

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Dato: 27.09.2011

Vår ref.: 2011/2562

Saksbehandler: Sigfrid Arneberget Øien

Deres ref.: 201101755-/KJJ

## Høringsuttalelse fra Høgskolen i Oslo og Akershus om forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 4. juli 2011.

Høringsutkastet er vurdert av Fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). HiOA har følgende kommentarer til forslag til forskrift om individuell plan, og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.

Forslagene til endring som gjelder *koordinator i kommunen* og *koordinator i spesialisthelsetjenesten* er helt i tråd med behovene som kommer til uttrykk fra de som berøres av forskriften. Våre understrekninger illustrerer hovedpoeng som det er behov for forbedringer i forhold til:

### § 4 a 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 og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Det understrekes at der koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. Dette støtter vi. Fastlegen har en viktig funksjon i en ansvarsgruppe med sin beslutningsmyndighet osv., men trenger ikke nødvendigvis være koordinator.

For å få kontinuitet i tiltakskjeden mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste er det viktig å sikre samordning mellom nivåene og avklare ansvarsfordeling i forhold til fremdrift, som det fremgår i forslag til endring i:

### § 4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten

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

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. 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.*

Siden det foreslåes lege som koordinator i spesialisthelsetjenesten, er det naturlig å tenke seg at det hovedsakelig er det medisinske problemområdet som er i hovedfokus. I mange tilfeller vil det innenfor spesialisthelsetjenesten være hensiktsmessig at en lege er koordinator. Hvor hensiktsmessig det er vil imidlertid avhenge av hva summen av problemstillinger handler om. Er det for eksempel arbeidsliv, hverdagsliv som er hovedfokus, vil en koordinator med annen bakgrunn være vel så egnet. Vi kan se fordeler ved at koordinator er lege, da han/hun har myndighet og ofte kan fungere som en døråpner. En forutsetning for at dette skal fungere godt er imidlertid at legen kan og vil prioritere tid til dette arbeidet. Erfaringsmessig er dette sjelden tilfelle.

Praksis viser at det er mye tilfeldigheter som avgjør hvorvidt det blir orientert om rettigheter og muligheter. Mange forteller at de har måttet finne ut av mye selv og er slitne av å lete i en «ukjent jungel». HiOA støtter derfor det nye forslaget i § 5a, der det fremgår at alle har ansvar for å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, slik som skissert i det følgende:

*§ 5 a 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 § 38 a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.  
Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet personell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.*

At tjenesteytere/faglige instanser er for dårlige til å bekjentgjøre/informere om tilbud om individuell plan fremkommer fra følgende rapporter: “Office of the Auditor General of Norway documented in 2007 that use of the Individual Plan was documented in only 3% of all medical journals within children and youth psychiatry, 1/3 of all the municipalities and community health services in Norway did not fulfill the statutory demands for the work with the Individual Plan in 2006 and another report showed that only 25% of 400 drug addicts had an Individual Plan (SINTEF helse 2008). Furthermore few patients / potential users knew little of the Individual Plan and the rights combined with the Individual Plan (Bakke T, 2009, Report 15-1672 I have a Plan. Oslo: Norwegian Directorate of Health).”

Når det gjelder § 7 Innhold i individuell plan (s. 91 og s. 108) har vi en tilføyelse som enten kan ligge under punkt f eller utgjøre et eget punkt. Vi har erfaringer med lav fremdrift i mange saker, for eksempel med at hjelpemidler ikke er på plass på flere måneder, slik at oppstart i jobb e.l. vanskeliggjøres. Det ville vært nyttig med et punkt som angir tidsperspektiv og en ansvarsfordeling mht. hva som skal gjøres hvis tiltaket/hjelpemiddelet osv. ikke er på plass innen angitte tidsfrister.

Fra side 94: Vi støtter følgende forslag mht. presisering av rehabiliterings- og habiliteringsbegrepet, selv om innholdet burde være selvsagt: «Videre er begrepet ”habilitering og rehabilitering” erstattet med ”sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering” når det gjelder virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. forskriften kapittel 2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5.»

Til § 2, s. 94: Det er mange som er kritiske til at man definerer habilitering og rehabilitering med utgangspunkt i tidsavgrensede prosesser. Mange har behov for livslange habiliterings- eller rehabiliteringsprosesser, men med varierende innsats fra hjelpeapparatet i ulike faser av livet. Vi stiller oss derfor noe kritiske til ordlyden i § 2 (under), og mener definisjonen også bør romme varige habiliterings- og rehabiliteringsprosesser.

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

Det erfarer at det kan være vanskelig å få med seg aktuelle faggrupper på gjennomføring av individuell plan. Det argumenteres fra enkelte tjenesteytere med at det er komplisert og tidkrevende med «så mange planer». De viser f.eks. til at når det gjelder brukere som går på skole og har individuelle opplæringsplaner kan det være vanskelig å finne tid til å engasjere seg i «flere planer» som brukere har. På bakgrunn av dette støtter vi følgende forslag til presisering:

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 én individuell plan for hver enkelt pasient eller bruker (fra s.91)

#### *§ 7 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.*

Fra s. 95, 96 og 97: Erfaringene mht. hvem som får koordinerende ansvar, hvordan koordinatorene læres opp og hvor mye veiledning de får, samt hvordan arbeid med individuell plan prioriteres av den øverste ledelsen, viser at det er store variasjoner mht. dette. Derfor støtter vi ny presisering (uavhengig om dette gjelder spesialist- eller kommunehelsetjeneste):

#### *§ 8 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, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 6. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal: -motta meldinger om behov for individuell plan, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 5 a -sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.*

Vi støtter også alle nye presiseringer i §13.

#### **Til punkt 10.5 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene:**

Det skrives at «Forslagene om individuell plan innebærer i hovedsak en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Det samme gjelder forslaget om koordinator i kommunen. Departementet legger til grunn at forslagene ikke vil medføre særlige administrative eller økonomiske konsekvenser.»

Dagens praksis er etter vår erfaring og utfra samtaler med brukere, tjenesteytere, pårørende og interesseorganisasjoner lite tilfredsstillende for mange. Til tross for at retten til en individuell plan osv. er nedfelt i lovs form, er det vesentlige mangler og tilfeldigheter ved dagens praksis. Bakke hevder at: «The implementation of the Individual Plan has been slow and there seems to be a potential for improvement (Bakke T, 2009, Report 15-1672 I have a Plan. Oslo: Norwegian Directorate of Health).

Forslagene slik de fremgår av høringsnotatet innebærer mer ansvar, flere/nye oppgaver mht. koordinering, oppfølging, veiledning og samarbeid på flere nivåer uten at det skal tilføres midler. De nye oppgavene er arbeidskrevende og vi stiller oss spørrende til om dette lar seg gjennomføre uten tilførsel av friske midler.

Med vennlig hilsen

  
Kari Toverud Jensen  
rektor

  
Ann Elisabeth Wedø  
høgskoledirektør