

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 20/28329-6
Saksbehandler: Kathrine Egeland
Dato: 30.10.2020

Høringssvar fra Helsedirektoratet. Høringsnotat – Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud (Samarbeid, samordning og barnekoordinator)

Vi viser til høringsnotatet "Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud (Samarbeid, samordning og barnekoordinator)" fra Kunnskapsdepartementet, med høringsfrist 1. november 2020.

Høringsnotatet er et tverrdepartementalt samarbeid hvor det foreslås endringer i 12 sentrale velferdslover for å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier.

Formålet med forslagene er å tydeliggjøre kommunens eksisterende ansvar for å sørge for at velferdstjenestene samarbeider på tvers av sektorer, slik at det enkelte barn og den enkelte unge får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Enkelte forslag i høringsnotatet innebærer oppgaveendringer for kommunen eller andre aktører. De fleste forslagene er imidlertid en tydeliggjøring eller presisering av gjeldende rett. Forslagene er en oppfølging av 0–24-samarbeidet og skal bidra til gjennomføring av en Likeverdsreform.

1. Overordnede synspunkter på forslagene

Helsedirektoratet støtter de sentrale formålene med forslagene i høringsnotatet. Det foreligger et omfattende kunnskapsgrunnlag for at velferdstjenestene ikke samarbeider og samordner seg godt nok i oppfølgingen av utsatte barn og unge. Det kreves store forbedringer i tjenestene dersom alle barn og unge skal få den hjelpen de trenger.

Juridiske virkemidler kan være egnet til å bidra til å oppnå disse formålene, men om man skal få til endringer som utgjør en reell og vesentlig forskjell, må de kombineres med tilstrekkelig bruk av økonomiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler.

Koordinator og individuell plan er eksempler på at selv om det over lang tid har vært foretatt ulike lov- og forskriftsendringer på disse områdene, har det ikke bidratt til

Helsedirektoratet

Avdeling helserett og bioteknologi

Kathrine Egeland

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

sterkere etterlevelse av plikter og ansvar. Det må tas i bruk forpliktende kombinasjoner av virkemidler om man skal få til bedre samarbeid og samordning internt og mellom velferdstjenestene.

Vi har i forbindelse med vår vurdering av høringsforslaget ikke hatt grunnlag for å nyansere eller kvalitetssikre de vurderingene departementene har gjort av den samfunnsøkonomiske nytteverdien som er anslått. Vi legger til grunn at aktørene som omfattes av endringene, i større grad enn Helsedirektoratet, vil kunne gi kommentarer til de økonomiske og administrative konsekvensvurderingene.

En sentral forutsetning dersom endringer gjennomføres er at det legges til rette for å følge opp og evaluere effekten av tiltakene.

2.1 Støtte til de sentrale forslagene i høringen

Vi støtter de sentrale forslagene i høringen, herunder:

- Harmonisere og styrke velferdstjenestenes lovpålagte plikter til å samarbeide med andre velferdstjenester i saker som gjelder utsatte barn og unge.
- Utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten til å omfatte barn og unge med sammensatte vansker og lidelser.
- Kommunen skal ha en tydelig plikt til å avklare hvilke velferdstjenester som skal samordne tjenestetilbudet for barn og unge, som trenger helhetlige og samordnede tjenester.
- Harmonisere reglene om plikt til å tilby individuell plan i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven og en felles forskrift om individuell plan for de velferdstjenestene som har plikt til å utarbeide slike planer.
- Endre barnevernloven slik at individuell plan lovfestes som en rettighet, som kan påklages.
- Rettighetsfeste nåværende bestemmelser om koordinator.

2.2. Forslag i høringsnotatet som vi mener bør vurderes nærmere

Barnekoordinator

Helsedirektoratet støtter ikke forslaget om en egen bestemmelse om barnekoordinator, slik det er foreslått i høringsnotatet. Vi anbefaler at det i stedet satses på å videreutvikle

og forbedre dagens koordinatorordninger, og at en gjennom dette ivaretar sentrale formål i høringsnotatet for utsatte barn og unge. Det bør samtidig etableres systemer som kan sikre bedre etterlevelse av lovkrav enn hva tilfellet er i dag.

Helsedirektoratet mener det er et stort forbedringspotensial i dagens ordning og at det er behov for en tverrdepartemental innsats og samordning av regelverk for å få dagens IP og koordinator til å virke etter sitt formål. Vi mener at dette vil være en bedre og mer treffsikker tilnærming enn å opprette en ny, egen barnekoordinatorfunksjon som overlapper eksisterende koordinatorordninger. Det materielle innholdet i tjenestene er for øvrig helt avgjørende forutsetninger for koordinerte tjenester.

Vi viser til en nærmere omtale av barnekoordinator i punkt 3 i høringssvaret.

Sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

Helsedirektoratet gir ikke tilslutning til departementenes vurdering om at forslagene som gjelder arbeids- og velferdsforvaltningen bør avgrenses til å gjelde personer under 25 år. Departementenes begrunnelse er å sikre at forslagene om styrket samarbeid om velferdstjenester gir særlig prioritet til barn og unge (punkt 4.10 i høringsnotatet). Helsedirektoratet vil peke på at det er store brukergrupper innen eksempelvis voksenhabilitering og sykemeldte, som mottar og er i behov av rehabilitering, med arbeid og aktivitet som mål. Bestemmelser om tverrsektorielt samarbeid, samordning og koordinering bør inkludere disse gruppene.

2.3 Forslag/omtale av temaer som ikke fremgår tilstrekkelig av høringsnotatet

Tannhelsetjenesten

Vi savner at høringsnotatet inkluderer lovregulering av tannhelsetjenesten. Det er et stort behov for samordning mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten og øvrige velferdstjenester til utsatte barn og unge med sammensatte behov. Vi viser til utdypende omtale av tannhelsetjenesten under punkt 5 i høringssvaret.

Digitale verktøy og digitalt samarbeid

Vi savner omtale av digitalt samarbeid for å nå målsetningene i høringen. Bedre digitale verktøy i tjenestene vil kunne bidra til at aktørene lettere kan lykkes med samarbeid på tvers og levere mer koordinerte tjenester tilpasset den enkelte. I dag er det en stor utfordring at IKT-systemene kommuniserer dårlig på tvers av sektorer og tjenester. Det er behov for bedre digitale verktøy og felles maler. Vi ser særlig behov for en nasjonal, digital mal for individuell plan. Tjenestene har etterlyst dette gjennom flere år.

Videre er det viktig å sikre at det ikke er unødvendige, juridiske barrierer for digital samhandling. Det oppstår i praksis ofte uklareheter i tjenestene når dataansvaret for individuell plan skal plasseres. Det er behov for bestemmelser om dokumentasjon og lagring dersom aktørene skal klare å følge opp individuell plan på en bedre måte.

Barn og unge er i utgangspunktet i stor grad digitale, og de forventer at også helse- og velferdstjenestene kan tilby gode digitale tjenester. Enkel tilgang til digitale tjenester og informasjon om egen situasjon, vil bidra til at barn og unge og deres foresatte enklere kan være en ressurs og aktivt medvirke i egen behandling og tjenesteutforming.

2.4 Felles lov versus endringer i sektorlovene

Helsedirektoratet støtter forslaget om å endre, tydeliggjøre og harmonisere eksisterende velferdslover i stedet for å innføre en ny, felles samarbeidslov. Vi mener at det er en pedagogisk god løsning at den enkelte sektor kan fortsette å bruke velkjent sektorlovgivning for å oppfylle sine plikter og krav til samordning og samarbeid på tvers av velferdstjenester.

2.5 Evaluering og oppfølging av nye bestemmelser

Det er viktig at regelendringene blir grundig evaluert. Dersom reglene etter en evaluering viser seg å ikke gi de ønskede effektene, bør det utredes om det er hensiktsmessig og nødvendig med en felles samarbeidslov.

For at en evaluering skal bli reell og tilstrekkelig grundig er det imidlertid nødvendig at det før innføringen av reglene, etableres enhetlige indikatorer og systemer for registrering av IP og koordinator som gjelder alle sektorer. Frem til nå har koordinerende enhet i kommunene hatt oversikt over planer og koordinatorene etter helse- og omsorgslovgivningen. Registrering av dette i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er sannsynligvis ivaretatt av tjenestene. Det bør vurderes om koordinerende enhet kan ha ansvar for denne registreringen for alle målgrupper og sektorer. Det vil sikre enhetlig registrering. Behov for endringer i KPR-forskriften må i tilfelle vurderes og avklares og dette må gjennomføres raskt.

På bakgrunn av erfaringene fra 0-24-samarbeidet anbefaler Helsedirektoratet en arena/forum på tvers av samarbeidende direktorater som skal følge med på endringene og effekten av disse, samt å initiere og iverksette felles tiltak.

3 Rettighetsfesting av koordinator og forslag om ny rolle som barnekoordinator

3.1 Lovfesting av koordinator

Helsedirektoratet støtter at nåværende bestemmelser om koordinator rettighetsfestes. Det vil samsvare med tjenestenes plikt til å tilby og oppnevne koordinator.

Et viktig element i individuell plan helt fra lovverket om IP ble innført i 2001, var at det skal utnevnes en koordinator, eller en "tjenesteyter med hovedansvar" for oppfølgingen av den enkelte. Et sentralt formål knyttet til dette har vært å sikre gode overganger på tvers av livsfaser og at koordineringen skal favne på tvers av fag, nivåer og sektorer.

3.2 Barnekoordinator eller styrke og forbedre eksisterende ordning?

Departementene foreslår å innføre en rett til barnekoordinator for familier med barn eller som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Retten vil inntre allerede under svangerskapet eller når foreldre er tildelt et adoptivbarn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne.

Erfaringene med koordinator i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at regelverket for disse koordinatorordningene ikke etterleves tilfredsstillende og etter formålet. Helsedirektoratet stiller derfor spørsmål ved om det å innføre enda en koordinatorordning, i tillegg til eksisterende koordinatorordninger, er løsningen på de utfordringene som målgruppen møter.

Vår vurdering er at det bør foretas en fornyet vurdering av om opprettelse av en ny koordinatorordning, barnekoordinator, er en god løsning. En alternativ tilnærming til å lage flere koordinatorordninger, er å videreutvikle dagens ordninger med koordinator, individuell plan (IP) og koordinerende enhet, til å bli mer treffsikker og robust, og å etablere bedre systemer for å sikre bedre etterlevelse av lovkrav. Vi mener at det er et stort forbedringspotensial i dagens ordning og behov for en tverrdepartemental innsats og samordning av regelverk for å få dagens IP og koordinator til å virke etter sitt formål. Sterkere grep for å styrke kompetansen i koordinatorrollen er sentralt, og det er nødvendig å vurdere behov for å innføre kompetansekrav. Samtidig er det en helt avgjørende forutsetning for forsvarlig koordinering at det materielle innholdet i tjenestene er tilstrekkelig og av god kvalitet.

Helsedirektoratet understreker at vi støtter intensjonene i Likeverdsreformen om å styrke koordineringen for familier som har eller venter barn med alvorlige funksjonsnedsettelse eller helseutfordringer. Disse familiene har ofte et omfattende hjelpebehov, og det er behov for tiltak for å gjøre situasjonen for disse familiene bedre. Vi anbefaler at det vurderes å utvide eksisterende koordinatorordning til å omfatte familier som venter barn med alvorlige funksjonsnedsettelse eller helseutfordringer. En slik presisering i dagens regelverk vil være en forbedring av dagens ordning. Vi legger til grunn at det vil kreve økte ressurser.

Utdyping av våre innvendinger mot forslaget om barnekoordinator

Det er uklart hvilke barn som er intendert å skulle omfattes av rett til barnekoordinator og intensjonene i Likeverdsreformen. Definisjonen på alvorlig syke barn er ulik. Det er ikke tydeliggjort hvem som skal definere behovet for koordinering og oppfølging hos det enkelte barn og familie.

Det kan være uheldig å innføre koordineringsordninger og rettigheter som er avgrenset til alder og livsfase og ikke til behov. En stor del av målgruppene som omtales i høringsnotatet vil ha behov for tilpasset oppfølging også lenge etter fylte 18 år. Det er allerede i dag store utfordringer i overgangen fra barnehabilitering til voksenhabilitering.

Forutsetninger for å oppfylle retten til barnekoordinator er identisk med dagens koordinator – behov for langvarige, (komplekse), og koordinerte tjenester. Ordningene blir dermed overlappende. Totaliteten av koordinatore ute i tjenestene er allerede i dag uoversiktlig og fremstår uryddig. Noe av dette er stillinger for spesifikke diagnosegrupper eller forløpskoordinatorer. Når det gjelder koordinatore for diagnosegrupper – som eksempelvis kreftkoordinator og demenskoordinator – er det varierende hvorvidt de har koordinatorfunksjon på individnivå eller om det er fagstillinger som veileder øvrig personell.

En stor andel barn og unge som faller innenfor dagens koordinatorordninger vil falle utenfor retten til barnekoordinator. Dette gjelder for eksempel mange barn med store rus- og eller psykiske helseproblemer og voldsutsatte barn med eskalerende psykiske helseproblemer og sammensatt problematikk i familien. To parallelle koordinatorordninger, hvor noen barn og unge oppnår rett til barnekoordinator, mens andre oppnår rett til koordinator, kan resultere i en rekke uheldige konsekvenser. For eksempel kan man se for seg situasjoner hvor hensynet til hvilken ordning som er billigst kan spille inn ved rettighetsvurderingen, at det oppstår kvalitetsforskjeller i tilbudene eller at det oppstår uklare ansvarsforhold mellom de to ulike koordinatorfunksjonene. Vanskelige avgrensninger og overlappinger mellom koordinatorordningene både i formål og innhold tilsier også risiko for uheldige geografiske forskjeller i praktisering og oppfyllelse av disse rettighetene.

Videre mener Helsedirektoratet at det er uheldig at man for barn og unge, gjennom forslaget om barnekoordinator, legger en ytterligere føring for at det er helse- og omsorgspersonell som skal ha koordinatorrollen for utsatte barn og unge. Forslaget om at barnekoordinator er foreslått å være kun den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar, vil kunne forsterke en skjevhet i tjenestetilbudet og koordineringen som allerede eksisterer.

Da regelverket om individuell plan (IP) kom i 2001 var IP hjemlet bare etter helse- og omsorgslovgivningen. På bakgrunn av intensjonen om at tjenester fra alle fag, nivåer og sektorer skulle ses i sammenheng i planarbeidet oppsto, raskt et behov for en bredere lovhjemling på tvers av relevante sektorer. For barn som blir født med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse er det åpenbart at det i starten av livet vil være mest behov for helse- og omsorgstjenester, men ganske raskt vil behovet for tjenester fra andre sektorer være økende.

Særlig for barn og unge kan det være gode grunner for at personen bør ha en koordinator fra arenaer som oppvekst, skole og fritid. Når livet domineres av sykdom og helsetjenester kan det nettopp være viktig å styrke forankringen til barnets livsarenaer for aktivitet, mestring, læring og utvikling. Høringsutkastet følger i liten grad opp disse utfordringene, verken i forslaget til barnekoordinator eller i forbedringen av eksisterende regelverk for IP og koordinator.

Parallelt med den foreslåtte retten til barnekoordinator opp til 18 år, vil også barnet ha rett til individuell plan og koordinator etter respektive sektorlover. Her er imidlertid fortsatt forpliktelsene for oppvekst- og utdanningsområdet, slik de er foreslått i høringsnotatet, færre enn for de øvrige velferdssektorene. Det er mulig å tenke seg situasjoner hvor et barn har barnekoordinator fra helse- og omsorgstjenesten og samtidig ber NAV om en individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet mener det er grunn til å vurdere om dette kan føre til uklarheter og drakamper om hvilken sektor som skal anses å ha et ansvar.

3.2.1 Erfaringer med dagens koordinatorordning

Det er grunn til å fastslå at det er mangel på etterlevelse av lovkrav når det gjelder individuell plan og koordinator for alle målgrupper, herunder utsatte barn og unge. En sentral utfordring som dagens koordinatorene har meldt som et alvorlig sviktområde i lang tid, er at de opplever å mangle lederstøtte. Mange vegrer seg i å påta seg en rolle der det også ligger forventninger til at de skal utøve myndighet inn på andre sektors fagområder. I høringsnotatet fremheves myndighet til koordinator som svært sentralt, uten at det beskrives tilstrekkelig hvordan denne myndigheten skal tildeles og forvaltes.

I dagens veiledere fra Helsedirektoratet er det anbefalt at koordinator må sikres myndighet i å lede samarbeids- og koordineringsprosessen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Koordinatorer vil være i en posisjon hvor de følger med på utviklingen i behov, og at de i så måte kan være viktige pådrivere for nødvendig kartlegging og utredning og at nødvendige tjenester kobles på til rett tid. Helsedirektoratet mener imidlertid at det bør utvises stor forsiktighet i å skape forventninger om at koordinator kan forvalte myndighet inn på de respektive sektors sørge-for-ansvar.

Det er samtidig verdt å merke seg at det fins gode eksempler på koordinerende enheter som har myndighet fra rådmann til å beslutte koordinerende ansvar på tvers av sektorer. For eksempel koordinerende enhet i Kinn kommune er et team sammensatt av representanter fra flere sektorer og fagområder. Enheten har en leder med myndighet fra rådmann, og enheten har myndighet til å utpeke hvilken enhet som skal oppnevne koordinator for den enkelte bruker.

Etter dagens ordning er det "en av tjenesteyterne" som skal ha rollen som koordinator. Dette er viktig med tanke på at personer med omfattende behov vil ha behov for hjelp fra mange tjenester, og de bør da slippe å forholde seg til ytterligere flere personer. Med utgangspunkt i de beskrevne forventninger til rollen som barnekoordinator kan det være grunn til å stille spørsmål ved om det i høringsnotatet menes at det skal opprettes spesialstillinger til dette. Det ville være nærliggende at dette var stillinger tilknyttet svangerskapsomsorgen og helsestasjon og skolehelsetjeneste. I så fall savnes konkretisering og utredning av økonomiske konsekvenser. Helsedirektoratet mener at dersom barnekoordinator er det departementene går for, så vil det være behov for å vurdere om det er tilstrekkelig tilgang og kapasitet på fagkompetanse som målgruppene er i behov av.

3.2.2 Koordinatorrollen og forholdet til tjenestene

En avgjørende forutsetning for at koordinator skal kunne ivareta sin særlige rolle i å sikre god koordinering og at tjenestene samarbeider godt i samsvar med barnets og familiens mål, er at nødvendige tjenester og fagkompetanse er på plass. Mangler ved det materielle innholdet i tjenestene kan ikke kompenseres ved å ensidig styrke prosessuelle elementer.

Det er grunn til å tro at mange koordinatører allerede i dag blir utsatt for et stort forventningspress og må bære belastninger som følge av manglende tjenester. Helsedirektoratet stiller seg tvilende til at en ny koordinatorrolle, barnekoordinator, vil være løsningen på dette. Behov kan handle om alt fra å få kvalifisert informasjon og veiledning om rettigheter og støtteordninger, diagnosespesifikk informasjon om sykdom og forventet forløp – som krever kompetanse på høyt spesialisert nivå - til terapeutiske tilbud for å takle den følelsesmessige belastningen som foreldre og familier kommer opp i.

For noen barn/unge/familier kan det være avklart på et tidlig tidspunkt hvilke tjenester og hvilket forløp en ser for seg. I andre tilfeller, med uklare medisinske tilstander og hvor det også er stor uklarhet om hvor omfattende hjelpebehovet kan komme til å bli, er det vanskeligere. Dette krever tilgang på relevant kompetanse innen et vidt spekter av fagområder, herunder god barne- og familiefaglig veiledning, og som bør være å finne i tjenestene. Det vil også kreve god oversikt over relevante tjenester, forvaltningskunnskap og systemforståelse.

Svangerskapsomsorgen, helsestasjon- og skolehelsetjeneste - i tillegg til fastlegen - er sentrale tjenester for den aktuelle målgruppen. Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om det er tilstrekkelig kapasitet i disse tjenestene i dag. Helsedirektoratet erfarer at det er store variasjoner her, og at dette også handler om kommunestørrelse og infrastruktur. Mange etterlyser også bedre veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

3.2.3 Kompetanse i koordinatorrollen

Helsedirektoratet erfarer at personell i tjenestene også i dag etterlyser kompetanseheving for å bli trygge i rollen som koordinator. Mange vegrer seg. En forbedring av dagens situasjon ville være om det fra nasjonalt hold, på tvers av departementsområder, ble initiert et betydelig kompetanseløft i koordinatorrollen. Det ville understøttet de koordinerende enhetene sitt arbeid i å sikre opplæring og veiledning. I tillegg kunne det også vært hensiktsmessig å tydeliggjøre at det også i noen tilfeller bør være minimumskrav til profesjonsfaglig formalkompetanse.

Kompetansekrav til rollen som koordinator bør vurderes regelfestet. Helsedirektoratet utviklet i 2019 en e-læringsmodul for individuell plan og koordinator – med hovedvekt på koordinatorrollen – og hvor også lederansvaret for koordinering er vektlagt. Dette kan videreutvikles med flere moduler, eksempelvis med en spissing inn mot det tverrsektorielle arbeidet rundt målgruppene barn og unge.

Kartlegginger viser at koordinatorene i liten grad sikres rammene som skal til for å utføre arbeidet, samt at det er utfordrende å finne ansatte med rett kompetanse til å utføre koordinatortilleggsoppgavene. Arbeidet som koordinator kommer ofte i tillegg til de ordinære oppgavene som ansatte utfører i tjenestene og det oppleves derfor som utfordrende å skulle prioritere arbeidet som koordinator over andre tjenesteoppgaver. Det må sikres tilstrekkelig rammebetingelser for koordinatorene for å lykkes med ordningen.

3.2.4 Barnets eller familiens koordinator?

Familieperspektivet kan med fordel tydeliggjøres i lovverket om koordinator, men også i veiledningen til dagens lovverk er dette vektlagt – særlig for gruppen barn og unge. Det innebærer blant annet å se hele familien som helhet i vurderingen av behov for oppfølging og avlastning.

Høringsutkastet omtaler "familiens" rett til barnekoordinator. Familien som rettssubjekt er noe som bør problematiseres bedre. Det er behov for avveininger knyttet til at man ved tildeling og gjennomføring av denne rettigheten forholder seg både til barnet, foreldrene og familien som helhet. Disse avveiningene er sentrale enten departementene velger å vedta barnekoordinatorordningen eller velger å heller styrke eksisterende koordinatorordninger.

Det fremstår også uklart hvilken krets av personer som vil kunne definere seg som del av familien. Det kan for eksempel gjelde ved delt bosted for barnet, eller der det er uenighet eller uavklart hvem som har daglig omsorg for barnet. Også en rekke andre eksempler kan her tenkes.

Dersom det er familien og ikke bare barnet som er det primære rettssubjektet, er det behov for å drøfte og avklare avgrensninger av ordningens ansvarsområde. Også etter dagens bestemmelser vil nok koordinator for barn og unge, som forsørgeres av sine foreldre, oppfattes som å ha en koordineringsrolle for familien, men denne er avledet av at det er barnet som er det primære rettssubjektet.

3.2.5 Det ufødte barnet – finnes det interessekonflikter?

Vi er som nevnt positive til at koordinator kan oppnevnes allerede før fødsel for familier som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Det gir mulighet å planlegge og tilrettelegge så tidlig som mulig. Barnets senere liv, helse og funksjonsnivå kan være påvirket av arv og/eller miljø som for eksempel sykdom i svangerskapet eller som følge av hendelser mors kropp utsettes for under svangerskapet, for eksempel rusbruk eller vold og skade. Ny teknologi har forbedret tilgangen til informasjon om fosterutvikling og sykdom. Enkelte sykdommer og utviklingsavvik kan behandles allerede i fosterstadiet, og behov for oppfølging for å optimalisere utvikling kan identifiseres allerede før barnet er født.

Som et forebyggende tiltak vil koordinator skulle søke å tilrettelegge for og/eller iverksette tiltak som skal gagne barnet allerede fra fosterstadiet. Det er uklart i

høringsnotatet hvor helseopplysninger som berører det ufødte barn dokumenteres og hvilke juridiske rettigheter det ufødte barnet innehar. En interessekonflikt mellom den gravide og det ufødte barnet, kan forekomme. Tilgang til informasjon fra fosterstadiet, kan være avgjørende for barnets senere mulighet til å ta informerte valg om helsehjelp.

Forslaget synliggjør samtidig noen utfordringer knyttet til det ufødte barnets rettigheter. I dag regnes ikke et ufødt barn som barn i barnevernlovens forstand. Barnevernloven hjemler derfor ikke bruk av tvangstiltak for å verne et ufødt barn, og gir dermed heller ikke ufødte barn noe direkte vern mot forhold som skader svangerskapet, enten dette er handlinger hos den gravide eller handlinger den gravide utsettes for. Når barneverntjenesten mottar melding med bekymring for ufødte barn, må meldingen registreres og barneverntjenesten kan først åpne undersøkelsessak dersom mor samtykker til det. Dersom barnekoordinator, alternativt koordinator, skal ha en rolle allerede fra fosterstadiet vil det være behov for nærmere avklaringer av barnets juridiske rettigheter før fødsel.

3.2.6 Nasjonale faglige retningslinjer for palliasjon til barn og unge

God omsorg for den gravide er viktig. Vi viser til at det i Nasjonale faglige retningslinjer for palliasjon til barn og unge finnes et eget kapittel om Prenatal palliasjon med anbefalinger om god informasjon og støttetiltak under graviditeten fram til fødsel. Her brukes fagpersonell til å oppfylle anbefalingene og spørsmål om situasjonen etter fødsel koordineres med fagpersonell med kompetanse i foreldres og barns behov og rettigheter.

3.2.7 Eksempler på koordinators oppgaver

Helsedirektoratet har i løpet av de siste årene hatt stor pågang av henvendelser med spørsmål om å rydde i mangfoldet av koordinatorene. Direktoratet har derfor [i sine veiledere](#) tydeliggjort at i tilfeller hvor personell med stillingsbenevnelse som "...koordinator" fyller den lovpålagte koordinatorrollen, må det sikres at innhold og funksjon oppfyller krav i lov og forskrift.

Utklipp fra *Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator og veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov* om hva som ligger til koordinator i henhold til dagens lovverk, jf. hol. § 7-2, utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.

Eksempler er:

- sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av plan- og arbeidsprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet
- være teamleder
- avklare ansvar og forventninger
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov, herunder at teamet observerer og følger opp endringer i pasient og brukers tilstand og initierer eventuelle konsultasjoner hos fastlege og øvrige tjenester
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer
- sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre felles forståelse av målene i planprosessen
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

4 Forslag til forbedringer i lovforslagene om koordinator, koordinerende enhet og individuell plan

4.1 Oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene

4.1.1 Tydeliggjøre plasseringen av et overordnet ansvar for koordinering

Høringsnotatet (punkt 8.3.2) er ikke tydelig på plasseringen av et overordnet ansvar for koordinering på tvers av sektorer. Koordinerende enhet som i dag bare er hjemlet i helselovgivningen, men hvor det er klare anbefalinger i lovforarbeidet¹ og veileder om at også skal sikre tverrsektoriell samhandling, bør videreføres som en tverrsektoriell enhet med tverrsektoriell myndighet. Enheten bør være sektornøytral og ha myndighet fra

1

<https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf> - fra side 369

rådmann. En lovfesting av dette vil være en betydelig forbedring i forhold til dagens situasjon.

Enhetene bør – som i dag – ha det overordnede ansvaret for IP og koordinator, herunder for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Helsedirektoratet støtter at det ikke stilles krav om samarbeidsavtaler mellom sektorer jfr kap 7, men det bør stilles krav om at det etableres sektorovergrepene rutiner for samarbeid, herunder om IP og koordinator, slik Helsedirektoratet har anbefalt i sine veiledere. Sektorovergrepene opplæring og kompetanseutveksling inngår også her, og er ansvar som ligger til koordinerende enhets overordnede ansvar. Tverrsektorielle rutiner og felles kunnskap og kompetanse på tvers av sektorer vil være avgjørende for å lykkes.

Dagens lovverk legger til grunn at bruker skal ha medvirkning ved valg av koordinator. Det bør videreføres og bør også tydeliggjøres i det samordnede regelverket.

Det legges i forslaget (kap 9) ikke opp til at skole og oppvekst skal gis ansvar for å utarbeide IP, men det sies samtidig at dette ikke bør være til hinder for at ansatte i skolen har rollen som koordinator. Dette er en positiv presisering, men det bør vurderes som dette er tydelig nok. Det bør være mulig at et barn kan få sitt ønske oppfylt om å ha assistenten eller spesiallæreren som koordinator. Det er ikke grunn til å anta at dette vil ha et stort omfang, men her bør hensynet til at personen kan få en koordinator som en har god "kjemi" og et åpent tillitsforhold til, kunne tillegges avgjørende betydning.

Tydelig ansvars plassering

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har i dag ansvar på to områder jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:

- Habilitering og rehabilitering
- Individuell plan og koordinator – som gjelder alle brukergrupper

Det bør vurderes om enheten skal omtales som "koordinerende enhet" og dermed en sterkere vektlegging av at enhetens funksjon gjelder uavhengig av målgrupper, herunder på tvers av alder og diagnose. Det bør fortsatt videreføres at enheten også har viktige funksjoner knyttet til habilitering og rehabilitering, læring og mestring mm siden dette oftest vil være sammenfallende målgrupper.

I kapittel 8 foreslår departementene å lovfeste en samordningsplikt i alle lovene høringsnotatet gjelder, jf. punkt 8.3.2. Departementene foreslår at kommunen skal ha en tydelig plikt til å avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet der barn og unge mottar tjenester fra flere, og der samarbeid er nødvendig for å yte helhetlige og koordinerte tjenester. I praksis vil dette være i tilfeller der det er uklarhet eller uenighet om hvilken velferdstjeneste som skal ivareta samordningen. Kommunen skal også samordne kommunale tjenester med tjenester fra fylkeskommunale, statlige og relevante private velferdstjenester. Der det allerede finnes bestemmelser om koordinatorordning eller samordning av tjenester, vil forslaget i hovedsak ikke innebære endringer i disse ordningene.

Koordinerende enhet er kun hjemlet i helselovgivningen, og dette kan også være en barriere for koordinering av tjenestene på tvers av sektorer. God praksis i en del kommuner viser at en tverrsektoriell koordinerende enhet fremmer tverrfaglig samarbeid og mer koordinerte tjenester til barn, unge og voksne.

Det bør tydeliggjøres i forskriften at kommunen koordinerende enhet skal ha ansvaret på tvers av sektorer for brukere med behov for individuell plan og koordinator. Enheten har allerede et slikt ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator etter helselovgivningen. Enheten må gis myndighet på tvers av velferdssektorer til oppnevning av koordinator og motta melding om behov for individuell plan for den enkelte som har behov for koordinerte tjenester.

4.1.2 Utdypende om kompetansekrav til koordinator

Med unntak av i spesialisthelsetjenesten er det i dag ikke stilt kompetansekrav til koordinator ut over det som følger av forsvarlighetskrav. I spesialisthelsetjenesten står det at "Koordinator skal være helsepersonell". Eksempler på oppgaver til koordinator er beskrevet i [Helsedirektoratets veileder](#).

Det er kommunens ansvar å sikre at personell har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine oppgaver. Det må sikres at koordinatorene både har tilstrekkelig systemkunnskap, fagkompetanse og ikke minst personlig egnethet til å ha denne rollen. Koordinerende enhet, med ansvar for opplæring og veiledning, må sikre at koordinatorene har gjennomført opplæring før de tildeles rollen.

Dette er en rolle slik høringsnotatet beskriver som skal fungere som familiens støtte og rådgiver. Rollen har ikke utredningsansvar, men bidrar på en betydningsfull måte til å håndtere mangfoldet av systemer, kjenner til rettigheter og plikter, og har tilstrekkelig mandat til å bidra til god og helhetlig oppfølging. Rollen skal ha kompetanse til å håndtere familier med forskjellig bakgrunn, slik at den fanger opp situasjoner som systemene ikke er designet for å håndtere (f.eks dokumentasjon på sykdomstilstander på et annet språk, eller familier som ukjent med velferdsstatens institusjoner og normer).

Kartlegginger viser at koordinatorene i liten grad sikres rammene som skal til for å utføre arbeidet, samt at det er utfordrende å finne ansatte med rett kompetanse til å utføre koordinatoroppgavene. Arbeidet som koordinator kommer ofte i tillegg til de ordinære oppgavene som ansatte utfører i tjenestene og det oppleves derfor som utfordrende å skulle prioritere arbeidet som koordinator over andre tjenesteoppgaver. Det må sikres tilstrekkelig kompetanse og rammebetingelser for koordinatorene for å lykkes med ordningen. Kompetansekrav til rollen som koordinator i regelverket bør utredes.

4.1.3 Arbeidsform i koordinering og planarbeid

Det bør legges til grunn at team, som i høringsnotatet (kap 6.3.4 side 44) er omtalt som "ansvarsgruppe", er sammenfallende med personens tverrfaglige oppfølgingsteam, og at dette er en arbeidsform i den individuelle planprosessen og hvor koordinator er teamleder. Det kan være uhensiktsmessig å anbefale "ansvarsgruppe" som kan fremstå

som noe i tillegg eller et alternativ til det som ligger i retten til IP og koordinator. Ansvarsgrupper praktiseres fortsatt i noen kommuner etter gammel modell med faste store årlige, eller halvårlige møter.

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam beskrives i Meld.St. nr. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste» og i Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er uavhengig av alder og diagnose og lovverket om IP og koordinator legges til grunn. Det pågår en treårig pilot i seks kommuner med mål om å implementere og forankre denne arbeidsformen på tvers av virksomheter og nivå. Piloten følgeevalueres og det er viktig å ta med erfaringer og resultater fra dette arbeidet, se:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykdom-tilstand-og-behandling>.

I høringsnotatet kap 6.3.5 beskrives metoden BTI. Her tydeliggjøres at det ikke vil gis detaljerte føringer for hvordan samhandling skal skje. Det bør derimot vektlegges at uavhengig av hvilke verktøy som tas i bruk, så må tjenestene oppfylle personens rett etter lovverket. Det er viktig at det ikke etableres ordninger som ligger under innholdsstandarden i lovverket.

4.2 Felles forskrift om IP

Det er gode grunner som taler for forslag om ny felles forskrift om individuell plan på tvers av velfersssektorer. For barn, unge og deres foreldre vil det være lettere å forholde seg til en forskrift enn til alle sektorlovene når de har behov for et helhetlig og koordinert tilbud. Det vil også være enklere for den enkelte sektor å finne frem til de andre sektorenes ansvar for individuell plan og koordinering av tjenestene, uten å måtte kjenne de ulike særlovene. Helsedirektoratet støtter derfor forslagene til tiltak om felles forskrift om individuell plan på tvers av sektorer.

4.2.1 Ansvar for koordinering i opplæringssektoren

De fleste barn med funksjonsnedsettelse går enten i barnehagen eller på skolen. Ansvarsplasseringen for individuell plan og koordinator gjenspeiler ikke sektorens ansvar innen tilrettelegging, spesialpedagogiske tilbud, spesialundervisning, utredning, kartlegging, inkludering, hjelpemidler etc. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at NAV og Barnevernet skal tilby individuell plan, men ikke opplæringssektoren. Ikke alle barn med funksjonsnedsettelse har barnevernstiltak, men alle har behov for en eller annen form for tilbud fra opplæringssektoren. Antallet koordinatører fra denne sektoren gjenspeiler behovet for bedre harmonisering i regelverket. Vi anbefaler derfor at opplæringssektoren bør inkluderes i harmoniseringen av lovverket om IP og koordinator og inkluderes i felles forskrift.

4.2.2 Tyngdepunktet av tjenester

Helse- og omsorgstjenester vil ikke alltid vil være tyngdepunktet i koordineringsbehovet for utsatte barn og unge, eller være den tjenesten som koordineringen etter en konkret vurdering bør springe ut fra. Et eksempel på dette kan være voldsutsatte barn og unge

som lever i familier med store sosiale utfordringer. Regler for koordinering og organisering av IP bør i tilstrekkelig grad understøtte at det tilrettelegges for hensiktsmessig koordinering der problematikken er sammensatt og kompleks.

4.2.3 Dokumentasjon av individuell plan

Det er viktig at det klargjøres regler for dokumentasjon og lagring av IP. Dette er ikke beskrevet i høringsnotatet, og er problemstillinger som har vært sentrale gjennom mange år. Innen helse- og omsorgslovgivningen gjaldt det frem til 2018 en fortolkning om at IP var en del av pasient/brukers journal. Dette satte tydelige barrierer for deling på tvers av sektorgrenser. Denne fortolkningen ble endret fra 2018, og gjeldende bestemmelser om at IP kan etableres uavhengig av journal er beskrevet i [Helsedirektoratets veileder](#). Det skal dokumenteres i journal om en person har IP og koordinator.

4.2.4 Saksbehandling av tildeling av koordinator og IP

I bestemmelsene om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen er det i dag ikke krav til enkeltvedtak. Når pasienter og brukere oppfyller kriteriene om "behov for langvarige og koordinerte tjenester" er IP en rett som følger direkte av loven. De som takker ja til IP får koordinator oppnevnt som en del av dette. Koordinator skal likevel også tilbys målgruppene om de takker nei til IP. Avslag om IP skal imidlertid skriftliggjøres for å sikre klageretten.

Fra praksisfeltet hører vi at tjenestene til tross for dette, innfører saksbehandling i tråd med enkeltvedtak. Noen stiller i tillegg også krav til skriftlig søknad fra pasient/bruker. Vi er også kjent med mange tilfeller hvor det etableres kriterier i form av at det må være et visst antall tjenester på plass før de innvilger IP og tilbyr koordinator. Dette fremstår å være på siden av gjeldende lovgivning som også vektlegger behovet noe framover i tid – noe som ligger i benevnelsen "langvarige".

Helsedirektoratet er opptatt av at ressursene skal gå til tjenesteytelse, ikke til forvaltningsmessig saksbehandling der dette ikke er et lovkrav. Det er lovkrav til saksbehandling av tjenester kun der det anses nødvendig for å oppnå rettferdig fordeling av tjenester. Denne distinksjonen er det viktig at tjenestene i større forstår grad og etterlever.

Helsedirektoratet vektlegger at det må gjøres en reell vurdering av behovet og utdyper dette slik i sin [veileder](#):

"Krav til varighet bør ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Selv om behovet bare strekker seg over noen måneder, eller det er få tjenester, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy. Det ligger i formålet for individuell plan at også behov for tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen."

Helsedirektoratet har også fått tilbakemeldinger om at tjenestene opererer med saksbehandlingstid for å innvilge IP, begrunnet i at det saksbehandles etter regler om enkeltvedtak. Dette oppleves av pasienter og brukere som forsinkende ledd, og er heller ikke i samsvar med gjeldende rett. Også på dette området er det behov for en samordning av regelverket for IP og koordinator etter de ulike velferdslovene.

Helsedirektoratet vil her presisere at samhandling og koordinering bør være en integrert del av tjenesteytingen – det vil si det materielle innholdet i tjenestene. Å operere med ventetider og omfattende saksbehandlingssløp for koordinering anses å være i konflikt med formålet om koordinerte tjenester.

5. Forslag til regelverksendringer bør omfatte tannhelsetjenesteloven

Det argumenteres i høringsnotatet punkt 4.11 med at *"en stor andel personer som mottar tjenester etter tannhelsetjenesteloven, faller utenfor det offentliges ansvar fordi fylkeskommunens ansvar etter loven bare dekker utvalgte prioriterte grupper. Selv om barn og unge er en slik prioritert gruppe etter tannhelsetjenesteloven, er tannhelsetjenester for andre pasientgrupper i stor grad å anse som privat helsetjeneste med egenbetaling som finansiering."*

Vi er uenig i dette. Tannhelsetjenesteloven er en lov som regulerer den offentlige fylkeskommunale tannhelsetjenesten som først og fremst har ansvar for de prioriterte gruppene. Det prioriterte klientellet utgjør 85% av pasientene (se tabellen under). Barn og ungdom 3-20 år utgjør 78% av det prioriterte klientellet, mens svært få barn og unge behandles i den private tannhelsetjenesten. Det øvrige prioriterte klientellet (7%) er personer som har langvarige helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne og har behov for koordinerte tjenester.

| Pasientgrupper i den offentlige tannhelsetjenesten | Under tilsyn i 2019 | |
|--|---------------------|---------|
| | Antall | Andel |
| Barn og ungdom 3-18 år | 987 401 | 72,0 % |
| Psykisk utviklingshemmede over 18 år | 16 844 | 1,2 % |
| Eldre, langtidssyke, uføre i institusjon | 30 454 | 2,2 % |
| Eldre, langtidssyke,uføre i hjemmesykepleie | 42 645 | 3,1 % |
| Ungdom 19-20 år | 81 974 | 6,0 % |
| Andre prioriterte personer | 7 681 | 0,6 % |
| Øvrig voksen befolkning | 201 660 | 14,7 % |
| Fengselsinnsatte | 2 030 | 0,1 % |
| Sum | 1 370 689 | 100,0 % |

Majoriteten (2/3) av de som faller utenfor det offentliges (fylkeskommunens) ansvar behandles i privat praksis. Disse utgjør kun 15% av den offentlige tannhelsetjenestens klientell.

Fylkeskommunene har behov for samarbeid med øvrig helsetjeneste og andre relevante virksomheter på systemnivå for det prioriterte klientellet (85% av pasientene). Departementene viser til Prop. 71 L (2016–2017) hvor det ble foreslått lovendringer for å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, noe som vil løse manglene i tannhelsetjenesteloven, men det er ikke sikkert at disse lovendringene blir satt i kraft. Derfor må tannhelsetjenesteloven omfattes av forslagene om regelverksendringer.

Helsedirektoratet vil ferdigstille og publisere Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge i mars 2020 (første del er publisert). Retningslinjen har flere anbefalinger om samarbeid på systemnivå mellom fylkeskommunen og øvrig helsetjeneste og andre relevante virksomheter, blant annet:

- *Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et systematisk samarbeid med helsestasjon- og skolehelsetjenesten og skal gi den opplæring og veiledning som er nødvendig for at personell i helsestasjon- og skolehelsetjenesten ivaretar sine tannhelsefaglige oppgaver i tråd med denne retningslinjen og med Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten.*

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 4 sier at helsestasjon og skolehelsetjenesten skal ha rutiner og legge til rette for nødvendig samarbeid med tannhelsetjenestene.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ikke en tilsvarende bestemmelse som speiler denne plikten. Vi har likevel argumentert for å bruke hjelpeverbet "skal" i følgende anbefaling:

"... For barn under tre år utfører lege eller helsesykepleier munnundersøkelser på helsestasjonen. For at fylkeskommunen skal kunne oppfylle kravet i tannhelsetjenesteloven til oppsøkende virksomhet for denne pasient-gruppen, må den offentlige tannhelsetjenesten samarbeide med helsestasjonene i kommunene slik at helsesykepleier og annet personell ved helsestasjonen får veiledning og opplæring om tannhelse, og at foreldre/foresatte får informasjonen og tilbudet barna har krav på."

Vi mener at hva som er de rettslige pliktene kan fremstå uklart for tjenestene, og at det er behov for en tydeliggjøring i tannhelsetjenesteloven av tannhelsetjenestens plikt til å samarbeide med relevante tjenester.

Tannhelsetjenesteloven er også uklar når det gjelder barns rettigheter til tannhelsetjenester. Tannhelsetjenesten har plikt til å gi et oppsøkende tilbud, men foreldre kan takke nei til tilbudet. Derfor anbefaler Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge at tannhelsepersonell ber om bekreftelse fra foreldrene på om barnet går til privat tannlege, men foreldrene har ikke plikt til å opplyse det.

Vi viser også til at omtalte retningslinje har et kapittel om "*Barn og unge med kognitive, psykiske eller somatiske helseutfordringer, inkludert barn med behov for habilitering eller rehabilitering*". Her er det særlig viktig med et forpliktende samarbeid på systemnivå mellom den offentlige tannhelsetjenesten og øvrig helsetjeneste/andre.

Dette blant annet for at:

- helsetjenesten kan henvise barn med behov for tannbehandling så tidlig som mulig til den offentlige tannhelsetjenesten,
- helsetjenesten/andre kan hjelpe barna med daglig munnstell som forebygger tannsykdom,
- personell i den offentlige tannhelsetjenesten og i helsetjenesten kan samarbeide om behandling av barn som har behov for det.

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp e.f.
direktør

Wenche Dahl Elde
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk