1.2.2 Medvirkning på individnivå	22
1.2.3 Medvirkning på systemnivå	25
<b>1.3 Taushetsplikt</b>	<b>26</b>
1.3.1 Unntak fra taushetsplikten	28
<b>1.4 Samtykke til helsehjelp</b>	<b>28</b>
1.4.1 Samtykke på vegne av barn og ungdom	29

# MENYSTRUKTUR/INNHOOLD

1.4.2	Myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse	29
1.4.3	Pasienter og brukere som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området	29
1.4.4	Pasienter som motsetter seg helsehjelpen	30
1.4.5	Krav til samtykkets form	30
1.4.6	Tilbakekall av samtykke	30
<b>1.5</b>	<b>Ansvarsavklaring</b>	<b>30</b>
1.5.1	Generelt om ansvar mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten	30
1.5.2	Hva sier loven om kommunens ansvar?	31
1.5.3	Hva sier loven om spesialisthelsetjenestens ansvar?	31
1.5.4	En modell for avklaring av ansvar og oppgaver	31
<b>1.6</b>	<b>Samarbeidsavtaler</b>	<b>34</b>
1.6.1	Lovgrunnlaget	34
1.6.2	Ansvarsavklaring	34
1.6.3	Retningslinjer for samhandling	36
1.6.4	Implementering	37
<b>1.7</b>	<b>Pasientforløp</b>	<b>38</b>
<b>1.8</b>	<b>Kvalitet, faglig forsvarlighet og internkontroll</b>	<b>39</b>
1.8.1	God kvalitet	40
1.8.2	Faglig forsvarlighet	40
1.8.3	Kunnskapsbasert praksis	42

# MENYSTRUKTUR/INNHOOLD

1.8.4	Internkontroll og kvalitetsforbedring	43
<b>2.</b>	<b>HABILITERING OG REHABILITERING KOMMUNE</b>	<b>45</b>
<b>2.1</b>	<b>Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering</b>	<b>45</b>
2.1.1	Kommunens sørge-for-ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering	46
2.1.2	Rett til habilitering og rehabilitering	46
2.1.3	Krav til faglig forsvarlighet	46
2.1.4	Ansvarsavklaring	46
2.1.5	Generell oversikt over behov	47
2.1.6	Plikten til å planlegge virksomheten	48
2.1.7	Helhetlige og integrerte tjenester	49
2.1.8	Nødvendig utredning og oppfølging	49
2.1.9	Uavhengig av boform	49
2.1.10	Samarbeid med andre etater	49
<b>2.2</b>	<b>Utredning av behov</b>	<b>50</b>
2.2.1	Lovgrunnlaget	50
2.2.2	Generelt om vurdering av behov	50
2.2.3	Tverrfaglig kartlegging og vurdering	51
2.2.4	Saksbehandling	53

# MENYSTRUKTUR/INNHOOLD

<b>2.3</b>	<b>Kompetanse og faglig innhold</b>	<b>55</b>
2.3.1	Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse	55
2.3.2	Et differensiert tjenestetilbud	57
2.3.3	Organisering	63
<b>2.4</b>	<b>Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen</b>	<b>65</b>
2.4.1	Lovgrunnlaget	65
2.4.2	Formål og overordnet ansvar	66
2.4.3	Sentrale oppgaver	66
2.4.4	Organisering	71
<b>2.5</b>	<b>Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering</b>	<b>73</b>
2.5.1	Lovgrunnlaget	73
2.5.2	Ett fast kontaktpunkt	74
2.5.3	Systematisk registrering av behov	74
2.5.4	Melding om behov for individuell plan og koordinator i kommunen	75
<b>2.6</b>	<b>Hjelpemidler og ergonomiske tiltak</b>	<b>75</b>
2.6.1	Lovgrunnlaget	75
2.6.2	Kommunens ansvar	75
2.6.3	Arbeids- og velferdsetaten NAV sitt ansvar	75
2.6.4	Avklaring av behov	76



# MENYSTRUKTUR/INNHOOLD

2.6.5	Tolketjeneste til personer med begrensede norskkunnskaper, døve, sterkt hørselshemmede og døvblinde	76
2.6.6	Tilrettelegging av arbeidsplass	77
<b>2.7</b>	<b>Særlig om habilitering i kommunene</b>	<b>78</b>
2.7.1	Tjenester der livet leves	78
2.7.2	Medvirkning	78
2.7.3	Familieperspektivet	78
2.7.4	Overganger	79
2.7.5	Habiliteringsprosessen	80
2.7.6	Bruk av tvang og makt	80
<b>3.</b>	<b>HABILITERING OG REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN</b>	<b>81</b>
<b>3.1</b>	<b>Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering</b>	<b>81</b>
3.1.1	Lovgrunnlag	81
3.1.2	Det regionale helseforetakets sørge-for-ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering	81
3.1.3	Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste	82
3.1.4	Krav til faglig forsvarlighet	83
3.1.5	Ansvarsavklaring	83
3.1.6	Anbefalinger om habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	85
3.1.7	Organisering	85

# MENYSTRUKTUR/INNHOOLD

3.1.8	Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten	89
<b>3.2</b>	<b>Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</b>	<b>89</b>
3.2.1	Lovgrunnlaget	89
3.2.2	Formål og overordnet ansvar	90
3.2.3	Oppgaver	90
3.2.4	Forholdet til private institusjoner	94
3.2.5	Regionale koordinerende enheter	94
3.2.6	Organisering	95
<b>3.3</b>	<b>Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</b>	<b>96</b>
3.3.1	Lovgrunnlaget	96
3.3.2	Ett fast kontaktpunkt	96
3.3.3	Systematisk registrering av behov	97
3.3.4	Individuell oppfølging av meldinger	97
<b>3.4</b>	<b>Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging</b>	<b>98</b>
3.4.1	Lovgrunnlaget	98
3.4.2	Nødvendig undersøkelse og utredning	98
3.4.3	Spesialisert og intensiv funksjonstrening	99
3.4.4	Tilrettelagt pasientopplæring	99
<b>3.5</b>	<b>Råd, veiledning og samarbeid</b>	<b>100</b>
3.5.1	Lovgrunnlag	100

# MENYSTRUKTUR/INNHOOLD

3.5.2	Nærmere om veiledningsplikten.	100
3.5.3	Råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter	101
3.5.4	Samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeidelse av individuelle planer.	102
3.5.5	Generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen	103
3.5.6	Samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.	104
<b>3.6</b>	<b>Ambulante tjenester</b>	<b>104</b>
3.6.1	Lovgrunnlaget	104
3.6.2	Om ambulante tjenester	105
3.6.3	Ambulante tjenester i habilitering	105
3.6.4	Ambulante tjenester i psykisk helsevern	106
<b>4.</b>	<b>INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR</b>	<b>107</b>
<b>4.1</b>	<b>Rett til individuell plan</b>	<b>107</b>
4.1.1	Lovgrunnlaget	107
4.1.2	Plikt til informasjon om retten til individuell plan og veiledning om individuell plan	108
4.1.3	Krav til samhandling	109
4.1.4	«Langvarige og koordinerte tjenester»	109
4.1.5	Krav og avgjørelse om individuell plan	109
4.1.6	Samhandling med andre etater/sektorer	110

# MENYSTRUKTUR/INNHOLD

<b>4.2 Samtykke</b>	<b>111</b>
4.2.1 Lovgrunnlaget	111
<b>4.3 Ansvar for å utarbeide individuell plan</b>	<b>112</b>
4.3.1 Lovgrunnlaget	112
4.3.2 Pasient og brukers medvirkning i arbeidet med planen	114
4.3.3 Pasient og brukers rett til informasjon	114
<b>4.4 Innholdet i individuell plan</b>	<b>114</b>
4.4.1 Lovgrunnlaget	114
4.4.2 Prosessen	115
4.4.3 Gjennomføringen av den individuelle planen	117
<b>4.5 Koordinator</b>	<b>117</b>
4.5.1 Koordinator i kommunen	117
4.5.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten	118
4.5.3 Om funksjonen koordinator	118
4.5.4 Koordinatorens arbeidsoppgaver	119
<b>4.6 Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator</b>	<b>120</b>
4.6.1 Lovgrunnlaget	120
4.6.2 Meldeplikt i kommunene	120
4.6.3 Meldeplikt i spesialisthelsetjenesten	121

# MENYSTRUKTUR/INNHOLD

# 1. OM HABILITERING OG REHABILITERING

## 1.1 Formål, virkeområde og definisjon

---

### 1.1.1 Formålet med forskriften

#### § 1 Formålet med forskriften

«Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.»

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkeltes evne til aktivitet og arbeid. Et helhetlig menneskesyn må ligge til grunn.

Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Den enkeltes ressurser og potensial skal være utgangspunktet. Menneskets rett til selv å bestemme over eget liv og å formulere egne mål er sentralt. Åpenhet og god kommunikasjon,

deling av kunnskap og klargjøring av alternativer er viktige forutsetninger for aktiv deltakelse og medvirkning.

Forskriftens formål omhandler både tjenester og samhandling. Begge elementene er avgjørende for god habilitering og rehabilitering. Tjenestene skal stimulere og understøtte personens egen innsats i å oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. De skal være tilpasset den enkeltes behov, ressurser og potensiale. (jfr WHO-def – evt lenke til denne)

Målet om økt funksjons- og mestringsevne og selvstendighet forutsetter egeninnsats, trening, ny-læring og re-læring. For noen kan målet med habilitering og rehabilitering være å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse. Noen trenger tilpasninger av omgivelser og hjelpemidler. Forskriften gjelder både fysisk og psykisk helse samt praktisk og sosial fungering.

#### 1.1.1.1 Tjenester

Tjenester etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er de tiltak fra helse- og omsorgstjenesten som inngår i pasientens og brukers habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Dette angir forskriftens materielle innhold. Helse- og omsorgstjenestene må ses i sammenheng med tjenester fra andre fag og sektorer.

#### 1.1.1.2 Samhandling

Bestemmelsene om samhandling angir krav til arbeidsprosesser for å sikre optimal effekt av tjenestene. Det omfatter både samhandlingen mellom tjenesteyterne og pasient og bruker samt pårørende, og samhandlingen tjenesteyterne imellom. Samhandling, herunder koordinering, hører inn under forskriftens prosessuelle innhold.

Samhandlingen skal støtte opp under at tilbudet gis i en for pasienten og brukeren meningsfylt sammenheng. Det skal være kontinuitet i tilbudene over tid og på tvers av ulike ansvarsforhold. Ved behov for bistand over tid og fra flere fag, sektorer og nivåer er det viktig at tjenesteyter på ett nivå eller en sektor ikke slipper ansvaret før tjeneste på neste nivå har fått oversikt og tatt ansvar.

#### 1.1.1.3 Sentrale prinsipper for tjenesteytingen

##### *Pasient- og brukerperspektiv*

##### **«1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv»**

Pasienten og brukeren er den viktigste aktøren i all habilitering og rehabilitering. Brukerperspektivet legger til grunn at alle tiltak og tjenester i en habiliterings og rehabiliteringsprosess skal ta utgangspunkt i pasient og brukers kunnskap, ressurser, behov og mål.

Når målet for habilitering og rehabilitering er selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet, skal helse- og omsorgstjenesten bidra til at pasient og bruker kan nå sine mål også på områder der helse- og omsorgstjenesten ikke har et selvstendig ansvar.

Krav om at tjenester skal ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv innebærer at helse- og omsorgstjenestene, hvor tjenesteområdet habilitering og rehabilitering er lovhjemlet, aktivt bidrar til at også nødvendige tiltak fra andre sektorer samordnes inn i pasientens og brukerens helhetlige tilbud

#### *Nærhetsprinsippet*

### **«2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø»**

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet bør som hovedregel ytes så nært pasient og brukers daglige livsarena som mulig. De ulike tiltakene bør i størst mulig grad bør integreres i dagliglivet. Hva som er praktisk, hensiktsmessig og innenfor rammen av det faglig forsvarlige må tilpasses den enkeltes livssituasjon, ressurser og behov. Ofte kan det være behov for en kombinasjon av tiltak integrert i hjem, barnehage, skole og arbeid, og mer høyintensive prosesser i eksempelvis institusjon. Behov for nærhet til medisinsk kompetanse kan også være avgjørende for valg av sted.

#### *Samordnet, tverrfaglig og planmessig*

### **«3. samordnet, tverrfaglig og planmessig»**

Kravet om at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig oppsummerer et sentralt prosesskrav til habilitering og rehabilitering. Målet er både å sikre god kvalitet for pasient og bruker, og bidra til en effektiv ressursutnyttelse. Tverrfaglig samarbeid er en metodikk som skal sikre systematisk og målrettet arbeid hvor man utnytter merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene.

For pasienter og brukere som trenger tiltak fra flere sektorer skal helse- og omsorgstjenesten legge til rette for dette. Det følger av (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4) at kommunen plikter å legge til rette for slik samhandling når dette er nødvendig for å kunne oppfylle krav i loven. Se også (forskriften § 5, 4. ledd) og (§ 18, 4. ledd).

Med planmessig menes at tiltak må struktureres inn i tids- og måldefinerte faser i en logisk rekkefølge. Formålet er å sikre god ressursutnyttelse, måloppnåelse, kontinuitet og forutsigbarhet.

#### *I en meningsfull sammenheng*

### **«4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng»**



Hva som har verdi og mening for pasient og bruker skal være et sentralt utgangspunkt for habiliterings- og rehabiliteringsprosessen. Det som for pasient og bruker oppleves som de største utfordringene skal vektlegges.

Tjenestene må i størst mulig grad tilpasse sine bidrag ut fra hva pasient og bruker definerer som sine mål og opplevelse av helhet og sammenheng.

### 1.1.2 Forskriftens virkeområde

#### § 2 Virkeområde

**«Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.**

**I tillegg gjelder forskriften individuell plan som skal utarbeides etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 og oppnevning av koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.»**

Forskriften regulerer habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten innen helse- og omsorgstjenesten i kommunene jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, pkt 5) og i spesialisthelsetjenesten jfr (lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1 a). Den gjelder også privat virksomhet som yter tjenester innen habilitering og rehabilitering etter avtale med kommunen eller helseforetaket.

I tillegg gjelder forskriften arbeidet med individuell plan og oppnevning av koordinator etter helselovgivningen samt koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering sitt virkeområde.

Helse- og omsorgstjenestens ansvar innebærer også å initiere og bidra i tverretattlig samarbeid og koordinere arbeidet, der dette er hensiktsmessig. Dette innebærer ikke at helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten har ansvar for å utøve andre tjenester innen habilitering og rehabilitering enn det som følger av helse- og omsorgslovgivningen. Informasjon og eventuelt bistand til å ta kontakt med andre relevante tjenester er en viktig oppgave.

Et hjemmelsgrunnlag i helse- og omsorgslovgivningen innebærer ikke en begrensning av andre sektors ansvar for å delta i habilitering og rehabilitering når dette følger av respektiv lovgivning.

### 1.1.3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

#### § 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

**«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og**

## **brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»**

### *...habilitering og rehabilitering*

Definisjonen gjelder tjenester som i helse- og omsorgstjenesteloven er omtalt som «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering», jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1.ledd, pkt. 5) og (§ 1) i denne forskriften. Den gjelder i tillegg der habilitering og rehabilitering defineres som nødvendige spesialisthelsetjenester etter (spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 og 2-1 a).

Presiseringen av «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» tydeliggjør en helhetlig tilnærming. Tjenestene skal dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov. Det er sentralt at den sosialfaglige tilnærmingen ivaretas. Definisjonen er overordnet og felles for alle målgrupper og er uavhengig av alder, diagnose og funksjonsproblem. Begrepene «sosial, psykososial og medisinsk» er ikke et uttrykk for at tjenestene organisatorisk må splittes opp. For mange pasienter og brukere vil behov for habilitering og rehabilitering ofte være knyttet til flere av områdene samtidig.

Mange vil ha behov for tjenester knyttet til egenomsorg, å mestre å bo i egen bolig, å bruke transportmidler, å forholde seg til andre mennesker i nærmiljøet, å delta i organiserte aktiviteter og mer generelt i samfunns- og arbeidsliv.

Lovgiver har valgt å beholde de to begrepene habilitering og rehabilitering selv om definisjonen er felles. Forskjellene kommer primært til uttrykk først i de utøvende tjenestene og hvor det først og fremst skiller på målgrupper. (lenke til kap 1.1.4)

### *..tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler...*

I dette ligger at prosessene skal være planlagte, med tilpasset intensitet, og styrt av konkrete, tidsdefinerte mål. Ordet «tidsavgrensede» innebærer ikke å skulle forutse det absolutte slutt punktet for tiltakene. Tidfestede mål skal gi mulighet for evaluering og grunnlag for nye målprosesser. For noen kan målet om «økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse» nås gjennom én målprosess. For andre kan behov innen flere områder og over lengre tid nødvendiggjøre flere prosesser som avløser hverandre og hvor mål med tilhørende tiltak prioriteres i en logisk rekkefølge.

Brukere og pasienter med varige funksjonsnedsettelse kan ha behov for flere prosesser gjennom livsløpet. Hver habiliterings- og rehabiliteringsprosess skal bestå av tiltak som er intensive, tidsavgrensede og målrettede. Det skal sikres kontinuitet i tiltakene over tid. Mål, tidsplan og ansvarsfordeling bør nedfelles skriftlig. Individuelle planer er gode verktøy i dette arbeidet. (lenke til kap 4)

*...hvor flere aktører samarbeider...*

Målgruppene for habilitering og rehabilitering kjennetegnes ved behov for flere tiltak satt i system over definerte tidsrom og hvor målrettet samhandling er en sentral faktor for resultatet. Ett kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er derfor behovet for tverrfaglig tilnærming, både ved kartlegging av behov, gjennomføring og evaluering.

Den enkeltes behov er styrende for hvilke aktører som er nødvendig for å sikre et forsvarlig tilbud. Målene med habilitering og rehabilitering er ikke avgrenset til behov som helse- og omsorgstjenesten alene kan dekke, jfr (§ 1). Målene om «selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» vil fordre tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten. Begrepet aktør kan innebære ulike fapersoner innad i samme enhet eller ulike sektorer som eksempelvis barnehage- og utdanningssektoren, arbeids- og velferdsetaten NAV, kultur og fritid.

Samarbeidet kan også inkludere ulike private eller frivillige tilbud som eksempelvis brukerstyrte tiltak gjennom brukerorganisasjonenes likemannsarbeid.

*...nødvendig bistand til pasientens og brukers egen innsats...*

Pasienten og brukeren skal være hovedaktøren i prosessene. Tjenestene skal tilpasse sine bidrag slik at de fremmer og stimulerer pasient og brukers innsats for å nå sine mål.

Tjenestemedvirkning kan derfor være mer dekkende enn brukermedvirkning. Pårørende skal trekkes inn når dette er i samsvar med pasientens og brukers ønske. Innenfor denne rammen skal tjenesteyterne bidra med sin kunnskap og kompetanse. Å guide pasienten og brukeren til annen fagkompetanse utover ens egen profesjon, jfr (helsepersonelloven § 4) er en del av dette arbeidet.

*...for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet...*

Habilitering og rehabilitering skal være knyttet til pasient og brukers individuelle behov og mål. Det kan strekke seg lengre enn bare gjenopptrening av enkeltfunksjoner, for eksempel å gjenvinne gangfunksjon etter et benbrudd. Prosessen skal inkludere nødvendige tiltak for at vedkommende skal komme seg tilbake i arbeid, skole eller annen meningsfull sammenheng. Målet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv ut fra egne forutsetninger. Det er den samlede effekten av tiltakene som er avgjørende.

#### 1.1.4 Forholdet mellom habilitering og rehabilitering

Definisjonen av habilitering og rehabilitering er felles (lenke). Skillet mellom begrepene er først og fremst knyttet til ulikheter mellom målgruppene. Det er flere felles prinsipper for habilitering og rehabilitering. Begge benytter tverrfaglighet som arbeidsmåte og har størst mulig deltakelse og mestring av hverdagen som viktige mål for pasient og bruker. Habilitering og rehabilitering

knyttes gjerne til de ulike «livsarenaer» som hjem, skole/barnehage/arbeid, og fritid, idet tjenestene skal omfatte tiltak på alle arenaer som blir påvirket av funksjonsnedsettelsen.

#### 1.1.4.1 Habilitering

Målgruppen for habilitering relateres til funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte og tidlig ervervede tilstander. Dette har ofte vært knyttet til målgrupper hvor vedkommende ikke følger et forventet utviklingsforløp. Habilitering består ofte av flere prosesser gjennom hele livsløpet.

Habilitering innebærer bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som vedkommende i utgangspunktet ikke har hatt. Det har som mål å utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet. Forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er et viktig område.

Dersom pasienten og brukeren det gjelder, av utviklingsmessige årsaker, ikke helt kan representere seg selv, skal pårørende eller verge tas med i planlegging og oppfølging av prosessen. (Se kapittel 1.2 om pasient og brukermedvirkning) Prosessene må være tett integrert i de livsarenaer hvor personen med habiliteringsbehov bor og oppholder seg.

#### *Overganger*

God planlegging av livsløpsoverganger er særlig viktig for pasienter og brukere med habiliteringsbehov. Langsiktig planlegging med avklaring av ansvar og kunnskapsoverføring mellom sektorer og nivåer er nødvendig. Individuell plan og koordinator er viktige verktøy for å skape smidige overganger og bidra til at pasienter og brukere med habiliteringsbehov opplever kontinuitet i tjenestetilbudet. (Se kap 4)

Forløpet/prosessen fra barn til voksen innebærer flere livsfaseoverganger. Godt samarbeid på tvers av fag og sektorer er i denne sammenhengen avgjørende for god koordinering. Tidlig innsats og forebyggende tiltak er også sentrale elementer i dette.

Overganger fra ungdom til voksen innebærer utfordringer knyttet til utdanning, arbeid og etablering i egen bolig. I tillegg må unge med habiliteringsbehov forholde seg til endringer i tjenestetilbudet i forbindelse med overgang fra barne- og ungdomstjenester til tjenester rettet mot voksne som målgruppe.

Informasjonsoverføring fra helse- og omsorgstjenesten til andre sektorer forutsetter samtykke. Overføring av informasjon mellom barnehabiliteringen og voksenhabiliteringen, er en vesentlig forutsetning for at barn og unge med behov for tverrsektorielle og sammensatte tjenester skal oppleve kontinuitet i tjenestetilbudet.

### 1.1.4.2 Rehabilitering

Rehabiliteringsbegrepet benyttes hovedsakelig om å gjenvinne tapte funksjoner som man engang har hatt. Metodikken vil derfor være preget av re-læring av tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse. Å bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, utvikle nye funksjoner og tilpasse livet til nye forutsetninger er også sentralt.

### 1.1.5 Begrepsavklaringer – forhold til andre områder

#### 1.1.5.1 Habilitering og rehabilitering og behandling

Habilitering og rehabilitering var tidligere sett på som tiltak som først kunne iverksettes etter avsluttet medisinsk behandling. Nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen fører til bedre overlevelse og funksjon. Innen habilitering vil medisinsk behandling og utredning ofte være nødvendige tiltak gjennom hele forløpet.

En følge av dette er å anse medisinsk behandling som ett av flere tiltak som inngår i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Det samme vil også gjelde andre former for tiltak som benevnes som «behandling», eksempelvis fysikalsk behandling.

#### *Habilitering og rehabilitering og opptrening*

Opptrening var tidligere brukt synonymt med habilitering og rehabilitering. Det var i praksis store variasjoner i hva som lå i uttrykket.

Opptrening forstås i dag som funksjonstrening som ikke nødvendigvis fordrer bistand fra flere aktører over tid. Intensiv funksjonstrening er imidlertid sentrale elementer i habiliterings- og rehabiliteringsforløp.

#### *Habilitering og rehabilitering og helsefremmende og forebyggende arbeid*

Helsefremmende arbeid handler om prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse («Ottawa-charteret», WHO 1986). Myndiggjøring, deltakelse og mestring er sentrale komponenter i helsefremmende arbeid. Forebyggende arbeid har som mål å redusere risiko for sykdom.

De to tilnærmingene til helse stemmer med forståelsen av habilitering og rehabilitering. Også her er formålet å redusere konsekvensene av sykdom og hjelpe den enkelte til å utnytte sitt potensiale. Habilitering og rehabilitering som fagområde må derfor være både ressursorientert, ha et helhetlig perspektiv og være en prosess der individet står sentralt.

Det kan dokumenteres at habilitering og rehabilitering kan forebygge behovet for kompensierende tjenester, hindre forverring av sykdom og redusere varighet av hjelpebehov.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å ivareta sin plikt til å ha et tilbud om habilitering og rehabilitering ved å ha et «habiliterende eller rehabiliterende perspektiv» integrert i sine tjenester som en overordnet forebyggende strategi. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering er et selvstendig ansvarsområde, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og en del av spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar jfr spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

#### *Habilitering og rehabilitering og øvrige helse- og omsorgstjenester*

Et vidt spekter av tjenester kan inngå i habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Det er pasient og brukers behov og målsetting som er bestemmende for hvilke aktører som er involvert. Det fremgår av forskriftens § 5, første ledd, at «tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud».

#### *Arbeidsrettet rehabilitering*

Arbeidsrettet rehabilitering er tiltak overfor personer med redusert arbeidsevne og behov for bistand for å komme i arbeid.

Begrepet benyttes både i helsetjenesten og i NAV arbeids- og velferdsforvaltningen. I NAV arbeids- og velferdsforvaltningen beskrives arbeidsrettet rehabilitering slik:

Arbeidsrettet rehabilitering skal gi et tilbud om rehabilitering til brukere med sammensatte og uklare lidelser, med behov for arbeidstrening i kombinasjon med opptrening og individuell oppfølging for å forbedre mestrings- og arbeidsevne. Tiltaket har et arbeidsrettet fokus. Deltakerne skal lære å mestre arbeidssituasjonen i en tilbakeførings-/arbeidssøkerfase, og kan bestå av veiledning for å finne strategier for å fungere i arbeidslivet til tross for sykdom og skade. Arbeidsrettet rehabilitering kan inneholde arbeidsforbedrende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring, livsstils veiledning eller en kombinasjon av disse elementene.

I helsetjenesten har konseptet arbeidsrettet rehabilitering i hovedsak vært utviklet av private rehabiliteringsinstitusjoner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har arbeidsrettet rehabilitering vært praktisert i form av opphold i rehabiliteringsinstitusjoner. De senere årene har en sett utvikling med et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette har ført til at arbeidsrettet rehabilitering i økende grad tilbys lokalt, i nært samarbeid mellom arbeidstakeren, arbeidsgiveren, Nav og helsetjenesten, herunder både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Et eksempel er iBedrift, som er et tilbud for de store pasientgruppene med sammensatte og ofte uklare lidelser innen området muskel-skjelett og lettere psykiske lidelser.

De senere årene har spesialisthelsetjenesten innarbeidet arbeidsdeltakelse som mål for all rehabilitering, der pasientens alder og andre forhold ligger til rette for det. Dermed ser en at arbeidsrettet rehabilitering, kan sees som et element i all rehabilitering, der det er aktuelt.

Tradisjonell arbeidsrettet rehabilitering med døgnopphold i flere uker kan være aktuelt der det ikke finnes egnet dagtilbud lokalt, der man vurderer at en miljøforandring er av vesentlig betydning for den enkeltes rehabilitering og/eller der deltaker har mer kompliserte eller tyngre helseplager.

## 1.2 Pasient- og brukermedvirkning

---

### 1.2.1 Lovgrunnlaget

#### § 4 Pasient- og brukermedvirkning

**Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1). Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.**

**Kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten.**

Retten til medvirkning og informasjon er hjemlet i (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3). (Kapittel 4) i samme lov gjelder samtykke ved helsehjelp. Kommentarer som forklarer hvordan denne lovens bestemmelser skal forstås, er nedfelt i (rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven).

Forskriften § 4 tydeliggjør kommunens- og det regionale helseforetakets ansvar i å sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke. Den anbefaler også at det legges til rette for medvirkning på systemnivå gjennom representanter for de som mottar tjenester.

### 1.2.2 Medvirkning på individnivå

Utgangspunktet for pasient- og brukermedvirkning er prinsippet om at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, gis innflytelse på utformingen av tjenestene. Dette skal gjelde alle deler av prosessen. Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for brukermedvirkning. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

### 1.2.2.1 Medvirkning og pasient- og brukersikkerhet

Bestemmelsen i første ledd i forskriftens (§ 4) pålegger kommunen og det regionale helseforetaket å legge til rette for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke i planlegging, utforming, utøving og evaluering av tilbudet. Medvirkning må nedfelles i rutiner og prosedyrer integrert i virksomhetens kvalitetssystem. (lenke til kap 1.8) Rutinene bør også være på avdelings- og enhetsnivå og beskrive hvordan medvirkning ivaretas i tjenesteytingen gjennom hele prosessen. Medvirkning er å anse som både en rettighet og et prosesskrav. Den er en viktig forutsetning for pasient- og brukersikkerhet og inngår i kravet til forsvarlige tjenester. (lenke til 1.9)

Kommunen og det regionale helseforetaket må sikre nødvendig kompetanse hos sine ansatte om pasient- og brukermedvirkning, jfr (helsepersonelloven § 16, spesialisthelsetjenesteloven 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1).

### 1.2.2.2 Medvirkning og kvalitet

Kjennetegn ved tjenester av god kvalitet er at de «involverer brukere og gir dem innflytelse», jfr den nasjonale (kvalitetsstrategien). Det skal legges stor vekt på hva pasient og bruker mener. Dette fratar imidlertid ikke tjenestene ansvaret for forsvarlig tjenesteyting jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1) og (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2).

Fagpersonellet skal yte sine tjenester ut fra krav i lov og forskrift jfr (helsepersonelloven § 4), samt yrkesetiske og fagspesifikke retningslinjer. Medvirkningen skal være optimal og tilpasset den enkelte pasient og brukers forutsetninger. Informasjon, basert på god faglig kunnskap, er avgjørende for at pasient og bruker kan få innflytelse og ta optimale valg.

Brukermedvirkning innebærer at pasient og bruker «virker sammen med» tjenesteyterne i utforming, gjennomføring og evaluering av tilbudet. Definisjonen i § 3 legger til grunn at tjenestene skal bistå i pasientens og brukerens prosess.

### 1.2.2.3 Medvirkning gjennom hele forløpet

Pasient og bruker må involveres i valg og vurderinger gjennom hele forløpet og sikres fortløpende informasjon. Pasient og brukers rett til påvirkning av tjenestetilbudet innebærer at deres erfaring skal komme frem i kontinuerlige evalueringer.

Forutsetningene for medvirkning kan endre seg over tid, eksempelvis som følge av endring av motivasjon og mestringsevne hos brukeren. Hva som kan forventes av medvirkning må til enhver tid stå i forhold til pasient og brukers personlige og helsemessige ressurser. Det må legges spesiell vekt på at det avsettes tid til å få fram vedkommendes egne mål.

For pasienter og brukere som ønsker individuell plan og koordinator, har koordinatoren en sentral rolle i å legge til rette for optimal medvirkning og innflytelse i et helhetlig forløp.



Kommunen og helseforetakene skal sørge for brukermedvirkning i planlegging, utforming, utøving og evaluering av tilbudet til den enkelte pasient og bruker. I de situasjoner hvor pasienten og brukeren ikke kan representere seg selv/ikke har samtykke kompetanse, for eksempel på grunn fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse eller psykisk utviklingshemning, har pasientens og brukerens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten og brukeren, jfr pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, 3.ledd.

I noen tilfeller kan pasientens og brukeres nærmeste pårørende være verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området, jfr. pasient og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Fylkesmannen er lokal vergemålsmyndighet. På Svalbard er sysselmanen lokal vergemålsmyndighet. Sentral vergemålsmyndighet er lagt til Statens sivilrettsforvaltning

Ytterligere informasjon om vergemål: [www.vergemaal.no](http://www.vergemaal.no)

Lenke til lov om vergemål:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9>

#### 1.2.2.4 Medvirkning og «empowerment»

I følge definisjonen skal tjenestene bistå i personens egen prosess. I den sammenhengen kan det være nyttig å se brukermedvirkning ut fra perspektivet «empowerment». Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Myndiggjøring springer ut fra en forståelse av ressurser og muligheter som viktigere enn mangler og problemer. Utgangspunktet er at bruker og pasient har ferdigheter og kompetanse som tjenesteyterne skal bidra til å bevisstgjøre, arbeide frem og styrke. Det handler om å bidra til mestringsevne, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av å få tilbake makt og kontroll over eget liv. Å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter og nå et mål er en viktig del av en empowerment prosess

Empowerment handler om å endre den tradisjonelle maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter. En arbeidsform basert på empowerment innebærer å la brukerne definere sine behov og bistå vedkommende i å finne de beste løsningene. Den enkeltes opplevelse av kontroll over eget liv kan i seg selv motivere for endring. Fagpersonellet sin rolle blir å bidra med sin kompetanse og kunnskap slik at pasient og bruker får tilgang til tjenester av god kvalitet og bistand, og til å utnytte eget potensial.

#### 1.2.2.5 Pasienter og brukere med innvandrers bakgrunn

Forventninger til, og kunnskap om medvirkning vil variere i en mangfoldig befolkning. I innvandrersbefolkningen, som er veldig sammensatt, vil det være ulik forståelse av sykdom og behandling. Det er viktig å få en forståelse av den enkeltes syn og erfaringer med medvirkning og bruke tid på å sikre en felles forståelse.

(Lenke til Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013- 2017)

#### 1.2.2.6 Pasienter og brukere innen psykisk helse og rus

Bruker- og pasientmedvirkning er av stor betydning for personer med psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Tjenestene bør tilrettelegge og sikre en god medvirkning gjennom hele rehabiliteringsprosessen. Det bør så tidlig som mulig i oppstart av rehabiliteringen samarbeides med personen om hvordan tjenestene og den enkelte bør forholde seg dersom det skulle oppstå akutte hendelser eller kriser.

#### 1.2.2.7 Barn og unge

Barn har rett til å være med å ta avgjørelser som angår dem. Barn skal ut fra sine forutsetninger alltid høres i spørsmål om egen helse og habilitering

For at medvirkningsrett skal bli reell, er det viktig at den tilpasses hver enkelt pasient og brukers individuelle forutsetninger og behov. Når pasienten eller brukeren er barn må medvirkningens form tilpasses barnets evne til å gi og motta informasjon. (lenke FNs barnekonvensjon, artikkel 12)

Pasient- og brukerrettighetsloven § 6 har bestemmelser om barns særlige rettigheter. (lenke til rundskriv til lov om pasient- og brukerrettigheter). Helseinstitusjoners særlige plikter ovenfor barn som oppholder seg i institusjon er regulert i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (forskrift 01.12.2000 nr 1217) jfr. (spesialisthelsetjenesteloven § 3-6). I forskriften er det gitt utfyllende kommentarer til de enkelte bestemmelsene.

#### 1.2.2.8 Forholdet mellom brukermedvirkning og brukerstyring

Brukermedvirkning er ikke det samme som brukerstyring. Brukerstyring er imidlertid innført for noen tjenester. Ett eksempel er brukerstyrt personlig assistanse. Andre eksempler er brukerstyrte tilbud innen psykisk helse og rus og trygghetsplasser i kommunene. Dette er tilbud hvor offentlige myndigheter har sikret etablering og rammebetingelser, men hvor pasient og bruker selv kan utforme og/eller bruke tilbudene ut fra sine behov. Brukerstyrte tilbud innebærer et større ansvar for pasient og bruker.

### 1.2.3 Medvirkning på systemnivå

Forskriften § 4 annet ledd sier at kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. I sentrale lovbestemmelsene i (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10) og (helseforetaksloven § 35) fastslås at kommuner og helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av tjenestene. Det innebærer at pasienters og brukeres erfaringer får påvirke planlegging og

utførelse av tjenestene. Det er også presisert i (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1) at de skal medvirke i arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

#### 1.2.3.1 Medvirkning på tjenestenivå

Kommunen og helseforetaket skal ha system for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Brukerråd som kontinuerlig kan gi innspill i planarbeid for utvikling av tjenester og omgivelser kan være en egnet form. Slike råd kan både være tilknyttet spesifikke tjenestesteder, som eksempelvis institusjoner, og helse- og omsorgstjenesten generelt. Det anbefales i tillegg regelmessige brukerundersøkelser. Prosedyrer og rutiner for brukermedvirkning bør være forankret i kommunens og helseforetakets kvalitetssystem. (lenke til internkontroll)

For at representanter for pasienter og brukere skal bli i stand til å medvirke, bør kommunen og helseforetaket legge til rette for at de får kunnskap om den aktuelle virksomheten. Det bør gis konkret opplæring til de som skal delta i råd og utvalg. Private rehabiliteringsinstitusjoner som yter tjenester etter avtale med kommuner og helseforetak har forpliktelser etter de samme bestemmelsene.

#### 1.2.3.2 Lovpålagte råd

Det er lovpålagte kommunale og fylkeskommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og for eldre (lenke til lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne) og (lenke til eldrerådslova). De har en rådgivende funksjon overfor kommune og fylke i saksområder som er relevante for de gruppene de representerer. Det kan også gjelde saker hvor et annet folkevalgt organ enn kommunestyret/fylkestinget skal avgjøre sakene. Rådene skal ha sakene i så god tid at de skal kunne uttale seg før beslutninger tas, og rådets uttalelser skal følge saksdokumentene til det organet som avgjør sakene.

### 1.3 Taushetsplikt

---

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten er underlagt regler om taushetsplikt. Taushetsplikt innebærer en plikt til å bevare taushet om bestemte forhold, og den retter seg mot den som i sin yrkesutøvelse har mottatt, eller på andre måter blitt kjent med, opplysninger om noens personlige forhold. Taushetsplikten omfatter også opplysninger man får tilgang til utenfor tjenesteforholdet, så lenge helsepersonellet mottar disse i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten er gitt til vern om pasientens og brukerens personlige integritet og skal beskytte vedkommende mot at opplysninger blir benyttet til andre formål enn de er innhentet for. Taushetsplikten skal også sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten og sikre kvalitet. Pasienter og brukere skal føle seg trygge på at opplysninger som gis i forbindelse med helse- og omsorgstjenester ikke benyttes i andre sammenhenger og utleveres til uvedkommende.

Taushetsplikten gjelder alt helsepersonell som yter helsehjelp. Også personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp, har taushetsplikt, jf. (helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1).

Helsepersonells taushetsplikt speiles av pasient og brukers rett til konfidensialitet. Pasient og bruker har i utgangspunktet full rådighet over opplysninger som beskriver en selv, og kan gjennom samtykke oppheve taushetsplikten. Personopplysningsvernet for pasienter og brukere er nedfelt i (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6).

Den profesjonsbaserte taushetsplikten er hjemlet i (helsepersonelloven § 21). Den tjenestebaserte/forvaltningsmessige taushetsplikten er hjemlet i (spesialisthelsetjenesteloven § 6-1) og (helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1). Den forvaltningsmessige taushetsplikten går i korthet ut på at enhver som gjør tjenester for offentlige helseinstitusjoner eller for den kommunale helse- og omsorgstjenesten har taushetsplikt etter de alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen, jf. (forvaltningsloven §§ 13 til 13f). Dette gjelder for eksempel administrativt personell. Taushetsplikt for administrativt personell som behandler helseopplysninger følger også av (helseregisterlovens § 15).

Den profesjonsbaserte taushetsplikten som er hjemlet i (helsepersonelloven § 21) omfatter opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som personellet får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Med "legems- eller sykdomsforhold" menes opplysninger om den enkeltes helsesituasjon og sykdomsforhold, enten det er av psykisk eller fysisk karakter. I tillegg til helserelaterte opplysninger omfattes også opplysninger om andre personlige forhold. Med det menes det opplysninger om forhold som er knyttet til den enkelte person. Det vil typisk være opplysninger om sosiale forhold, sivilstand, økonomiske forhold mv.

Helsepersonell skal etter (helsepersonelloven § 21) "hindre" at andre får kjennskap eller tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Dette innebærer ikke bare en passiv plikt for helsepersonellet til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon. Forsvarlig håndtering og oppbevaring av pasientopplysninger er en forutsetning for å etterleve den lovbestemte taushetsplikten. Dette korresponderer med virksomhetseiers plikt i (helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10) og (spesialisthelsetjenesteloven § 3-2) til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer i virksomheten.

Det er viktig å være klar over at taushetsplikten også gjelder mellom helsepersonell. Helsepersonell kan ikke utveksle pasientopplysninger seg i mellom, med mindre det er nødvendig for behandling og oppfølging av den aktuelle pasient, jf. (helsepersonelloven §§ 25 og 45), eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

### 1.3.1 Unntak fra taushetsplikten

I enkelte tilfeller har lovgiver funnet at andre interesser veier tyngre enn pasientens og brukerens krav på personvern. I slike tilfeller er det gitt unntak fra taushetsplikten gjennom bestemmelser om opplysningsrett eller opplysningsplikt.

Opplysningsrett innebærer at helsepersonell kan, men ikke plikter å utlevere taushetsbelagte opplysninger. I hvilke situasjoner helsepersonell har opplysningsrett er regulert i (helsepersonelloven kapittel 5). Taushetsplikten kan for det første oppheves ved samtykke fra pasienten og brukeren selv. Taushetsplikten kan også bli opphevet hvis opplysningene gis til noen som fra før av er kjent med opplysningene, hvis opplysningene allerede er allment kjent eller hvis opplysningene gis uten individualiserende kjennetegn. Opplysningsretten gjelder også i forhold til samarbeidende personell (se over), til virksomhetens ledelse og administrative systemer, til sakkyndige, til arbeidsgiver og til andre formål, som for eksempel forskning.

Opplysningsplikt og meldeplikt innebærer at helsepersonell i visse situasjoner skal gi opplysninger videre uten hinder av taushetsplikten, for eksempel til nødetater og barnevern og i forbindelse med fødsler, dødsfall og betydelig personskaade. Opplysningsplikten er regulert i (helsepersonelloven kapitler 6 og 7). Helsepersonell kan også ha en plikt til å gi opplysninger videre etter (straffelovens § 139) for å avverge nærmere bestemte straffbare handlinger (avvergelsesplikten).

For mer informasjon om taushetsplikten se Rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer og Rundskriv IS-6/2010 Helsepersonellens taushetsplikt.

## 1.4 Samtykke til helsehjelp

---

Helsehjelp kan bare gis med pasientens og brukerens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Hovedregelen om at helsehjelp bare kan gis med pasientens og brukerens samtykke fremgår av (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1). Det fremgår videre av denne bestemmelsen at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for at samtykke skal være gyldig. Det betyr at pasienten må ha fått tilstrekkelig informasjon om formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med helsehjelpen. Det er viktig at informasjonen tilpasses den enkelte pasient og dennes forutsetninger. Informasjon som gis, skal kunne danne et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Barn har også, uansett alder, krav på informasjon om sin tilstand og behandling.

Med samtykkekompetanse menes pasientens og brukerens kompetanse til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp. Myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp, jf. (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd).

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasient og bruker på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, jf. (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd). Den manglende forståelsen må knytte seg til begrunnelsen for at helsehjelpen skal gis, dvs. tiltakets art og de nærmere konsekvensene av helsehjelpen. Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke, jf. (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd).

For situasjoner der pasienten og brukeren mangler samtykkekompetanse er det gitt representasjonsregler i (pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 til 4-7):

#### 1.4.1 Samtykke på vegne av barn og ungdom

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter og brukere under 16 år, og for pasienter mellom 16 og 18 som ikke har samtykkekompetanse jf. (pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 4-5). Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnet høres før det fattes beslutning om helsehjelp. Fra fylte 12 år skal barnet høres i alle saker som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på barnets mening ut fra alder og modenhet.

#### 1.4.2 Myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse

Det er den som yter helsehjelp som tar avgjørelser i helsespørsmål på vegne av pasienter og brukere over 18 år som ikke har samtykkekompetanse dersom tiltaket er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet, jf. (pasient- og brukerrettighetsloven 4-6 første ledd). Dette kan bare gjøres hvis det kan antas at pasienten og brukeren ville gitt sitt samtykke dersom vedkommende hadde vært samtykkekompetent. Dette kalles for et antatt (presumert) samtykke. Å forutsette at det foreligger et antatt samtykke forutsetter at helsepersonell vurderer og tar konkret stilling til hva pasienten og brukeren ville ha ønsket, dersom vedkommende hadde hatt evne til selv å treffe avgjørelse i spørsmål som gjelder egen helse.

Også helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten og brukeren besluttes av helsepersonell, jf. (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 annet ledd). Med alvorlig inngrep menes inngrep som er mer inngripende enn de tiltak som faller inn under første ledd. Forutsetningen for å gi slik helsehjelp er at hjelpen anses å være i pasientens interesse og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Det skal innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende der det er mulig.

#### 1.4.3 Pasienter og brukere som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området

I så stor utstrekning som mulig skal pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området selv treffe avgjørelser om helsehjelp. Hvis det ikke er mulig kan vergen samtykke på vegne av pasienten jf. (pasient- og brukerrettighetsloven 4-7).

#### 1.4.4 Pasienter som motsetter seg helsehjelpen

Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen kan presumert samtykke med hjemmel i §§ 4-5 – 4-7 ikke legges til grunn for avgjørelse om helsehjelp, da må dette følge av andre særskilte lovbestemmelser. Se blant annet (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A).

#### 1.4.5 Krav til samtykkets form

Samtykke til helsehjelp kan gis uttrykkelig eller stilltiende jf. (pasient- og brukerrettighetsloven 4-2).

Det er ikke noe krav om at samtykket gis skriftlig. Muntlig samtykke kan gis enten uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen. Dersom for eksempel en samtykkekompetent pasient og bruker etter å ha fått tilstrekkelig informasjon etter (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2) og mulighet til å medvirke etter (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1) ikke protestere mot tiltaket, må helsepersonellet kunne gå ut fra at pasienten og brukeren har samtykket. Dette gjelder dersom det ikke ut fra pasientens og brukerens handlemåte og omstendighetene for øvrig må anses nødvendig med et uttrykkelig samtykke. Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere er kravet til sannsynlighet for at pasienten og brukeren rent faktisk er tilstrekkelig informert og samtykker.

#### 1.4.6 Tilbakekall av samtykke

Et samtykke til å motta helsehjelp kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake jf. (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 annet ledd). I slike tilfeller plikter den som yter helsehjelpen å gi nødvendig informasjon om følgene av at samtykket trekkes, og at helsehjelpen opphører. Det kan også tenkes at pasienten og brukeren ikke har samtykkekompetanse i forhold til å avslutte helsehjelpen. I slike tilfeller kan representert samtykke eller presumert samtykke gi nødvendig rettslig grunnlag for å fortsette, med mindre pasienten motsetter seg gjennomføringen av tiltaket.

For mer informasjon om samtykke i (rundskriv Lov om pasient- og brukerrettigheter – som er under arbeid)

### 1.5 Ansvarsavklaring

---

#### 1.5.1 Generelt om ansvar mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for kommunenes ansvar uten å gå i detalj på hvilke tjenester kommunen skal tilby. Lovforarbeidene sier at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, jfr Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Innenfor disse rammene av sitt sørge-for-ansvar skal de yte et

forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. En slik innretning av lovverket gir kommunene frihet til å organisere sitt tjenestetilbud ut fra lokale forutsetninger og behov. (s 74)

### 1.5.2 Hva sier loven om kommunens ansvar?

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 til 3-9. bestemmelsen i § 3-2 angir helse- og omsorgstjenester i kommunen som et minimum plikter å sørge for. Blant disse er sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering listet opp i § 3-2 pkt 5. Bestemmelsen gir imidlertid ikke svar på hvilke konkrete tjenester innen dette området som skal ivaretas av kommunene og hvilke som skal ligge til spesialisthelsetjenesten.

### 1.5.3 Hva sier loven om spesialisthelsetjenestens ansvar?

Spesialisthelsetjenestens ansvar er beskrevet i spesialisthelsetjenestelovens kapittel 2 og 3. Ansvaret for spesialisthelsetjenester, i og utenfor institusjon, er konkretisert i § 2-1a.

I merknader til tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det gitt noen kjennetegn for hva som bør være spesialisthelsetjenestens ansvar innen habilitering og rehabilitering:

- Behovet for spesialisert kompetanse overstiger det som er naturlig å bygge opp i kommunene
- Tjenester må knyttes nært opp til, og eventuelt samtidig med, spesialisert medisinsk behandling
- Behov for bred tverrfaglig funksjonskartlegging, inkludert eventuelle spesialtester og utredninger som nødvendiggjør spesialkompetanse

### 1.5.4 En modell for avklaring av ansvar og oppgaver

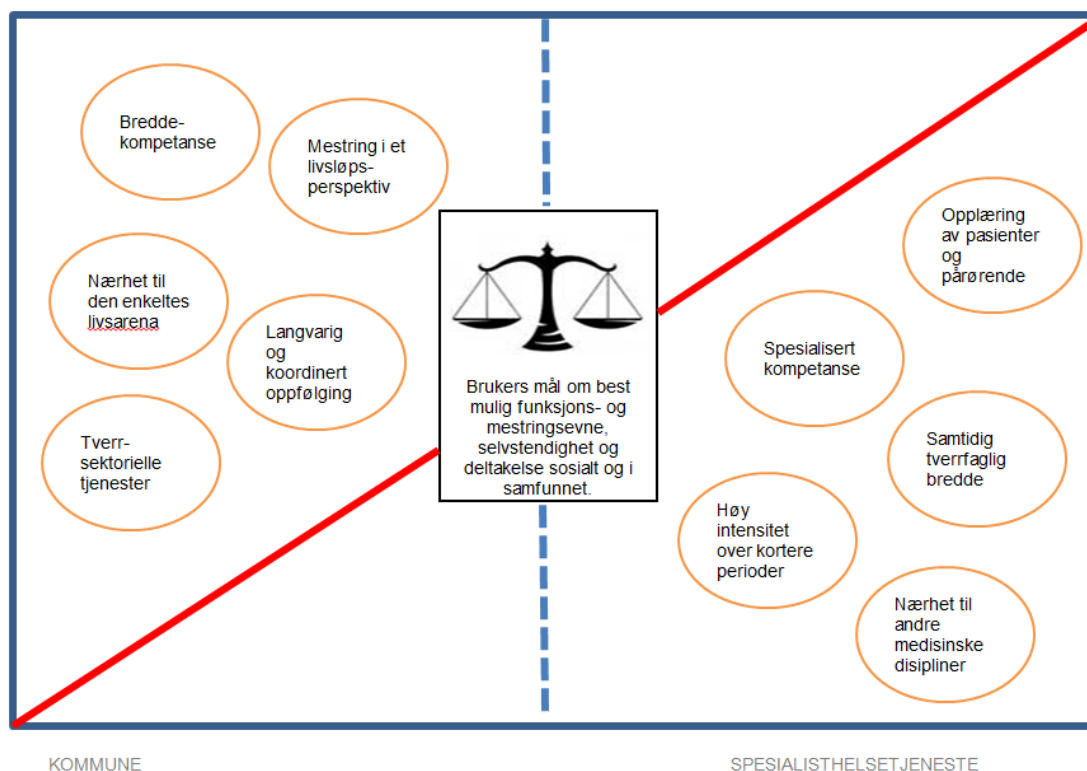
Forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven sier at ansvaret mellom tjenestenivåene må fortolkes på bakgrunn av lovbestemmelser og tilhørende forskrifter. Fastsettelse av overordnet ansvar er ment å gi rom for at flere oppgaver kan løses i kommunene. Oppgavefordeling må avklares i dialog mellom nivåene. Den konkrete oppgavefordelingen knyttet til pasientforløpene er derfor blant de punktene som helseforetak og kommuner skal beskrive i de lovpålagte samarbeidsavtalene (lenke til kapittel 1.4).

Avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene. (intern lenke) I dette kapitlet beskrives en modell som kan være til hjelp i denne avklaringen.

En persons habiliterings- eller rehabiliteringsprosess kan inneholde enkeltoppgaver fra et vidt spekter av aktører – på begge tjenestenivåer og fra flere sektorer.



I rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling på rehabiliteringsområdet, ble det presentert en modell for ansvarsavklaring. Denne angir noen forhold som kan være relevante å vurdere behovene i forhold til for å avgjøre hvor tyngdepunktet av tjenester bør være. Dette er overordnede faktorer som også kan gjelde innen habilitering. Modellen er ment brukt veiledende. I denne veilederen presenteres følgende videreutviklede versjon av modellen:



Nærhetsprinsippet, som angis i formålet for denne forskriften § 1, andre ledd, pkt 2, tilsier at mest mulig skal ytes i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal yte de tjenestene som det ikke er formålstjenelig å bygge opp kompetanse og infrastruktur til på kommunalt nivå. Det kan likevel være forhold som tilsier at tilbud bør gis i spesialisthelsetjenesten i kortere perioder av et forløp.

I en helhetlig habiliterings- og rehabiliteringsprosess har man primært to valg: Skal tiltakene gis fra kommunen alene, eller fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap? Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften gir allerede hjelp til å avgjøre dette spørsmålet. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal rettighetsvurderes. Rettighetsvurderingen innebærer at alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftens tre hovedvilkår:

- alvorlighet/prognosetap

- forventet nytte
- kostnadseffektivitet.

Disse tre vilkårene utdypes innen habilitering og rehabilitering i følgende tre prioriteringsveiledere:

- IS 1712 Prioriteringsveileder fysikalsk medisin og rehabilitering
- IS 1820 Prioriteringsveileder habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten
- IS 1821 Prioriteringsveiledere habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

Pasient- og brukerrettighetslov, prioriteringsforskrift og prioriteringsveilederne er viktige redskap i ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet, for de beskriver hva som skal til for å bli en rettighetspasient innenfor disse fagområdene.

Modellen ovenfor tar sikte på å fremstille sentrale kjennetegn ved habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og spesialisthelsetjeneste. Pasient og brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet står i sentrum. Modellens høyre- og venstreside beskriver karakteristiske kjennetegn i henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Den mest avgjørende faktoren av elementene i modellen er kompetanse. Hvilken grunnkompetanse er det behov for? Og hvor spesialisert må kompetansen være. Spekteret av kompetanse – og dermed antall faggrupper – kan være like mange på begge nivåer. I kommunene vil dette mangfoldet inkludere kompetanse fra flere sektorer, mens det i spesialisthelsetjenesten vil være større mangfold og høyere grad av spesialisering innen den medisinskfaglige kompetansen.

Momentene på hver side av modellen må ikke sees på som en uttømmende liste over kjennetegn eller over oppgaver tilliggende nivåene. De angir snarere en oversikt over de mest sentrale momentene, og kan være til hjelp ved en overordnet planlegging av organisering av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene. Fordelingen mellom forvaltningsnivåene må ikke kun foregå som en negativ avgrensning opp mot spesialisthelsetjenesten, men må ha fokus på oppgaver som kommunen er best egnet til å løse.

## 1.6 Samarbeidsavtaler

---

### 1.6.1 Lovgrunnlaget

Habilitering og rehabilitering skal beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette følger av (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1) og (spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e). Formålet med samarbeidet er å bidra til at pasienter og brukere mottar helhetlige tilbud. Det regionale helseforetaket skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler mellom kommunen og regionalt helseforetak eller ett eller flere helseforetak. Ansvar for å inngå avtalene er for kommunen lagt til kommunestyrene. Det regionale helseforetaket kan be helseforetakene om inngå og være part i slike avtaler.

#### 1.6.1.1 Krav til innhold i samarbeidsavtalene

Krav til innhold i samarbeidsavtalene er opplistet i punktene 1 – 11 i (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2). Oppstillingen i loven er formulert som minimumskrav. Det betyr at partene kan inngå avtaler på flere områder enn det som konkretiseres i loven. I avtalestrukturen omtales avtaler om de enkelte punktene ofte som delavtaler.

Punkt 1 omfatter avklaring av helseforetakets og kommunenes ansvar for helse- og omsorgsoppgaver. Videre skal avtalene beskrive retningslinjer for samarbeid ved innleggelse og utskrivning av pasienter, jfr punktene 2, 3 og 5. I punkt 2 er habilitering og rehabilitering nevnt i lovteksten. Punkt 4 om øyeblikkelig hjelp kan være relevant for rehabiliteringsfeltet, særlig for noen pasientgrupper. Andre tema med relevans til habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er punktene 6 og 7 om henholdsvis gjensidig overføring og utveksling av kunnskap og informasjon inkludert fagnettverk og hospitering, samt samarbeid om forskning og utdanning. De øvrige punktene gjelder spesifikke tjenester eller områder som IKT og beredskap.

Samarbeidsavtalene er ikke nevnt i denne forskriften, men anses som et så viktig tema at det likevel tas med i denne veilederen. (Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak), utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, gir utdypende veiledning om samarbeidsavtalene og prosessene knyttet til disse. Denne er lagt til grunn for anbefalingene i veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. De områdene som anses mest relevante for temaene i denne veilederen, utover punkt 2 hvor habilitering og rehabilitering er nevnt i lovteksten, er punktene 1, 3, 4, 5, 6 og 7 i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2.

### 1.6.2 Ansvarsavklaring

Avtalen skal inneholde beskrivelse av

**(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2)**

## **«1) enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,»**

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven angir rammene for nivåenes ansvar, men detaljerer ikke kravene på tjenestenivå (Prop. 91L, 2010-2011). Avklaring på tjeneste- og oppgavenivå må utledes av disse rammene og nedfelles i avtalene. For å besvare første punkt i avtalen, må helseforetak og kommuner diskutere seg frem til enighet om hvilke oppgaver hver av dem har ansvaret for og felles oppfatning av hvilke tiltak de til enhver tid skal utføre. Dette fordrer arbeidsprosesser med bred involvering fra ledelse, fagmiljøer, pasienter og brukere på begge nivåer. Ansvarsavklaring nedfelt i avtale vil uansett ikke kunne klargjøre alle tilfeller av det som av mange omtales som «gråsoner». Det må løses gjennom kontinuerlig samhandling og dialog. Begge parter bør bidra til at «gråsoner» erstattes av aktive «samhandlingssoner». Private institusjoner som yter tjenester etter avtale med enten kommuner eller spesialisthelsetjeneste bør delta i prosessene i forbindelse med avtalene. Innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering som omfatter både somatikk, psykisk helse og rus, vil dette være nødvendig for å sikre helhetlige forløp på individnivå. Anbefalingene i (ansvarsavklaringsrapporten IS-1947) bør tas inn i arbeidet med avtalene.

Det bør fremgå av avtalen at helseforetakets ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester ikke nødvendigvis opphører ved utskrivelse og eventuelt sies noe om roller og ansvar i slike tilfeller. Veiledningsplikten jfr (spesialisthelsetjenesteloven § 6-3) er relevant her. For pasienter og brukere med kroniske sykdommer, sjeldne tilstander og forløp hvor det er behov for tjenester fra begge nivåer over lengre forløp, eksempelvis innen habilitering av barn og unge samt psykisk helse og rus, kan det være særlig viktig å beskrive partenes felles ansvar i å motvirke at pasienter og brukere blir kasteballer mellom nivåene. Det anbefales at partene gjør en felles vurdering av hvorvidt det er behov for supplerende delavtaler for særlig sårbare grupper. Det oppfordres også til at kommuner og helseforetak sikrer fagkompetanse fra habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i arbeidet med avtalene.

Enighet om ansvar kan ikke sette loven til side. Partene kan ikke avtale en annen ansvarsfordeling enn den som fremkommer av lovgivningen. Det vil ikke være rom for at partene avtaler seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven. Det er kun i tilfeller der det er allmenn faglig enighet om at en problemstilling er uregulert, eller at det er tolkningstvil, at det kan være aktuelt å avtale en løsning på et rettslig spørsmål. Det kan for eksempel ikke avtales at en kommune skal ha det overordnede ansvaret for å sørge for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven legger til foretakene. Derimot kan partene avtale at de utfører tjenester for hverandre, men da uten at det overordnede ansvaret endres.

## 1.6.3 Retningslinjer for samhandling

### 1.6.3.1 Samhandling på individnivå

Følgende punkter anses å ha direkte relevans til samhandling på individnivå knyttet til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

#### **(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2)**

**«2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for pasienter med behov for koordinerte tjenester,»**

**«3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,»**

**«5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,»**

Disse punktene omhandler samhandling på individnivå. Beskrivelse av samhandling og informasjonsutveksling ved inn- og utskrivning fra sykehus skal konkretiseres på rutine- og prosedyrenivå. De bør være så konkrete at det er mulig å sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring gjennom et gjensidig avviksmeldingssystem.

Ved ambulant virksomhet og veiledning fra spesialisthelsetjenesten (se kap 3.5) bør også kommunens rolle beskrives. Veiledningsplikten er nærmere utdypet i eget (rundskriv I-3/2013) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fastlegens rolle bør også beskrives.

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester bør relevant informasjon fra kommunen følge med ved planlagte innleggelser. Ved akutte innleggelser bør slik dokumentasjon innhentes. Avtalen bør beskrive rutiner for dette. For pasienter som har koordinator i kommunen kan disse være sentrale samarbeidspartnere gjennom oppholdet. Eventuelle individuelle planer kan gi viktig informasjon om helheten for pasienten (se kap 4). Samhandling fram mot utskrivelse bør starte ved innleggelse.

Det bør lages egen delavtale om forpliktelser og avklaring av økonomiske spørsmål i tilfeller hvor pasienter har behov for ledsager fra kommunen i forbindelse med innleggelse i sykehus. Problemstillingen gjelder særlig barn og for øvrig pasienter med omfattende bistandsbehov.

Lenke til rundskriv IS-5/2013- Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Publikasjoner/Ferdigstilt%20rundskriv.pdf>

Samhandlingsrutiner på individnivå bør inkludere private institusjoner eller tilsvarende som regelmessig er del av pasientforløp.

Se for øvrig opplisting under hvert av punktene i (veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler) om samhandling med fastlegen, samarbeid mellom koordinerende enheter i helseforetak og kommuner, samhandling om individuell plan, utpeking av koordinator, informasjonsutveksling, ambulant virksomhet, hjelpemidler, lærings- og mestringstilbud, særlig om oppfølging av mindreårige mm.

### 1.6.3.2 Samhandling om kompetanse og forskning

#### **(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2)**

**«6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,»**

**«7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,»**

I tillegg til rutiner for samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling knyttet til pasientgrupper, skal avtalene beskrive samhandlingsstruktur og møteplasser for dialog på systemnivå. Det bør identifiseres temaer og områder hvor det er viktig å bygge felles kompetanse og faste samarbeidsstrukturer. Eksempler på dette er systematisk arbeid for utvikling og forbedring av pasientforløp, samhandlingskompetanse, koordinering og brukermedvirkning. Dette er sentrale temaer innen habilitering og rehabilitering. I tillegg bør det identifiseres områder hvor det er særlig viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar med fagkompetanse i kommunene. Samarbeidsavtalene bør også beskrive kommunenes deltakelse og forpliktelser innen forskning, jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3).

Regionale og lokale nettverk med kontaktpunkt i de koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering på helseforetaksnivå og i kommunene bør beskrives i avtalene som integrert del av den faste samhandlingsstrukturen mellom nivåene. Faste møteplasser for samhandling, informasjonsutveksling og faglig samarbeid bør synliggjøres i dette. Det bør også beskrives hvordan representanter fra disse nettverkene og fagmiljøene skal bidra i arbeidet med de lovpålagte samarbeidsavtalene. Ansvarsområdene til de koordinerende enhetene, som i hovedsak dreier seg om samhandling, bør tilsi at disse involveres i arbeidet med avtalene. Deres rolle som gjensidige kontaktpunkt for tverrfaglig samhandling mellom nivåene bør fremgå i beskrivelsen av samhandlingsstrukturen.

### 1.6.4 Implementering

Kommuner og helseforetak må sikre implementering av samarbeidsavtalene. I dette ligger at avtalens innhold må være kjent for de det er relevant for og at de konkrete retningslinjene er innarbeidet i daglig praksis. Dette bør tydeliggjøres som et ansvar for både ledere og ansatte.

Private rehabiliterings- og rusinstitusjoner bør tilsvarende ha kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. I tillegg må de sikre tilsvarende intern implementering av de rutinene hvor de inngår som deler av et forløp.

## 1.7 Pasientforløp

---

Habilitering og rehabilitering krever, i følge definisjonen, planlagt, målrettet og systematisk samarbeid mellom flere aktører. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er et område hvor samhandling og koordinering er spesielt viktig for å skape sammenhengende forløp.

Pasientforløp defineres som «en helhetlig sammenhengende beskrivelse av pasienters kontakter med de ulike deler av helsetjenesten i løpet av en sykdomsperiode»(kilde....) Utfordringen er å lage pasientforløp som er helhetlige og ikke fører til brudd i forløpet ved overgang mellom ulike aktørers ansvarsområder. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen.

Utvikling av standardiserte forløp skal være med å sikre at brukere og pasienter får et kvalitativt godt tilbud vurdert på tilgjengelig kunnskap om god praksis. En standardisering må gi rom for individuelle variabler.

Pasientforløp internt i spesialisthelsetjenesten er ofte avgrenset til enkelt diagnoser der man følger faglige, kunnskapsbaserte anbefalinger for aktuell diagnosegruppe. Slike forløp omtales gjerne også som behandlingslinjer. I kommunen vil pasientforløp i større grad ha som mål at pasienten og brukeren skal klare seg best mulig selv. Vedkommende kan ha flere diagnoser og funksjonsproblemer på mange områder. Å utvikle gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid. Gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid utvikles felles praksis og konsensus om hva som er gode pasientforløp. I mange habiliterings og rehabiliteringsforløp er det i tillegg til helse- og omsorgstjenester behov for tjenester fra andre instanser og virksomheter.

Studier av pasientforløp kan brukes som metode for påvisning av brudd i tjenestetilbudet og således være et verktøy i praktisk kvalitetsforbedring. Samarbeid om standardiserte pasientforløp på tvers av tjenestenivå- for eksempel som ledd i utarbeidelse av samarbeidsavtaler anbefales.

I rapport IS 1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet skrev Helsedirektoratet følgende om elementer som burde være tilstede i et pasientforløp innen rehabiliteringsfeltet:

- o Sømløst (koordinert, preget av samhandling)
- o God kvalitet, være tuftet på kunnskapsbasert praksis
- o God kompetanse
- o Tilbudet må stå i forhold til behovet -nok ressurser og kapasitet
- o Rett behandling til rett tid på rett sted
- o Gode overganger mellom nivåene

- o Gode ambulante tjenester som blant annet skal sørge for kompetanseoverføring
- o Helhetlig tenkning (basert på ICF)
- o Individuell plan
- o Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- o Aktiv brukermedvirkning både på individ- og systemnivå

Det kan være store variasjoner mellom ulike pasientforløp innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Når rehabiliteringsbehovet oppstår som følge av en akutt skade kan oppstart av rehabilitering skje på den avdelingen som gir intensivbehandling. Et mulig videre forløp kan være at pasienten overføres til en rehabiliteringsavdeling i helseforetaket. Derfra kan pasientforløpet gå via en privat rehabiliteringsinstitusjon før videre rehabilitering i kommunen .

Et annet utgangspunkt kan være en kronisk tilstand der det er pasienten eller brukeren selv, fastlegen eller andre deler av det kommunale tjenesteapparatet som avdekker rehabiliteringsbehovet. Hvorvidt det er formålstjenlig å henvise pasienten og brukeren til spesialisthelsetjenesten for rehabilitering og dernest videre oppfølging i kommunen avhenger av hva behovet er. Det kan også være aktuelt at fastlegen, i samforståelse med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen, henviser pasienten til rehabilitering i kommunen uten å gå veien om spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringsprosessen vil da kunne vare gjennom hele livsløpet med forskjellig grad av intervensjon i forskjellige deler av forløpet.

Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må ivaretas i alle ledd av kjeden. Overføringsverdi til pasientens hjemmesituasjon må ha fokus uansett hvor i pasientforløpet man er.

## **1.8 Kvalitet, faglig forsvarlighet og internkontroll**

---

De nasjonale målene for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er at de

- «skal ha god kvalitet,
- være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og
- tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted».

(«God kvalitet – trygge tjenester»), Meld. St. 10. (2012-2013).

I dette ligger også at tilbudet skal være brukerorientert. Det innebærer aktiv medbestemmelse som skal bidra til bedre resultater for pasient og bruker, og bedre utnyttelse av ressursene.



Videre er økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring et sentralt mål for bedre kvalitet (intern lenke til kap om internkontroll)

### 1.8.1 God kvalitet

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten («...å bedre skal det bli!») som ble utgitt i 2005, konkretiserer seks kjennetegn ved tjenester av god kvalitet.

«Tjenester av god kvalitet skal

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt».

#### 1.8.1.1 Tidsfaktorens betydning for kvalitet

At tjenester «er tilgjengelige innen forsvarlig ventetid» er en sentral forutsetning for et godt tjenestetilbud innen habilitering og rehabilitering. Tiltakene skal stå i rimelig forhold til forventet effekt. Ved prioritering av tiltak bør disse faktorene tas med i vurderingen.

Riktige tjenester til riktig tid gir en vinn-vinn-situasjon for både pasienter og tjenester. Anbefalinger på dette området kan gis gjennom nasjonale faglige retningslinjer.

### 1.8.2 Faglig forsvarlighet

Det er flere faktorer som må vurderes for å sikre forsvarlige tjenester, herunder

- faglig innhold
- organisering
- saksbehandling
- samarbeid

Fra definisjonen av habilitering og rehabilitering kan følgende elementer utledes som sentrale for utvikling av faglig forsvarlige tjenester:

- tjenesten er planlagt og målrettet

- brukerens og pasientens individuelle behov og mål er utgangspunktet
- brukermedvirkningen er optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger
- tjenesteyterne bistår pasienten og brukeren i å optimalisere/vinne tilbake evnen til selvstendighet og deltakelse
- tjenesteyterne samarbeider både i planlegging, gjennomføring og evaluering
- tjenester fra ulike fag og sektorer ses i sammenheng og bidrar til å realisere pasientens og brukerens mål
- det er god samhandling mellom tjenesteyterne og pasient og bruker
- tjenestene omhandler både fysisk, psykisk og sosial funksjon

#### 1.8.2.1 Overordnet om forsvarlighetskravet

I rundskriv IS-5/2013 til spesialisthelsetjenesteloven og rundskriv IS-8/2012 til helsepersonelloven omtales forsvarlighetskravet blant annet slik:

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, som for eksempel kan komme til uttrykk i faglitteraturen, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense vil det være rom for at kommunen utøver skjønn. Det følger imidlertid av kravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Nasjonale faglige retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet er eksempler på publikasjoner som beskriver hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.

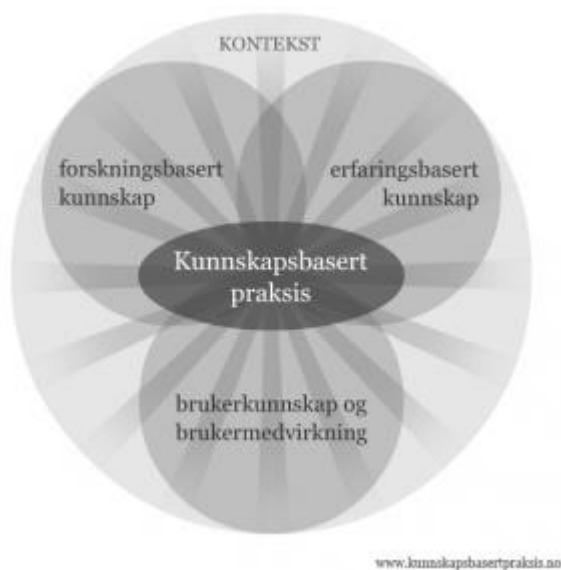
### 1.8.3 Kunnskapsbasert praksis

« Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon. (Nordtvedt og Jamtvedt 2007)

Det må innarbeides metoder for å søke opp den best tilgjengelige kunnskapen og kritisk vurdere denne. Kunnskapsbasert praksis er et sentralt element i kontinuerlig kvalitetsarbeid.

Trinnene i kunnskapsbasert praksis:

1. Refleksjon over egen praksis
2. Formulere spørsmål
3. Finne forskningsbasert kunnskap (litteratursøk)
4. Anvende forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukernes behov
5. Evaluere egen praksis



(lenke til [www.kunnskapsbasertpraksis.no](http://www.kunnskapsbasertpraksis.no))

## 1.8.4 Internkontroll og kvalitetsforbedring

### 1.8.4.1 Lovgrunnlaget

Internkontroll og kvalitetsforbedring følger av plikten til å sørge for forsvarlige tjenester. Plikten er adressert til de ansvarlige for virksomheten i kommuner, helseforetak og øvrige institusjoner som yter helsehjelp. Kravene til systematiske tiltak på dette området er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd, § 4-2, jfr § 4-1 og spesialisthelsetjenesten § 3-4 a, jfr § 2-2. I tillegg er det i helsepersonelloven § 16 stilt krav til organiseringen av tjenestene for at helsepersonellet skal kunne overholde sine lovpålagte plikter.

Videre er kravene til internkontroll nedfelt i helsetilsynsloven § 3, utdypet i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

### 1.8.4.2 Systematisk kvalitetsforbedring

Virksomheter som yter helsehjelp skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Det er et ledelsesverktøy som omfatter kontinuerlige tiltak for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Det retter seg både mot innholdet i tjenestene, organisering og arbeidsprosesser. Veilederen «Hvordan holde orden i eget hus» utdyper temaet nærmere. Mer om dette også i kapitlet om faglig forsvarlighet kapittel 2.

### 1.8.4.3 Innhold i internkontrollen

Internkontrollen skal tilpasses den aktuelle virksomheten. Det innebærer, jfr forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4, at den/de ansvarlige for at virksomheten skal

- beskrive virksomhetens mål, oppgaver, organisering, myndighet og ansvar
- sikre tilgang til relevante lover og forskrifter
- sikre at personellet har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter relatert til fagfeltet og virksomhetens internkontroll
- sikre at personellet medvirker slik at kunnskap og erfaring utnyttes
- sikre at pasient- og brukererfaringer tas i bruk til forbedring av virksomheten
- ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt og mangler
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre prosedyrer, instruksjoner og rutiner
- sikre at internkontrollen bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

#### 1.8.4.4 Forholdet mellom internkontroll og kvalitet

En god internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem. Her kan virksomhetens ledelse også inkludere selvpålagte krav som går ut over det som følger av lov og forskrift. Eksempler på dette kan være krav til service, ventetider, tilgjengelighet og kommunikasjon. Slike krav kan være satt for å imøtekomme forventninger fra brukere, pårørende eller samarbeidspartnere.

Et sentralt element i å sikre godt faglig innhold i tjenestene, er at virksomheten er oppdatert på faglige retningslinjer og ny fagkunnskap. Her må virksomhetens ledelse legge til rette for riktig rekruttering og kontinuerlig oppdatering av personellet kunnskap gjennom kurs, etter- og videreutdanninger. Endringer i behovet for tjenester og til enhver tid sikre riktig og tilstrekkelig bemanning er sentralt. Dette er nærmere utdypet i (rundskriv til helsepersonellovens) § 16.

## 2. HABILITERING OG REHABILITERING KOMMUNE

### 2.1 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

---

#### § 5 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

«Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.»

Kommunens overordnede ansvar følger av (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Videre er det i (§ 3-2) konkretisert tjenester som kommunene blant annet skal ha for å oppfylle sitt ansvar. «Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» er her nedfelt i (§ 3-2, pkt 5.) Denne formuleringen er dekkende for all habilitering og rehabilitering. Departementet presiserer i lovforarbeidene at det også gjelder rehabilitering med arbeid som mål.

Den enkelte pasient og brukers rettigheter følger av bestemmelsene i (pasient- og brukerrettighetsloven). Retten til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering utledes av § 2-1 a i denne loven hvor det sies at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

### 2.1.1 Kommunens sørge-for-ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Sørge-for-ansvaret i andre ledd av (§ 5) innebærer at kommunen har ansvar for at befolkningen får sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering på kommunalt nivå i samsvar med den enkeltes behov. Henvisningen til (§ 1) og (§ 3) er en tydeliggjøring av at tilbudet skal legges opp i samsvar med forskriftens formål og definisjonen av habilitering og rehabilitering. Det overordnede sørge-for-ansvaret innebærer at kommunene selv kan velge hvordan de vil organisere tjenestene ut fra behov og lokale forhold. Kommunene kan velge om de yter tjenestene selv eller inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Kommunens sørge-for-ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Sørge-for-ansvaret for begge nivåer vil kunne endre seg over tid på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål. Ansvar og oppgaver innen habilitering og rehabilitering er nærmere utdypet i kapitlet om (ansvarsavklaring 1.4).

### 2.1.2 Rett til habilitering og rehabilitering

Den enkelte pasient og brukers rettigheter følger av bestemmelsene i (pasient- og brukerrettighetsloven). Retten til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering utledes av § 2-1a i denne loven hvor det sies at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. [Lenke til nytt rundskriv til pasient og brukerrettighetsloven.](#)

### 2.1.3 Krav til faglig forsvarlighet

Tjenester som ytes etter (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2) skal være forsvarlige, jf (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Dette innebærer at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå. ([intern lenke til kap 1.8.2](#)) Dersom kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere om å yte kommunale tilbud innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering, jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1), er det kommunen som har det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud. De som yter tjenester etter slike avtaler er imidlertid ansvarlig for tjenesteyting i henhold til gjeldende lovverk. Dette gjelder både institusjonene og det enkelte helsepersonell, jfr (helsepersonelloven § 16).

### 2.1.4 Ansvarsavklaring

Forskriftens regulering av ansvar mellom tjenestenivåene følger de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (kap 1.5.1). Kommunens ansvar må ses i forhold til spesialisthelsetjenestens ansvar ([lenke til kap 3.1.5](#)).

Så langt det er mulig, og innenfor rammen av faglig forsvarlighet, skal tjenestene tilbys i kommunene. Når behovet for kompetanse overstiger det som det er naturlig å bygge opp i kommunene, må det kobles inn kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan enten skje

gjennom råd og veiledning, ambulante tjenester, eller det kan være behov for henvisning til konsultasjon og innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Grensen for hva som er kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar kan være vanskelig å trekke. Dette må avklares i dialog mellom nivåene. På overordnet nivå skal dette skje gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene (lenke til kap 1.6). På pasientnivå vil det likevel ofte være nødvendig med avklaringsamtaler for å bli enige om hvor tilbudet skal ytes.

En god tjenesteyting fordrer at det enkelte tjenestested har rutiner som sikrer at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden. Dersom det oppstår uklare grenser i ansvarsforholdet, må ikke dette innebære at brukeren ikke får nødvendig bistand.

Rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (lenke) gir nasjonale anbefalinger for dette. Her presenteres en modell for ansvarsavklaring, og det foreslås oppgaver som i større grad bør gjøres i kommunene.

Det finnes flere eksempler på gode prosesser for ansvarsavklaring mellom nivåene innen habilitering og rehabilitering. Helse Midt-Norge organiserte dette som et prosjekt med deltakere fra tjenestene på begge nivåer, brukerrepresentanter og høyskole. Det ble avholdt flere konferanser på ulike steder i regionen. Anbefalinger ble oppsummert i en sluttrapport.

### 2.1.5 Generell oversikt over behov

Første ledd i forskriften tydeliggjør at kommunen skal ha generell oversikt over behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Formålet er å sikre et tilstrekkelig grunnlag for å planlegge virksomheten for til enhver tid ha tilbud som samsvarer med behovet i befolkningen. I denne sammenhengen etterspørres ikke oversikt over enkeltindividers helsetilstand. Oversikten må imidlertid være god nok til å danne et pålitelig kunnskapsgrunnlag for styring, dimensjonering og prioriteringer.

#### 2.1.5.1 Oversikt på individnivå

Selv om kravet ikke gjelder individnivået, bør det likevel ses i sammenheng med forskriftens (§ 7) som omfatter meldinger om behov på individnivå. (lenke til kap 2.4) Kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, som skal motta disse meldingene med mindre kommunen bestemmer noe annet, bør anses som en sentral aktør i arbeidet med behovskartlegging og planlegging.

#### 2.1.5.2 Folkehelseprofiler

Kommunens ansvar for å ha oversikt over og følge med på helsetilstanden i befolkningen er styrket gjennom (folkehelseloven). Oversikten er ment å gi grunnlag for det brede



sektorovergripende folkehelsearbeidet. I forarbeidene til loven sies det at «Oversikten kan også inngå som et av flere grunnlag for styring og prioritering av helse- og omsorgstjenestens arbeid, herunder planlegging og evaluering. Videre vil en løpende oppdatert oversikt være grunnlag for revidering av kommunens mål, strategier, handlingsprogram mv.»

For å understøtte arbeidet har Folkehelseinstituttet utarbeidet (Kommunehelse statistikkbank). Her kan kommunene hente ut data om helsetilstanden i egen befolkning. Statistikken utgjør grunnlaget for folkehelseprofilene i kommuner og fylker. Temaer som inngår i statistikken er befolkning og levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Denne informasjon er relevant grunnlag for kommunenes arbeid med å planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

## 2.1.6 Plikten til å planlegge virksomheten

### 2.1.6.1 Kunnskap om behov

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet slik at den oppfyller krav i lov og forskrift. Kommunens plan for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering bør konkretisere hvordan kommunen skal ivareta befolkningens behov både på kort og lang sikt.

Kommunen skal ha et system for å registrere behov og hvorvidt det er samsvar mellom tilbud og behov. Dette må danne grunnlag for planlegging av virksomheten, jfr forskriften (§ 5). (kap 2.1.5).

For å synliggjøre sammenhenger både innad i helse- og omsorgstjenesten og på tvers av nivåer og sektorer, anbefales det at planen innarbeides i kommunens helhetlige planstruktur/kommuneplan. Gjennom dette kan kommunen på overordnet nivå konkretisere hvordan de vil realisere målene om helhetlige og koordinerte tjenester. Planen bør beskrive prioriteringer og framtidig utvikling av virksomheten.

Ved at planen inngår i kommunens helhetlige planstruktur/kommuneplan sikres at tiltakene blir gjenstand for både administrative og politiske beslutninger samt knyttes til økonomiplan og langtidsbudsjettering. Dersom det utarbeides egen plan for dette tjenestområdet bør det synliggjøres hvordan denne inngår i en større helhet med andre delplaner på helse- og omsorgsområdet i kommunen.

Plankravet innebærer også regelmessig revisjon og plikt til internkontroll, jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 3.ledd) og (§ 4-2). (lenke til 1.8.4)

### 2.1.6.2 IPLOS

Kommunene er gjennom helseregisterloven pålagt å benytte IPLOS. Dette er et nasjonalt helseregister. Det har som formål å samle inn og behandle data fra kommunene om personer

som har søkt, mottar eller har mottatt, helse- og omsorgstjenester for å gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten.

### 2.1.7 Helhetlige og integrerte tjenester

Kommunen skal legge til rette for at tjenester etter (helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2) kan inngå som integrert del av et tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud, uavhengig av hvordan tjenestene er organisert eller finansiert.

Det er pasientens og brukerens behov som skal være utgangspunktet for sammensetningen av det tverrfaglige tilbudet. Dette følger også av krav til forsvarlighet i (helsepersonelloven § 4). Kommunen plikter å legge til rette for slik samhandling etter (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4). Kommunens ansvar for fastlegeordningen er presisert i (fastlegeforskriften § 8).

### 2.1.8 Nødvendig utredning og oppfølging

Andre ledd pålegger kommunene å sikre nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Ansvaret samsvarer med den enkeltes rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester etter (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a). Utredning av behov følger av krav til forsvarlig saksbehandling. Dette utdypes også nærmere i forskriftens (§ 8). (lenke til kap 2.2)

### 2.1.9 Uavhengig av boform

Av tredje ledd i § 5 går det fram at den enkeltes boform ikke skal innvirke på hvorvidt det gis et tilbud eller ikke. Personer som har opphold i sykehjem eller annen institusjon, skal gis tilbud på linje med hjemmeboende og etter de samme faglige retningslinjer dersom de har behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

### 2.1.10 Samarbeid med andre etater

Når pasientens og brukerens behov tilsier det skal helse- og omsorgstjenesten samhandle med tjenesteytere i andre sektorer og etater. Med dette menes blant andre Arbeids- og velferdsetaten NAV, utdanning, oppvekst og kultur. Dette følger også av kravene til forsvarlighet i (helsepersonelloven § 4). Kommunen skal samarbeide med «fylkeskommunene, regionalt helseforetak og stat», jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4).

Behovet for tverrsektoriell samhandling er særlig fremtredende for pasienter og brukere med behov for tjenester over en lengre tidsperiode og gjennom ulike livsfaser. Barn og unge samt personer med psykiske problemer og rusavhengighet som har behov for habilitering og rehabilitering har nesten uten unntak behov for slik samhandling. Det er også sentralt innen rehabilitering med arbeid som mål.

## 2.2 Utredning av behov

---

### 2.2.1 Lovgrunnlaget

#### § 8 Undersøkelse og utredning

**«Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang».**

Undersøkelse og utredning skal avklare den enkeltes behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Formålet er å sikre forsvarlige tjenester, jfr (intern lenke til tema forsvarlighet). Kravet til forsvarlighet gjelder også undersøkelse og utredning.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester etter (helse- og omsorgstjenestelovens §§ 3-1) og (3-2) og pasienter og brukeres rett til slike tjenester etter (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a). Her stilles krav til hva som skal gjøres før tjenester innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering innvilges og ytes. Regler for saksbehandling følger av forvaltningslovens bestemmelser nærmere utdypet i (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7) og (kapittel 7) i samme lov.

### 2.2.2 Generelt om vurdering av behov

#### 2.2.2.1 Rehabilitering fremfor kompenserende hjelp

Helse- og omsorgstjenestelovens formål er blant annet å legge til rette for den enkeltes mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (§1-1, nr 1). Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne bør som utgangspunkt prioriteres fremfor kompenserende hjelpetiltak. Vedkommendes totalsituasjon, ressurser, potensial og mål må stå sentralt i vurderingen.

#### 2.2.2.2 Tidlig innsats

Tidsfaktoren er sentral for god effekt av tiltak innen habilitering og rehabilitering. Det bør etableres en praksis, nedfelt i rutiner, med tidlig tverrfaglig kartlegging ved begynnende funksjonsfall for alle brukergrupper. (lenke kap 2.2.3). For barn og unge med risiko for skjevutvikling vil tidlig oppstart av habiliteringsprosessen være avgjørende.

#### 2.2.2.3 Tilbud i samsvar med behov

Kommunen kan ikke begrunne avslag med at det ikke finnes tilbud. Dersom det er kartlagt et behov for et spesifikt tilbud, må dette skaffes til veie. Det følger av sørge-for-ansvaret.

#### 2.2.2.4 Søknader og melding om behov

Vurdering av behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering gjøres på bakgrunn av ulike former for henvendelser. Det kan eksempelvis være skriftlig eller muntlig henvendelse fra pasienter og brukere, henvisning fra fastlege, melding fra spesialisthelsetjenesten eller behov meldt til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering jfr (forskriftens § 7) ([lenke til kapittel om melding om behov](#)). Muntlige henvendelser skal kunne betraktes som søknad og må nedtegnes i journal. Dersom behov er meldt fra andre enn pasient og bruker selv, må det sikres at vedkommende ønsker en slik vurdering. Her gjelder også reglene om samtykke ([lenke](#)).

#### 2.2.2.5 Informasjon og medvirkning

Kommunen skal gi informasjon til pasient og bruker som er nødvendig for at vedkommende skal få oppfylt sine rettigheter. Se brukermedvirkning (1.2).

#### 2.2.2.6 Vurdering av behov for individuell plan og koordinator

Vurderingen må også omfatte avklaring av behov for individuell plan og koordinator jfr (forskriftens kapittel 5) ([intern lenke til kapittel 4](#)). Dersom pasient og bruker ønsker individuell plan og/eller koordinator, skal arbeidet igangsettes så snart som mulig, og i samsvar med kommunens rutiner for dette.

### 2.2.3 Tverrfaglig kartlegging og vurdering

Behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering kan være relatert til hele spekteret av «somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne» jfr (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Det gjelder pasienter og brukere i alle aldersgrupper og livsfaser. Kravet til vurderingskompetanse må gjenspeile denne bredden.

I «FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne», artikkel 26, sies det at tjenestene skal baseres på tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser. ([Lenke til hele artikkelen](#))

I forskriftens (§ 5) henvises det til at tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud ([intern lenke](#)). Avklaring av behov og innvilgelse av tjenester må fastsettes på bakgrunn av tverrfaglig kartlegging og vurdering. Dette for å sikre forsvarlig utredning, jfr (helsepersonelloven § 4). Vurderingen må inkludere både avklaring av hvilke tjenester vedkommende har behov for, og behovet for samarbeid og koordinering.

Tverrfaglig vurdering innebærer at relevant profesjonsfaglig personell kartlegger pasient og brukers ressurser og behov ut fra sin kompetanse. Mål og tiltak utformes i nært samarbeid

mellom fagpersonene og pasient og bruker. Slik sikres enhetlig forståelse av behov og at det arbeides mot felles mål. Kunnskap om effekt av tiltak må vektlegges for å sikre god ressursutnyttelse. Profesjonsfaglig kompetanse ved kartlegging og vurdering av behov, anses som sentralt også i tilfeller hvor tiltakene i noen grad planlegges utført ved bruk av medhjelpere uten profesjonsfaglig kompetanse.

Informasjon som innhentes i forbindelse med saksbehandling samt dokumentasjon knyttet til tjenesteytingen, skal nedtegnes i IPLOS.

#### 2.2.3.1 Tverrfaglig metodikk

Tverrfaglig metodikk innebærer målrettet og strukturert utveksling av kunnskap og perspektiver på tvers av fagene. Når flere faggrupper gjør en kartlegging vil de samtidig se det som sin oppgave å lage syntesen sammen. (Keiser og Lund 1993). Målet er å sikre god ressursutnyttelse og bedre kvalitet ved at den samlede kompetansen utnyttes optimalt. Det sikrer samtidig et felles kunnskapsgrunnlag og samordnet utgangspunkt for tjenesteytingen.

Kommunen bør sikre tilstrekkelig kompetanse i metodikken tverrfaglig samarbeid hos alle faggrupper.

#### 2.2.3.2 Kontinuerlig vurdering og evaluering

I et habiliterings- og rehabiliteringsforløp må det skje en kontinuerlig evaluering av pasient og brukers behov, og tiltakene må justeres i samsvar med dette. Formålet er å sikre optimal effekt.

#### 2.2.3.3 ICF som verktøy for avklaring av behov

Det internasjonale klassifiseringsverktøyet ICF er et godt verktøy for å sikre helhetlig tilnærming ved avklaring av behov for habilitering og rehabilitering. Verktøyet tar utgangspunkt i dagens situasjon innen følgende fire områder:

##### 1. *Kroppsfunksjon og struktur*

Dette omfatter

- medisinske forhold knyttet til både somatisk og psykisk helse
- fysisk, psykisk og kognitiv fungering
- språk, kommunikasjon og sansefunksjoner
- generell allmenntilstand

##### 2. *Daglige aktiviteter*

Dette omfatter vedkommendes evne til å utføre daglige gjøremål.

### 3. *Deltagelse*

Dette omfatter hjem, familie, venner, jobb og fritid.

### 4. *Omgivelser og miljø*

Dette omfatter sosiale og fysiske omgivelser.

## 2.2.4 Saksbehandling

Kommunen kan organisere arbeidet slik de ser det er hensiktsmessig innenfor rammen av forsvarlighetskravet. Uansett organisering er det urealistisk å anta at hele bredden av fagkompetanse vil være samlet i en saksbehandlingsenhet. Kommunen må sikre at saksbehandlere har god kunnskap om hvilke kompetanseområder de ulike profesjoner og tjenestesteder har, jfr (helsepersonelloven § 4 og § 16), slik at de kan innhente relevant kunnskap ved behov. En profesjons fagkompetanse har bare gyldighet innen de temaene som hører inn under denne profesjonen. Det er derfor sentralt å vite hvor grensene for de ulike profesjonenes kompetanse ligger og respektere disse.

### 2.2.4.1 Kommuner med egne saksbehandlingsenheter

Kommuner med egne saksbehandlingsenheter for tjenester innen helse og omsorg, herunder habilitering og rehabilitering, bør vurdere behovet for breddekompetanse ved bemanning av kontorene. I tillegg må de ha skriftlig nedfalte rutiner for innhenting av supplerende opplysninger og vurderinger fra relevant kvalifisert personell når de selv mangler nødvendig kompetanse, jfr (helsepersonelloven § 16 og § 4, andre ledd), for å kunne gjøre tverrfaglige vurderinger i samsvar med pasienter og brukeres behov jfr plikten til forsvarlighet.

### 2.2.4.2 Saksbehandling på det enkelte tjenestested

De samme reglene for samhandling og innhenting av nødvendig kompetanse skal gjelde i tilfeller hvor vurdering av behov gjøres på det enkelte tjenestested. Dersom eksempelvis en kommune velger å legge saksbehandling og behovsvurdering innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering til fysioterapitjenesten, innebærer det også plikten til å ivareta nødvendig bredde. Ved antatt behov for habilitering og rehabilitering, vil det ikke være tilstrekkelig og bare vurdere behovet for enkelttjenester.

### 2.2.4.3 Samhandling med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Noen større kommuner har valgt å organisere sin koordinerende enhet inn i, eller i nær tilknytning til, forvaltningskontor/saksbehandlingskontor. I slike tilfeller vil enhetenes rolle i å motta meldinger om behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering jfr (forskriftens § 7) være en integrert del av kontorets arbeid (intern lenke til kapitlet Melding om behov).

Dersom enhetene er organisert på annen måte, må det etableres faste rutiner for samhandling mellom denne enheten og forvaltningskontoret. Dersom forvaltningskontoret er meldepunktet for såkalte PLO-meldinger fra sykehuset, og det gjennom dette meldes om behov for individuell plan og koordinator, må det være rutiner som sikrer at meldingen videreformidles til koordinerende enhet. Dette følger av kravet i (helsepersonelloven § 16) om at kommunen må legge til rette for at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jfr (helsepersonelloven § 38a).

#### 2.2.4.4 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Bestemmelsen i (§ 8) inkluderer plikt til å henvise til spesialisthelsetjenesten dersom kommunens kompetanse ikke er tilstrekkelig for å avgjøre hvilket tilbud personen har behov for. Dette kan være tester og utredninger som må utføres av personell med spesialistkompetanse som kommunen ikke har, f.eks. Eksempler kan være nevropsykologisk utredning og spesialmotoriske tester. Det er fastlegen som må henvise til spesialisthelsetjenesten, med mindre personen allerede mottar et tilbud på dette nivået og at vurdering av tjenester skjer i overgangen mellom sykehus og kommune.

For pasienter som meldes fra sykehus og hvor det er et antatt behov for habilitering og rehabilitering, kan sykehus og kommune samhandle om den tverrfaglige vurderingen. Kommunen bør inkluderes i sykehusets vurderinger av om pasienter skal overføres fra sykehusavdeling til videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten eller utskrives til kommunen. (lenke til kap 1.6)

#### 2.2.4.5 Samhandling med fastlegen

Kommunen plikter å legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegen, jfr (fastlegeforskriften § 8). Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for sine pasienter, jfr (§19) i samme forskrift, og plikter å samarbeide med annet relevant personell.

Før eventuell henvisning til habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er det viktig at fastlegen samhandler med relevante aktører i kommunen. Det må avklares at pasient og brukers behov ikke kan ivaretas på kommunalt nivå før det henvises til spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, med sin kunnskap om tilbud både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, er sentral samarbeidspartner i denne sammenheng.

#### 2.2.4.6 Samhandling med andre sektorer

Kommunen skal også ved behov samhandle med personell fra områder utenfor helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig og relevant for de beslutninger som skal tas, jfr forskriften (§ 5). Et sentralt prinsipp innen habilitering og rehabilitering er å se tjenester i sammenheng.

All samhandling og innhenting av opplysninger må skje etter reglene om taushetsplikt og samtykke. (intern lenke til kap 1.3 og 1.4).

## 2.3 Kompetanse og faglig innhold

---

### 2.3.1 Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse

Kommunale tjenester kan i prinsippet ytes med utgangspunkt i ulike formål. Noen ganger kan tjenester være enkeltstående behandlingstiltak uten behov for nærmere oppfølging. Andre ganger kan de samme tjenestene ha forebygging som mål. I denne forskriftens kontekst kan de samme, både behandlingstiltak og tjenester med forebygging som mål, inngå som elementer i en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess, (jfr kap 2.1.7). Avhengig av anvendelsesområder vil det fordre ulik grad av tilleggskompetanse for å sikre optimal effekt av tiltakene.

For å sikre god kvalitet trengs et robust fagmiljø bestående av personell fra yrkesgrupper med medisinsk, psykologisk, pedagogisk og sosialfaglig kompetanse. Det anbefales at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt innen habilitering og rehabilitering som kan være drivere for kommunens arbeid på feltet. I tillegg til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, bør dette knyttes til tjenesteytende enheter og/eller team. Dette vil også sikre bedre forvaltning av kunnskap som kommunene tilføres gjennom veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

#### 2.3.1.1 Etter- og videreutdanninger og spesialisering

Det finnes flere muligheter for etter- og videreutdanninger og spesialisering innen habilitering og rehabilitering. Det er eksempelvis profesjonsspesifikke spesialiteter for psykologer, fysioterapeuter, leger, sykepleiere og ergoterapeuter. I tillegg er det tverrfaglige masterprogrammer innen habilitering og rehabilitering ved flere høyskoler.

#### 2.3.1.2 Erfaringskompetanse

Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse vinnes fremfor alt gjennom praksis. Det vil si den erfaringskompetansen som følger av at det man jobber mye med, blir man god på. Dette prinsippet gjelder for all tjenesteyting. Innen høyspesialisert medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten stilles det for eksempel klare krav til hvor mange operasjoner en avdeling må opp i for å kunne sies å ha forsvarlig kompetanse til å utføre de aktuelle prosedyrene. Repetisjon er en forutsetning for utvikling av kompetanse.

#### 2.3.1.3 Kompetanse innen ICF-området

Kjernen i habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse kan utledes av det bio-psyko-sosiale klassifikasjonssystemet ICF som er utarbeidet av WHO, jfr (kap 2.2.3). Det er ikke minst sentralt å



kunne se de ulike faktorenes avhengighet til hverandre og hvordan disse må samspille for å oppnå effekt for den enkelte pasient og bruker. Prosess- og samhandlingskompetanse er dermed et sentralt element.

- Generell kompetanse - prosess
  - o Om målrettet prosessarbeid – kartlegging, målsetting, tiltak og ansvar, framdrift, evaluering
  - o Brukermedvirkning - samhandling med bruker og nærpåørende
  - o Tverrfaglig samarbeid
  - o Individuell plan og koordinering
  - o Samhandling med andre sektorer og spesialisthelsetjenesten
- Kunnskap om trening, stimulering, tilrettelegging og mestring med utgangspunkt i fysisk, sosial, psykososial og medisinsk tilstand og fungering som blant annet omfatter følgende områder
  - o Generell daglig fungering - ADL
  - o Kommunikasjon
  - o Mobilitet
  - o Egenomsorg
  - o Kognitive prosesser
  - o Sosial fungering
  - o Evne til læring og mestring
  - o Utdanning og arbeidsliv
  - o Hjelpemidler og bolig
  - o Universell utforming
  - o Sosioøkonomiske forhold

## 2.3.2 Et differensiert tjenestetilbud

### 2.3.2.1 Nærhetsprinsippet

For å sikre optimal effekt må tilbudet være skreddersydd til den enkeltes behov. Ifølge formålet beskrevet i (§ 1) i forskriften, skal habiliterings- og rehabiliteringstjenester tilbys og ytes «i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø».

Dette må både tas med i vurderingen av hvorvidt tilbudet skal gis i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, og i avveiningen mellom ulike tilbud innad i kommunen. I de fleste tilfeller vil trening og oppøving av funksjons- og mestringsevne ha best effekt når det skjer integrert i dagliglivets arenaer som hjem, skole og arbeidsliv.

### 2.3.2.2 Et vidt spekter av behov

For at kommunen skal oppfylle sitt sørge-for-ansvar for nødvendige tjenester innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering til alle målgruppene, er det behov for tilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold/spesialisering. Tilbudene må imøtekomme behov hos hele spekteret av pasient- og brukergrupper.

For at kommunene skal kunne planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet slik at den sikrer et forsvarlig tilbud som dekker et vidt spekter av behov, kan det være hensiktsmessig lage en differensiering av tilbud relatert til variasjon i behov.

I merknadene til tidligere forskrift var det i avveiningen mellom kommunenes og helseforetakenes ansvar benyttet tre faktorer for å vurdere omfang av behov og ressursinnsats.

- behov for intensitet
- behov for samtidighet i tjenestetilbudet
- behov for fagkompetanse/spesialisert kompetanse

En slik tilnærming kan være hensiktsmessig for å differensiere mellom ulike tilbud i kommunene. Det må i tillegg suppleres med kravet til at tjenestene skal bistå i pasient og brukers prosess og at tilbudet skal være strukturert og målrettet, i samsvar med definisjonen i (forskriften § 3).

#### *Intensitet*

Med intensitet menes hyppighet av trening og øvrige tiltak. Intensitet omfatter også graden av belastning og å utfordre grensene for hva vedkommende kan klare å prestere. Vurdering av hva som er forsvarlig belastning må gjøres av kvalifisert personell. Denne faktoren må ses i tett sammenheng med at tilbudet skal være målrettet. I dette ligger behov for en tidsplan.

Forskning viser at for å oppnå varig bedring av funksjonsnivå, må treningstiltakene ha et visst nivå av intensitet. Dette, i tillegg til at tiltakene er målrettede og strukturerte, skiller rehabilitering fra tilfeldige og mindre systematiske aktivitetstiltak.

#### *Behov for samtidighet i tjenestetilbudet*

Et sentralt kjennetegn ved behov for habilitering og rehabilitering er funksjons- og mestringsutfordringer på flere områder samtidig. Det omtales ofte som sammensatt eller komplekst, og uttrykker behov for at ulike typer tjenester må ses i sammenheng og inngå i en større helhet. Gjensidig avhengighet mellom de ulike tjenestene er også et sentralt element. Dette fordrer strukturert tverrfaglig samarbeid, både internt i helsetjenestene og tverrsektorielt. Her er koordinering sentralt.

Kompleksitet innen rammen av kommunale tjenester kan gjenspeile behov for tjenester fra flere sektorer samtidig samt, og at tilbudet bør være tett integrert i hjem, skole og arbeidsliv.

#### *Behov for spesialisert kompetanse*

Med dette menes tilgang til profesjonsspesifikk kompetanse innen et vidt spekter av områder i samsvar med den enkeltes behov. Det er sentralt innen habilitering og rehabilitering at dette også må omfatte sosialfaglig og spesialpedagogisk kompetanse i tillegg til helseprofesjonene.

I noen grad bør kommunene ha personell med videreutdanning utover grunnutdanning på høgskole- og universitetsnivå, eksempelvis blant fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer. Det må i tillegg være tilgang til spesialpedagoger som logoped og synspedagoger. I tillegg bør flere ha etterutdanning relatert til brukergrupper innen barn, unge, rus og psykisk helse. Fagpersonene bør til en viss grad ha overlappende kompetanse for å sikre en robust tjeneste. Fleksibel oppgavedeling bør tilstrebes samtidig som spisskompetanse hos den enkelte ivaretas.

Hvorvidt et tilbud er forsvarlig, må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det kan være grunn til å konkretisere noen generelle forutsetninger for at en kommune skal kunne anses å ha kompetanse til å ivareta sitt sørge-for-ansvar for tilbud innen habilitering og rehabilitering. Krav til et minimum av grunnbemanning innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering vil være avhengig av behovene i de ulike målgruppene. Tverrfaglige team innen habilitering og rehabilitering i kommunene har ofte en grunnbemanning bestående av tre profesjonsgrupper.

Behovet for spesialisert kompetanse er en sentral faktor for hvor grensen opp mot spesialisthelsetjenesten går.

#### **2.3.2.3 Tilbud relatert til behov**

Kommunene må ha tilbud som dekker følgende områder

- rehabilitering somatikk (lenke til kjennetegn ved målgruppen)
- rehabilitering psykisk helse (lenke til kjennetegn ved målgruppen)
- rehabilitering rus (lenke til kjennetegn ved målgruppen)
- habilitering barn, unge og voksne (lenke til kjennetegn ved målgruppen)

Innen alle disse kategoriene vil det være et vidt spekter av behov.

#### 2.3.2.4 Mindre omfattende behov

<b>Pasient- og brukergrupper</b>
----------------------------------

- Pasienter og brukere med mindre funksjonsnedsettelse. Ofte tidlig fase.

<b>Kjennetegn ved tilbudet</b>
--------------------------------

Målrrettede og planlagte tiltak – ofte av kort varighet. Enkle tiltak knyttet til fysisk tilrettelegging av bolig, eventuelt skole og arbeidsplass.

Tilbudet kan være av høy intensitet, men kortvarig.

Tilbud hovedsakelig til hjemmeboende.

- Tiltak nedfelt i individuell plan – alternativt rehabiliteringsplan med definert planprosess
- Tverrfaglig team
- Tverrfaglig team i kombinasjon med øvrige hjemmetjenester
- Treningstiltak i hjemmet i kombinasjon med gruppetilbud ved frisklivsentraler, dagsentra, læring og mestring mm
- Kontinuerlig evaluering og justering av tiltak

For eldre kan tilbudet eventuelt gis i korttidsopphold i sykehjem.

<b>Kompetansebehov</b>
------------------------

Profesjonsspesifikk kompetanse på flere fagområder inn i behovsvurdering og oppfølging av habiliterings- og rehabiliteringsprosessen.

Lite behov for spesialisert kompetanse ut over høyskolenivå.

<b>Samhandlingsbehov</b>
--------------------------

Samhandling med spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig kartlegging. Samhandling med hjem, skole og arbeidsplass. Eventuelt individuell plan en tidsavgrenset periode.

Lav grad av kompleksitet.

### 2.3.2.5 Middels omfattende behov

#### **Pasient- og brukergrupper**

- Pasienter og brukere med noe mer omfattende bistandsbehov over lengre varighet.
- Kan ofte være yngre brukergrupper men med langvarig og i noen grad progredierende funksjonsfall.
- Behov for tjenester fra flere sektorer – sårbare livsfaseoverganger.
- Kombinasjon psykisk helse og rus.

#### **Kjennetegn ved tilbudet**

Mer omfattende habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Spesifikke tiltak knyttet til lettere kognitive vansker, kommunikasjonsvansker, mer omfattende livsstilsproblematikk, hjelpemidler og bolig og/eller sosioøkonomiske forhold.

Tilbudet gis hovedsakelig i hjemmet – evt kombinert med lærings- og mestringstilbud og frisklivstilbud.

Eventuelt ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

#### **Kompetansebehov**

Profesjonsspesifikk kompetanse på flere fagområder i utredning og oppfølging, eventuelt supplert med mer spesialisert kompetanse. Flere faggrupper samt kompetanse fra flere sektorer.

#### **Samhandlingsbehov**

Samhandling med spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig kartlegging. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten evt kombinert med poliklinisk oppfølging. Samhandling med flere sektorer i kommunen.

Individuell plan.

### 2.3.2.6 Omfattende behov

#### **Pasient- og brukergrupper kjennetegnes ved /noen kjennetegn ved målgruppen**

- Pasienter og brukere med høyt bistandsbehov.
- Ofte flere diagnoser.
- Vedvarende funksjonssvikt, med behov for intensiv habilitering og rehabilitering for å opprettholde sitt funksjonsnivå – motvirke progredierende utvikling.
- Brukere med omfattende adferdsproblemer.
- Kombinasjon rusavhengighet og psykisk sykdom

#### **Kjennetegn ved tilbudet**

Kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høy grad av faglig innhold.

Tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon – somatikk.

Tilbud i hjem, barnehage og skole – tett oppfølging av tjenester i kommunen, kombinert med ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

- Tiltak nedfelt i individuell plan – alternativt rehabiliteringsplan for oppholdet
- Tilbud med høy grad av intensitet
- Tverrfaglig tilbud med rehabiliteringsfaglig kompetanse
- Kontinuerlig evaluering og justering av tiltak

#### **Kompetansebehov**

Profesjonsspesifikk kompetanse på flere fagområder i utredning og oppfølging, supplert med spesialisert kompetanse. Høy grad av tverrfaglig bredde samt kompetanse fra flere sektorer.

#### **Samhandlingsbehov**

Samhandling med spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig kartlegging. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten evt kombinert med poliklinisk oppfølging. Samhandling med flere sektorer i kommunen.

Individuell plan.

### 2.3.3 Organisering

Det er kommunens ansvar å organisere tjenestene slik at de blir i stand til å overholde sine forpliktelser om faglig forsvarlige tilbud i samsvar med behov. På bakgrunn av etablert praksis og i noen grad forskning vil vi peke på noen måter å organisere tjenestene på innen habilitering og rehabilitering i kommunene.

#### 2.3.3.1 I institusjon

##### *Rehabilitering i institusjon – somatikk*

Det anbefales at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier:

- Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/rehabiliteringsavdeling

Erfaringer tilsier at kommunal rehabiliteringsinstitusjon bør ha et befolkningsgrunnlag på fra 40 – 60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for driften. (lenke til rapporten «Rehabilitering Midt-Norge»). For mange kommuner innebærer dette behov for interkommunalt samarbeid.

Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med ved korttidsplasser i sykehjem viser at det både er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene. Studien omfatter 300 personer over 65 år med hjerneslag, lårhalsbrudd eller kroniske lidelser. Pasientene som fikk tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon økte funksjonsevnen med nær det dobbelte på halvparten av tiden sammenlignet med korttidsplass i sykehjem. De hadde også mindre behov for tjenester etter oppholdet (Inger Johansen 2012).

#### 2.3.3.2 Tilbud utenfor institusjon

##### *Tverrfaglige team*

Tverrfaglige team kan være en god organisering for å sikre basiskompetanse innen rehabilitering. Teamene kan fungere som ressurs for øvrige tjenester. De kan også ha en sentral rolle i å sikre god forvaltning av kompetanse i forbindelse med ambulante tjenester og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. De bør være sentrale i kartlegging av behov og for planlegging og gjennomføring av tilbud til hjemmeboende. Teamene bør ha nært samarbeid med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Fagpersonene i teamene bør ha overlappende kompetanse. Fleksibel oppgavedeling bør tilstrebes samtidig som spisskompetanse hos den enkelte ivaretas.



### *Dagtilbud*

Noen kommuner tilbyr rehabilitering som dagopphold. Dette er ofte organisert som gruppetilbud, knyttet til dagsentra eller frisklivssentraler, hvor brukerne møter ulike fagpersoner samlet på ett sted. Tilbud kan kombineres med individuelle tilbud gitt i hjemmet. Lærings- og mestringstilbud og frisklivssentraler kan være viktige tiltak i denne sammenhengen.

### *Private fysioterapeuter*

Kommunen bør gjennom avtalene med privatpraktiserende fysioterapeuter etablere samarbeid som sikrer at disse inngår som sentrale ressurser i kommunens habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

---

Teksten nedenfor legges som lenketekst til innledningen før tabellene, se side 57

## **Rehabilitering somatikk**

### ***Sentrale kjennetegn ved målgruppens behov***

Bakgrunn for behovet er ofte relatert til funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom og skade. Det gjelder i utgangspunktet alle aldersgrupper. Det er store variasjoner i behov, fra kortvarig rehabilitering etter lettere skader, til mer omfattende og langvarig behov. Sistnevnte gjelder blant annet store pasientgrupper med kroniske sykdommer innen nevrologi, KOLS og diabetes og pasienter som har hatt hjerneslag. Behovet er knyttet til både medisinsk oppfølging, trening av fysisk og kognitiv funksjon, sosiale og psykiske problemer og tilrettelegging gjennom mekaniske og teknologiske hjelpemidler. For målgruppen voksne i yrkesaktiv alder, kan rehabilitering med arbeid som mål være særlig relevant.

Behov skal være avklart gjennom tverrfaglig kartlegging og behovsvurdering. Eventuell gradvis funksjonsnedsettelse må fanges opp gjennom jevnlig evalueringer.

## **Rehabilitering psykisk helse og rus**

### ***Sentrale kjennetegn ved målgruppens behov***

Bakgrunn for behovet kan ha oppstått på grunn av alvorlig og langvarig psykisk lidelse og /eller rusmiddelproblemer. Mange står i fare for å miste eller mangler i større eller mindre grad tilgang på levekårsressurser som bolig, arbeid/ aktivitet eller sosialt nettverk. Arbeid med grunnleggende levekår inngår derfor i stor grad som en forutsetning for å lykkes i rehabiliteringen. Underforbruk av helse- og omsorgstjenester, til tross for omfattende behov, og ambivalens til tjenesteapparatet kan også være fremtredende.

Tverrfaglig systematikk forutsetter et tillitsfullt og forpliktende samarbeid med bruker og pårørende.

Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, har vist seg å være gunstig.

Behandling og rehabilitering er overlappende og et langsiktig arbeid, hvor målet er at brukeren mestrer sitt hverdagsliv. Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk lidelse. Selv for en bruker som er stabil i LAR (legemiddelassistert rehabilitering) eller er blitt rusfri, vil avhengigheten kunne vedvare over tid.

### **Habilitering barn, unge og voksne**

#### ***Sentrale kjennetegn ved målgruppens behov***

Bakgrunn for behovet kan være enten medfødt eller tidlig ervervet sykdom eller tilstand. Målgruppen kjennetegnes ved å ha langvarige behov som for noen varer livet ut. Behov skal være avklart gjennom tverrfaglig og tverrsektoriell kartlegging og behovsvurdering

## **2.4 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen**

---

### 2.4.1 Lovgrunnlaget

#### **§ 6 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen**

**«Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering».**

**Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:**

**a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23**

**b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.»**

Kommunene skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, jfr.(helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3). Det er tilsvarende bestemmelse om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b).

Denne utdypes i (§ 11) i forskriften. Bestemmelsen er også kommentert i Rundskriv IS-5/2013 til spesialisthelsetjenesteloven.

Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator gjelder bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-5), helse- og omsorgstjenesteloven (§§ 7-1 og 7-2), (spesialisthelsetjenesteloven §§2-5 og 2-5a), psykisk helsevernloven (§ 4-1) og helsepersonelloven (§ 38a). Koordinerende enhet angis også som en adresse for å melde om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen jfr forskriften (§ 7) (lenke 4.6.2 og 4.6.3).

Rutiner for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal nedfelles i samarbeidsavtaler jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. (lenke til kap 1.6)

Plikten til å etablere koordinerende enheter gjelder for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. For å sikre helhetlige og koordinerte forløp for pasienter og brukere anbefales det at enheten også bidrar til samhandling og koordinering med andre fagområder og sektorer. Enhetene bør derfor synliggjøres som sentrale kontaktpunkt og pådrivere for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer, jfr (forskriften § 5).

#### 2.4.2 Formål og overordnet ansvar

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenestetilbud. Dette omfatter både samhandling internt i kommunen, herunder med fastleger, andre sektorer og spesialisthelsetjenesten. Enheten har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator. Gjennom koordinerende enhet har kommunen et fast kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Å medvirke til at tjenester ses i sammenheng slik at det blir kontinuitet i forløpene uavhengig av hvem som til enhver tid yter tjenester, er sentralt. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene, og tilrettelegge for brukermedvirkning, jfr. (Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan).

Gjennom koordinerende enhet bør det vektlegges å se habilitering av barn, habilitering av voksne, rehabilitering av barn og rehabilitering av voksne i sammenheng.

#### 2.4.3 Sentrale oppgaver

- Kontaktpunkt for meldinger om behov for individuell plan og koordinator
- Internt kontaktpunkt for meldinger om behov for habilitering og rehabilitering
- Plan for habilitering og rehabilitering

- Sørge for brukermedvirkning
- Rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
- Oppnevning av koordinator
- Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
- Opplæring og veiledning av koordinator
- Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling
- Ivareta familieperspektivet
- Informasjon til befolkningen

#### 2.4.3.1 Kontaktpunkt for meldinger om behov for individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet skal være en fast adresse for meldinger om behov for individuell plan og koordinator, jfr helsepersonelloven (§38a), helse- og omsorgstjenesteloven (§ 2-1) og spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-5 a) (lenke til kap 4.6.1). Dette fordrer at enhetene er godt synlige og tilgjengelige. Det anbefales å legge til rette slik at også andre enn helse- og omsorgstjenestens personell kan melde slike behov til kommunen gjennom koordinerende enhet.

Mulige behov kan også referere til behov for bistand fra flere aktører enn bare helse- og omsorgstjenesten. Hvor omfattende behovet for helse- og omsorgstjenester er i forhold til bistand fra andre aktører, bør anses underordnet. Her bør det legges vekt på at pasient og bruker skal kunne tilbys et helhetlig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Opplysninger vil være taushetsbelagt etter alminnelige regler om taushetsplikt. (lenke til kap 1.3)

Enheten skal også motta meldinger fra helseforetak om behov for individuell plan for inneliggende pasienter. Det følger av forskriftens (§ 18). Det anbefales at enhetene mottar meldinger fra helseforetakene om behov for koordinator på tilsvarende måte i tilfeller hvor pasientene ikke ønsker en individuell plan, men samtykker til å få oppnevnt koordinator. Nærmere om spesialisthelsetjenestens rolle (3.5.4).

Det bør legges til rette for et samarbeid med NAV og barneverntjenesten som også er pålagt å utarbeide individuell plan i henhold til sine lovverk.

#### 2.4.3.2 Internt kontaktpunkt for meldinger om mulige behov for habilitering og rehabilitering

Enhetene er meldepunkt for mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (lenke kap 4.6.2). Forskriften (§ 7) åpner for at kommunen kan velge et annet

kontaktpunkt. Dersom dette ikke gjøres, er det koordinerende enhet som har denne funksjonen. Denne bestemmelsen gjelder primært meldinger fra helsepersonell internt i kommunen (lenke til kap 2.5).

Enheten må utarbeide rutiner for mottak av meldinger og for hvordan de videreformidler informasjon om behov for habilitering og rehabilitering.

#### 2.4.3.3 Kommunens plan for habilitering og rehabilitering

Enhetens funksjon tilsier at den bør ha en sentral rolle i utviklingen av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunen. Det vil være naturlig at enheten er sentral i kommunens planarbeid for feltet jfr (§ 5). (intern lenke)

#### 2.4.3.4 Sørge for brukermedvirkning

Koordinerende enhet skal tilrettelegge for god brukermedvirkning (lenke til kapittel om brukermedvirkning). Med brukermedvirkning menes også god samhandling med pårørende. Det oppfordres til at koordinerende enhet bidrar til formalisert samhandling med brukerorganisasjoner. Enhetene bør også sikre at relevante brukerrepresentanter inviteres til nettverksmøter og lignende.

#### 2.4.3.5 Rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet må utarbeide rutiner for mottak av meldinger om behov for individuell plan og koordinator, og sørge for at de gjøres kjent og implementeres (lenke til kap 3.5.4 og 4.6.2). Rutinene må være integrert i kommunens internkontrollsystem/kvalitetssystem. (lenke til kap 1.8)

I tillegg må tilsvarende rutiner nedfelles for det helhetlige arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen. Disse bør så langt det er mulig være fag-/og sektorovergripende og beskrive både internt og eksternt samhandling. Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må i tillegg være nedfelt i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehuset (lenke til 1.6)

#### 2.4.3.6 Oppnevning av koordinator

Ved oppnevning av koordinator skal den enkelte pasient og brukers ønske imøtekommes så langt det er mulig. Koordinerende enhet har overordnet ansvar for slik oppnevning. Enheten bør i samarbeid med aktuelle enheter avtale hvordan dette praktisk skal gjennomføres. Fra 2015 skal det registreres i IPLOS om brukeren har fått oppnevnt koordinator.

Enheten bør etablere et samarbeid med NAV og barnevernet, som også plikter å utarbeide individuell plan etter sine lovverk, for å avklare oppgaver og ansvar på overordnet nivå. Koordinerende enhets ansvar for individuell plan og koordinator gjelder alle pasienter og

brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. Et eksempel på dette kan være pasienter i palliativ fase.

Opplæringssektoren plikter ifølge (sitt lovverk) å delta i samarbeid om individuell plan. Det bør utarbeides rutiner for samarbeidet som sikrer helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester, mest mulig i samsvar med pasient og brukers ønske.

Rutiner for oppnevning av koordinator må også beskrive praksis ved bytte av koordinator. For pasienter og brukere med behov for individuell plan og koordinator gjennom store deler av livsløpet, bør det sikres god overlapping. (mer om koordinator i kap 4.)

#### 2.4.3.7 Kompetanseheving om individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet bør ta et samordnet ansvar for å sikre kompetanse om individuell plan og koordinator til personell i kommunen. I samsvar med eksempler på etablert praksis anbefales det at enheter i kommuner og helseforetak samarbeider om felles kurs for personell fra begge nivåene. Dette sikrer felles kunnskap både om rettigheter, plikter og gjeldende rutiner som i neste omgang bedrer samhandlingen om enkeltpasienter. Andre sektorer og private institusjoner bør også inviteres til slike kurs.

#### 2.4.3.8 Opplæring og veiledning av koordinatører

Opplæring og veiledning av koordinatører er en sentral oppgave for koordinerende enhet (lenke kap 4.5.4). Det anbefales at dette også inkluderer personell fra andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til dette bør koordinerende enhet sørge for generell opplæring av personell i tjenestene om individuell plan og koordinator.

Opplæringen av koordinatører bør inneholde en generell del som er relevant for alle. I tillegg kan det være behov for fagspesifikk opplæring om problemstillinger med relevans for ulike pasient- og brukergrupper. Koordinerende enhet har i flere kommuner etablert såkalte «koordinatorskoler». Noen samarbeider med høyskoler om dette.

Aktuelle temaer i koordinatoropplæringen:

- Om individuell plan og koordinator – rettigheter og plikter ifølge lovverket
- Brukermedvirkning
- Samhandling og kommunikasjon – veiledningsmetodikk
- Møteledelse
- Tverrfaglig samarbeid
- Om offentlig forvaltning

- Rutiner og verktøy
- Fagspesifikt innhold – relatert til målgrupper

I tillegg til opplæring må koordinerende enhet sikre kontinuerlig veiledning til koordinatorene. Denne bør gis både individuelt og i grupper.

#### 2.4.3.9 Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling

Koordinerende enhet bør ha særlig oppmerksomhet overfor pasient- og brukergrupper som lett kan falle mellom tjenesters ansvarsområder. Samarbeid bør formaliseres gjennom overordnede avtaler for å unngå at enkeltsaker stopper opp fordi tjenestene ikke har avklart ansvar og oppgaver.

Koordinerende enhet bør ha som mål å bidra til at ulike fag, sektorer og nivåer i fellesskap kan lykkes ved å ha pasient og brukers helhetlige behov i sentrum for sin tjenesteyting. Koordinerende enhet bør ha et særlig fokus på å avklare ansvarsforhold og bidra til forutsigbarhet, tidlig planlegging og gode forløp.

Ved rehabilitering med arbeid som mål er samhandling mellom blant andre fastlege, NAV og arbeidsgiver sentralt. For barn og unge vil overganger mellom ulike oppvekst- og skoletilbud forde god koordinering. Her er helsestasjon, avlastningstjenester, kulturtilbud, fastlege, barne- og ungdomspsykiatri og barnevern eksempler på sentrale bidragsyttere. Koordinerende enhet må sikre god samhandling for elever i videregående skole med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Tverrsektoriell samhandling er også viktig for brukergrupper innen psykisk helse og rus.

I kraft av sin rolle vil koordinerende enhet ofte kunne avdekke svakheter og barrierer for samhandling både internt og eksternt. Den har en viktig funksjon i å bidra til kontinuerlig kvalitetsutvikling på dette området gjennom tilbakemeldinger til kommunens ledelse om forbedringsområder i organisasjonen, jfr kravene til internkontroll (lenke kap 1.8.4). Koordinerende enhet bør involveres i arbeidet med de lovpålagte samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de områdene som enheten har ansvar for, jfr helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-2) og spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-1 e).

Likemannsarbeid og samarbeid med frivillig sektor bør inkluderes.

#### 2.4.3.10 Ivareta familieperspektivet

Koordinerende enhet kan ofte være et bindeledd i saker der flere i en og samme familie har behov for langvarige og koordinerte tjenester og der det er flere koordinatører involvert. Innenfor rammen av bestemmelsene om taushetsplikt og det enkelte familiemedlems ønsker, er det viktig å se familien i en helhet.

#### 2.4.3.11 Informasjon til befolkningen

Koordinerende enhet bør sørge for informasjon til befolkningen om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator og for øvrig temaer som er relevante for pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Enheten bør også være synlig og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere eksempelvis gjennom kommunens nettsider og øvrig informasjonsmateriell.

### 2.4.4 Organisering

Kommunen skal sikre en organisering av koordinerende enhet som sikrer at lovpålagte funksjoner ivaretas.

#### 2.4.4.1 Hvor i organisasjonen?

En tydelig forankring gjennom beslutninger i overordnet ledelse i kommunen fremkommer som en avgjørende faktor for god praksis i undersøkelser som er gjennomført om dette (Rambøll - HelseDirektoratet IS -0288). Enheten må være synlig og tilgjengelig slik at den er lett å komme i kontakt med for brukere og samarbeidspartnere. Enhetens virkeområde på tvers av enheter, fag, nivåer og sektorer kan tale for en plassering høyt oppe i organisasjonen. Enhetens rolle som fast kontaktpunkt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten bør vektlegges.

I større byer, med inndeling i bydeler, vil det være naturlig at hver bydel har sin koordinerende enhet. Dette kan begrunnes i at enhetene må være tett knyttet til tjenesteytingen til befolkningen på bydelsnivå.

Det foreligger i dag gode erfaringer fra kommuner som har etablert den koordinerende enheten i nær tilknytning til bestillerkontor/forvaltningskontor.

#### 2.4.4.2 Type organisering

Undersøkelsen («Perspektiver på god praksis») sier at det ikke er grunn til å fremheve en type organisering som bedre enn en annen. Det vil si om funksjonen legges til en stilling, et team eller en enhet. Det bør fremgå av kommunens organisasjonskart og informasjonsmateriell hvor enheten er plassert. I tilfeller hvor koordinerende enhet organiseres som team med representanter fra flere enheter som ivaretar ulike brukergrupper, må det sikres ledelse og samarbeidsrutiner slik at de sammen utgjør en enhet. Det vil si at de ikke jobber hver for seg men samordner sin virksomhet. Mandat og instruks for enheten må finnes i kommunens kvalitetssystem.

#### 2.4.4.3 Kriterier for god praksis

Rapporten («Perspektiver på god praksis») beskriver sentrale rammebetingelser for at enhetene skal kunne ivareta sin funksjon på en god måte. Rapporten oppsummerer en undersøkelse



gjennomført av Rambøll i 2009 – 2010 på oppdrag fra Helsedirektoratet. Formålet var å identifisere hva som må til for at enhetene skal kunne bidra til god koordinering på individnivå. De mest sentrale punktene er

- God administrativ forankring
- Tydelig ansvarsfordeling
- Synlighet i organisasjonen
- Nedfelte prosedyrer og rutiner
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Kompetanse
- Samarbeid med andre sektorer

Her følger en kort oppsummering av de viktigste anbefalingene i rapporten.

*(I den web-baserte versjonen kan dette lenkes til kulepunktene slik at teksten først blir synlig ved å trykke på lenken. For øvrig må det lenkes til hele rapporten. )*

#### 2.4.4.4 God administrativ forankring

Koordinerende enhets oppgave med å bidra til tverrfaglig samarbeid og god koordinering på tvers av fag, enheter og nivåer fordrer god forankring i kommunens ledelse. Politisk og administrativ forankring bør sikres gjennom at koordinerende enhet nedfelles i kommunens planverk og synliggjøres i organisasjonen. Det kan være hensiktsmessig å etablere et lederforum på tvers av virksomheter for å avklare problemstillinger og drøfte saker på overordnet nivå. Ledelsesforankring er sentralt for legitimitet på tvers av fag, nivåer og sektorer.

#### 2.4.4.5 Tydelig ansvarsfordeling

En tydelig, klart definert ansvarsdeling mellom hva som er koordinerende enhets rolle og ansvarsoppgaver og hva som er de utøvende tjenesters oppgaver er viktig for at koordinerende enhet skal fungere etter hensikten. En avklaring av forventinger til hva som skal være koordinerende enhets oppgaver bør ligge til grunn.

#### 2.4.4.6 Synlighet i organisasjonen

Det er viktig at enheten er synlig internt i kommunen, både blant tjenesteytere og innbyggere. Koordinerende enhet må være lett tilgjengelig for samarbeidspartnere internt i helse- og omsorgstjenesten og for andre sektorer. Synlighet og tilgjengelighet for samarbeidspartnere er viktigere enn synlighet og tilgjengelighet for tjenestemottakere. Informasjon om koordinerende enhet må være å finne i kommunens informasjonsmateriell.

#### 2.4.4.7 Nedfelte prosedyrer og rutiner

Prosedyrer for enhetens virkeområde må nedfelles i kommunens kvalitetssystem (lenke kap 1.8). Det er viktig med konkret beskrivelse av arbeidsprosesser knyttet til samhandling. Arbeidet med individuell plan og koordinator er særlig viktig (lenke kap 4).

Enheten erfares å være et sentralt punkt for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. At enhetene på de to nivåene er gjensidige kontaktpunkter for hverandre, og inngår i nettverk, gir en god struktur for samhandling (lenke til kap 3.2.3).

#### 2.4.4.8 Kompetanse

Å lede en koordinerende enhet krever god oversikt og innsikt i hvordan forvaltningen fungerer. I og med at rollen også innebærer å samhandle bredt, kan det være å anbefale å rekruttere personell med noe erfaring. For øvrig ser det ut til at de som arbeider i de koordinerende enhetene tilegner seg et helhetlig perspektiv og en dypere innsikt i hvordan brukere og pasienter opplever tjenestene. Ansatte i koordinerende enhet vil derfor være sentrale bidragsytere i å utvikle samhandlingskompetansen i kommunen.

#### 2.4.4.9 Samarbeid med andre sektorer

Det bør utarbeides samarbeidsavtaler mellom kommunen og andre sektorer.

## 2.5 Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

---

### 2.5.1 Lovgrunnlaget

#### § 7 Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

**Kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis til koordinerende enhet eller dit kommunen bestemmer.**

Bestemmelsen gjelder behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering jfr (helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, punkt 5) og (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a). Kommunens plikt til å tilrettelegge har også sammenheng med (helsepersonelloven § 16). Helsepersonellet sin plikt til å melde om mulige behov følger av kravet til forsvarlighet i (helsepersonelloven § 4, andre ledd)

Det er tilsvarende bestemmelse for spesialisthelsetjenesten i forskriften (§ 12). (intern lenke)

### 2.5.1.1 Formålet med bestemmelsen

Kravet innebærer at kommunen på en systematisk måte skal sette medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten i stand til å oppdage og informere videre om behov for habilitering og rehabilitering. Det kan være pasienter og brukere som mottar enkelttjenester fra ulike aktører over lengre tid uten at personellet ser dette i sammenheng i et helhetsperspektiv for pasient og bruker.

Diagnose og åpenbare medisinske behov kan noen ganger overskygge reelle behov for en bredere tilnærming enn det man umiddelbart ser. På samme måte kan rusmisbruk og psykiske lidelser overskygge behov for tjenester innen fysisk funksjonstrening og annen somatisk oppfølging. Et annet eksempel er personer som har vært ute av arbeidslivet på grunn av sykdom, og hvor rehabilitering kan være nødvendig for å komme tilbake i arbeid. Å avdekke behov fordrer både kompetanse og rutiner.

### 2.5.2 Ett fast kontaktpunkt

Kommunen skal legge til rette for at personell i helse- og omsorgstjenesten har ett sted å henvende seg for å melde om behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering som de blir kjent med i tjenesten. (Lenke til 2.4.3.2) Dersom annet ikke er bestemt av kommunen, er det koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som skal motta slike meldinger. Kommunen må utarbeide rutiner for mottak av meldinger og for hvordan de følger opp. Meldepunktet må være synlig og lett tilgjengelig. Det er hensiktsmessig at det er den koordinerende enheten som utformer god praksis og rutiner for dette.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er også kommunens faste meldepunkt for behov for individuell plan og koordinator, jfr forskriften §§ 6 og 23. (lenke til kapittel 2.4.3 og 4.6).

### 2.5.3 Systematisk registrering av behov

#### 2.5.3.1 Meldinger fra andre sektorer

Andre enn helse- og omsorgstjenestens personell bør kunne melde om behov for habilitering og rehabilitering til koordinerende enhet i kommunen. Kommunen skal sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i den enkeltes behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Tjenester fra utdanning, oppvekst, NAV mm vil ofte være sentrale i et helhetlig forløp. I merknadene til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr 5 presiseres det at kommunen også må sikre den sosialfaglige tilnærmingen.

#### 2.5.3.2 Individuell oppfølging av meldinger

Meldinger om behov må følges opp gjennom undersøkelse og utredning jfr forskriftens (§ 8) og for øvrig i samsvar med gjeldende regler for saksbehandling. (se kap 2.2)

## 2.5.4 Melding om behov for individuell plan og koordinator i kommunen

Helsepersonell har plikt til å melde fra om behov for individuell plan og koordinator, jfr (helsepersonelloven § 38a). Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter (helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1) jfr (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 23). Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen skal være mottakspunkt for meldinger om slike behov, jfr (forskriftens § 6). (lenke til 2.4.3 og kap 4.6)

## 2.6 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

---

### 2.6.1 Lovgrunnlaget

#### § 9 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

**«Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av pasientens og brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser.»**

### 2.6.2 Kommunens ansvar

Kommunen skal sørge for nødvendige hjelpemidler og for tilrettelegging av miljøet rundt den enkelte. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av varigheten av behovet. Kommunens ansvar omfatter alle ledd i formidlingsprosessen. Ansvaret omfatter avdekking og utredning av behovet for alle typer hjelpemidler samt utprøving av slike, bistand i søknadsprosess, tilpasning og enklere montering, service og reparasjon. Kommunen skal fremme god nytte av hjelpemiddelet gjennom opplæring. Kommunen har også et ansvar for å evaluere og følge opp behov for endringer. Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av livsarena. Det vil si om hjelpemiddelbehovet er i hjem, nærmiljø, skole eller fritid. Formidling av hjelpemidler for å legge arbeidsplassen til rette, er arbeidsgivers ansvar i følge arbeidsmiljøloven § 4-4. For enklere hjelpemidler ved kortvarige behov inntil to år har også kommunen finansierings- og anskaffelsesansvaret.

### 2.6.3 Arbeids- og velferdsetaten NAV sitt ansvar

NAV ved hjelpemiddelsentralene har ansvar for hjelpemidler finansiert over folketrygden. Dette gjelder hjelpemidler ved funksjonsnedsettelse med mer enn 2 års varighet. I tillegg er NAV Hjelpemiddelsentraler ressurs- og kompetansesentre på hjelpemiddelområdet og har en sentral rolle i å bistå brukere, kommuner og arbeidsplasser. Dette inkluderer også tolketjeneste for døve og døvblinde. NAV har en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. NAV Hjelpemiddelsentralen har

ansvar for anskaffelse, formidling, service og reparasjoner for hjelpemidler som eies og finansieres av folketrygden ut over enklere tiltak som kan ivaretas av kommunene.

De fleste kommuner har inngått samarbeidsavtale med NAV om formidling av hjelpemidler. Selv om kommunene ikke er forpliktet til å inngå slike samarbeidsavtaler, anbefaler Arbeids- og sosialdepartementet denne type avtaler for å unngå uklare ansvarsforhold. NAV Hjelpemiddelsentral- har en sentral rolle i å bistå i saker som krever spesialisert kompetanse og i tillegg bidra til å heve kompetansen i kommunen gjennom målrettet opplæring og samarbeid i enkeltsaker.

#### 2.6.4 Avklaring av behov

Behov for hjelpemidler og/eller tilrettelegging bør inngå som en del av den helhetlige utredningen av behovet for bistand. (lenke til kap 2.2) Hjelpemidler, tilrettelegging og tjenester må vurderes i sammenheng. I kravet om at hjelpemidler skal være nødvendige, ligger det at andre tiltak kan være aktuelle både som alternativ til et hjelpemiddel eller som supplement.

For brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra flere aktører bør behov for hjelpemidler, og eventuell tilpasning av slike gjennom en lengre tidsperiode, også fremkomme i en individuell plan. Kommunene og NAV hjelpemiddelsentralen bør på dette området særlig ivareta barn og unge med nedsatt funksjonsevne og personer med progredierende funksjonsnedsettelse sine behov for kontinuerlig tilpasning samt tilrettelegging for brukere i arbeidslivet.

Også ved behov over lengre varighet enn to år, og hvor det er NAV Hjelpemiddelsentral- som skal skaffe til veie og finansiere hjelpemiddelet, har kommunen ansvar for behovsvurderingen. Kommunen kan eventuelt be om bistand fra hjelpemiddelsentralen.

#### 2.6.5 Tolketjeneste til personer med begrensede norskkunnskaper, døve, sterkt hørselshemmede og døvblinde

Helse- og omsorgspersonell har ansvar for å sikre god kommunikasjon og vurdere behovet for og bestille kvalifisert tolk i møte med personer med begrensede norskkunnskaper, døve, hørselshemmede og døvblinde (Lenke Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene).

Kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig informasjon og veiledning til pasienter og brukere og pårørende.

Det er helse- og omsorgspersonell sitt ansvar å etterspørre og sjekke tolkens kvalifikasjoner i Nasjonslat tolkeregister. Mange kommuner har ikke egne tolketjenester og benytter seg av private tolkeformidlingsbyråer som formidler tolker som ikke alltid har de nødvendige kvalifikasjoner.

I møte med pasienter og brukere med begrensede norskkunnskaper er det avgjørende å foreta en vurdering av tolkebehov for å sikre god kommunikasjon. At vedkommende «snakker litt norsk» er som regel ikke nok til å sikre forsvarlig helsehjelp. Helse- og omsorgspersonell må bare benytte seg av kvalifiserte tolker, ikke familiemedlemmer. Barn skal aldri brukers som tolk.

Tolketjenester er en integrert del av helse- og omsorgstjenestene og tolkeutgifter skal dekkes av den aktuelle tjenesten.

Stønad til tolking kan gis til døve, hørselshemmede og døvblinde som på grunn av funksjonsnedsettelse trenger tolkning for å delta i kommunikasjon

NAV har en hjelpemiddelsentral med tolketjeneste i hvert fylke. Tolketjenesten i NAV har ansvar for å gi tolketjeneste også i de tilfellene hvor andre instanser har finansieringsansvaret for tolkingen. Der retten til tolk følger av annen lovgivning vil det være den aktuelle etat/institusjon som vil være ansvarlig for bestillingen av og utgifter til tolk. Tolk kan bestilles hos NAV som fakturerer bestiller i tråd med gjeldende satser.

Folketrygden gir stønad til tolk som er nødvendig for å kunne motta helsetjenester etter folketrygdlovens kapittel 5, og til tolkning ved poliklinisk undersøkelse og behandling gitt av helseforetak. Utgifter til tolkning ved undersøkelse eller behandling som krever innleggelse i sykehus/helseinstitusjon dekkes ikke gjennom folketrygden.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten og brukeren rett til medvirkning, informasjon og innsyn. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten må bestille og bære utgiften for tolketjeneste dersom en person med begrensede norskkunnskaper, døv eller hørselshemmet person har behov for dette.

Spesialisthelsetjenesteloven etablerer en plikt for helseinstitusjonen til å gi tilstrekkelig informasjon som pasienten har rett til etter pasient og brukerrettighetsloven. For at pasienten skal få den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter, må spesialisthelsetjenesten bestille og bære utgiften for slik tolketjeneste.

<https://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Tolketjenesten/Betalingsansvar.318028.cms>

For personer som trenger hjelpemidler, tilrettelegging eller tolketjeneste på grunn av varig syns- og hørselsnedsettelse, vil dette dekkes av folketrygdlovens bestemmelser på samme måte som for øvrige hjelpemidler.

### 2.6.6 Tilrettelegging av arbeidsplass

Tilrettelegging av arbeidsplass er arbeidsgivers ansvar. Ved varig funksjonsnedsettelse kan det gis tilskudd til hjelpemidler og tilrettelegging av det fysiske miljøet. Ved behov kan virksomheten eller bedriftshelsetjenesten be NAV Hjelpemiddelsentral om å bistå med arbeidsplassutredning.

## 2.7 Særlig om habilitering i kommunene

---

### 2.7.1 Tjenester der livet leves

Barn, unge og voksne med habiliteringsbehov bør i størst mulig grad få nødvendige tilbud i sitt lokalmiljø. Kommunene har ansvar for all habilitering som ikke forutsetter kompetanse på spesialisthelsetjenestenivå. Utredning og diagnostisering gjøres oftest i spesialisthelsetjenesten, mens tiltakene i stor grad gjennomføres i kommunene. Dette involverer ulike sektorer i tillegg til helse- og omsorgstjenester.

Barn og unge med habiliteringsbehov har ofte behov for samtidige tiltak fra helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Det anbefales at helsetilbudene gis på de arenaene barn og unge befinner seg. Dette krever fleksibilitet i tjenestetilbudet fra de ulike sektorene.

Tjenestene har i samarbeid med foreldre et stort ansvar i forhold til å fremme og legge til rette for at barn og ungdom blir så aktive deltakere som mulig, i sin egen habiliteringsprosess. (Lenke til «Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?»)

### 2.7.2 Medvirkning

Regelverk for informasjon, medvirkning og samtykke er de samme som for andre brukere. (lenke til kap) Personer med habiliteringsbehov vil imidlertid oftere ha behov for at samhandling og medvirkning gjennom pårørende. I de situasjoner hvor pasienten og brukeren ikke kan representere seg selv, for eksempel på grunn av kognitiv funksjonsnedsettelse, alvorlige utviklingshemninger, språklige hindringer eller alvorlig sykdom, kan pårørende eller verge representere brukeren. (lenke kap 1.2)

### 2.7.3 Familieperspektivet

Omsorgen, støtten og oppdragelsen fra foreldre og nær familie er det som betyr mest for barns utvikling og livskvalitet, og er barnas største ressurs. Derfor må familieperspektivet vektlegges i tjenestenes tilnærming. Dette innebærer at man også må ta i betraktning behov hos de øvrige familiemedlemmene og familien som helhet.

Familier opplever det svært ulikt å få et barn med funksjonsnedsettelse. Bistandsbehovet varierer betydelig og forutsetter at tjenestene er fleksible og tilpasser sin bistand til den enkelte familie.

Forskning peker på hvor viktig det er i habiliteringsarbeidet at tjenesteytere ser, anerkjenner og støtter opp om familiens egne styrkeområder og mestringsgrep (Lenke til: Singer, G.H.S, Ethrude, B.L. and Aldana, S.I: Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents and children with development disabilities: A meta-analysis. *Mental retardation and development disabilities*. Research reviews 13, 357-369, 2007).

Tjenesteapparatet forventes å ha kunnskap om de spesielle utfordringene som barna, ungdommene og familiene møter, og bør kunne gi råd og veiledning for å forebygge unødige familiebelastninger.

#### 2.7.4 Overganger

Planlegging av livsløpsoverganger er viktig i habiliteringsprosesser, både i kommune og i spesialisthelsetjenesten. Overføring av kunnskap og ansvar mellom barnehabiliteringstjenestene og voksenhabiliteringstjenestene, er en vesentlig forutsetning for at barn og unge med behov for tverrsektorielle og sammensatte tjenester skal oppleve kontinuitet i tjenestetilbudet. For denne gruppen kan brudd i kontinuiteten oppleves som særskilt vanskelig, fordi andre utfordringer innen områder som utdanning, arbeid og etablering i egen bolig, kommer samtidig med en endring i organiseringen av et tjenestetilbud som de er svært avhengig av. ( Nova rapport 19/2010 Grue )

##### 2.7.4.1 Individuell plan og koordinator

Individuell plan og koordinator er viktige verktøy for å sikre brukermedvirkning og gode overganger gjennom de ulike livsfasene.

Koordinator er et viktig koordinerende ledd i sårbare overganger. Ved bytte av koordinator bør det sikres god overlapping. Koordinerende enhet, som har ansvar for oppnevning av koordinator, bør være tett på i overgangsfaser. (lenke til kap 2.4)

##### 2.7.4.2 Forberedelse til skolestart

Forberedelse til skolestart bør startes i god tid før barnet skrives inn på skolen. (kap 4)

Har barnet individuell plan (IP) bør koordinatoren ta initiativ til en planlagt og god overgang. IP bør inneholde en plan for hvem som har ansvar for å finne ut av slike ting og opprette kontakt med skolen, samt en tidsangivelse som tar hensyn til at skolestart ofte må forberedes i svært god tid. PPT kan ofte bidra med god informasjon om rutiner og saksgang i den enkelte kommune. Foreldrene må samtykke i all informasjonsoverføring og det er viktig med bevissthet rundt hva som er nødvendig å overføre av informasjon.

##### 2.7.4.3 Fra barnehage til skole

For familier som har barn med habiliteringsbehov er det viktig med en god overgang til barnehage og skole. For å gi barnet et godt barnehage og skoletilbud er det avgjørende at de som skal være sammen med barnet hele dagen får nødvendig informasjon om barnets helsetilstand og utvikling. Det er imidlertid ingen formelle samarbeidslinjer mellom helsesektor og utdanningssektor, og all informasjonsoverføring krever at foresatte gir samtykke til dette.



#### 2.7.4.4 Fra barn til voksen

Kunnskaps- og ansvarsoverføringen mellom tjenesteyterne og sektorer er av stor betydning for å etablere en sømløs overgang barn til voksen. På bakgrunn av anbefalingene fra forskerne NOVA rapporten 2010) understreker Helsedirektoratet at alle kommuner og bydeler bør etablere faste prosedyrer for overføring av helserelatert kunnskap når brukere forlater barnehabiliteringen og går over til voksenhabiliteringen. På møtet der ansvarsoverføringen skjer, bør alle relevante tjenesteutøvere delta, inkludert fastlegen.

#### 2.7.5 Habiliteringsprosessen

Tidlig intervensjon er særlig viktig innen habilitering. Tverrfaglig tilnærming og samspillet mellom medisinske, pedagogiske og psykologiske tiltak er sentralt for barnas mulighet for læring og utvikling.

En habiliteringsprosess omfatter forebygging, avdekking, igangsetting av tiltak, evaluering og vedlikehold, hvor evaluering er en sentral del av prosessen. Det innebærer en systematisk og kontinuerlig vurdering av tiltak. Brukernes involvering og synspunkter er viktig i arbeidsprosessen.

#### 2.7.6 Bruk av tvang og makt

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 regulerer bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Reglene gjelder ved bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter loven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d. De stiller strenge vilkår for når tvang og makt kan brukes, i tillegg til strenge krav til saksbehandling, kontroll og tilsyn. Hovedformålet er å unngå unødig bruk av tvang og makt overfor de forholdsvis få psykisk utviklingshemmede som i perioder har alvorlig utfordrende adferd.

Tvang og makt er definert i § 9-2 som tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt.

Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming av tiltak som innebærer bruk av tvang og makt og gi veiledning til kommunale tjenester. Ikke ferdig tekst om tvang og makt – avventer nytt rundskriv (PHOT).

# 3. HABILITERING OG REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

## 3.1 Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering

---

### 3.1.1 Lovgrunnlag

#### § 10 «Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering

**«Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon, jf. § 1 og § 3.»**

Bestemmelsen slår fast det regionale helseforetakets ansvar for å sørge for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jfr spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr 1. «Begrepet «pasientbehandling» i (§ 3-8 pkt 1) dekker i denne sammenheng alle sykehusets aktiviteter, herunder habilitering og rehabilitering, jfr (rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven). Ansvar et gjelder både tjenester i institusjon og ambulant. Ansvar et omfatter alle som bor eller oppholder seg fast i helseregionen. Forskriftens regulering av ansvar mellom tjenestenivåene endrer ikke de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom tjenestenivå.

Den enkelte pasient og brukers rettigheter følger av bestemmelsene i (pasient- og brukerrettighetsloven). Retten til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering utledes av (§ 2-1b) i denne loven hvor det sies at pasient og bruker har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

### 3.1.2 Det regionale helseforetakets sørge-for-ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Sørge-for-ansvaret i (§ 10) innebærer at det regionale helseforetaket har sitt ansvar for at befolkningen får sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i samsvar med behov. Det betyr blant annet at spesialisthelsetjenesten

skal ha et system for å følge med på hvorvidt det er samsvar mellom tilbud og behov. Dette må danne grunnlag for planlegging av virksomheten, jfr forskriften (§ 10).

Henvisningen til (§ 1) og (§ 3) er en tydeliggjøring av at tilbudet skal legges opp i samsvar med forskriftens formål og definisjonen av habilitering og rehabilitering. Det overordnede sørge-for-ansvaret innebærer at det regionale helseforetaket selv kan velge hvordan de vil organisere og yte tjenestene. De kan gi tjenester i helseforetak eller inngå avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Spesialisthelsetjenesten sørge-for-ansvar grenser opp mot kommunenes ansvar. Sørge-for-ansvaret for begge nivåer vil kunne endre seg over tid på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål. Ansvar og oppgaver innen habilitering og rehabilitering er nærmere utdypet i kapitlet om (ansvarsavklaring 1.4).

### 3.1.3 Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste

Den enkelte pasient og brukers rettigheter følger av bestemmelsene i (pasient- og brukerrettighetsloven). Retten til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utledes av (§ 2-1b) i denne loven hvor det sies at pasient og bruker har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, er utdypet slik i prioriteringsforskriftens paragraf 2:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

#### 3.1.3.1 Prioritering

(Prioriteringsveilederne) skal bidra til at "like" pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor. Prioriteringsveilederne er et hjelpemiddel ved vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Det er utarbeidet 33 prioriteringsveiledere av Helsedirektoratet. Flere av disse, både innen somatikk og psykisk helsevern og rus, har relevans for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Følgende tre går direkte på habilitering og rehabilitering:

- Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten

- Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

### 3.1.4 Krav til faglig forsvarlighet

(fra rundskriv til sptjl s 19 som er direkte avskrift fra Prp s 263-264)

Tjenester som ytes etter bestemmelsene i denne forskriften skal være forsvarlige, jf spesialisthelsetjenesten § 2-2, helsepersonelloven 6-4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette innebærer at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Dersom det regionale helseforetaket inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere om å yte tjenester innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering, jfr (spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a), har det regionale helseforetaket det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud. De som yter tjenester etter slike avtaler er imidlertid ansvarlig for tjenesteyting i henhold til gjeldende lovverk. Dette gjelder både institusjonene og det enkelte helsepersonell, jfr (helsepersonelloven §§ 4 og 16).

Nærmere beskrivelse av forsvarlighetskravet ([lenke til 1.8.2](#))

Nasjonale faglige retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet er eksempler på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.

### 3.1.5 Ansvarsavklaring

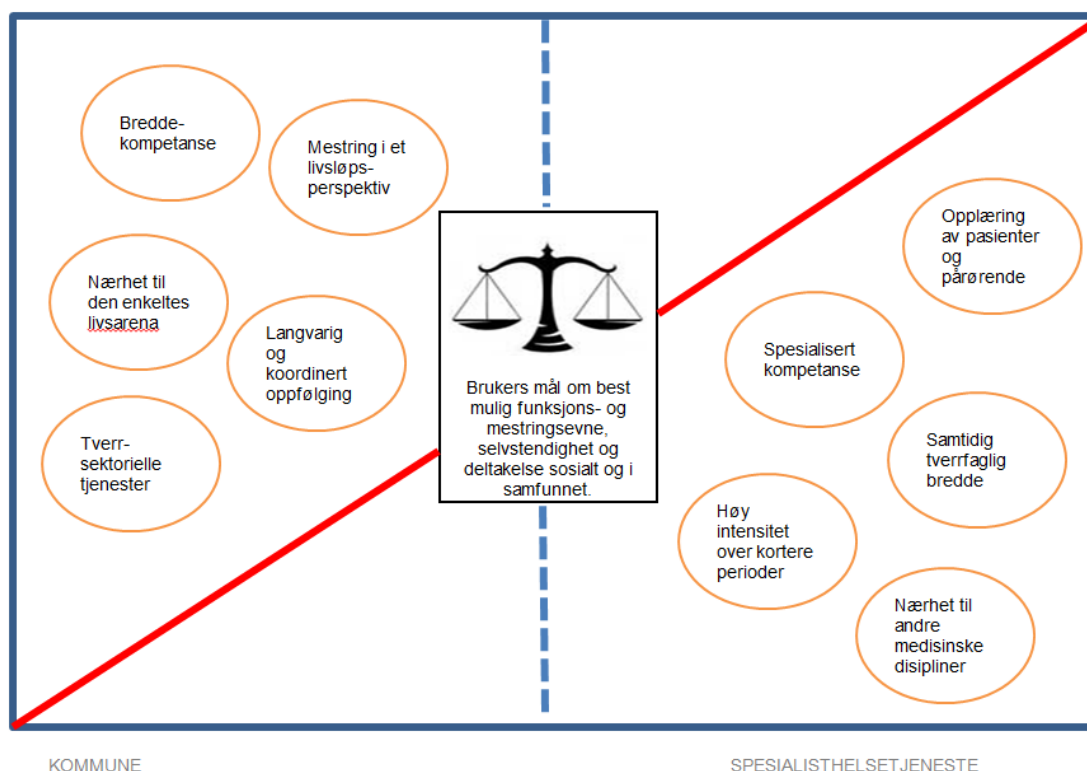
Henvise til kapittel 1.5 om ansvarsavklaring, 1.6 om samarbeidsavtaler.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utgjør de tjenester som det regionale helseforetaket plikter å sørge for å tilby befolkningen. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type habiliterings- og rehabiliteringstjenester som krever en slik grad av spesialisering, intensiv intervensjon og tverrfaglig bredde at det ikke er forsvarlig å legge dem inn under det kommunale ansvaret. Et eksempel på dette kan være der bistanden må knyttes nær opp til spesialisert medisinsk behandling. Andre eksempler er der den tverrfaglige innsatsen må være høy, daglig intensitet eller der kravet til diagnose- og metodespesifikk kompetanse overstiger nivået som kan forventes fra kommunen. ([lenke til kapittel 2.1.4 om ansvarsavklaring i kommune](#))

På individnivå er det pasient- og brukerrettighetsloven med prioriteringsforskrift og prioriteringsveilederne som angir om spesialisthelsetjenesten har et sørge for-ansvar på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. På systemnivå må grensen mellom habilitering og rehabilitering som kommunen skal besørge og habilitering og rehabilitering som det regionale

helseforetaket skal besørge avklares gjennom dialog og samarbeid mellom de berørte parter. En god tjenesteyting fordrer at det enkelte tjenestested har gode rutiner for å sikre at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden. Dersom det oppstår uklare grenser i ansvarsforholdet, må ikke dette innebære at brukeren ikke får nødvendig bistand.

Følgende vektmodell tar sikte på å framstille sentrale kjennetegn ved habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og spesialisthelsetjeneste, med brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet i sentrum. Modellen har en venstreside som beskriver kommunen og en høyreside som beskriver spesialisthelsetjenesten. Den diagonale linjen på tvers av modellen angir at kjennetegnene på venstresiden er mest betegnende for kommunen og kjennetegnene på høyresiden er mest betegnende for spesialisthelsetjenesten, men at det er elementer av alle kjennetegnene på begge nivåer.



Spesialisthelsetjenestens kjennetegn er i denne modellen følgende:

- Spesialisert kompetanse:

Angir at graden av diagnosespesifikk spesialisert kompetanse må være høyere enn man kan forvente at kommunen kan stille med på det aktuelle området.

- Samtidig tverrfaglig bredde:

Også i kommunen vil den tverrfaglige bredden i mange tilfeller være stor. I spesialisthelsetjenesten vil det imidlertid være større mulighet til å tilby denne brede tverrfagligheten teambasert og med relativt høy grad av samtidighet.

- Høy intensitet over kortere perioder:

I spesialisthelsetjenesten vil det være større mulighet til å tilby mye oppfølging/intervensjon i løpet av relativt kort tid.

- Nærhet til andre medisinske disipliner:

Mye av rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten vil være et ledd i et forløp som startet med en akutt innleggelse. Rehabiliteringen bør starte samtidig med akutt behandling og også senere i forløpet i spesialisthelsetjenesten vil rehabiliteringen måtte gis i nødvendig nærhet til øvrige medisinske disipliner inntil «medisinsk stabilitet» er oppnådd. Også innen habilitering er det viktig å samarbeide med andre relevante medisinske disipliner i spesialisthelsetjenesten ved behov.

- Opplæring av pasienter og pårørende:

Opplæring av pasienter og pårørende er en av de juridisk pålagte oppgavene til spesialisthelsetjenesten, og som sådan blir det også ett av de sentrale kjennetegnene ved spesialisert habilitering og rehabilitering.

### 3.1.6 Anbefalinger om habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

- Spesialisthelsetjenesten bør i samarbeid med kommunene drive forskning knyttet til forløp og effekt av tiltak innen habilitering og rehabilitering.
- Spesialisthelsetjenesten er lovpålagt veiledning til kommunen og ha å ha tilbud om ambulante tjenester. Disse oppgavene bør styrkes og videreutvikles.
- Rehabilitering i tidlig/subakutt fase bør styrkes
- Samarbeide med kommunene om tverrfaglig kartlegging og funksjonsutredning.
- Spesialisthelsetjenesten bør videreutvikle tilbud til pasienter med sjeldne tilstander, og hvor det ikke er naturlig å bygge opp kompetanse i kommunene.

### 3.1.7 Organisering

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten kan foregå på mange forskjellige organisatoriske arenaer.

#### 3.1.7.1 Rehabiliteringsavdelinger

Det finnes dedikerte rehabiliteringsavdelinger i helseforetak der rehabilitering er det primære målet med sykehusinnleggelsen. Denne typen rehabilitering blir i det medisinske kodeverket og i statistikk omtalt som primær rehabilitering. Slike avdelinger har som regel også dag- og polikliniske rehabiliteringstilbud.

#### 3.1.7.2 Rehabilitering ved andre avdelinger

Det tilbys også rehabilitering på akuttavdelinger eller andre avdelinger i helseforetak der det ikke er selve rehabiliteringstiltakene som er hovedhensikten med sykehusinnleggelsen. Dette omtales i det medisinske kodeverket og i statistikk som sekundær rehabilitering.

#### 3.1.7.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner

Rehabilitering tilbys også på private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er kun den rehabiliteringen i disse institusjonene som gis etter avtale med det regionale helseforetaket som sorterer under spesialisthelsetjenesten. Eventuell øvrig aktivitet ved slike institusjoner er ikke omtalt i denne delen av forskriften.

#### 3.1.7.4 Rehabilitering innen psykisk helsevern og rus

Rehabilitering i forhold til brukere og pasienter som er i en rehabiliteringsfase etter langvarig psykisk lidelse og/eller langvarig rusmiddelavhengighet kan innebære langsiktig arbeid. Behandling og rehabilitering er overlappende. Mange står i fare for eller har mistet levekårsressurser som bolig, arbeid/aktivitet eller sosialt nettverk. Arbeid med grunnleggende levekårsressurser inngår derfor som en forutsetning for å lykkes i rehabilitering.

Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, har vist seg å være gunstig (se kap 3.1.8 om ambulante tjenester).

Pasienter og brukere med ulike andre typer sykdommer, funksjonsnedsettelse eller skader kan i tillegg ha en psykisk lidelse. I slike tilfelle er det viktig med et godt samarbeid og avklarte ansvarsforhold mellom tjenester som har habilitering og rehabilitering som hovedoppgave og tjenestene innen det psykisk helsevernet.

#### 3.1.7.5 Habilitering

Habilitering tilbys primært i dedikerte habiliteringsavdelinger, som regel kalt habiliteringstjenesten for barn og unge og habiliteringstjenesten for voksne. Habiliteringstiltakene gis vanligvis poliklinisk eller ambulant. Det tilbys også tjenester som kan

defineres som habilitering i andre avdelinger i helseforetakene, f.eks. barneavdelinger. Dersom denne aktiviteten fanges opp i statistikk vil den omtales som rehabilitering. Det samme gjelder dersom habiliteringstjenester ytes i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal inngå i tilbudet av helsetjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er tjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge det inn under det kommunale ansvaret.

Habiliteringstjenestene skal yte tjenester som krever særskilt kompetanse, og forutsettes å gi råd og veiledning til kommunene, og til foreldre og foresatte. (Vise til kap om samarbeidsavtaler kap. 1.6)

Tjenestene gis poliklinisk og ambulant og skal samarbeide med øvrig spesialisthelsetjenester. Se kap.3.6 om ambulante tjenester.

Habiliteringstjenestene har ulike organisatoriske tilknytninger i helseforetakene og tjenestetilbud og kompetansen varierer. Når det gjelder utredning og oppfølging av barn, unge og voksne med diagnoser innen autismespekterforstyrrelser gis tilbudet fra forskjellig fagområder. Ved noen helseforetak er dette ansvaret knyttet til psykisk helsevern, mens det ved andre helseforetak er lagt inn under habiliteringstjenestene. Ved noen foretak er utredning og diagnostikk lagt til en avdeling, mens andre avdelinger har ansvar for tiltakene. (Handlingsplan for barn og unge IS- 1692)

Samarbeid mellom barnehabiliteringstjenestene og voksenhabiliteringstjenestene er særlig viktig for å få videreført tiltak som har vært iverksatt i barnehabiliteringstjenesten, og for å sikre en god overgang fra barn til voksen. Se kapittel om 1.1.4.1.

#### *Habiliteringstjenester for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU).*

Alle barn og unge med medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom kan ha rett til habilitering i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder i hovedsak barn og unge (0-18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse og/eller utviklingsforsinkelser/utviklingsforstyrrelser som har behov for spesialiserte habiliteringstjenester. (Prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten, IS- 1820).

Barnehabiliteringstjenestene skal sikre spesialisert utredning og kartlegging av behov, og god og relevant behandling og trening til barn med medfødt og eller tidlig ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom, som har behov for langvarige og tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.



### *Habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten (HAVO)*

Målgruppe er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert eller sammensatt karakter som har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelse. Med tidlig ervervet funksjonsnedsettelse menes her at tilstanden er ervervet før 18 år. (Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, IS- 1821)

Pasienter med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse skal på linje med andre pasienter få lik tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester, også habilitering. Mange vil i tillegg ha behov for helsehjelp som krever en annen kompetanse enn den som kommunen forventes å ha. Disse pasientene vil kunne ha behov for helsehjelp fra ulike fagfelt i spesialisthelsetjenesten, blant annet fra voksenhabiliteringstjenesten. Dette vil innebære behov for samhandling på tvers av fagområdene i spesialisthelsetjenesten.

### *Henvvisning til habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten*

Før henvvisning til spesialisthelsetjenesten må det i de fleste tilfellene være gjort en medisinsk vurdering i kommunen, det vil si en undersøkelse/vurdering av fastlege. Denne må inneholde relevante anamnesticke opplysninger og en klinisk undersøkelse.

Det bør også gjøres en tverrfaglig vurdering i kommunen. Dette innebærer både relevante delutredninger/kartlegginger og en tverrfaglig drøfting, og sammenfatning av disse.

Det forventes også at kommunen setter inn tiltak i forhold til sine utredninger og at nytte av disse tiltakene beskrives. Det er viktig at denne kommunale tverrfaglige utredningen i første omgang blir et redskap for kommunens eget arbeid samtidig som den er nyttig for spesialisthelsetjenestens vurdering og prioritering av saken.

Den kjente risikoen er at fastlegen ikke involveres i henvisningsprosessen og dermed ikke involvert i oppfølgingen av pasienten

Det vises til prioriteringsveileder for habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten

Les mer:

Prioriteringsveileder: Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2010. IS IS-1820

Prioriteringsveileder: Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2010. IS IS-1821

Veiledertabell: Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2010. IS IS-1822

Veiledertabell: Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2010. IS-1823.

### 3.1.8 Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester sentraliserer behandling innenfor et bestemt fagområde til ett eller to steder i landet. I følge regelverket er andre sykehus og helseregioner forpliktet til å henvise pasienter til de godkjente nasjonale/ flerregionale behandlingstjenester, der slike er etablert.

Nasjonale kompetansetjenester, herunder kompetansetjenester for sjeldne tilstander skal sikre nasjonale kompetansespredning og kompetanseoppbygging innenfor sitt spesifiserte fagområde.

Lenke til veileder til forskrift 1706 (82014)

#### Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne tilstander

Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne tilstander skal bistå personer med sjeldne tilstander, foreldre og tjenesteapparatet. De ulike sentrene har ansvar for ulike diagnoser. Sentrene skal være et supplement til det ordinære tjenesteapparatet. De skal ikke erstatte habiliteringstjenesten, men være en viktig samarbeidspartner for denne og kommunen.

(Lenke til nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser)

## 3.2 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

---

### 3.2.1 Lovgrunnlaget

#### § 11 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

«Det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

**Koordinerende enhet skal ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen helse- og omsorgstjeneste. I tillegg skal enheten ha slikt ansvar som framgår av § 6 andre ledd.»**

Spesialisthelsetjenestens plikt til å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-5b). Plikten er rettet mot helseforetaket. Det er tilsvarende krav til koordinerende enhet i kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven (§ 7-3).

Bestemmelsene for begge nivåer utdypes i (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§6 og 11).

Ansvar for individuell plan og koordinator har sammenheng med bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-5), helse- og omsorgstjenesteloven (§§ 7-1 og 7-2), spesialisthelsetjenesteloven (§§2-5 og 2-5a) og psykisk helsevernloven (§4-1) (lenke til kap 4). I tillegg til dette angis også koordinerende enhet som en adresse for å melde om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i spesialisthelsetjenesten jfr forskriften § 12. (lenke til kap 3.3)

Det er ikke lovkrav om koordinerende enhet på regionalt nivå. I lovforarbeidene anbefaler departementet imidlertid at disse bør opprettholdes i samsvar med etablert praksis.

### 3.2.2 Formål og overordnet ansvar

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenestetilbud. Enheten har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator. Gjennom koordinerende enhet har helseforetaket et fast kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

I nasjonal helse- og omsorgsplan sies det om enhetene i kommunene at de skal sørge for at tjenestene ses i sammenheng, og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Den skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene, og tilrettelegge for brukermedvirkning. (Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan). Det er naturlig at denne formuleringen også gjelder enhetene i spesialisthelsetjenesten. Gjennom koordinerende enhet bør det vektlegges å se habilitering av barn, habilitering av voksne, rehabilitering av barn og rehabilitering av voksne i sammenheng.

### 3.2.3 Oppgaver

- Ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- Ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen
- Overordnet ansvar for individuell plan
- Sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for individuell plan
- Oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
- Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator jfr (hpl § 38a)

- Motta meldinger om behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering jfr forskriftens ( § 12).

### 3.2.3.1 Generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen

Tilbud innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering ytes fra et vidt spekter av avdelinger og institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Også enheter som ikke har habilitering og rehabilitering som sin primære virksomhet, men som ofte inngår som ett av flere tiltak i habiliterings- og rehabiliteringsforløp kan være relevante. Generell oversikt innebærer å kunne gi informasjon om tilbud til ulike pasient- og brukergrupper. Enheten bør tilrettelegge informasjonen slik at den er tilgjengelig både for pasienter, brukere og samarbeidspartnere.

De regionale koordinerende enhetene har en sentral rolle i å samordne informasjonen slik at den både inkluderer helseforetak og private institusjoner i hele helseregionen. Funksjons- og oppgavefordeling internt i helseregionen gjør at det er først på dette nivået det er mulig å fremstille regionens samlede tiltak. Enhetenes kunnskap på dette området er et sentralt bidrag for at helseregionen kan følge med på hvordan de ivaretar sitt sørge-for-ansvar, jfr spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-1a).

### 3.2.3.2 Oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene

Koordinerende enhet i helseforetaket må ha kunnskap om tilbudet i kommunene, herunder hvordan relevant informasjon kan innhentes. De må til enhver tid ha oppdatert kontaklinformasjon til enhetene i kommunene. Formålet vil både være å kunne besvare konkrete spørsmål fra pasienter og pårørende samt å gi informasjon til personell på avdelingene om sentrale samarbeidspartnere i kommunene for å sikre riktige tjenester, koordinering og gode overganger.

Viktig informasjon bør også formidles og innhentes fra private institusjoner som yter spesialisthelsetjenester etter avtale med de regionale helseforetakene og dermed inngår som sentrale tilbud i helhetlige forløp.

### 3.2.3.3 Samhandling med kommunene

Å lage gode strukturer og møteplasser for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer må anses som enhetenes kjernevirksomhet. Enhetene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten utgjør gjensidige kontaktpunkt for samhandling og informasjonsutveksling mellom nivåene. Det er særlig viktig at enhetene samhandler godt om utvikling av sammenhengende forløp for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder individuell plan og koordinator. Det anbefales at enhetene bidrar i arbeidet med de lovpålagte samarbeidsavtalene på relevante områder.

I samsvar med god praksis utviklet gjennom de siste 10 årene bør enheter i helseforetak videreføre nettverkene med koordinerende enheter i kommunene. Nettverkene har faste møteplasser for informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og samhandling om sentrale utviklingsområder for feltet. Denne strukturen gir også gode muligheter for erfaringsutveksling mellom kommunene. Der private institusjoner også inngår som del av tilbudet til befolkningen i helseforetakets opptaksområde, bør også disse være med i nettverkene. Brukerorganisasjoner bør også ha fast deltakelse i nettverkene.

Enhetenes plass og rolle bør synliggjøres i den overordnede samarbeidsstrukturen mellom helseforetaket og kommunene. Samarbeidsrutiner mellom koordinerende enheter på begge nivåer bør nedfelles i de lovpålagte samarbeidsavtalene, jfr (veileder til samarbeidsavtaler).

Enhetenes rolle som pådrivere for å fremme helhetlige forløp, innebærer forventninger om å ha særlig oppmerksomhet knyttet til pasient- og brukergrupper, både innen somatikk, psykisk helse og rus, med behov for tjenester i et livsløpsperspektiv. For mange innebærer dette også behov for tjenester som er regulert i lovverk utenom helsesektoren. Enhetenes forankring i helselovgivningen må ikke være til hinder for samhandlingen med andre sektorer. Denne rollen er særlig viktig for enhetene i kommunene da slik samhandling oftest bør forankres der.

#### 3.2.3.4 Overordnet ansvar for individuell plan

Helseforetaket har i utgangspunktet tilsvarende overordnet ansvar for individuell plan og koordinator som kommunene gjennom henvisningen til forskriftens § 6, 2.ledd. I og med at det er kommunen som skal sørge for utarbeidelse av individuell plan når det er tjenester fra begge nivåer, er det naturlig at oppgavene til helseforetaket blir noe annerledes. Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen. Helseforetakets må likevel oppnevne en koordinator for institusjonsoppholdet. (lenke til kap 4)

#### 3.2.3.5 Samarbeid med brukerorganisasjoner

Koordinerende enhet har en rolle i å tilrettelegge for god brukermedvirkning, jfr (Nasjonal helse- og omsorgsplan). Med brukermedvirkning menes også god samhandling med pårørende. Det oppfordres til at koordinerende enhet bidrar til formalisert samhandling med brukerorganisasjoner. Enhetene bør også sikre at relevante brukerrepresentanter inviteres til nettverksmøtene.

#### 3.2.3.6 Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal ifølge helsepersonelloven (§ 38a) melde om behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i helseforetaket.

I spesialisthelsetjenesten anses det imidlertid ikke som naturlig at melding om behov for individuell plan og koordinator for navngitte pasienter skal gå til koordinerende enhet. (brev fra

HOD av 01.10.12). Denne oppgaven bør ivaretas av den avdelingen som har det operative ansvaret for pasienten. Koordinerende enhets rolle vil være å sikre gode rutiner for arbeidet og følge med på helseforetaket oppfyller sine plikter. (lenke til kap 4)

### 3.2.3.7 Rutiner for individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet må utarbeide og kvalitetssikre rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator i helseforetaket. Disse bør inneholde både interne arbeidsprosesser og samhandlingen mellom nivåene knyttet til igangsetting og oppfølging av planarbeidet for den enkelte pasient, jfr spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-5, andre ledd).

Det anbefales at rutineene utarbeides i samarbeid med koordinerende enhet i kommunene. Rutiner for samhandlingen mellom nivåene bør nedfelles i de lovpålagte samarbeidsavtalene, jfr helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-2, pkt 2). Rutinene må integreres i helseforetakets kvalitetssystem og være gjenstand for internkontroll.

Rutinene bør blant annet beskrive følgende

- Informasjon om individuell plan og koordinator til pasient og pårørende
- Samtykke
- Valg av koordinator
- Melding til kommunene
- Samhandling internt og med kommunene i løpet av oppholdet – samarbeidsmøter og meldingsutveksling
- Spesialisthelsetjenestens eventuelle medvirkning etter utskrivelse
- Dokumentasjon i pasientens journal
- Kompetanseheving

For pasienter som har en plan ved innleggelse i sykehus bør det i tillegg beskrives

- Innhenting av individuell plan
- Samhandling med koordinator i løpet av oppholdet

Som overordnet ansvarlig bør koordinerende enhet i tillegg etablere et system for hvordan de følger med på at ordningen med individuell plan og koordinator fungerer etter hensikten i helseforetaket.

### 3.2.3.8 Kompetanseheving om individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet bør ta et samordnet ansvar for å sikre kompetanse om individuell plan og koordinator til personell i helseforetaket. I samsvar med etablert praksis i noen helseforetaksområder anbefales det at enheter i helseforetak og kommuner går sammen om å arrangere felles kurs for personell fra begge nivåene. Dette sikrer felles kunnskap både om rettigheter, plikter og gjeldende rutiner. Andre sektorer og private institusjoner bør også inviteres til slike kurs. Felles kompetanse bidrar til bedre samhandling. (lenke til kap 4)

### 3.2.3.9 Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering

Koordinerende enhet er meldeinstans for behov for habilitering og rehabilitering, med mindre det regionale helseforetaket bestemmer et annet kontaktpunkt, jfr (§ 12) i forskriften. Bestemmelsen gjelder meldinger fra helsepersonell internt i spesialisthelsetjenesten. Nærmere beskrivelse (lenke til kap 3.3)

## 3.2.4 Forholdet til private institusjoner

Private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak om å yte spesialisthelsetjenester er forpliktet etter samme lovverk som helseforetaket når det gjelder individuell plan og koordinator og øvrige bestemmelser knyttet til tjenesteytingen. De er imidlertid ikke pålagt å ha en koordinerende enhet. Det anbefales derfor at koordinerende enheter i helseforetak og på regionalt nivå er kontaktpunkt for samhandling med institusjonene knyttet til utvikling av avtaler og rutiner for å sikre helhetlige pasientforløp.

## 3.2.5 Regionale koordinerende enheter

Det fremkommer ikke direkte av spesialisthelsetjenesteloven at det skal være koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering på regionalt nivå. Med hjemmel i tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det imidlertid koordinerende enheter i hver av de fire helseregionene. Departementet anbefaler at denne praksisen videreføres, og at ordningen med en koordinerende enhet på regionalt nivå i hver av helseregionene opprettholdes.

Enhetene har en sentral funksjon i å bygge faste nettverk og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av nivåer og kommunegrensar. De samarbeidet også om samordnet informasjon om tilbud innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette gjøres både gjennom de regionale helseforetakene sine nettsider og ved en landsdekkende informasjonstelefon med såkalt «grønt nummer» - 800 300 61. Det er hensiktsmessig at denne funksjonen ivaretas på regionalt nivå fordi tilbudene går på tvers av helseforetakenes opptaksområde.

På sine nettsider har de i tillegg lenker til kontaktinformasjon til koordinerende enhet i helseforetakene. Disse er videre lenket opp til tilsvarende informasjon om koordinerende enhet i

kommunene. Det betyr at tjenesteytere, som har pasienter fra ulike deler av landet, enkelt kan finne frem til koordinerende enhet i alle landets kommuner og helseforetak. Lovforarbeidene anbefaler at denne praksisen videreføres. Prop. 91 L (2010-2011).

### 3.2.6 Organisering

Selv om funksjonen omtales som «enhet» stiller lovverket ingen krav til en egen organisatorisk enhet. Det er opp til helseforetaket hvordan koordinerende enhet skal organiseres og plasseres i helseforetaket. (Lov om helsepersonell § 16) stiller krav til at virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde lovpålagte plikter.

Ved valg av organisering bør helseforetaket vektlegge hvordan enhetene best kan ivareta sin lovpålagte funksjon. Det må legges vekt på at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta imot henvendelser. Enhetens ansvar omfatter alle målgrupper både innen somatikk, psykisk helse og rus.

Noen helseforetak kan bestå av enheter/institusjoner med ulik geografisk beliggenhet. Kravene om at helseforetaket skal ha en koordinerende enhet gjelder også her. I likhet med praksis i noen kommuner, kan helseforetaket velge å ha kontaktpersoner/faste kontaktpunkt for den koordinerende enheten i de ulike enhetene. I slike tilfeller må det sikres ledelse og samarbeidsrutiner slik at de sammen utgjør en enhet. Det vil si at de samordner sin virksomhet og har faste strukturer for dialog. Den daglige ledelsen av enheten bør forankres sentralt i helseforetaket.

Mandat og instruks for enheten må finnes i helseforetakets kvalitetssystem og det må fremgå tydelig hvilke oppgaver som skal følges opp hvor. Det må fremgå av organisasjonskart og informasjonsmateriell hvor enheten er plassert.

#### 3.2.6.1 Samhandlingsenheter

Flere helseforetak har lagt koordinerende enhet til samhandlingsenheten. Dette anses som hensiktsmessig med tanke på at denne har en legitim plass i samhandlingen både internt og eksternt. Dersom enheten plasseres i fagavdeling må det tydeliggjøres særskilt i organisasjonen at den ivaretar en funksjon for hele foretaket.



### 3.3 Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

---

#### 3.3.1 Lovgrunnlaget

##### **§ 12 Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering**

**Det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis til koordinerende enhet eller dit det regionale helseforetaket bestemmer.**

Bestemmelsen gjelder behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering jfr (spesialisthelsetjenesteloven 2-1a) og (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b). Det regionale helseforetakets plikt til å tilrettelegge har også sammenheng med (helsepersonelloven § 16). Helsepersonellet sin plikt til å melde om mulige behov følger av kravet til forsvarlighet i (helsepersonelloven § 4, andre ledd).

Det er tilsvarende bestemmelse for kommunene i forskriften (§ 7). ([intern lenke](#))

##### 3.3.1.1 Formålet med bestemmelsen

Formålet med bestemmelsen er å stimulere til at personell i tjenestene på en systematisk måte kan fange opp pasienters og brukeres behov for habilitering og rehabilitering og at tiltak kan settes i gang så tidlig som mulig. Det er en bakenforliggende antagelse om at det er pasienter og brukere som burde hatt et tilbud men som ikke får det. Det kan være pasienter og brukere som mottar enkelttjenester fra ulike aktører over lengre tid uten at personellet ser dette i sammenheng i et helhetsperspektivet for pasient og bruker.

Diagnose og åpenbare medisinske behov kan noen ganger overskygge reelle behov for en bredere tilnærming enn det man umiddelbart ser. På samme måte kan rusmisbruk og psykiske lidelser overskygge behov for tjenester innen fysisk funksjonstrening og annen somatisk oppfølging. Et annet eksempel er personer som har vært ute av arbeidslivet på grunn av sykdom, og hvor rehabilitering kan være nødvendig for å komme tilbake i arbeid. Å avdekke behov fordrer både kompetanse og rutiner.

#### 3.3.2 Ett fast kontaktpunkt

Det regionale helseforetaket skal legge til rette for at personell i helsetjenesten har ett sted å henvende seg for å melde om behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering som de blir kjent med i tjenesten. Dersom annet ikke er bestemt, er det koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetaket som skal motta slike

meldinger. Hensikten med bestemmelsen er at medarbeidere i spesialisthelsetjenesten skal ha et fast system for å melde dette videre når de avdekker behov for habilitering og rehabilitering. Helseforetaket må utarbeide rutiner for mottak av meldinger og for hvordan de følger opp. Det vil være naturlig at det er den koordinerende enheten som utformer god praksis og rutiner for dette. Meldepunktet må være synlig og lett tilgjengelig.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er også kommunens faste meldepunkt for behov for individuell plan og koordinator, jfr forskriften (§ 6) og (§ 23). Mer informasjon om dette ([her - lenke](#)).

### 3.3.3 Systematisk registrering av behov

Pasienter med behov for habilitering og rehabilitering kan motta tjenester fra et vidt spekter av avdelinger og enheter i helseforetaket. Melding om mulige behov kan også omfatte mer enn helsetjenester.

### 3.3.4 Individuell oppfølging av meldinger

Meldinger om behov for habilitering og rehabilitering må følges opp gjennom ordinære melderutiner og prosedyrer for vurdering av henvendelser i helseforetaket.

## 3.4 Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging

---

### 3.4.1 Lovgrunnlaget

#### § 13 Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging

**«Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.**

**Det regionale helseforetaket skal videre sørge for tilbud om**

- a) trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning**
- b) intensiv trening som inngår i individuell habiliterings/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling**
- c) tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.»**

Bestemmelsen pålegger det regionale helseforetaket å sørge for ulike tjenester for enkeltbrukere, dvs. nødvendig undersøkelse og utredning i første ledd, samt ulike former for oppfølgingstiltak i annet ledd nr. 1 til 3. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for en bred tverrfaglig funksjonskartlegging og målrettet spesialisert rehabilitering til brukere med komplekse problemstillinger.

Det vil være viktig med brukermedvirkning i spesialisthelsetjenestens utføring av oppgavene. Oppgavene er mer spesifisert utformet enn oppgaver innenfor det kommunale ansvar, jf. forskriften § 5. Dette er i tråd med prinsippet om at spesialisthelsetjenesten er negativt avgrenset i forhold til oppgavene som påhviler det kommunale tjenestenivå. Det følger av dette at de oppgaver i forskriften § 13 som ikke berører spesialisthelsetjenesten tilhører det kommunale ansvaret.

### 3.4.2 Nødvendig undersøkelse og utredning

Med begrepet undersøkelse i første ledd menes medisinske undersøkelser og tester i forbindelse med fastsetting av brukerens behov for re-/habilitering. Behovet kan også fastsettes i kommunehelsetjenesten, men kravet til sikkerhet og til avklaring av prognose kan være så stort at undersøkelsen mest hensiktsmessig kan utføres i spesialisthelsetjenesten. Med utredning menes primært utredning og avklaring av medisinske og helsemessige forhold som kan være av betydning for et habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Undersøkelses- og utredningsplikten omfatter både brukere med behov for praktisk oppfølging under det regionale helseforetakets ansvar, og brukere som etter utredningen overføres til

kommunalt ansvar for oppfølging, men der kravet til utredningskompetanse overstiger det kommunen vanligvis disponerer. Eksempler på dette kan være nevropsykologisk utredning. Tilsvarende gjelder for funksjonsundersøkelser. Eksempler kan være spesialmotoriske tester som vanligvis bare utføres av fysioterapeuter med spesialkompetanse innen barnehabilitering.

Når det gjelder det regionale helseforetakets virksomhet, gjelder bestemmelsene både brukere som alt er innlagt på helseinstitusjon og som har mottatt medisinsk behandling, og brukere som er innskrevet for habiliterings- og rehabiliteringsformål - dag- eller døgnbasert. Kravet gjelder dessuten brukere som mottar ambulante tjenester fra det regionale helseforetaket, jf. forskriften § 17.

### 3.4.3 Spesialisert og intensiv funksjonstrening

Bestemmelsen omfatter opptrening av funksjon og ferdighetstrening som krever kompetanse, metodikk og infrastruktur på et så spesialisert nivå at det ikke kan forventes at kommunen disponerer dette. Eksempler på slike tiltak er ferdighetstiltak i sammenheng med progredierende lidelser eller stadig gjentatte funksjonstap, der det er behov for metodikk og kompetanse på et høyt nivå.

Det kan være vanskelig å skille habiliterings- og rehabiliteringstiltak fra hva som er medisinsk behandling. Kravet i annet ledd omfatter også tiltak som bør eller må foregå fysisk nært eller samtidig med medisinsk behandling.

Bestemmelsen fastslår at det regionale helseforetaket skal sørge for intensiv trening som inngår i en individuell habiliterings- og rehabiliteringsplan eller som er et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling. Intensiv trening omfatter ikke bare treningsopplegg som krever spesialisert fagkompetanse, men også treningsopplegg som må gjennomføres hyppig, gjerne flere ganger pr. døgn. Dette gjelder når tjenestene må settes i gang umiddelbart etter medisinsk behandling, og en ikke kan avvente involvering fra helsetjenesten i kommunen. Eksempler på slike tiltak kan være trening etter hjerneslag med sterke motoriske, kognitive, sensoriske og språklige utfall, med behov for stadig gjentatte øvelser og bistand.

Dersom behandlingen eller opptreningen krever en mer spesialisert kompetanse eller høyere intensitet enn det er rimelig å forvente at kommunen selv innehar, skal bruker henvises til spesialisthelsetjenesten.

### 3.4.4 Tilrettelagt pasientopplæring

Bestemmelsen fastslår også at det regionale helseforetaket skal sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelagte tiltak som kan bidra til økt mestring. Habilitering og rehabilitering av brukere omfatter pasientopplæring i organisert form fra helsetjenestens side. Den tar sikte på å informere om og øke brukerens forståelse og mestring av egen sykdom. Eksempler på tilrettelagt pasientopplæring kan være systematisert råd og veiledning fra

ambulante team, astmaskoler. Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, habiliteringstjenester for barn, unge og voksne samt lærings og mestringsentre ved sykehus

## 3.5 Råd, veiledning og samarbeid

---

### 3.5.1 Lovgrunnlag

#### § 14 Særlig om råd, veiledning og samarbeid

Det regionale helseforetaket skal sørge for:

- a) råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
- b) samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer
- c) generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
- d) samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

Spesialisthelsetjenestens generelle veiledningsplikt er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven (§ 6.3). Helsepersonell sitt ansvar følger av (helsepersonelloven § 4).

### 3.5.2 Nærmere om veiledningsplikten.

I helse- og omsorgstjenesten er det etablert et prinsipp om at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Prinsippet innebærer i praksis at dersom den

kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til

en pasient, skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten. Den medisinske og

teknologiske utviklingen fører til at helsehjelp som tidligere måtte utføres av spesialisthelsetjenesten, nå kan utføres av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt jfr (spesialisthelsetjenesten § 6-3) skal blant annet understøtte kommunene i å sikre nødvendig faglig kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig. Dette røkkes imidlertid ikke ved kommunens selvstendige ansvar for å sikre forsvarlige tjenester.

Veiledningsplikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter eller brukere som kommunen har eller overtar tjenesteansvaret for. I forarbeidene er det uttalt at plikten også kan omfatte generell veiledning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten er imidlertid begrenset til veiledning om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Hva som er nødvendig må vurderes i sammenheng med plikten til å yte forsvarlige kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4.1. Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen, da den er begrenset til å gjelde helsemessige forhold.

Plikten påligger for det første ansatte i statlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. For det annet omfatter plikten helsepersonell som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet. Dette omfatter for eksempel privat lege- og psykologspesialister som mottar tilskudd fra regionale helseforetak. Hvem som anses som helsepersonell følger av helsepersonelloven § 3. Andre ansatte enn helsepersonell vil imidlertid kunne ha veiledningsplikt etter den generelle bestemmelsen i forvaltningsloven § 11.

Helseinstitusjonene har plikt til å organisere og tilrettelegge virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde plikten til veiledning jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16. Det fremgår i av forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 at en helseinstitusjon kan organisere seg slik at de for eksempel utpeker en person på det aktuelle fagområdet som skal ha ansvaret for å gi råd og veiledning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Veiledningsplikten er absolutt i den forstand at spesialisthelsetjenesten ikke kan unnlate å oppfylle veiledningsplikten under henvisning av manglende ressurser eller arbeidsbelastning.

### 3.5.3 Råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter

Forskriften § 14 bokstav a bestemmer at det regionale helseforetaket skal sørge for at det gis råd og veiledning til kommunen om helsemessige forhold vedrørende enkeltpasienter eller brukere. Med helsemessige forhold menes et hvert tiltak som angår pasientens eller brukerens fysiske og psykiske helse. (Rundskriv 1- 3/2013) utdyper nærmere spesialisthelsetjenestens plikt til veiledning knyttet til enkeltpasienter og generell veiledning.

Det er en forutsetning at dette skjer i gjensidig dialog mellom kommunen og det regionale helseforetaket. Råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten vil være nødvendig i saker der kommunehelsetjenesten mangler kompetanse eller etterspør kompetanse. Råd og veiledning kan også være nødvendig når spesialisthelsetjenesten har utredet hva som bør gjøres når kommunehelsetjenesten tar over ansvaret for brukeren, eller når det er faglig nødvendig å bygge videre på det som er oppnådd i spesialisthelsetjenesten.

Råd og veiledning vil ofte foregå som ambulant virksomhet i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre aktuelle samarbeidspartnere. ( vise til kap 3.5 Ambulerende tjenester)

Pasienter/brukere og pårørende skal når det er behov for det få råd og veiledning.

Når spesialisthelsetjenesten gir råd og veiledning til kommunen om enkeltpasienter, skal pasient og bruker i størst mulig grad involveres i prosessen. Utgangspunktet for pasient- og brukermedvirkning, videre omtalt som brukermedvirkning, er prinsippet om at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, gis innflytelse på utformingen av disse. Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for brukermedvirkning. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (vise til kap. 1.2)

Ett relevant eksempel på hvordan veiledning i praksis kan gjennomføres, er veiledning knyttet til forebygging eller bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning etter kap. 9 i Lov om helse og omsorgstjenester i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal gjennom sin oppfølging av pasienter med utviklingshemning og veiledning til kommunene bidra til å forebygge og begrense bruk av makt og tvang. (Veileder for habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten IS -1739)

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten (§9.13) har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

Avventer nytt rundskriv om tvang og makt – juni 2014.

#### 3.5.4 Samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeidelse av individuelle planer.

Det følger av (forskriften § 14 bokstav b) at det regionale helseforetaket skal sørge for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og om utarbeidelse av individuelle planer. Samarbeidskravet gjelder i forhold til pasienter og brukere som har behov for tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidskravet gjelder både i forhold til pasienter og brukere som har rett til individuell plan etter gjeldende lov- og forskriftsverk, og i forhold til andre pasienter og brukere. ( vise til 4. Individuell plan og koordinator).

Etter forskriftens § 18 plikter helseforetaket så snart som mulig å varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering om behov for individuell plan for pasienter og brukere som har tjenester fra begge nivåer. Det anbefales også at helseforetaket sender tilsvarende meldinger for pasienter og brukere som ikke ønsker individuell plan, men som vil ha koordinator, jfr 2.4.3 og 4.6.2)

I oppfølgingen av samhandlingsreformen er det fokus på at mange pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester, fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, og andre sentrale velferdstjenester. Pasienter og brukere har ulike behandlingsbehov, og det vil være behov for både kortere og lengre tids oppfølging, for noen i et livsløpsperspektiv. Kommunens hovedansvar å gi habiliterings og rehabiliteringstilbud med spesialiserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Eksempel på dette er pasienter som utredes og følges opp i habiliteringstjenestene for barn/unge eller voksne som ofte har behov for sammensatte og langvarige tjenester, og for mange gjennom et helt livsløp. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er en forutsetning for at de skal kunne få et helhetlig tjenestetilbud. I samhandlingen mellom habiliteringstjenestene for voksne (HAVO) og kommune må det legges avgjørende vekt på at kommunene har hovedansvaret for å gi habiliteringstilbud, mens HAVO skal løse spesialiserte oppgaver innen fagfeltet. (veileder for habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten IS -1739)

(Lovpålagte samarbeidsavtaler) er et viktig instrument for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres. ( Henvises til kap om samarbeidsavtaler)

### 3.5.5 Generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen

Det følger av forskriften § 14 bokstav c at det regionale helseforetaket skal sørge for generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. Bestemmelsen framhever det regionale helseforetakets ansvar for å sørge for generell kompetansestyking av ansatte i kommunen i forbindelse med habilitering og rehabilitering. Eksempler på dette er råd og veiledning om habilitering og rehabilitering av personer med spesielle sykdommer, adferdsproblemer (skadeavvergende tiltak)eller veiledning om særlige metoder (f.eks. individuelle plan).

Det regionale helseforetaket og kommunene i regionene bør vurdere på hvilke området det er behov for generell veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Generell veiledning om helsemessige forhold vil blant annet kunne vært påkrevet på områder hvor det er overlappende grenseflater mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slik veiledning vil også kunne være påkrevet for at kommunene som følge av den medisinske utviklingen, og endring i organisering skal kunne utføre mere kompliserte helse- og omsorgstjenester. Det regionale helseforetaket bør i samråd med kommunene i regionene vurdere hvordan påkrevet veiledning kan gis på en hensiktsmessig og effektiv måte. Dette bør avklares i samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. (kap om samarbeidsavtaler)

Innen habilitering og rehabilitering er det flere eksempler på nettverk og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseheving:

Både kommunene og helseforetak skal ha koordinerende enhet for habilitering og



rehabilitering. I spesialisthelsetjenesten er det i dag koordinerende enheter (KE) på to nivåer. Det er enheter i alle fire helseregioner i tillegg til enheter på helseforetaksnivå. De regionale enhetene har etablert og drifter faste nettverk og møteplasser for samhandling og informasjon mellom de koordinerende enhetene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg fyller de en viktig rolle som veiviser ved å tilrettelegge og oppdatere informasjon om rehabiliteringstilbud på regionalt og nasjonalt nivå. De samarbeider også om en nasjonal informasjonstelefon.

Fagnettverk innen rehabilitering av personer med lungesykdommer er et eksempel på et regionalt nettverk i Helse Vest. De arrangerer årlige møter med viktige temaer for denne pasientgruppen. Nettverket er både tverrfaglig og tverrsektorielt. Formålet er å arbeide for helhetlige behandlingsskjeder og skape gode pasientforløp. Nettverket driftes av regional KE i Helse Vest. (eksempler hentet fra rundskriv I-3/2013)

### 3.5.6 Samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

Det følger av forskriften § 14 punkt d at det regionale helseforetaket skal sørge for samarbeid med andre tjenesteytere når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. Med andre etater menes relevante samarbeidspartnere i sektorer utenfor helsetjenesten, eksempelvis kompetansetjenester, Arbeids- og velferdsetaten, oppvekst og utdanning og private aktører som rehabiliteringsinstitusjoner.

## 3.6 Ambulante tjenester

---

### 3.6.1 Lovgrunnlaget

#### § 15 Ambulerende tjenester

**« Habilerings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. »**

Bestemmelsen omfatter spesialisthelsetjenester jfr spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, jfr pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Bestemmelsen må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (spesialisthelsetjenestelovens § 6.3 og Rundskriv 3/2013 ). Råd og veiledning skal gis av «helsepersonell», jf. helsepersonelloven § 3.

Andre ansatte enn helsepersonell vil imidlertid kunne ha veiledningsplikt etter den generelle bestemmelsen i forvaltningsloven § 11. ( IS 5/2013 – sptjloven med kommentarer)  
Bestemmelsene pålegger det regionale helseforetaket å gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for

at den kommunale helse- og omsorgstjenestene skal løse sine plikter etter lov og forskrift. (Intern lenke til kap 3.5 spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt)

### 3.6.2 Om ambulante tjenester

Med ambulante tjeneste menes tjeneste som tilbys og ytes utenfor sykehus. Bestemmelsen retter seg mot hvordan det generelle tilbudet, ikke det enkelte habiliterings eller rehabiliteringsopplegg, skal tilbys og ytes i eller utenfor sykehus. Med hensiktsmessig siktes det til faglige og praktiske forhold, samt hensynet til brukergrupper som helhet. Plikten til å yte ambulant tjeneste bortfaller dersom det ikke har hensikt å tilby tjenester utenfor sykehus.

Ambulant tjeneste foregår i hovedsak gjennom det lokale bistandsapparat i kommunen, via konsultasjon, råd og veiledning. Direkte klinisk arbeid kan også skje gjennom ambulant virksomhet, dersom det er hensiktsmessig.

Med ambulant behandling menes polikliniske kontakter som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell. Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem eller i sykehjem er eksempler på aktivitet som regnes som ambulant behandling. Aktiviteten skal rapporteres på samme måte som kontakter gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler. ( Innsatsstyrt finansiering 2014 – IS 2162, kapittel 5.24)

Ambulant arbeidsform sikrer at behandlings og tjenestetilbud kan vare over tid og driftes av kommunens eget helsepersonell. Formidling av spesialiserte habiliteringstjenester direkte i pasientens lokalmiljø sikrer også at tilbudet blir individuelt tilpasset ut fra lokale forhold og tett opp mot pasientens hverdagsliv og egne mål. Arbeidsformen krever gode kunnskaper og metoder for veiledning og rådgivning.

Spesialisthelsetjenesten har i dag etablert tverrfaglige team innen mange fagområder. Styringsdokumentene til de regionale helseforetakene gir krav om å utvikle pasientrettede samhandlingstiltak, som eksempelvis ambulante team. Det er blant annet åpnet opp for at poliklinisk virksomhet som utføres ambulant også kan utløse ISF-refusjon. (St.m 47)

### 3.6.3 Ambulante tjenester i habilitering

Veileder for habiliteringstjenesten for voksne (IS 1739) anbefaler at tjenesten bør så langt som mulig gi tjenester ambulant, når det vurderes som mest hensiktsmessig

Habiliteringstjenestene arbeider tverrfaglig og samarbeider med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten og med kommunene. Ambulante tjenester i habiliteringstjenestene vil bl.a. omfatte veiledning, behandling, initiering og bistand ved miljøtiltak, atferdspsykologiske behandlingsopplegg, og eventuell oppfølging av medisinsk behandling i hjemmet til den enkelte. Veiledning som gis skal være basert på en konkret henvisning av en pasient, og på den

tverrfaglige utredning og kartlegging som spesialisthelsetjenesten gjør. (prioriteringsveileder Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten IS 1821).

Spesialisthelsetjenesten skal gjennom sin oppfølging av pasienter med utviklingshemning og veiledning til kommunene bidra til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. bistå kommunen ved utforming av tiltak som innebærer bruk av tvang og makt. (viser til kap. 3.5 om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt )

#### 3.6.4 Ambulante tjenester i psykisk helsevern

Tjenestene innen det psykiske helsevern ytes både i sentraliserte sykehusavdelinger og ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS). De leveres både i form av døgnopphold, polikliniske tjenester og ambulante tjenester.

Flere kommuner og spesialisthelsetjenesten har etablert oppsøkende og ambulant virksomhet som en del av tjenestetilbudet. ACT og FACT-teamene er tverrfaglige team som arbeider aktivt oppsøkende utenfor sykehus, og som retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser/problemer. Arbeidet skal foregå der brukeren bor eller oppholder seg.

Formålet med arbeid etter ACT-modellen er å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjenesten til mennesker som ikke makter å oppsøke tjenesteapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. De tverrfaglig sammensatte teamene skal ha kompetanse til å gi ulike typer tjenester som bruker har behov for, herunder rehabiliteringstjenester, integrert behandling av rus- og psykiske lidelser og andre tjenester rettet mot arbeid, fritid, familie og bolig. ( Lenke til: «ACT-håndbok», KoRus Øst og Helsedirektoratet (2010): ACT-håndbok 1. utgave)

# 4. INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

## 4.1 Rett til individuell plan

---

### 4.1.1 Lovgrunnlaget

#### § 16. Pasientens og brukerens rettigheter

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommende nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

Reglene i første ledd andre og tredje punktum og reglene i andre ledd gjelder tilsvarende ved oppnevning av koordinator.

Individuell plan er både en rettighet for den enkelte, og et verktøy for samhandling mellom tjenesteytere og forvaltningsnivåer. Gjennom arbeidet med individuelle plan ønsker man å styrke brukermedvirkning, synliggjøre rettigheter og pliktene til den enkelte og tjenesteapparatet. Det forutsettes at tjenesteytere, fagområder, institusjoner og andre samarbeider for å løse felles utfordringer.

Individuell plan skal bidra til at pasienten og brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter (koordinator) som har hovedansvaret for oppfølgingen av den enkelte pasient og bruker.

Pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester skal fastsettes . Videre skal det foretas en vurdering av om tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov skal koordineres.

Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og tjenesteområder innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Brukerens deltagelse og medvirkning i arbeidet med planen er helt avgjørende for at ordningen med individuell plan skal fungere i samsvar med lov og forskrift.

Det skal bare utarbeides èn individuell plan. Med en plan menes ett samordnet dokument som er resultatet av en planprosess der utgangspunktet er tjenestemottakers mål og behov for tjenester. Dokumentet skal fremstå som en overordnet plan. Det er et mål at bruker og pasient bare skal ha en plan som også omfatter sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til å sikre brukere og pasienter som trenger det et individuelt tilpasset tjenestetilbud, viser brukererfaringer at individuell plan kan være et virkemiddel(hjelpemiddel?) til å skape struktur i eget liv. Erfaringer viser at for mange kan noe av det viktigste være å bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring og ikke minst få hjelp til å se muligheter. Opplevelse av forutsigbarhet og trygghet i møte med offentlige etater er det også mange som fremhever. Rett til en individuell plan betyr at pasienten og brukeren har rett til en plan som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler, og som angir et helhetlig tjenestetilbud.

#### 4.1.2 Plikt til informasjon om retten til individuell plan og veiledning om individuell plan

Både kommune, spesialisthelsetjenesten og den enkelte tjenesteutøver har plikt til å informere aktuelle tjenestemottakere og/eller pårørende retten til individuell plan. Plikten omfatter nødvendig og konkret veiledning og bistand til at pasient og bruker kan ivareta sine rettigheter. Dette kan for eksempel innebære bistand til å komme i kontakt med den instans som kan gi ytterligere informasjon og eventuelt sette i gang arbeidet med en plan. I denne sammenheng er det riktig å vise til koordinerende enhet i kommunen eller i helseforetaket (kap 2.4 om Koordinerende enhet i kommunen og 3.2 koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten)

Veiledningsplikten følger både av (forvaltningsloven § 11) og særlovgivning. Den enkelte kommune må gi tydelig informasjon til befolkningen og samarbeidspartnerne om hvor en skal henvende seg for å få igangsatt arbeidet med en individuell planprosess, det vises til ( R-I-3/2013), (Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a og kap. 6 om lovpålagte avtaler), (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 siste ladd) og (spesialisthelsetjenesteloven § 3-11) og helsepersonelloven § 10

For at kommunikasjonen skal fungere og informasjonen nå frem til dem det gjelder er det viktig å benytte autorisert tolk til de som trenger det, og tilrettelegge for mennesker med kognitive vansker

### 4.1.3 Krav til samhandling

Den individuelle planen skal sikre at det foretas nødvendige kartlegginger og at det etableres et samarbeid på tvers av tjenesteområder, sektorer og nivåer for å få til et helhetlig tjenestetilbud til beste for pasienten og brukeren. I tillegg utfordres tjenesteytere, tjenesteområder, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og virke sammen mot felles mål. Arbeidsmetoden forutsetter en felles målrettet innsats fra de ulike tjenesteområdene og samarbeidspartene på forskjellige nivåer.

Når en person har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som har hovedansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan. jf(helse- og omsorgstjenesteloven § 7 – 1 andre ledd). Spesialisthelsetjenesten har plikt til å medvirke i utarbeidelse av planen (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5) og (psykiskhelsevernloven§4-1).

Kommunen skal tilby pasient og bruker en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift i arbeidet med individuell plan (hotjl § 7-2) og (sptjl § 2-5a) vise til kap. 4.5

I spesialisthelsetjenesten skal det oppnevnes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester (§ 2-5a). Koordinator her skal «sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsoppholdet og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan».

### 4.1.4 «Langvarige og koordinerte tjenester»

Det er pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester som har rett til en individuell plan. Langvarig betyr at behovet er over en viss tid uten at det behøver å være varig. Krav til varighet bør vurderes i sammenheng med samordningsbehov og kompleksitet. Det kan være behov for individuell plan selv om behovet for koordinering kun gjelder for få måneder.

Med behov for «koordinerte» tjenester menes at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. Tjenester fra forskjellige tjenesteytere, sektorer og tjenestenivåer må ses i sammenheng.

### 4.1.5 Krav og avgjørelse om individuell plan

Avgjørelse om utarbeidelse av individuell plan er ikke et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. I henhold til (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7) gjelder forvaltningslovens kapittel IV og V ikke for individuell plan og andre rettigheter etter (pasrl kapittel 2), med noen få unntak. Avgjørelser om individuell plan kan påklages til Fylkesmannen ( pasrl § 7-2 ).

Helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage, og ved behov bistå i utforming av klage.

Mange kommuner har etablert gode prosedyrer/rutiner for hvordan gå frem ved behandling av anmodning om individuell plan (kap. 2.2.4 og 2.4.2.) Bestemmelsen gir pasient og bruker en rett til å få utarbeidet en plan. Rettskrav på nødvendige tjenester vil ikke følge av det som nedtegnes i selve planen. Retten til nødvendige tjenester følger av det øvrige regelverket. Selv om planen ikke utløser rettigheter, er intensjonen at den skal være en viktig premis når vedtak om tjenester skal fattes og tiltak gjennomføres.

Et krav om individuell plan kan fremmes både skriftlig og muntlig. Kommunen og helseforetaket må i alle tilfeller dokumentere henvendelse om individuell plan for å kvalitetssikre sin saksbehandling. Dette er særlig viktig dersom kravet avslås (kap 2.2.4).

Koordinerende enhet er kontaktpunkt for melding om behov for individuell plan og koordinator (Kap 2.4 og kap 3.2)

#### 4.1.6 Samhandling med andre etater/sektorer

##### 4.1.6.1 Lovgrunnlaget

**§ 18 tredje og fjerde ledd, ..... har pasienten eller brukeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.**

**Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient eller bruker (hotjl § 3-4 og sptjl 2-1e)**

Samarbeid mellom tjenester på tvers av ulike sektorer, nivåer og regelverk er en forutsetning for at bruker og pasient skal mottatt helhetlige og koordinerte tjenester ut fra den enkeltes behov og ressurser. (Helse og omsorgstjenesteloven kap. 6) pålegger kommunene og foretakene å lage samarbeidsavtaler (kap 1.6), bla for rutiner om arbeidet med individuell plan mm (kap. 2.2.4). Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud til pasienten (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 )

Selv om en pasient eller bruker har tjenester fra flere sektorer, og har rett til individuell plan etter flere lovverk, skal det bare utarbeides en individuell plan. Det er pasientens og brukerens helhetlige behov som skal fanges opp i planarbeidet.

##### 4.1.6.2 Individuell plan i andre lover og forskrifter

Pasientens og brukerens rett til å få utarbeidet individuell plan, og tjenestens plikt til å utarbeide individuell plan, er hjemlet i flere lover og forskrifter. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er hjemlet i helse -og omsorgstjenesteloven,

spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. I tillegg er det bestemmelser om individuell plan i følgende lover:

- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) ([lenke](#))
- Lov om sosiale tjenester i NAV arbeids- og velferdsforvaltningen ([lenke](#))
- Lov om barnevern ([lenke](#))

Det er også utarbeidet en Forskrift om individuell plan hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltning (NAV-loven) og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen ([lenke til forskrift](#))

Skolens plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan er omtalt i opplæringslovens § 15-5 ([lenke](#)). "Skolen skal delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan når det er nødvendig for å ivareta elevens behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud."

I forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i § 6 ([lenke](#)) understrekes behovet for en individuell plan for pasienter som har startet legemiddelassistert rehabilitering

## 4.2 Samtykke

---

### 4.2.1 Lovgrunnlaget

**§ 17. Samtykke. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Tilsvarende gjelder ved oppnevning av koordinator. For pasienter gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp.**

Ordningen med individuell plan er frivillig for alle grupper pasienter og brukere. Det betyr at den enkelte må ta stilling til om hun eller han ønsker at planprosessen skal settes i gang. Samtykket skal være informert, det vil si at den det gjelder skal ha fått tilstrekkelig informasjon om hva en individuell plan innebærer og kunne vurdere om individuell plan er noe hun eller han ønsker. Pasienten og brukeren kan når som helst trekke samtykke tilbake.

Prosessen med å utarbeide en individuell plan krever samtykke både til at planarbeidet settes i gang og til informasjonsutvikling mellom deltakerne i plangruppen. Selv om pasient og bruker har gitt samtykke til utarbeidelse av individuell plan, må det innhentes informert samtykke før taushetsbelagte opplysninger kan utveksles. ([lenke til 1.4](#))

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer hvem som har samtykkekompetanse, og hvem som eventuelt kan samtykke på vegne av pasient og bruker (viser til kap 1.3. om samtykke)



I arbeidet med individuell plan bør en samtykkeerklæring utformes slik at det fremgår klart at samtykket er begrenset til utveksling av opplysninger som er nødvendige for arbeidet med planen.

Det dokumentet som undertegnes bør bla inneholde følgende presiseringer:

- Hvilke opplysninger det er aktuelt å utveksle
- Hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- At det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig
- At vedkommende kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljøer eller enkeltpersoner får bestemte oppgaver

### **4.3 Ansvar for å utarbeide individuell plan**

---

#### 4.3.1 Lovgrunnlaget

##### **§18. Ansvar for å utarbeide individuell plan**

**Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.**

**Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan, jf. § 6 og § 11.**

**Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunenes arbeid med individuell plan.**

**Har pasienten eller brukeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.**

**Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient eller bruker.**

#### 4.3.1.1 Kommunens ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunene har plikt til å utarbeide en individuell plan for pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse -og omsorgstjenester (se kap 4.1.). Plikten innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person har rett til en individuell plan. Individuell plan skal ikke utarbeides mot pasienten og brukerens vilje. Vedkommende må først samtykke til at dette skal gjøres (§ 17). Den delen av kommunens helse- og omsorgstjeneste som pasienten og brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeidet med en individuell plan (Helsepersonelloven § 4).

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester kan ha behov for tjenester fra flere sektorer. I tillegg kan de ha behov for tjenester fra helseforetaket. Bestemmelsen om at det er kommunen som skal sørge for utarbeidelse av individuell plan når pasient og bruker har behov for tjenester både fra helseforetaket og kommunen (spesialisthelsetjenesten § 2.5 annet ledd) og (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1), er en klargjøring av ansvar.

#### 4.3.1.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar for å utarbeide individuell plan

At kommunen har hovedansvaret for å utarbeide den individuelle planen og at planarbeidet koordineres, (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1) fratrukker ikke spesialisthelsetjenesten ansvaret for å medvirke i arbeidet.

Helseforetaket skal på eget initiativ vurdere hvorvidt pasientens behov tilsier at det skal utarbeides en individuell plan, uavhengig av om pasienten ber om det. Utarbeidelse av individuell plan forutsetter imidlertid at pasienten, etter å ha fått informasjon, samtykker. Dette innebærer at dersom plikten utløses og pasienten samtykker, skal planarbeidet igangsettes. Helseforetaket skal da kontakte koordinerende enhet i kommunen.

Helseforetaket skal så snart som mulig gi melding til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen for igangsetting av individuell planprosess for pasienter og brukere med behov for tjenester fra begge nivåer. De skal også medvirke i planarbeidet. Tilsvarende bør det også gis slike meldinger om pasienter som ikke ønsker individuell plan, men som bare vil ha koordinator.

Proseduren for melding om behov for individuell plan og koordinator bør inngå i de ordinære melderutinene som er avtalt mellom kommune og helseforetak.

Dersom pasienten bare har behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten, har helseforetaket ansvaret for å lage den individuelle planen (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd).

#### 4.3.1.3 Personellet sitt ansvar

Helsepersonell og annet personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen, skal snarest mulig gi melding om pasient og brukers behov for individuell plan og koordinator (Helsepersonelloven § 38a og forskriften § 23.) Meldingen skal gis til koordinerende enhet.

#### 4.3.2 Pasient og brukers medvirkning i arbeidet med planen

Det er pasientens behov, ressurser og mål som skal danne grunnlaget for planen. Brukermedvirkning innebærer å anvende pasient og brukers egne erfaringer og kunnskap om sin tilstand sammen med den faglige kompetansen. Brukermedvirkning innebærer ikke at tjenesteyterne fratras sitt faglige ansvar (lenke kap 1.2). Koordinator har en sentral rolle i å legge til rette for at bruker og pasient sikres innflytelse gjennom hele planprosessen (lenke kap 4.5).

#### 4.3.3 Pasient og brukers rett til informasjon

Pasient og brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter (pasrl § 3-2)

Når pasient og bruker er mindreårig, under 16 år skal både pasient og bruker og foreldrene eller andre med foreldreansvar som hovedregel informeres.

Er pasienten mellom 12 og 16 år skal opplysninger ikke gis til foreldre, eller andre med foreldreansvar, når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker det. Informasjon som er nødvendig for å fylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre, eller andre med foreldreansvar, når pasienten er under 18 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter (barnevernloven § 4-8 eller § 4-12), gjelder dette tilsvarende for barneverntjenesten (lovens § 3-4). Informasjonen skal være tilpasset mottakers forutsetninger som alder, modenhet, erfaringer og kultur- og språkbakgrunn (lenke til kap 4.4). Personellet skal så langt som mulig sikre at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysninger om den informasjonen som er gitt skal nedtegnes i journal jf. journalforskriften § 8 første ledd bokstav i.

### 4.4 Innholdet i individuell plan

---

#### 4.4.1 Lovgrunnlaget

##### § 19. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommende etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

Planen skal inneholde en oversikt over den enkeltes behov, ressurser, muligheter og mål. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommende etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

## 4.4.2 Prosessen

### 4.4.2.1 Oppnevning av koordinator for planarbeidet

Planprosessen starter med at det oppnevnes en koordinator. Koordinator og pasient og bruker må ved oppstarten av planprosessen avklare forventninger og gjøre avtaler for hvordan de vil jobbe sammen. Koordinator skal sikre god framdrift i planarbeidet, sørge for nødvendig informasjon til pasient og bruker. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på pasient og brukers ønske. Viser til (kap. 4.5 om koordinator)

### 4.4.2.2 Kartlegging av behov og ressurser

Kartleggingen skal ta utgangspunkt i pasient og brukers behov, mål og ressurser. Pasient og brukers ressurser og mestringsevne påvirker både hvilke mål pasient og bruker setter og hvilke behov vedkommende har for bistand. I praksis betyr dette at kartlegging av mål, ressurser og

behov for tjenester pågår parallelt, og utvikles over tid. Ressurser handler ikke bare om individuelle ressurser hos bruker. Det handler også om de ressurser som kan mobiliseres i familie og nærmiljø. Hovedfokus i planprosessen må være rettet mot å få frem alle ressursene og hvilke muligheter som finnes. Arbeidet bør også fokusere på hvilke hindringer pasient og bruker opplever i forhold til deltagelse og daglige gjøremål, relatert til de ønsker og mål han eller hun har.

Behov for tjenester skal kartlegges. Det kan handle om behov for medisinsk bistand, opplæring, bolig, transport, hjelpemidler, fritidsaktiviteter, stønader og mulighet til arbeid eller annen aktivitet. For barn og unge skal behov for tjenester som støttekontakt, avlastning, PPT være en del av vurderingsgrunnlaget. Mange mottar allerede flere tjenester, noe som vil komme fram i kartleggingen.

#### 4.4.2.3 Koordinering av arbeidet med planen

Koordinering av planen er en svært viktig funksjon som tillegges koordinator (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og (kap 4.5 om koordinator)). Koordinators rolle er å bidra til at tjenestene virker sammen til en helhet. Det er nødvendig med samarbeid og tett dialog mellom pasient og bruker, koordinatoren og det øvrige tjenesteapparat for å finne frem til de beste løsningene for den enkelte. Samtalene, møtene og samarbeidet med de respektive virksomheter og instanser vil danne grunnlaget for utforming av et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud slik det er beskrevet i Kap. 4-1,2, og 3 og bør dokumenteres i plandokumentet.

#### 4.4.2.4 Plandokumentet

Plandokumentet bør være enkelt og oversiktlig. Mål og visjoner er ikke statiske, men endrer seg underveis i et menneskets liv. Når et mål er nådd, kan nye formes. Individuell plan skal være et dynamisk verktøy som skal oppdateres i samsvar med de beslutninger som tas gjennom forløpet. Plandokumentet er et redskap for å skape et tilpasset, forutsigbart og godt tjenestetilbud.

Skriftliggjøring av individuell plan praktiseres på ulike måter. Det bør utarbeides maler. Malen bør være fleksibel og åpen for individuell tilpasning. Det som nedtegnes i dokumentet må skje i overensstemmelse med pasient og bruker, jfr. medvirkning og samtykke (se kap 4.2 og 1.4). Når det er tatt en beslutning om å starte arbeid med planen og oppnevning av koordinator, skal det angis en planperiode. Det anbefales å sette en dato for oppstart av arbeidet med planen.

#### 4.4.2.5 Evaluering av planen

Den individuelle planen skal oppdateres og evalueres jevnlig. Planen skal til enhver tid kunne vise en helhetlig oversikt over tiltak og mål, hvilke tjenester pasienter og bruker mottar og hvem som er involvert i samarbeidet. Evalueringer skal sikre at en kontinuerlig kan fange opp endringer og korrigere tiltak i tråd med pasientens og brukerens behov.

Plandokumentet skal inneholde bestemmelse om fra hvilket tidspunkt planene skal gjelde og hvor lenge.

#### 4.4.3 Gjennomføringen av den individuelle planen

##### 4.4.3.1 Lovgrunnlaget

#### **§ 20 Gjennomføringen av den individuelle planen**

**Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.**

Den alminnelige ansvars- og funksjonsfordelingen mellom tjenester, virksomheter og forvaltningsnivå skal legges til grunn for gjennomføringen av planen.

Den tjenesteyter/sector som har ansvaret for tjenesten, har ansvaret for at de planlagte tiltakene gjennomføres.

## 4.5 Koordinator

---

### 4.5.1 Koordinator i kommunen

#### **§ 21. Koordinator i kommunen**

**«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.**

**Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.»**

Plikten til å tilby koordinator gjelder der vedkommende mottar eller skal motta tjenester etter (helse og omsorgstjenesteloven § 7-2 første punktum). Dette gjelder både tjenester utført av kommunenes ansatte og tjenester utført av private med avtale med kommunene (helse og omsorgstjenesteloven § 3 1 femte ledd).

Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen(lenke kap 4.3.1). Ny lovgivningen presiserer at det skal tilbys koordinator uavhengig av om pasienten og brukeren ønsker individuell plan. Koordinator i kommunen har en viktig funksjon i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatoren i kommunen og koordinator i spesialisthelsetjenesten(lenke kap 4.5.2)

I noen kommuner har koordinerende enhet etablert koordinatorskoler. Noen samarbeider med høyskoler om dette. Det er også mange kommuner som har laget gode håndbøker og annet nyttig veiledningsmaterieell ([www.askoy.kommune](http://www.askoy.kommune))

#### 4.5.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

##### **§ 22. Koordinator i spesialisthelsetjenesten**

**For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.**

**Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.**

**Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.»**

Det skal tilbys en koordinator i spesialisthelsetjenesten for «pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.» Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunene (lenke 4.3.1). Helseforetaket må likevel oppnevne en koordinator for institusjonsoppholdet. Det er koordinerende enhet ved det enkelte helseforetaket som har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator (lenke kap 3.2.5 og 3.2). Koordinerende enhet kan imidlertid etablere rutiner for at koordinator utpekes på avdelingsnivå.

Ansvaret til koordinator er å ivareta pasientens behov for kontinuerlig og helhetlige behandlingsforløp. Koordinator skal «sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold» samt «sikre samordning overfor andre tjenesteytere» (sptjl § 2 5a første ledd). Dette innebærer at dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator også følge opp i forhold til personell utenfor institusjon som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten, slik som f.eks fastlege, koordinator i kommunen, hjemmesykepleie eller spesialist i annet helseforetak.

#### 4.5.3 Om funksjonen koordinator

Det er koordinerende enhet i kommunen og helseforetaket som har ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator ( §§ 6 og 11). I så stor grad som mulig skal pasienten og brukeren selv ha innflytelse på valg av koordinator.

Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Koordinatoren skal bidra til at pasient og bruker opplever tjenestetilbudet som helhetlig og sammenhengende. Det innebærer å ta hovedansvar

for å påse at pasienten og brukeren får nødvendig oppfølging, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Med formuleringene «sørge for» og «sikre» menes at koordinatoren har et overordnet ansvar for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsoppholdet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det er den enkelte tjenesteutøver og faglig ansvarlig leder som har ansvar for den konkrete tjenesten til bruker og pasient.

Spesielt sårbart for pasient og bruker og eventuelt familien er overganger fra en livsfase til en annen. Her har koordinatoren en viktig rolle for å skape smidige overganger og bidra til at tiltak blir planlagt og er på plass til riktig tid og på riktig sted. (lenke kap 1.14.1)

Koordinator i kommunen skal i samarbeid med spesialisthelsetjenesten bidra til at pasienten og brukeren får et helhetlig tjenestetilbud, uten brudd i forløpet. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinator på de to nivåene og med fastlegen. I (§ 19 i forskrift om fastleger i kommunene) er fastlegens plikt til å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen beskrevet.

Det er ikke gitt bestemmelser om hvilken kompetanse koordinator i kommunene skal ha. I Prop.91 L (2010-2011) vises det til at kommunene bør ha frihet til å vurdere hvem som er best egnet til å ha koordinatorfunksjonen for den enkelte pasient eller bruker. I spesialisthelsetjenesten skal koordinator helst være lege, men annet personell kan inneha funksjonen hvis det er mer hensiktsmessig. Funksjonen i kommunen kan ivaretas av ulike yrkesutøvere.

Det er et lederansvar å sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle koordinatorfunksjonen. Koordinerende enhet i kommunen har ansvar for opplæring og veiledning (se kap. 2.4.3.) Koordinerende enhet må også bistå koordinator i å skaffe nødvendig oversikt over tilbud og tjenester. Det bør skje minst mulig utskifting av hvem som er koordinator i en planprosess. Det er viktig at det er etablert rutiner for hvordan bytte av koordinator skal skje på best mulig måte for pasient og bruker.

Flere kommuner har laget koordinatorskoler. Et eksempel på opplæring satt i system er koordinatorskolen i Steinkjer kommune (lenke).

#### 4.5.4 Koordinatorens arbeidsoppgaver

Å være koordinator innebærer at man samtidig med å være fagutøver også har et særlig ansvar for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Koordinators oppgaver:



- å sikre informert samtykke fra pasient og bruker
- å legge til rette for at pasient og bruker deltar i arbeidet med sin individuelle plan
- å sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker gjennom hele planprosessen.
- å avklare ansvarsforhold og forventninger
- å sikre samordning av tjenestetilbudet og en god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- å innkalle og lede møter knyttet til individuell plan
- å følge opp, evaluere og oppdatere planen
- å evaluere samarbeidsform, koordinatorfunksjonen og møter

Grunnlaget for å lykkes med koordinatorarbeidet er at en etablerer og vedlikeholder et godt forhold til pasient, bruker og eventuelt pårørende som er preget av tillit og respekt. Koordinatoren skal ha fokus på pasientens og brukerens mål i arbeidet med å kartlegge ressurser og muligheter.

Koordinator skal sørge for oppfølging og samordning samt fremdrift i arbeidet med individuell plan. Dette krever et perspektiv som favner helheten. Det er viktig å legge til rette for optimal brukermedvirkning, sikre god informasjon til pasient og bruker og nødvendig informasjonsflyt og samhandling mellom aktuelle tjenesteytere.

## 4.6 Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator

---

### 4.6.1 Lovgrunnlaget

#### § 23 Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator

**Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.**

Bestemmelsen om at helsepersonell skal melde om behov for individuell plan og koordinator gjelder både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

### 4.6.2 Meldeplikt i kommunene

Helsepersonell har plikt til å melde fra om behov for individuell plan og koordinator (helsepersonelloven § 38a). Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

skal være mottakspunkt for meldinger om slike behov (§ 6). Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen må utarbeide rutiner for mottak av meldinger og for oppnevning av koordinator og igangsetting av individuell plan (lenke 2.5.4).

Enheten skal også motta meldinger fra helseforetak om behov for individuell plan for inneliggende pasienter. (jf §18). Det anbefales at enhetene mottar meldinger fra helseforetakene om behov for koordinator på tilsvarende måte i tilfeller hvor pasientene ikke ønsker en individuell plan, men samtykker til å få oppnevnt koordinator jfr (kap 2.4.3 og 3.5.4).

Det bør legges til rette for et samarbeid med NAV og barneverntjenesten som også er pålagt å utarbeide individuell plan i henhold til sine lovverk.

Opplysninger som formidles i forbindelse med melding om behov vil som regel være taushetsbelagte. Melding om behov for individuell plan og koordinator er underlagt ordinære regler om samtykke og taushetsplikt. (lenke kap 1.3 og 1.4).

#### 4.6.3 Meldeplikt i spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal melde om behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i helseforetaket jfr (helsepersonelloven § 38 a). I spesialisthelsetjenesten anses det imidlertid ikke som hensiktsmessig at melding om behov for individuell plan og koordinator for navngitte pasienter skal gå til koordinerende enhet. Denne oppgaven bør ivaretas av den avdelingen som har det operative ansvaret for pasienten. Koordinerende enhets rolle vil være å sikre gode rutiner for arbeidet og følge med på at helseforetaket oppfyller sine plikter.

Meldinger fra helseforetaket til kommunene jfr § 18, er omtalt i kap 4.3.1).



**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)