

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

13.1.2011

Høringsuttalelse til "Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester"

Nettverk for Regionale Koordinerende Enheter for habilitering og rehabilitering (heretter omtalt som NRKE) gir med dette felles innspill til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Medlemmer i nettverket er ansatte i regionale koordinerende enheter/funksjoner i Norge.

Kapittel 7 – Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Til § 7 -1 Individuell plan

"I første ledd er det foreslått en plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester."

NRKE er enig i dette forslaget for å sikre at brukere med rett til individuell plan, får det. Vår erfaring i de regionale koordinerende enheter, er i samsvar med departementets stadfesting at det fortsatt er mange med rett til individuell plan som ikke får det. Videre mener vi at det er meget viktig for aktuelle brukere at en pliktbestemmelse utløser en tilsvarende plikt til å utarbeide planen og at kommunen på eget initiativ tilbyr en person med behov for langvarige, koordinerte tjenester en individuell plan.

"I andre ledd er det foreslått en ny regel for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Etter forslaget skal kommunen ha dette ansvaret"

NRKE er enige i at det kommer en ny regel for å klargjøre dette ansvaret. Vi er også enige i departementets vurdering om at hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan (IP) bør ligge hos kommunen, i de tilfeller der en person har behov for tjenester fra begge nivå. Det er imidlertid etter vår erfaring, viktig som departementet påpeker at dette *ikke* må frata spesialisthelsetjenesten ansvaret for å medvirke i arbeidet. Etter vår erfaring er det særs viktig at spesialisthelsetjenesten også tar ansvar for å *sette i gang prosessen* med utarbeidelse av IP for de personer som vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester og som selv ønsker en slik plan. Det vil for eksempel innebære at spesialisthelsetjenesten tar ansvaret for å tilby pasienten IP, og tar kontakt med *Koordinerende Enhet (KE) i kommunen* for oppfølging og videre samarbeid rundt utarbeidelse av planen. Det er også etter vår oppfatning viktig at en koordinator ved behov, får myndighet til å innkalle aktuelle aktører fra alle tjenestenivå innen helse og andre etater til samarbeidsmøter med bruker og koordinator rundt utarbeidelse av IP.

Vi er enige i departementets forslag om endringer i spesialisthelsetjenesteloven som vil gi spesialisthelsetjenesten plikt til å medvirke i kommunens arbeid med IP i de tilfeller det er et behov.

"Dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, vil det som i dag være helseforetaket som har ansvaret for å utarbeide individuell plan".

Vi anser dette som unntaksvise og sjeldne tilfeller, og har vansker med å se at en med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke har behov for noen tjenester i kommunen. I slike saker mener NRKE at brukermedvirkning og koordinering kan ivaretas med ordinært samarbeid og at en **ikke** skal utarbeide en IP for planens skyld. Vi mener at en slik åpning for at helseforetaket skal kunne ha hovedansvaret for utarbeiding av IP vil kunne undergrave hovedprinsippet om at det er kommunene som har hovedansvar for utarbeiding og koordinering.

Til § 7 -2 og § 7-3

"I første ledd §7 -2 er det foreslått en plikt for kommunene til å oppnevne koordinator og i første ledd §7 -3 er det foreslått en plikt for kommunene til å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering"

Etter det høringsinstansen NRKE erfarer, blant annet i møter med KE i kommunene, er det er særs viktig for å optimalisere koordinering og samhandling til brukerens beste, at plikten til å medvirke i arbeidet med IP bør gjelde for alt personell som har befattning med brukeren som har langvarig behov for, koordinerte tjenester. Det vil si at også ansatte i skole, barnehage, NAV, PPT, mv., bør ha plikt til å delta i arbeidet. I de tilfeller det er naturlig at en annen etat enn helse bør ivareta koordinatorrollen, må KE i kommunen gis myndighet til å utpeke koordinator fra den mest hensiktsmessige etat ut fra brukers problemstilling. NRKE er enig med departementet i presiseringen i lovteksten at KE for habilitering og rehabilitering i kommunen skal ha et systemansvar for individuelle planer, herunder ansvar for å oppnevne koordinator. Her bør det etter vår oppfatning legges til, at det gis myndighet til KE i kommunen å oppnevne koordinator på tvers av etater. Dette må tydeliggjøres gjennom lovfesting i flere lovverk.

Høringsinstansen er videre enig i departementets vurdering om at en oppnevnt koordinator ikke skal ha eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ledelsesforankring og rammebetingelser er etter vår erfaring, helt avgjørende for utarbeidelse av IP og for godt koordinerte tjenester. Vi er i så måte uenige i Bernt-utvalgets forslag om at koordinator, som planansvarlig, personlig skal kunne gå inn i *"alle situasjoner hvor det oppstår problemer og misnøye"*. En slikt forslag vil i praksis kunne bidra til at personell vegrer seg for koordinator rollen som igjen vil medføre et dårlig utgangspunkt for samhandling og godt koordinerte tjenester.

I tråd med gjeldende regler om rett til IP og plikten til å ha en koordinerende enhet, er NRKE enige i forslaget om at målgruppen for IP og KE samordnes. Det er hensiktsmessig at koordineringsverktøyet IP på personnivå, har samme målgruppe som koordineringsverktøyet KE på systemnivå, slik at den omfatter pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, slik som habiliterings- eller rehabiliteringstjenester, eller der det gis flere ulike tjenester over tid

NRKE er enige med departementet i denne avgrensningen av målgruppen. Vi erfarer at det spesielt er brukere med langvarige behov for koordinerte tjenester som har behov for IP, og som har behov for "en dør inn" for kontakt med tjenesteapparatet. Unødvendig

byråkratisering må unngås, både av respekt for brukerne av tjenestene og med tanke på personellressursene.

Vi er enige i at *“langvarige”* tjenester skal tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for IP og koordinator. Det innebærer blant annet at behovet for tjenestene skal *“strekke seg over et visst tidsrom”*. Dette bør være en individuell vurdering som gjøres av KE i kommunen i samråd med bruker.

Vi ser at departementet slutter seg til anbefalingene i Helsedirektoratets brosjyre IS - 1530. Disse anbefalingene har de Regionale Koordinerende Enhetene i spesialisthelsetjenesten langt på vei allerede imøtekommet. Helseregion Vest er kommet lengst med hensyn til å ha ivaretatt alle anbefalingene. Når det gjelder anbefalingen om at KE **bør** etableres innenfor hvert enkelt helseforetak, er det flere regioner som ikke har oppfylt dette. Høringsinstansen NRKE mener at det bør bli **plikt** til å etablere KE på helseforetak. Erfaring viser at der er behov for en pådriver-, opplærings- og veiledningsfunksjon for at ordningen med IP skal bli tatt i bruk og fungere. KE på Helseforetak er også avgjørende for god koordinering både innen ulike deler av spesialisthelsetjenesten og med kommunene. Drift av nettverk med kontaktpersoner fra både helseforetak og kommuner, som er en av oppgavene til KE på HF, bidrar til viktig kontaktetablering og kompetanseheving som vil komme brukerne til gode, gjennom bedre organiserte tjenester og bedre flyt i kommunikasjonen mellom enheter og nivåer.

Med vennlig hilsen
for de Regionale Koordinerende Enheter

Steinar Gjærde (Helse-Midt)
Audhild Høyem (Helse-Nord)
Tom Alkanger og Kari-Mette Dukefoss Holte (Helse SørØst)
Merethe H. Boge (Helse-Vest)