

# Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

---

Først publisert: 30. september 2015

Sist faglig oppdatert: 02. desember 2020



# Innhold

1. Målgrupper og virkeområde for veilederen .....	3
2. Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator .....	9
3. God kvalitet og faglig forsvarlighet innen koordinering, habilitering og rehabilitering .....	15
4. Medvirkning, informasjon og kommunikasjon .....	19
5. Taushetsplikt og samtykke .....	24
6. Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten .....	29
7. Hvordan fange opp mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak .....	34
8. Habilitering og rehabilitering i kommunene .....	37
9. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten .....	62
10. Avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering .....	77
11. Habilitering og rehabilitering i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten .....	84
12. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten .....	88
13. Individuell plan og koordinator .....	103
14. Om veilederen .....	118

# Målgrupper og virkeområde for veilederen

---

## 1.1

### Hvem gjelder veilederen for

#### Veilederens virkeområde

Veilederens målgrupper og virkeområde fremgår av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 2](#).

«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.»

#### Helse- og omsorgstjenesten

Forskriften regulerer sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 punkt d](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, pkt 5](#) og [spesialisthelsetjeneste § 2-1 a](#).

Veilederen gjelder også privat virksomhet som yter tjenester innen habilitering og rehabilitering etter avtale med kommunen eller det regionale helseforetaket.

#### Individuell plan og koordinator

Veilederen omfatter individuell plan og koordinator for alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgslovgivningen. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering sitt ansvarsområde omfatter her alle pasient- og brukergrupper, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

#### Samarbeid med andre etater

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene sitt ansvar omfatter også samarbeid med andre sektorer, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5](#). Dette innebærer ikke at helse- og omsorgstjenesten har ansvar for andre tjenester innen habilitering og rehabilitering og koordinering enn det som følger av helse- og omsorgslovgivningen. Å bistå pasienter og brukere i å komme i kontakt med relevante fagpersoner og tjenester er en viktig oppgave.

Forskriftens hjemmelsgrunnlag i helse- og omsorgslovgivningen innebærer ingen begrensning i andre sektors ansvar for å delta i sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering når dette følger av respektiv lovgivning.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har sammen utgitt veilederen «[Barn og unge med habiliteringsbehov - Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand](#)», (2015) (.pdf).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har i samarbeid med Helsedirektoratet utarbeidet veilederen "[Barn med nedsatt funksjonsevne – Veileder barnevern og helse- og omsorgstjenester](#)", Buf-dir 2018.

---

## 1.2

### Forholdet mellom habilitering og rehabilitering

Lovgiver har valgt å beholde de separate begrepene habilitering og rehabilitering selv om definisjonen er felles, jfr [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3](#).

Formål og overordnede prinsipper er felles for habilitering og rehabilitering, jf [kap 2](#). Begge målgrupper har behov for et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Behov for gjentakende prosesser gjennom hele eller store deler av livsløpet kan gjelde begge målgrupper, men er særlig fremtredende innen habilitering. Behovet for tverrfaglig utredning av behov er også et viktig felles kjennetegn.

Forskjellene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot funksjonstap som har oppstått senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.

Forhold som særlig gjelder habilitering er nærmere beskrevet i [kapitlet om spesialisthelsetjenesten](#) og [kapitlet om den kommunale helse- og omsorgstjenesten](#).

---

## 1.3

### Målgrupper for habilitering

#### Generelt om målgrupper med behov for habilitering

Målgruppene for habilitering er personer som har, eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne.

Pasienter og brukere med behov for habilitering har funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsforløp. Med tidlig ervervet menes at tilstanden har oppstått før 18 år, jfr. [prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#). Behovet for habilitering varer oftest livet ut.

Det er stor grad av komorbiditet i gruppen. Bidiagnoser kan ofte gi større funksjonsvansker enn en hoveddiagnose. De fleste trenger kompetanse fra kommunene og spesialisthelsetjenesten i både utredning, diagnostisering og oppfølging.

Et sentralt kjennetegn ved målgruppene innen habilitering er at de trenger bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. Tiltak har som mål å utvikle funksjons- og mestringsevnen for å nå størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Tidlig innsats, helsefremmende og forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er viktig. Medisinsk og fysikalsk behandling relatert til somatisk og/eller psykisk sykdom, er ofte elementer i habiliteringsprosessen.

Livsfaseoverganger fra barn – ungdom – voksen er særlig sårbare. Behovet for langsiktig planlegging og tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå er dermed fremtredende. Individuell plan og koordinator er viktige verktøy for samhandling og forutsigbarhet i forløpet.

## **Barn og unge med behov for habilitering**

Barn og unge med behov for habilitering har ofte ulike medisinske tilstander eller kroniske sykdommer. Felles er at tilstanden påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet i en slik grad at de har behov for strukturert, tverrfaglig og tverrsektoriell bistand – ofte over lengre tid.

Symptombildet hos barn og unge er ofte sammensatt og krever tverrfaglig utredning og kunnskap om virksomme tiltak. Tilstander kan påvirke vekst og utvikling på mange ferdighetsområder og berøre samspillet i familie og nettverk. Det er derfor viktig at barn og unge tidligst mulig får avklart sin tilstand og at det settes inn relevante tiltak for den enkelte og familien. Tidlig innsats, helsefremmende og forebyggende tiltak er særlig viktig for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap.

De fleste barn og unge som trenger habilitering har diagnose/r med ulike symptomer. Diagnoser sier vanligvis lite om funksjonsnivå og evne til mestring, selvstendighet og deltakelse. Arbeidet må dermed baseres på flere kriterier enn de diagnostiske.

## **Voksne med behov for habilitering**

Voksne med behov for habilitering har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med konsekvenser for fungering på mange livsområder. Behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter, ernæring og det sosiale miljø er sentralt. Tverrsektoriell samhandling er ofte avgjørende. Voksne defineres som personer over 18 år.

Eksempler på brukergrupper er mennesker med tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, syndromer som medfører kognitive vansker, utviklingshemning, autismespekterforstyrrelser. Det kan også omfatte mennesker med tidlig ervervede nevrologiske skader eller sykdommer, nevromuskulære sykdommer, eksempelvis muskeldystrofier, CP og ryggmargsbrokk.

Det er hyppigere forekomst av psykisk sykdom hos voksne med habiliteringsbehov enn i befolkningen for øvrig. Det gjelder særlig den delen av målgruppen som har utviklingshemning og/eller autismespekterforstyrrelser.

## Målgrupper for rehabilitering

### Generelt om målgrupper med behov for rehabilitering

Målgruppene for rehabilitering er personer som har, eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne.

Målgruppene kjennetegnes ved behovet for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade, inaktivitet eller rusavhengighet. Metodikken er derfor preget av re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse og/eller mestringsutfordringer. Tidlig innsats, helsefremmende og forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, og tilpasse livet til endrede forutsetninger er sentralt.

For mange kan det handle om sammensatte og samtidige utfordringer på tvers av områdene somatikk, psykisk helse og rus, og hvor det ene påvirker det andre. Behovet gjelder ofte både medisinsk oppfølging og behandling, trening av fysisk, sosial, psykososial og kognitiv funksjon, lærings- og mestrings tiltak og tilrettelegging gjennom hjelpemidler. For unge og voksne i yrkesaktiv alder er rehabilitering med arbeid som mål sentralt.

En måte å beskrive hovedkjennetegn ved målgrupper på kan være å dele inn i rehabilitering somatikk og rehabilitering psykisk helse og rehabilitering rus. Men en slik grov inndeling kan bare si noe om hvor hovedtyngden av problemstillinger kan ligge.

### Målgrupper somatisk rehabilitering

Behovet er relatert til funksjonsnedsettelse etter sykdom og/eller skade. Det gjelder i utgangspunktet alle aldersgrupper. Det er store variasjoner i behov, fra kortvarig rehabilitering etter lettere skader til mer omfattende og langvarige behov som følge av større skader, kronisk sykdom og/eller senvirkning av sykdom. Alvorlig sykdom og omfattende funksjonstap kan være en stor belastning på den psykiske helsen.

### Målgrupper rehabilitering psykisk helse

Behovet kan ha oppstått på grunn av alvorlig og/eller langvarig psykisk sykdom og har særlig vekt på psykiske, kognitive, sosiale og psykososiale utfordringer.

Mange står i fare for å miste, eller har redusert tilgang til bolig, arbeid, aktiviteter eller sosialt nettverk. Arbeid med grunnleggende levekår er ofte en sentral forutsetning for å lykkes i rehabiliteringen. Tverrfaglig samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og sektorer er ofte avgjørende.

Se også veilederen [Sammen om mestring - Lokalt psykisk helsearbeid for voksne \(.pdf\)](#), (Helsedirektoratet 2014).

### Målgrupper rehabilitering rus

Behovet har oppstått på grunn av alvorlig og langvarig rusmiddelproblem og har særlig vekt på psykiske, kognitive, sosiale og psykososiale utfordringer. Tilstanden har ofte også konsekvenser for den somatiske helsetilstanden.

Mange står i fare for å miste, eller har redusert tilgang til bolig, arbeid, aktiviteter eller sosialt nettverk. Arbeid med grunnleggende levekår er en sentral forutsetning for å lykkes i rehabiliteringen.

Tverrfaglig samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og sektorer er ofte avgjørende. Behandling av rusmiddelavhengighet og rehabilitering kan være overlappende og ofte et langsiktig arbeid med sterk vekt på mestring av dagliglivet.

Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk tilstand. Selv for en person som er stabil ved hjelp av [legemiddelassistert rehabilitering LAR](#), eller er rusfri, vil avhengigheten kunne vedvare over tid.

---

## 1.5

### Aktører i habilitering og rehabilitering

Habiliterings- og rehabiliteringstiltak kan omfatte alle livsområder som berøres av funksjonsnedsettelsen. Det er dermed ingen avgrensning i hvilke aktører i tjenestene som kan inngå i slike prosesser.

Den viktigste aktøren i habiliterings- og rehabiliteringsprosessen er imidlertid pasient og bruker selv. – Eventuelt sammen med pårørende. Tjenestenes rolle er å gi bistand til personens egen innsats i å nå sine mål.

Alt personell innen helse-, omsorgs- og [velferdstjenestene](#) må ha tilstrekkelig kompetanse til å identifisere mulige behov for habilitering og rehabilitering slik at de kan melde dette videre, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator %C2%A7§ 8 og 12. I § 5](#) i samme forskrift fastslås at tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Aktørene innen habilitering og rehabilitering kan grovt inndeles i følgende to kategorier:

- Organisatoriske enheter som har habilitering og rehabilitering som sin kjernevirksomhet.
- Ulike aktører som yter tjenester integrert i helhetlige habiliterings- og rehabiliteringsforløp.

### Organisatoriske enheter som har habilitering og rehabilitering som sin kjernevirksomhet

Eksempler på aktører som har habilitering og rehabilitering som sin definerte kjernevirksomhet er

- rehabiliteringsavdelinger
- habiliteringsavdelinger
- rehabiliteringsteam
- habiliteringsteam

- offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner
- koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Dette er organisatoriske enheter som primært yter habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I det ligger en forutsetning om at de innen sin virksomhet, og gjennom intern og ekstern tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling, yter tilbud i samsvar med pasienters og brukeres målsetting og helhetlige behov. De har en mer spesialisert habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse enn aktører som ikke har dette som sin kjernevirksomhet.

[Koordinerende enhet](#) er i denne sammenhengen ofte ikke en direkte tjenesteyter, men har en viktig rolle i å ha oversikt over tilbud samt å være et kontaktpunkt for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer herunder motta meldinger om mulige behov for habilitering og rehabilitering.

## **Ulike aktører som yter tjenester integrert i helhetlige habiliterings- og rehabiliteringsforløp**

På individnivå er det personens behov som avgjør omfanget av aktører. Alle som yter tjenester som inngår i en pasients og brukers habiliterings- eller rehabiliteringsprosess, er i utgangspunktet å betrakte som aktører innen dette feltet. I andre sammenhenger kan de eksempelvis yte tjenester som utelukkende har et behandlende formål.



# Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

---

## 2.1

### Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Sentrale prinsipper og overordnede krav til tjenesteytingen innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering følger av formålet til [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i %C2%A7 1](#). Formålet gjelder også individuell plan og koordinator:

«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.»

Formål og overordnede prinsipper følger for øvrig av [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 1-1](#) og [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 1-1](#). Se også [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet innen koordinering, habilitering og rehabilitering](#).

Habilitering kan forstås som tiltak og prosesser som har som mål å utvikle og opprettholde funksjons- og mestringsevne for å nå størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet.

Rehabilitering kan forstås som tiltak og prosesser som har som mål å gjenvinne eller opprettholde funksjons- og mestringsevne som er tapt, eller står i fare for og tapes, på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet. Målet er størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet.

#### Verdigrunnlaget for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av grad av funksjonshemming og den enkeltes evne til aktivitet og arbeid. Det skal tilstrebes et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov.

Prinsippet om likeverd må forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjanse til å nå de målene som er realistiske for han/henne som andre.

### **Tjenestene skal tilbys og ytes "ut fra et pasient- og brukerperspektiv"**

Pasient og bruker er hovedaktøren i habilitering og rehabilitering. Personens behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess og i arbeidet med individuell plan og koordinator. Tjenestene må tilpasse sine bidrag ut fra hva pasient og bruker definerer som sine mål og opplevelse av helhet og sammenheng. Dette stiller krav til individuell tilnærming og høy grad av pasient- og brukermedvirkning.

Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt både ved kartlegging og utredning av behov og i den videre oppfølgingen. - Hva opplever personen som verdifullt og meningsfullt? - Hva erfares som utfordringer og hindringer for selvstendighet og ønsket deltakelse?

En slik helhetlig og personsentrert tilnærming må gjelde uavhengig av hvordan tjenestene er organisert. "Hva er viktig for deg?" må ligge til grunn som en felles tilnærming på tvers av fag, nivåer og sektorer. At pasient og bruker setter målene bidrar til at tjenestene drar i samme retning.

Tilbud til mennesker med nedsatt funksjonsevne skal utformes basert på tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser. Dette er fastslått internasjonalt gjennom [«FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne»](#), artikkel 26. Hva som er nødvendig faglig bredde avhenger av antatt behov.

#### ***Tjenester i et familie- og nettverksperspektiv***

Å se personen i sitt vante miljø er et sentralt utgangspunkt for å forstå den helheten som tjenestene skal passe inn i. Pårørende og familie kan være viktige ressurser, sammen med øvrige sosiale nettverk i fritid, skole og arbeidsliv. Tjenestene skal legge til rette for at pårørende, familie og nettverk kan medvirke i samsvar med pasient og bruker sitt ønske.

Nedsatt funksjonsevne hos en person påvirker roller og arbeidsfordeling i både familie og nettverk. For mange kan tjenester fra det offentlige inngå som et betydelig element i dagliglivet. Kartlegging og utredning bør derfor inkludere familie og nettverk der det er nødvendig. Utforming av tjenestetilbudet må skje i et familie- og nettverksperspektiv. Se [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#). (Helsedirektoratet, 2017).

#### ***Tjenestene skal bidra til mestring, selvstendighet og deltakelse***

Tjenestene skal fremme pasient og brukers mestringsevne og understøtte personens egne ressurser og innsats i å oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. Formålet er best mulig selvstendighet og deltakelse.

Dette må også inkludere tiltak for tilrettelegging av omgivelser samt bruk av velferdsteknologi og andre hjelpemidler.

Helse- og omsorgstjenestene, hvor tjenesteområdet habilitering og rehabilitering er lovhjemlet, må legge til rette for at tiltak fra andre sektorer inngår i pasientens og brukerens helhetlige tilbud. Å se tjenester i sammenheng, er sentralt.

Det finnes flere sammenfallende pedagogiske tilnærminger til temaet mestring:

### ***Læring og mestring***

Læring og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering. Det omfatter både å lære nye og/eller å gjenvinne tapte ferdigheter. Noen må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse. Å få innsikt i, og akseptere endrede muligheter og begrensninger, og finne veien videre gjennom nye løsninger og mestringsstrategier, er viktig for mange. Se også [kapitlet om læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene](#).

## ***Empowerment***

Empowerment er en tilnærming med fokus på myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Vektlegging av pasientens og brukerens ressurser og muligheter fremfor mangler og problemer er sentralt. Dette er nærmere beskrevet i kapitlet om [medvirkning, informasjon og kommunikasjon](#).

## ***Recovery***

Recovery kan oversettes med «å komme seg». Det handler om pasient og brukers iboende ressurser og evne til å komme seg etter funksjonsnedsettelse. Det beskriver alt personen selv gjør og det som skjer av endringsprosesser hos den enkelte for å håndtere ulike vansker og leve meningsfulle liv. Begrepet er mest brukt innen psykisk helsearbeid.

Recovery er ikke en spesiell behandling, metode eller modell. Det kan foregå med eller uten hjelp av profesjonelle. Der tjenesteyting inngår handler det om at personell må arbeide på en måte som gjør at de fremmer pasient og brukers egen mestring.

*«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av mening og innsikt i eget liv».* ([Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne](#))

### **Tjenestene skal tilbys og ytes "i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø"**

For mange har trening og oppøving av funksjons- og mestringsevne best effekt når det integreres i dagliglivets arenaer som eksempelvis hjem, barnehage, skole, fritid og arbeidsplass.

Spesialisthelsetjenesten skal yte de tjenestene som det ikke er formålstjenlig å bygge opp kompetanse og infrastruktur til på kommunalt nivå.

### **Tjenestene skal tilbys og ytes "samordnet, tverrfaglig og planmessig"**

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt. Dette er sentrale prosesskrav innen habilitering og rehabilitering. Målet er både å sikre god kvalitet for pasient og bruker, og effektiv ressursutnyttelse.

Nedsatt funksjonsevne har ofte samtidige konsekvenser på flere funksjons- og livsområder. En utfordring knyttet til ett funksjonsområde kan ha sin opprinnelse eller årsak i noe annet enn det som først kommer til syne. Helhetlig tilnærming og tilstrekkelig faglig bredde ved utredning av behov er derfor viktig for å forstå personens reelle utfordringer.

Tverrfaglig samarbeid er systematisk og målrettet arbeid hvor en utnytter merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene. Samhandlingen må omfatte både dialogen mellom tjenesteyterne og pasient og bruker samt pårørende, og tjenesteyterne imellom. Tverrfaglig tilnærming gjør at tjenesteyterne som personen trenger bistand fra kan samordne innsatsen for å bistå personen i å nå sine mål.

Ved behov for tiltak fra flere sektorer skal helse- og omsorgstjenesten i kommunen legge til rette for tverrsektoriell samhandling, [jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4](#) og [forskrift om](#)

[habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator %C2%A7 5, fjerde ledd og § 18, fjerde ledd.](#)

Dette omfatter også samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det må sikres kontinuitet i tilbudene over tid og på tvers av ansvarsområder. Det er viktig at tjenesteyter ikke slipper ansvaret før neste aktør i forløpet har fått oversikt og tatt ansvar.

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

Se også kapitlet [Gjennomgang av definisjonen av habilitering og rehabilitering.](#)

### ***Utdypende om tverrfaglig samarbeid***

Tverrfaglig samarbeid betinger at det er behov for, eller at det vil være positive synergier av, at de ulike aktørene utformer sine bidrag i forhold til hverandre og at innsatsen samordnes. Tverrfaglig samarbeid innebærer ikke at alle til enhver tid må være samtidig tilstede hos pasient og bruker. Den enkelte tjenesteyter har et selvstendig ansvar for sin tjenesteyting. Likevel må det sikres enighet og nødvendige avklaringer slik at alle arbeider for at personen kan nå sine mål. Viktige felles beslutningspunkter i tverrfaglig metodikk er

- utredning av behov – for å sikre felles utgangspunkt, felles mål og forståelse av pasient og brukers ressurser og behov
- planlegging av tiltak – se tjenester i sammenheng og avhengigheter mellom disse
- gjennomføring av tiltak – sikre koordinering og nødvendige avklaringer underveis
- evaluering av tiltak og avklare nye mål – kontinuitet og trygge overganger.

Les mer om tverrfaglig samarbeid i [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.](#)

### **Tjenestene skal tilbys og ytes "i en for pasient og brukers meningsfylt sammenheng"**

Tjenestenes bidrag må tilrettelegges individuelt for hver enkelt pasient og bruker. Hva som oppleves meningsfullt kan variere mellom ulike personer, selv om disse kan ha tilsynelatende like funksjonsutfordringer – målt med standardiserte funksjonstester. Familie, nettverk og livsfase er tema av stor betydning.

---

## 2.2

# Gjennomgang av definisjonen av habilitering og rehabilitering

Definisjonen av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering følger av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator %C2%A7 3:](#)

### **§ 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering**

**"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.**

**Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.**

**Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."**

### **Habilitering og rehabilitering....**

Definisjonen gjelder tjenester som helse- og omsorgstjenesteloven omtaler som «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering», [jfr. helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 3-2, 1.ledd, pkt. 5 og %C2%A7 1 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#). Den gjelder i tillegg der habilitering og rehabilitering defineres som nødvendige spesialisthelsetjenester etter [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-1 og 2-1 a](#).

Definisjonen er overordnet og omfatter alle målgrupper, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsproblem. Begrepene «sosial, psykososial og medisinsk» er ikke et uttrykk for at tjenestene organisatorisk må splittes opp. For mange omfatter behovet flere områder samtidig.

[Se kapitlet om målgrupper og virkeområde for veilederen.](#)

### **"...skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål"**

Pasienten og brukeren er hovedaktøren i prosessene og skal møtes med respekt og en lyttende holdning. Spørsmålet "Hva er viktig for deg?" må gi retningen for tjenesten. – Hva opplever personen som viktig i sitt liv – i den fasen av livet hvor den enkelte befinner seg? – Hva er personens mål? - Hvordan skal tjenestene tilpasse sine bidrag slik at de fremmer og stimulerer personens innsats i å nå sine mål? Pårørende skal trekkes inn i den grad pasientens og brukerens ønsker og har behov for det.

### **"....målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere"**

Prosessene skal være planlagte, med optimal og tilpasset intensitet, styrt av konkrete, tidsbestemte mål som pasient og bruker har definert. Målperioder i et forløp tidfestes med evalueringspunkter som kan gi grunnlag for nye mål og tiltak. For noen kan målet nås gjennom en målprosess uten behov for flere tiltak. For andre kan behovet være mer omfattende og langvarig og kreve flere målprosesser med mål og tiltak prioritert i logisk rekkefølge. Enkelte kan trenge gjentagende prosesser gjennom hele eller store deler av livsløpet.

Målrettet samarbeid er avgjørende for god ressursutnyttelse både for pasient og bruker, pårørende og tjenestene. Den enkeltes behov er styrende for hvilke aktører som er nødvendig for å sikre et forsvarlig tilbud. Habilitering og rehabilitering omfatter også nødvendige tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten, [jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator %C2%A7 1](#). "Tjenesteytere" kan være ulike fagpersoner innad i samme enhet, på tvers av enheter i helse- og omsorgstjenester eller fra ulike sektorer som eksempelvis barnehage- og utdanningssektoren, arbeids- og velferdsetaten NAV, kultur og fritid.

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

Tverrfaglig samarbeid er grunnleggende arbeidsform i habilitering og rehabilitering, [jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator %C2%A7 1](#). Omfanget av aktører og behov

for koordinering kan variere over tid. I høringsutkast til ny definisjon av habilitering og rehabilitering sier departementet at habilitering og rehabilitering også kan være monofaglig ([Helse- og omsorgsdepartementet 7.sept 2017](#))

Det vil si at samarbeidet eksempelvis kan være avgrenset til pasient/bruker og en fagperson, og eventuelt pårørende. Også i slike tilfeller gjelder øvrige prosesskrav som at tilbudet er planlagt, målrettet og intensivt, samt at behovet fortrinnsvis er utredet tverrfaglig ved at eventuelt behov for annen fagkompetanse er avklart og utelukket. Se også kapitlet om [formål og overordnede prinsipper](#).

### **"Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak"**

Brukere og pasienter med varige funksjonsnedsettelse kan ha behov for gjentakende prosesser gjennom hele livsløpet. Kontinuitet og gode overganger mellom tiltak er viktig for optimal effekt av ressursinnsatsen. Mål, tidsplan og ansvarsfordeling bør nedfelles skriftlig. Individuelle planer er gode verktøy for å sikre brukermedvirkning og koordinering.

At tiltak skal være kunnskapsbaserte innebærer at personellens faglige avgjørelser baseres på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap samt pasient og brukers ønsker og behov i den gitte situasjonen ([se kap 3 om god kvalitet](#)).

Å samarbeide med annet kvalifisert personell ved behov og å veilede pasienten og brukeren til annen fagkompetanse utover ens egen profesjon, jfr [helsepersonelloven § 4](#) er også en sentral forpliktelse.

### **"....har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne"...**

Habilitering og rehabilitering har sterk vekt på forebygging og tidlig innsats. Hva som er mulig å oppnå i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess er tett knyttet opp til hvorvidt behovet blir identifisert og tiltak satt inn på et tidlig tidspunkt. Tiltak til riktig tid gir bedre effekt og ressursutnyttelse, og kan forebygge og redusere behov for tjenester på sikt. Formuleringen "står i fare for" er en tydeliggjøring av at tjenestene bør være pro-aktive og vurdere behov for tiltak også på indikasjon om et "mulig behov" for habilitering og rehabilitering. Se kapitlet om [hvordan fange opp mulige behov](#) for habilitering og rehabilitering.

Tjenestene må dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov, herunder kognitive, sansemessige og fysiske. Dette krever både helsefaglig, sosialfaglig, miljøterapeutisk og spesialpedagogisk kompetanse. Behov for tjenester knyttet til egenomsorg, opplæring, å mestre å bo i egen bolig, å bruke transportmidler, å komme i arbeid, sosial interaksjon og å delta i organiserte aktiviteter og i samfunns- og arbeidsliv hører inn under dette. For noen kan velferdsteknologi benyttes både ved funksjonstrening og som verktøy for å fremme trygghet, mestring og selvstendighet.

### **".....skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."**

Habilitering og rehabilitering skal fremme selvstendighet og deltagelse og evne til å mestre eget liv ut fra egne forutsetninger, ønsker og mål. Prosessen skal inkludere nødvendige tiltak for at vedkommende skal kunne gjennomføre skolegang samt delta i arbeidslivet og i andre sammenhenger som er meningsfulle for personen. Det er den samlede effekten av tiltakene for den enkelte pasient og bruker som er viktig for måloppnåelsen.

## God kvalitet og faglig forsvarlighet innen koordinering, habilitering og rehabilitering

### Faktorer som inngår i vurderingen av faglig forsvarlighet innen habilitering og rehabilitering

Flere elementer ved tjenesteytingen og dens innhold inngår i vurderingen av hvorvidt tilbud er forsvarlige:

- faglig innhold
- organisering
- saksbehandling
- samarbeid

Fra definisjonen av habilitering og rehabilitering og formålsbestemmelsen i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kan følgende elementer utledes som faktorer i vurderingen av faglig forsvarlighet innen habilitering og rehabilitering:

- utgangspunktet er brukerens og pasientens helhetlige, individuelle behov og mål om best mulig funksjons- og mestringsevne
- brukermedvirkningen er optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger
- tjenesteyterne bistår pasienten og brukeren i å optimalisere/vinne tilbake evnen til selvstendighet og deltakelse
- tjenesten er planlagt og målrettet
- 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 samt eventuelt pårørende
- tjenestene omhandler både medisinske, sosiale og psykososiale behov, herunder kognitive og fysikalske

Se også [kapitlet om formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#).

### Hvem har ansvaret for at tjenestene innen habilitering og rehabilitering er faglig forsvarlige

Helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes i kommunen og i spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven [§ 4-1](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#).



Dette innebærer at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Dersom kommuner eller regionale helseforetak inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere om å yte tilbud innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering eller rehabilitering, er det likevel kommunen og helseforetaket som har det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud.

Den aktøren som yter tjenester iht. slike avtaler har likevel et selvstendig ansvar for innholdet i og kvaliteten på de tjenestene som ytes. Dette ansvaret påligger både virksomhetene og det enkelte helsepersonell, jf. [helsepersonelloven § 4 og § 16](#).

## Hva innebærer forsvarlighetskravet?

I merknadene til § 2-2 i [rundskriv IS-5/2013 til spesialisthelsetjenesteloven](#) sies følgende om forsvarlighetskravet:

«Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at regelens innhold kan variere over tid. Innholdet i begrepet 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 det utøves faglig skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.»

## Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utgis av Helsedirektoratet med hjemmel i [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5](#). Disse beskriver hvordan praksis bør være, basert på forskningsbasert kunnskap. Valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene, bør begrunnes og dokumenteres, jfr. [Prop 91L \(2010-2011\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm](#), side 263 og 264 og [rundskriv til spesialisthelsetjenesten med kommentarer](#) (.pdf), side 19. Se eksemplet [Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#).

Flere merknader til bestemmelser om forsvarlighetskravet finnes blant annet i [rundskriv IS-8/2012 til helsepersonelloven](#).

## Standardiserte verktøy for måling av funksjon

Det anbefales at habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i både spesialisthelsetjenesten og kommunene benytter standardiserte funksjonsvurderingsverktøy. Målet er å kunne følge med på at tjenestene har effekt og at tiltakene kan korrigeres underveis. Verktøyene bør benyttes gjennom hele forløpet.

## Kjennetegn ved tjenester av god kvalitet

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», side 7, Meld. St. 10 \(2012-2013\)](#)).

I dette ligger også at tilbudet skal være brukerorientert. Aktiv medbestemmelse skal bidra til bedre resultater for pasient og bruker samt bedre utnyttelse av ressursene. Se også [kapitlet om medvirkning, informasjon og kommunikasjon](#). Videre er økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring et sentralt mål for bedre kvalitet.

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten [«Og bedre skal det bli!», \(Helsedirektoratet 2005\) \(.pdf\)](#), angir 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».

## 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 situasjonen». (Nordtvedt og Jamtvedt 2007)

Det må innarbeides metoder og god praksis for å søke opp den best tilgjengelige kunnskapen og kritisk vurdere denne. Dette gjelder også på områder hvor det ikke er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer. Kunnskapsbasert praksis er et sentralt element i kontinuerlig kvalitetsarbeid. Trinn i kunnskapsbasert praksis er:

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

Se også [kunnskapsbasertpraksis.no](#).

## Krav til styringssystem og systematisk kvalitetsarbeid

### Styringssystem for å sikre forsvarlige og gode tjenester

Krav til [styringssystem](#) følger av plikten til å sørge for forsvarlige tjenester. Plikten påhviler de ansvarlige for virksomheten i kommuner, helseforetak og øvrige institusjoner som yter helse- og omsorgstjenester, og innebærer å sikre systematisk styring av virksomheten slik at den oppfyller krav i helse- og omsorgslovgivningen. Kravene til systematiske tiltak er nedfelt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje](#)

[ledd, § 4-1 § og 4-2](#), og [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a](#), jf. [§ 2-2](#). I tillegg gjelder kravene i [helsepersonelloven § 16](#) om å organisere tjenestene slik at helsepersonellet skal kunne overholde sine lovpålagte plikter.

Kravene til internkontroll er også nedfelt i [helsetilsynsloven § 5](#), utdypet i forskrift om [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

## Systematiske tiltak for kvalitetsforbedring

Virksomheter som yter helsehjelp skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Virksomhetens styringssystem skal omfatte hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen, jfr. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4](#). Det omfatter både innholdet i tjenestene, organisering og arbeidsprosesser. Helsedirektoratets veileder [«Ledelse og kvalitetsforbedring»](#), (Helsedirektoratet 2017), utdypet bestemmelsene i denne forskriften. [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#), (Helsedirektoratet 2017), beskriver verktøy og metoder for systematisk kvalitetsforbedring med vekt på å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

## Innholdselementer i styringssystemet

Styringssystemet skal tilpasses den aktuelle virksomheten, jfr [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5](#). Innholdet i styringssystemet er videre konkretisert gjennom plikter på følgende områder jfr [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 til 9](#):

- Plikt til å planlegge virksomhetens aktiviteter, [§ 6](#), utdypet i [Helsedirektoratets veileder](#).
- Plikt til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter, [§ 7](#), utdypet i [Helsedirektoratets veileder](#).
- Plikt til å evaluere virksomhetens aktiviteter, [§ 8](#), utdypet i [Helsedirektoratets veileder](#).
- Plikt til å korrigere virksomhetens aktiviteter, [§ 9](#), utdypet i [Helsedirektoratets veileder](#).

Virksomhetens ledelse kan 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. Virksomhetens ledelse må legge til rette for riktig rekruttering og kontinuerlig oppdatering av kunnskap gjennom kurs, etter- og videreutdanninger for ansatte. Endringer i behovet for tjenester må fanges opp slik at det til enhver tid sikres kompetanse i samsvar med behov. Dette er nærmere utdypet i merknadene til [§ 16](#) i [rundskriv til helsepersonelloven](#).

## Medvirkning, informasjon og kommunikasjon

### Lovgrunnlaget for pasient- og brukermedvirkning innen habilitering og rehabilitering

Bestemmelser om pasienters og brukeres medvirkning innen habilitering og rehabilitering er utdypet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4](#).

#### § 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 til helsehjelp. Utdyping av hvordan lovens bestemmelser skal forstås, finnes i [rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#), (Helsedirektoratet IS-8/2015). Se også [kapitlet om taushetsplikt og samtykke](#).

Plikten til å innhente og gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende følger også av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Disse bestemmelsene innebærer at virksomheten skal ha et system for dette.

Private institusjoner, som yter tjenester etter avtale med kommuner og helseforetak, har forpliktelser etter de samme bestemmelsene.

### Medvirkning ved tjenesteyting 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. Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for pasient- og brukermedvirkning.

Forventning om medvirkning bør tydeliggjøres i dialogen mellom pasient, bruker og tjenestene. Dette følger også av definisjonen av habilitering og rehabilitering, jf. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3](#), som sier at tjenestene skal gi bistand til «pasientens og brukerens egen innsats».

Forventninger og kunnskap om medvirkning vil kunne variere. Innvandrerbefolkningen kan eksempelvis ha annen forståelse av sykdom og behandling enn andre. Det bør settes av tid til å avklare forventninger og få innsikt i den enkeltes utgangspunkt og erfaringer. Se også [nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 - 2017](#), (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Pasient og bruker må involveres i valg og vurderinger gjennom hele forløpet og sikres fortløpende informasjon. De skal kunne påvirke utformingen av tjenestetilbudet. Det innebærer at deres erfaring må komme frem i kontinuerlige evalueringer. Åpenhet og god kommunikasjon, deling av kunnskap og klargjøring av alternativer er forutsetninger for aktiv deltakelse og medvirkning. Tjenestene må legge til rette for optimal medvirkning og innflytelse ut fra den enkeltes forutsetninger gjennom alle deler av forløpet, herunder ved

- planlegging
- utforming
- utøving
- evaluering

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. Se også [kapitlet om individuell plan og koordinator](#).

## Medvirkning og pasient- og brukersikkerhet

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. Kommunen og det regionale helseforetaket må sikre at personellet har nødvendig kompetanse om pasient- og brukermedvirkning, jfr. [helsepersonelloven %C2%A7 16](#). Se også [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet](#).

Medvirkning må nedfelles i rutiner og prosedyrer integrert i virksomhetens kvalitetssystem. Rutinene bør være på avdelings- og enhetsnivå og beskrive hvordan medvirkningen ivaretas i tjenesteytingen gjennom hele prosessen.

## Medvirkning og kvalitet

Kjennetegn ved tjenester av god kvalitet er at de «involverer brukere og gir dem innflytelse», jfr. [Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten](#). (Helsedirektoratet 2005). Det skal legges stor vekt på hva pasient og bruker mener. Dette fratar imidlertid ikke tjenestene ansvaret for forsvarlig tjenesteyting jfr. [spesialisthelsetjenesteloven 2-2](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 4-1](#).

Fagpersonellet skal yte sine tjenester ut fra krav i lov og forskrift jfr. [helsepersonelloven %C2%A7 4](#), samt yrkesetiske og fagspesifikke retningslinjer. Informasjon, basert på god faglig kunnskap, er avgjørende for at pasient og bruker kan få innflytelse og ta optimale valg.

Brukermedvirkning kan beskrives som en prosess hvor pasient og bruker «virker sammen med» tjenesteyterne, og at en dermed utnytter potensialet i koblingen mellom brukerkunnskap og fagkunnskap.

## Medvirkning og «empowerment» - en ressursfokusert tilnærming

Begrepet «empowerment» er ofte brukt for å utdype viktige perspektiver i medvirkning. Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Dette er en ressursfokusert tilnærming som vektlegger å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Tjenestene må bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at pasient og bruker kan nå sitt potensial. Fagpersonell bidrar med kompetanse og kunnskap slik at pasient og bruker får tilgang til tjenester av god kvalitet.

Denne tilnærmingen er sentral i habilitering og rehabilitering og skal bidra til mestring, trygghet, positivt selvbylde samt opplevelse av å få tilbake makt og kontroll i eget liv. Opplevelse av ansvar og kontroll kan i seg selv motivere til endring. Å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter, og erfare at det er mulig å realisere mål, er sentralt. Individuell plan og koordinator er viktig her.

Empowerment handler også om å endre den tradisjonelle maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter. En slik arbeidsform innebærer å la brukerne definere sine behov og bistå vedkommende i å finne de beste løsningene.

Myndiggjøring er også utdypet i Helsedirektoratets veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, (Helsedirektoratet 2017), i kapitlet om [Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team](#).

## 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.

## Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes forutsetninger

Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, første ledd](#). Retten til medvirkning må ses i sammenheng med retten til informasjon, jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#).

Forutsetningene for medvirkning kan endre seg over tid, eksempelvis som følge av endring av motivasjon og mestringsevne. 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 å få fram vedkommendes egne mål.

I tilfeller hvor pasienten og brukeren ikke kan representere seg selv/ikke har samtykkekompetanse, 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, tredje ledd](#). Se også [kapitlet om taushetsplikt og samtykke](#).

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

Se også [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#), (Helsedirektoratet 2017).

## Særlig om barns rett til medvirkning

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, herunder habilitering og rehabilitering. Se også [FNs konvensjon om barnets rettigheter, artikkel 12](#).

# Kommunikasjon via tolk for personer med begrensede norskkunnskaper, døve, sterkt hørselshemmede og døvblinde

## Pasienter og brukeres rett til tolketjenester og tjenestenes ansvar

Etter [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#) har pasienter og brukere rett til medvirkning og informasjon som er tilrettelagt ut fra individuelle forutsetninger, jfr [§ 3-5](#). Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sikre nødvendige tolketjenester til de som trenger det. Behovet kan oppstå på grunn av begrensede norskkunnskaper eller at vedkommende er døv eller har nedsatt hørsel.

## Ansvar for å skaffe kvalifiserte tolker

Helse- og omsorgspersonell skal sikre god kommunikasjon og vurdere behovet for, samt bestille kvalifisert tolk for personer med begrensede norskkunnskaper, døve, hørselshemmede og døvblinde. Dette er nærmere beskrevet i [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#), (Helsedirektoratet 2011).

Kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, nødvendig informasjon og veiledning til pasienter, brukere og pårørende. At vedkommende «snakker litt norsk» er som regel ikke nok til å sikre forsvarlig helsehjelp.

Det er helse- og omsorgspersonell sitt ansvar å etterspørre og sjekke tolkens kvalifikasjoner i [Nasjonalt tolkeregister](#). Mange kommuner har ikke egne tolketjenester og benytter seg av private tolkeformidlingsbyråer. Det må kvalitetssikres at disse har de nødvendige kvalifikasjoner. Barn og familiemedlemmer skal ikke benyttes som tolker.

Tolketjenester er en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, og tolkeutgifter skal dekkes av de som har ansvar for tjenesten.

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

## NAV sine tolketjenester

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 er det den aktuelle etat/institusjon som har ansvaret for å bestille og dekke utgifter til tolk. Tolk kan bestilles hos NAV som fakturerer i tråd med gjeldende satser.

Folketrygden gir stønad til tolk som er nødvendig for å kunne motta helsetjenester etter [folketrygdlovens kapittel 5](#), og til tolking ved poliklinisk undersøkelse og behandling gitt av helseforetak.

## Medvirkning på systemnivå

Kommunen og det regionale helseforetaket skal legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. I [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10](#) og [helseforetaksloven § 35, andre ledd](#), fastslås at kommunen og spesialisthelsetjenesten 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 pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Systematiske tiltak for innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer skal inngå i virksomhetens styringssystem, jfr. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Det kan eksempelvis etableres brukerråd som kontinuerlig kan gi innspill i planarbeid for utvikling av tjenester og omgivelser. Disse kan gjelde helse- og omsorgstjenesten generelt, eller etableres spesifikt for definerte tjenester. Det anbefales i tillegg regelmessige brukerundersøkelser. Prosedyrer og rutiner for brukervedvirkning skal inngå i kommunens og helseforetakets styringssystem.

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.

## Lovpålagte råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne

Det er lovpålagte kommunale og fylkeskommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og for eldre, jfr. [lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne](#) og [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.

# Taushetsplikt og samtykke

## Taushetsplikt

### Generelt om taushetsplikten

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten er underlagt regler om taushetsplikt.

Taushetsplikten skal ivareta tilliten til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell slik at personer ikke unnlater å oppsøke tjenesten for å få hjelp i frykt for at andre skal få tilgang til opplysningene. Tillitsforholdet er også viktig for at pasient og bruker skal føle det trygt å dele informasjon som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenesten kan yte en forsvarlig tjeneste.

Taushetsplikt innebærer å hindre at andre får kjennskap til taushetsbelagte opplysninger. Dette betyr ikke bare en plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre andre i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon.

Den profesjonsbaserte taushetsplikten finner vi i [helsepersonelloven § 21](#). Alt helsepersonell som yter helsehjelp har taushetsplikt etter denne bestemmelsen, både i offentlig og privat virksomhet. Helsepersonell er nærmere definert i [helsepersonelloven § 3](#). Det fremgår videre av [helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1](#) at helsepersonelloven i hovedsak gjelder personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Den tjenestebaserte taushetsplikten finner vi i [spesialisthelsetjenesteloven § 6-1](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1](#). Bestemmelsene sier at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for offentlige helseinstitusjoner eller for den kommunale helse- og omsorgstjenesten har taushetsplikt etter de alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen, jfr. [forvaltningsloven §§ 13 til 13f](#).

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenestelovgivningen er utvidet i forhold til forvaltningslovens regler, og omfatter også opplysninger om pasientens og brukerens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted med mer. Den tjenestebaserte taushetsplikten gjelder også helsepersonell som ikke yter helsehjelp. Det kan være personell som utfører administrativt arbeid som eksempelvis ansatte på bestillerkontor, forvaltningskontor eller lignende.

### Unntak fra taushetsplikten

Det finnes unntak fra den profesjonsbaserte og tjenestebaserte taushetsplikten. Disse kan deles i to kategorier:

- unntak som gir opplysningsrett
- unntak som pålegger opplysningsplikt eller meldeplikt.

### Nærmere om den profesjonsbaserte taushetsplikten og unntak fra denne

Taushetsplikten innebærer at helsepersonell aktivt skal hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysninger om sykdom, helsetilstand eller andre personlige forhold som helsepersonellet får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten er i utgangspunktet til hinder for at helsepersonell gir opplysninger videre til pasientens og brukerens familie, andre tjenesteutøvere, andre etater eller andre personer.



Taushetsplikten gjelder også mellom helsepersonell. Utrveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kan kun skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging, dersom pasienten og brukeren samtykker, eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

Pasientens og brukerens samtykke til at informasjon gis er det vanligste unntaket fra hovedregelen om helsepersonellens taushetsplikt. Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker jf. [helsepersonelloven § 22](#). Dersom vedkommende ikke er samtykkekompetent, må det vurderes om andre kan samtykke på pasient og brukers vegne.

## Særlig om utveksling av opplysninger innen helse- og omsorgstjenesten

[Helsepersonelloven § 25](#) og [§ 45](#) regulerer unntak fra taushetsplikten for utveksling av opplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp. Helsepersonelloven § 25 regulerer situasjoner der helsepersonell samarbeider om helsehjelpen til en pasient. Dette kan gjelde habiliterings- og rehabiliteringsprosesser, uavhengig av om dette skjer innenfor eller på tvers av virksomheter. Bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten kan gis til samarbeidende personell.

Helsepersonelloven § 45 regulerer plikten til å gi nødvendige og relevante helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient, når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. Det betyr at helsepersonellet kan utveksle informasjon både innad i behandlingsinstitusjonen og utad til andre virksomheter som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten, dersom vilkårene i bestemmelsene er oppfylt.

Det er en forutsetning at pasienten ikke motsetter seg at opplysningene deles med annet helsepersonell. Pasienten har rett til å reservere seg mot at opplysninger gis, selv om disse er nødvendige for å yte helsehjelp. Det er i utgangspunktet ingen plikt til å innhente et eksplisitt samtykke før opplysningene utleveres. Dersom det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg, må helsepersonellet undersøke nærmere før eventuell utlevering skjer.

[Helsepersonelloven § 23 nr. 4](#) åpner for tilfeller hvor opplysninger likevel bør utleveres, selv om pasienten motsetter seg. Dette kan gjelde situasjoner der «tungtveiende private og eller offentlige interesser gjør det rettmessig». Det er lagt til grunn en streng norm for når det kan være aktuelt å benytte denne opplysningsretten. Det er bare i spesielt alvorlige tilfeller at taushetsplikten kan settes til side etter denne bestemmelsen. Vurderingen helsepersonellet må gjøre vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødrettssituasjoner.

Som nevnt under generelt om taushetsplikten, fastslår [helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1](#) gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven. Eksempel på dette er utarbeidelse av individuell plan.

## Utrveksling av opplysninger ved utskrivning

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene til å gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste lege jfr. [forskrift om pasientjournal § 9](#) og [helsepersonelloven § 45 a](#).

## Særlig om utveksling av opplysninger til andre sektorer

Helsepersonellens mulighet til å utveksle taushetsbelagte opplysninger til sektorer utenfor helse, som eksempelvis barnehage eller skole, er som hovedregel basert på samtykke.

I tillegg er det unntak fra taushetsplikten som innebærer at helsepersonell får en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Enkelte av disse unntakene kan få betydning også i kommunikasjon med andre sektorer. De mest aktuelle er opplysningsplikten til barnevernet etter [helsepersonelloven § 33](#), og [helsepersonelloven § 23](#) som gir helsepersonell opplysningsrett i gitte situasjoner.

Utlevering av taushetsbelagte opplysninger fra andre aktører som for eksempel NAV, barnevernstjenesten og barnehagen må bero på det aktuelle organs regelverk.

For mer informasjon om taushetsplikten se [rundskriv til helsepersonelloven med kommentarer](#), (Helsedirektoratet 2012) og [rundskriv om helsepersonellens taushetsplikt](#), (Helsedirektoratet 2010).

## Samtykke

### Hovedreglene om samtykke til helsehjelp

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1](#).

For at samtykke skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal tilpasses den enkelte pasients forutsetninger som alder, erfaringer, kognitiv funksjonsevne, modenhet og kultur- og språkbakgrunn. Barn har også, uansett alder, krav på informasjon om sin tilstand og behandling.

### Hvem har samtykkekompetanse

Med samtykkekompetanse menes pasientens kompetanse til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp. I denne sammenhengen gjelder det habilitering og rehabilitering og samtykke til utarbeidelse av individuell plan eller oppnevning av koordinator. Myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp, jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd](#).

### Bortfall av samtykkekompetanse

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske tilstander, demens eller utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd](#). Den manglende forståelsen må knytte seg til begrunnelsen for at det er behov for å gi helsehjelp, tiltakets art og de nærmere implikasjoner av å motta eller nekte helsehjelpen.

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. En persons samtykkekompetanse kan variere både avhengig av hvilken helsehjelp som skal gis og personens tilstand. En person med utviklingshemning kan for eksempel gjennom tidligere erfaring ha samtykkekompetanse i spørsmål om ulike habiliteringstiltak, samtidig som vedkommende ikke forstår behovet for medisiner.

Et annet eksempel er personer med demens som kan være i stand til å samtykke i tider på døgnet hvor vedkommende er uthvilt. Det kan også være pasienter som midlertidig er i en tilstand som gjør at de ikke er samtykkekompetente, for eksempel ved en kraftig infeksjon eller liknende. I slike situasjoner er det viktig at helsehjelpen legges til rette slik at den enkelte kan samtykke så langt det lar seg gjøre.

### Pasienter uten samtykkekompetanse

I de tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse er det ulike representasjonsregler avhengig av pasientens alder.

## Samtykke på vegne av barn og ungdom

Foreldre, eller andre med foreldreansvar, har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år og mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4](#) og [§ 4-5](#). Uavhengig av alder har barn krav på informasjon om sin helsetilstand og behandling.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnet høres før det fattes beslutning om helsehjelp. Det skal legges økende vekt på barnets mening ut fra alder og modenhet. Fra fylte 7 år skal barnet høres i alle saker som angår egen helse. Bestemmelsen i § 4-4, femte ledd, innebærer at barn over 7 år i økende grad skal ha selvbestemmelse i helsespørsmål.

## Myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse

Helsepersonell kan ta avgjørelser i helsespørsmål av lite inngripende karakter på vegne av pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven 4-6, første ledd](#). Dette kan bare gjøres hvis det kan antas at pasienten ville samtykket dersom vedkommende hadde vært i stand til det.

Også helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, besluttes av helsepersonell, jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, annet ledd](#). Forutsetningen 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.

Selv om det er helsepersonellet som tar avgjørelser i spørsmålet om helsehjelp til pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, har likevel pasienten og pasientens nærmeste pårørende rett til medvirkning og informasjon.

## Pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området

Pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området skal selv treffe avgjørelser om helsehjelp i så stor utstrekning som mulig. Hvis det ikke er mulig, samtykker vergen på vegne av pasienten jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven 4-7](#).

## Krav til samtykkets form

Det er ikke noe krav om skriftlig samtykke til helsehjelp. Muntlig samtykke kan gis enten uttrykkelig eller stilltiende jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven 4-2](#). I praksis skjer dette oftest ved konkludent adferd. Det betyr at pasientens handlemåte tilkjennegir om vedkommende samtykker. Et eksempel kan være at pasienten møter opp til et rehabiliteringsopphold.

Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere er kravet til å sikre at pasienten er tilstrekkelig informert og samtykker.

## Tilbakekall av samtykke

Pasienten kan når som helst trekke samtykke helt eller delvis tilbake jfr. [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 ikke lenger har samtykkekompetanse i forhold til å avslutte helsehjelpen. I slike tilfeller kan representert samtykke eller presumert samtykke gi nødvendig rettslig grunnlag for å fortsette behandlingen, med mindre pasienten motsetter seg gjennomføringen av helsehjelpen.

## Pasienter som motsetter seg helsehjelpen

Dersom en pasient med manglende samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelpen, kommer ikke reglene om representert eller presumert samtykke til anvendelse. Dersom en pasient med for eksempel demens eller utviklingshemming ikke vil gjennomføre et rehabiliteringsopplegg, kan ikke helsepersonell avgjøre at helsehjelpen skal gjennomføres med hjemmel i [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6](#). For å kunne iverksette helsehjelpen i slike situasjoner må det foreligge andre særskilte lovbestemmelser. Nødvendig helsehjelp som pasienten motsetter seg, kan gis etter reglene i kapittel 4 A dersom vilkårene for øvrig er oppfylt, jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#).

Les mer om dette i [rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#), (Helsedirektoratet IS-8/2015).

# Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten

## 6.1

### Om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten

#### Lovgrunnlaget for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten

Helseforetak og kommuner skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring.

Punkt 1 i formålet til [helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1](#) er å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne». Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder opplysning, råd og veiledning, er regulert i lovens [§ 3-3](#). Opplæring er spesifikt nevnt i [§ 3-2, pkt 6 b](#).

Samarbeid knyttet til læring og mestring i helhetlige forløp skal beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene, jfr [§ 6-2, pkt 2](#).

Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helseforetakene jfr [spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, pkt 4](#), og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13, pkt c](#). Lærings- og mestringstilbud, herunder tilbud i [frisklivssentrales](#), er sentralt innhold i sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Rett til medvirkning ved utforming av lærings- og mestringstilbud er regulert i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#).

#### Formål og faglig tilnærming

Formålet med lærings- og mestringstilbud er at pasienter, brukere og pårørende skal

- få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- understøtte pasient og brukers egen læringsprosess.

Helsefremmende mestringsstøtte er kjernen i den helsepedagogiske tilnærmingen innen læring og mestring. Erfaringsdeling er også sentralt. [Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse](#) beskriver den faglige tilnærmingen på sin hjemmeside.

Lærings- og mestringstilbud er viktige elementer i forløp for barn, unge og voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Tilbud bør også innrettes slik at det inkluderer familie og øvrige nærpersoner.

Læring og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering og bør sikres en tydelig faglig og organisatorisk forankring og tilhørighet til dette tverrfaglige tjenesteområdet både i helseforetak og kommuner.

## Ulike former for lærings- og mestringstilbud

Opplæringselementet er en integrert del av de fleste former for helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det behov for spesifikke tilbud som er utformet for definerte målgrupper. Det bør omfatte både individuelle tilbud og gruppetilbud.

Det legges til grunn at begrepet læring og mestring omfatter alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid. Metodikken spenner fra overføring av kunnskap fra fagpersoner til pasienter og brukere, og til mestringstilbud hvor fag- og erfaringskompetanse er sidestilt. Fagpersonenes rolle er å bidra til å fremme pasient og brukers motivasjon og ressurser.

Eksempler på lærings- og mestringstilbud:

- Individuell opplæring av pasienter og pårørende knyttet til medisinsk behandling
- Gruppetilbud utformet for definerte målgrupper
- Støtte til endring av levevaner som for eksempel i frisklivssentraler
- Likemannsarbeid
- Starthjelp – et mestringstilbud for familier

## Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring

[Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse](#) har som mål å bidra til økt kvalitet på lærings- og mestringstjenester gjennom forskning, utvikling, kommunikasjon og formidling. De er en viktig ressurs for både spesialisthelsetjenesten og kommunene.

---

### 6.2

## Brukermedvirkning og samarbeid om lærings- og mestringstilbud

### Brukermedvirkning ved utforming av lærings- og mestringstilbud

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbud, jfr [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#) og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4](#).

Medvirkning er også en sentral forutsetning ut fra den helsepedagogiske tilnærmingen hvor fag- og erfaringskunnskap er sidestilt. Medvirkningen bør både omfatte individnivå og samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner.

## Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringstilbud

Helseforetak og kommuner bør samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud slik at tiltakene utfyller hverandre og samsvarer med behov. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetak og kommuner bør ha en sentral rolle i arbeidet. Andre sentrale samarbeidspartnere er fastleger, frisklivssentraler, frivillig sektor og pasient- og brukerorganisasjoner. Samarbeid med private rehabiliteringsinstitusjoner eller tilsvarende kan også være hensiktsmessig.

Spesialisthelsetjenesten bør bistå med fagkompetanse ved utvikling av tilbud i kommunene, jfr veiledningsplikten i [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#).

Helseforetak og kommuner bør utveksle kompetanse ved gjennomføring av tilbud. Tverrfaglig samarbeid på tvers av kommuner og helseforetak er viktig for god utnyttelse av kompetanse. Andre sektorer som eksempelvis NAV, oppvekst og utdanning kan også være sentrale ressurser.

Når helseforetak og kommuner samarbeider om lærings- og mestringstilbud, skal ansvarsforhold avklares i den lovpålagte samarbeidsavtalen, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, andre ledd](#). Det skal også avtales hvordan samarbeidstiltaket organiseres og finansieres.

## Læring og mestring i helhetlige forløp

Veiledning og opplæring er tiltak på linje med medisinsk behandling og øvrige helse- og omsorgstjenester i helhetlige og koordinerte forløp. Tilbudet skal samsvare med individuelle behov.

Informasjonsoverføring og samhandling er avgjørende for at tiltak som er startet i forbindelse med et sykehusopphold kan videreføres i kommunen. Meldinger om behov for lærings- og mestringstilbud, enten det er fra lærings- og mestringssentre ved helseforetak, kliniske avdelinger eller private institusjoner, må inngå i meldinger fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (PLO-meldinger), på linje med annen nødvendig informasjon. Hensikten er å sikre forsvarlig oppfølging etter utskrivelse. Overføring av slik informasjon kan også være aktuelt fra kommunen til spesialisthelsetjenesten.

Retningslinjer for samhandling om lærings- og mestringstilbud skal beskrives i [samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner](#).

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør ha oversikt over lærings- og mestringstilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. [Se også kapitlet om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering](#).

## Tilbud på tvers av diagnose- og brukergrupper

Tilbud på tvers av diagnose- og brukergrupper kan bidra til læring, forløsning av positiv endringskompetanse og utvikling av nye mestringsstrategier. Samling av tilbud for flere pasient- og brukergrupper kan også være hensiktsmessig med tanke på bruk av lokaler og utstyr.

## Organisering av læring og mestring i kommunene

Kommunene organiserer tilbud innen læring og mestring på ulike måter. Det kan være som egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike tjenester.

### Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten

Det anbefales at lærings- og mestringstilbudet organiseres inn under, eller i nær tilknytning til, kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste. For å sikre koordinering og et sentralt kontaktpunkt for kommunens helhetlige lærings- og mestringstilbud, kan det være hensiktsmessig å legge det til koordinerende enhet sitt ansvarsområde.

### Frisklivssentraler

[Frisklivssentralene](#) har særlig kompetanse i å gi støtte til endring av levevaner og forebygge sykdom. Områdene fysisk aktivitet, snus- og røykeslutt og kosthold er de mest sentrale temaene. Mange har også lavterskeltilbud for mestring av depresjon og søvnvansker.

En stor del av frisklivssentralenes kompetanse og virkeområde er viktig innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. De har i tillegg en sentral rolle i kommunens primærforebyggende arbeid.

Formålet til frisklivssentralene er å gi kunnskapsbasert, tverrfaglig og effektiv støtte som fremmer fysisk og psykisk helse og forebygger eller hindrer utvikling av sykdom. Det innebærer også hjelp til å mestre livet med sykdom. Brukermedvirkning, individuell tilrettelegging og mobilisering av egne ressurser for helse vektlegges.

Frisklivssentraler kan oppsøkes av brukere både med og uten henvisning.

Helsedirektoratet har utgitt [Veileder for kommunale frisklivssentraler](#).

### Likemannsarbeid

Likemannsarbeid er en viktig del av lærings- og mestringstilbudet til pasienter og pårørende både ved helseforetak og i kommuner. Pasient- og brukerorganisasjonene er sentrale i dette arbeidet.

Likemannsarbeid er beskrevet i [nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#).

### Starthjelp til foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne

[Starthjelp](#) er et forebyggende og helsefremmende opplæringstilbud til foreldre som nylig har fått barn med nedsatt funksjonsevne eller langvarig sykdom, og som antas å ha langvarig behov for helsetjenester.

Tiltaket er et ledd i å styrke opplæringen innen barnehabilitering. Foreldrene tilbys Starthjelp som en del av behandlingsforløpet, uten at de nødvendigvis uttrykker å ha problemer med sin nye familiesituasjon.



## Organisering av læring og mestring i helseforetak

Det er etablert lærings- og mestringssentre ved [de fleste helseforetak](#). Det gis i tillegg slike tilbud integrert i ulike avdelinger i foretaket. Lærings- og mestringssenterene bør benyttes som en faglig ressurs for helseforetakets samlede tilbud innen læring og mestring, herunder pasient- og pårørendeopplæring.

Det anbefales at virksomheten knyttes til helseforetakets koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Denne bør ha en koordinerende rolle og være kontaktpunkt for samhandlingen med kommunene.

---

### 6.4

## Avklaring av kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver innen læring og mestring

Tilrettelegging av strukturerte lærings- og mestringstilbud skal så langt det er mulig, og innen rammen av faglig forsvarlighet, gis i kommunene. Dette gjelder ikke individuelle tilbud som må skje tett integrert med den spesialiserte medisinske behandlingen. Tilbudet i kommunene bør styrkes.

For personer med sjeldne tilstander og ved behov for spesialisert kompetanse, bør tilbudet ytes av spesialisthelsetjenesten. Lærings- og mestringssentrene i helseforetakene bør tilby veiledning til kommunene. Avveiningen om ansvar og oppgaver bør skje etter de samme prinsippene som for habilitering og rehabilitering for øvrig, se [kapitlet om avklaring av ansvar og oppgaver](#).

Beskrivelse av ansvars- og oppgavedeling mellom helseforetak og kommuner innen habilitering og rehabilitering i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#) bør inkludere læring og mestring. Når det avtales samarbeidstiltak om læring og mestring skal dette nedfelles i avtalen, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2](#), andre ledd.

# Hvordan fange opp mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak

## Lovgrunnlaget for melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering

Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak er regulert i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7](#) og [§ 12](#). Plikten til å tilrettelegge har også sammenheng med [helsepersonelloven %C2%A7 16](#). Helsepersonell sine plikter i forhold til dette følger av kravet til forsvarlighet i [helsepersonelloven %C2%A7 4, andre ledd](#).

### Kommunen

#### § 7

«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 etter [helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, punkt 5](#) og [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a](#).

### Spesialisthelsetjenesten

#### § 12

«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 2-1 a](#) og [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b](#).

## Hva innebærer melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering

«Personell i helse- og omsorgstjenestene og i andre velferdstjenester må lære å stille spørsmålet: «Trenger denne brukeren habilitering eller rehabilitering?» Spørsmålet må stilles ved utskrivning fra sykehus, ved konsultasjoner hos fastlegen, ved sykemelding og ved alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne». ([Meld.St.26 \(2014 -2015\) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet](#)).

I [Rundskriv I-5/2017](#) anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet at personens behov og potensiale for rehabilitering utredes før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at behov for habilitering og rehabilitering skal kunne oppdages tidlig. Bestemmelsen i forskriften har som formål å stimulere til at behov avdekkes, også for grupper hvor habilitering og rehabilitering ikke er den primære grunnen til kontakt med tjenestene. Meldingene bør følges opp gjennom tverrfaglig kartlegging.

Diagnose og åpenbare medisinske behov kan overskygge behov for en bredere tilnærming enn det man umiddelbart ser. På samme måte kan rusmisbruk og psykisk sykdom overskygge behov for fysisk funksjonstrening og annen somatisk oppfølging. For sykemeldte kan rehabilitering, som inkluderer tiltak på flere områder, være nødvendig for å komme tilbake i arbeid.

Andre tilfeller er personer som over lengre tid har gått til behandling av smertetilstand, nedsatt bevegelse eller sosiale eller psykososiale mestringsutfordringer. De har mottatt enkelttjenester fra ulike aktører, men uten at disse er sett i sammenheng. Tilbudet kan isolert sett lindre symptomer og oppleves positivt. Tverrfaglig kartlegging og utredning av det helhetlige behovet kan gi grunnlag for andre prioriteringer og bedre løsninger både for pasient og bruker og for tjenestene.

Når behovet om habilitering og rehabilitering er åpenbart, skal saksgangen følge den ordinære søknads- og henvisningsprosedyrer som er nedfelt og avtalt. Dette er nærmere beskrevet i [kapitlet om utredning av behov for habilitering og rehabilitering](#).

## Melding om mulige behov skal gis til koordinerende enhet

Bestemmelsen skal sikre at helsepersonell har ett sted å henvende seg for å melde om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Dersom kommunen eller det regionale helseforetaket ikke bestemmer noe annet, er det koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommunen og helseforetaket som skal motta slike meldinger.

Det må utarbeides rutiner for mottak og oppfølging av slike meldinger. Meldepunktet må være synlig og lett tilgjengelig. Det anbefales at koordinerende enhet ivaretar dette.

Bestemmelsen skal ikke forstås slik at alle henvisninger og søknader om habilitering og rehabilitering skal gå gjennom dette kontaktpunktet. Dette gjelder saker hvor personellet mener det kan være et «mulig» behov, og hvor dette bør vurderes nærmere. Koordinerende enhet kan i oppfølging av saken enten gi veiledning om videre saksgang til den som melder saken, eller selv følge opp i kontakt med pasient og bruker.

## Meldinger fra andre sektorer

Andre enn helse- og omsorgstjenestens personell bør også kunne melde om behov for habilitering og rehabilitering til koordinerende enhet. Enhetene må derfor være synlige som kontaktpunkter, og potensielle samarbeidspartnere må få god informasjon.

Ifølge [opplæringslova § 15-8](#) og [friskolelova § 3-6b](#) plikter skolen å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle problemer.

Kommunen og helseforetaket skal sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i den enkeltes behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Tjenester fra utdanning, oppvekst, NAV mm er ofte sentrale i helhetlige forløp. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, nr 5 presiseres det at kommunen også må sikre den sosialfaglige tilnærmingen, jfr. [Prop 91L. \(2010 - 2011\). side 489.](#)

# Habilitering og rehabilitering i kommunene

---

## 8.1

### Kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

#### Lovgrunnlaget for kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering i [§ 5](#).

«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.

Ansvaret speiler retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a](#).

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#) konkretiserer tjenester som kommunene blant annet skal ha for å oppfylle sitt ansvar. «Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» er nedfelt i § 3-2, pkt 5. Lovformuleringen dekker alle former for habilitering og rehabilitering.

#### Pasienter og brukeres rett til habilitering og rehabilitering

Retten til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering utledes av [§ 2-1 a i pasient- og brukerrettighetsloven](#) om pasienters og brukeres rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Se [rundskriv til pasient og brukerrettighetsloven](#). Målgruppene er nærmere beskrevet i [kapitlet om målgrupper og virkeområde for veilederen](#).

## Hva innebærer kommunens sørge-for-ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Kommunen skal sørge for at befolkningen får sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering på kommunalt nivå i samsvar med den enkeltes behov, jfr [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5, andre ledd](#). Henvisningen til [§ 1](#) og [§ 3](#) tydeliggjør at tilbudet skal legges opp i samsvar med prinsippene for tjenesteytingen i forskriftens formål og definisjonen av habilitering og rehabilitering.

Sørge-for-ansvaret innebærer at kommunene selv kan velge hvordan de organiserer tjenestene. Kommunene kan velge om de yter tjenestene selv eller inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Det må fremgå hvordan kommunens tilbud henger sammen i et samlet habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

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](#).

## Hva skal tilbudet inneholde

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven beskrives hva kommunale habiliterings- og rehabiliteringstilbud skal omfatte:

«Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykisk lidelser, rusmiddelavhengighet, varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg i forhold til bolig, arbeid og sosial deltakelse som følge av sykdom eller skade.» ([Prop. 91L \(2010 - 2011\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, side 182](#))

Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte

- døgnbasert tilbud i institusjon
- dagtilbud
- tilbud i brukerens hjem
- tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid
- lærings- og mestringstilbud
- hjelpemidler

Kommunen skal ha en synlig og lett tilgjengelig [koordinerende enhet](#) med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. I tillegg må kommunen sikre system for tverrfaglig utredning og kartlegging av behov.

Det anbefales at [kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt med grunnleggende basiskompetanse](#) innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

## Krav til faglig forsvarlighet

Tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#) skal være forsvarlige, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#). Dette innebærer at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Se også i [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet](#).

## Avklaring av ansvar mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

[Kommuner og helseforetak skal avklare ansvar og oppgaver](#) seg imellom gjennom de [lovpålagte samarbeidsavtalene](#). Så langt det er mulig, og innenfor rammen av faglig forsvarlighet, skal tjenestene tilbys i kommunene.

Grensen for hva som er kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar kan være vanskelig å trekke. Selv om det angis rammer for ansvaret på avtalenivå er det nødvendig med avklaringssamtaler for å sikre gode forløp rundt den enkelte pasient. Ved tvil om ansvarsforhold i enkeltsaker, må det likevel sikres at vedkommende får nødvendige tjenester. Tjenesteyterne må alltid sikre at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden.

## Plikt til å veilede spesialisthelsetjenesten

Personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven har veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11](#). Personellet skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver i samsvar med lov og forskrift.

Bestemmelsen speiler spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt, jfr. [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#). Se kapitlet om [spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt](#).

## Plikten til å planlegge habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten

### Kommunen skal ha generell oversikt over behov

Kommunen skal ha generell oversikt over behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5, første ledd](#). Formålet er å sikre et tilstrekkelig grunnlag for å planlegge virksomheten slik at tilbudet til enhver tid samsvarer med befolkningens behov.

Oversikten må gi et godt nok kunnskapsgrunnlag for styring, dimensjonering og prioriteringer, og favne bredden i behovet hos ulike brukergrupper. I denne sammenhengen er det derfor ikke krav til oversikt på individnivå.

Kommunen skal ha et system for å registrere behov og for å følge med på om det er samsvar mellom tilbud og behov. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør ha en sentral rolle i slik behovskartlegging og planlegging. Krav til styringssystem er utdypet i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

### Oversikt på individnivå

Selv om kravet i § 5 ikke gjelder individnivået, bør det kunne hentes generell informasjon fra de som mottar meldinger, søknader og henvendelser om behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Koordinerende enhet vil, i tillegg til fastleger, bestiller- og forvaltningskontor, ha viktig informasjon.

Det kan også være nyttig informasjon å hente fra de regionale vurderingsenhetene som avgjør søknader fra fastlegene om opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten om det er brukergrupper som ser ut til å mangle tilbud.

## **IPLOS**

IPLOS-registeret er et lovbestemt helseregister, som er obligatorisk for kommunene. Formålet med registeret er 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, jfr [forskrift om IPLOS-registeret § 1-3](#). Forskriften er hjemlet i [helseregisterloven](#).

Hvordan tjenester og tiltak skal dokumenteres og rapporteres til IPLOS-registeret er utdypet i [IPLOS-veilederen](#) utgitt av Helsedirektoratet.

## **Folkehelseprofiler**

Kommunens ansvar for å ha oversikt over og følge med på helsetilstanden i befolkningen er styrket gjennom [folkehelseloven](#). Oversikten skal gi grunnlag for det brede sektorovergrepene 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.» (Prop. 90L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid, side 108)

For å understøtte arbeidet har Folkehelseinstituttet utarbeidet [Kommunehelsa statistikkbank](#). Her kan kommunene hente ut data om innbyggernes helsetilstand. Statistikken utgjør grunnlaget for folkehelseprofilene i kommuner og fylker.

Statistikken omfatter befolkning og levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Informasjonen kan være relevant for kommunenes arbeid med å planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

## **Kommunens plan for habilitering og rehabilitering**

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. Plikten til å planlegge følger også av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6](#), og aktivitetene skal inngå i virksomhetens lovpålagte styringssystem. [Strategisk kompetanseplanlegging](#) er utdypet i veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, (Helsedirektoratet 2017).

Det anbefales at planen innarbeides i kommunens helhetlige planstruktur/kommuneplan. Dette gjør det mulig å synliggjøre sammenhenger innad i helse- og omsorgstjenesten og på tvers av nivåer og sektorer. Slik kan kommunen på overordnet nivå konkretisere hvordan de vil realisere mål om helhetlige og koordinerte tjenester. Planen bør beskrive prioriteringer og framtidig utvikling av virksomheten.



Ved å integrere planen i den helhetlige planstrukturen sikres både administrative og politiske beslutninger, samt at tiltakene knyttes til økonomiplan og langtidsbudsjettering. Dersom en velger å lage egen plan for dette tjenesteområdet, bør det likevel synliggjøres hvordan denne inngår i helheten sammen med andre relevante delplaner.

Plankravet innebærer også [regelmessig evaluering og korrigering jfr kravene til styringssystem](#), jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd](#) og [§ 4-2](#).

## Helhetlige og integrerte tjenester

Kommunen skal legge til rette for at tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2](#) inngår i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud, uavhengig av hvordan tjenestene er organisert eller finansiert.

Pasient og brukers behov 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](#). Koordinering og samhandling er områder med behov for sterkere lederforankring.

Kommunens ansvar for fastlegeordningen og fastlegenes ansvar følger av [fastlegeforskriften](#). Bestemmelsene omfatter både tjenester og samhandling.

## Nødvendig utredning og oppfølging

Kommunene skal sikre nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Utredning av behov følger av krav til forsvarlig saksbehandling. Dette utdypes nærmere i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 8](#). Mer om dette i [kapitlet om undersøkelse og utredning av behov](#).

## Uavhengig av boform

Den enkeltes boform skal ikke innvirke på hvorvidt det gis et tilbud eller ikke. Personer som eksempelvis har opphold i sykehjem eller annen institusjon, skal gis tilbud på linje med hjemmeboende og etter de samme faglige retningslinjer ved behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

## Tverrsektorielt samarbeid

Helse- og omsorgstjenesten skal samhandle med tjenesteytere i andre sektorer og etater når pasient og bruker trenger det. Med dette menes blant andre NAV, utdanning, oppvekst, barnevern 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 ved behov for tjenester over lengre tid og gjennom ulike livsfaser. Barn og unge samt personer med psykiske problemer og rusavhengighet er eksempler på grupper som nesten uten unntak har behov for slik samhandling i sin habiliterings- eller rehabiliteringsprosess.

Dette er også sentralt innen rehabilitering med arbeid som mål. Mange av disse kommer først i kontakt med NAV og andre velferdstjenester. Det er derfor viktig å etablere et samarbeid med disse slik at de

kan bistå pasient og bruker i å få kontakt med helse- og omsorgstjenesten. [Koordinerende enhet](#) har ansvar for å legge til rette for slik samhandling.

## 8.2

# Kommunens ansvar for undersøkelse og utredning av behov for habilitering og rehabilitering

## Kommunen skal sørge for undersøkelse og utredning av behov for habilitering og rehabilitering

Plikten er formulert slik i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 8](#):

**«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. Målet er å [sikre forsvarlige tjenester](#).

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 § 2-1 a](#). Kravet i forskriften omfatter 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.

[Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester](#) er også beskrevet i veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, (Helsedirektoratet 2017).

## Generelt om vurdering av behov

### Rehabilitering fremfor kompenserende hjelp

Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp dersom det er mulig. Vedkommendes totalsituasjon, ressurser, potensial og mål må inngå i vurderingen. Helse- og omsorgstjenesten skal forebygge, behandle og legge til rette for den enkeltes mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, jfr [helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1, nr 1](#).

I tråd med helse- og omsorgsdepartementets [Rundskriv I-5/2017](#) anbefales det at potensiale og behov for rehabilitering utredes før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

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

### **Personellet sin rolle i å fange opp behov**

Spørsmålet «Trenger denne brukeren habilitering eller rehabilitering?» bør stilles ved alle konsultasjoner og møter med mennesker med nedsatt funksjons- og mestringsevne. Personell i [velferdstjenestene](#) må bidra til at behovet blir avdekket og utredet, og vite hvordan det meldes videre i saksbehandlingsskjeden.

Noen ganger er behovet åpenbart. Dette kan for eksempel være barn og unge med medfødte tilstander som gir nedsatt funksjonsevne, pasienter som har hatt hjerneslag, personer som på grunn av rusavhengighet har behov for bistand til omstilling. Saksgangen følger søknads- og henvisningsprosedyrer som er nedfelt og avtalt.

Når det bare [foreligger en antakelse om et mulig behov](#) skal dette følges opp i samsvar med bestemmelsene om dette.

### **Vurdering av behov allerede ved begynnende funksjonsfall**

Det bør etableres en praksis, nedfelt i rutiner, med tverrfaglig kartlegging og utredning allerede ved begynnende funksjonsfall. Tidsfaktoren er sentral for god effekt og ressursutnyttelse innen habilitering og rehabilitering for alle brukergrupper.

Mange må leve med langvarige funksjonsnedsettelse hvor tilstanden endres gjennom livsløpet. Dette gjelder i stor grad innen habilitering. Endringer må fanges opp gjennom kontinuerlig evaluering slik at tiltak kan justeres i samsvar med behov. Bakgrunnen kan både være knyttet til endringer i personens helsetilstand og funksjonsevne, eller relatert til livsfaseoverganger og faktorer i omgivelsene.

## **Særlig om utredning av behov for habilitering**

Kunnskap om normale og atypiske utviklingsforløp er sentralt ved utredning av behov for habilitering. I tillegg kreves kunnskap om konsekvenser av eksempelvis ulike syndromer, nevrologiske sykdommer og skader. Utredning av grunntilstanden er viktig for valg og prioritering av tiltak i en habiliteringsprosess. Disse brukergruppene vil nærmest uten unntak kreve utredningskompetanse fra spesialisthelsetjenesten i tillegg til kommunen.

## **Tverrfaglig kartlegging og utredning**

Tverrfaglig utredning innebærer at personell med ulik fagspesifikk kompetanse kartlegger pasient og brukers tilstand, ressurser og behov. Mål og tiltak utformes i nært samarbeid mellom fagpersonene og pasient, bruker og eventuelt pårørende. Gjennom [tverrfaglig metodikk](#) sikres felles forståelse av det helhetlige behovet og konsensus om mål, tiltak og arbeidsprosess.

Utredningen må inkludere både hvilke tjenester vedkommende har behov for, og behovet for samarbeid og koordinering, herunder [individuell plan og koordinator](#). Forhold knyttet til livsstil og behov for forebyggende tiltak bør også inngå i den helhetlige vurderingen.

Fysioterapeuter og annet fagpersonell som har driftsavtale med kommunen bør inngå i kommunens tverrfaglige samarbeid.

Kunnskap om effekt av tiltak er viktig for å sikre god ressursutnyttelse. Fagspesifikk kompetanse ved utredning av behov er sentralt også i tilfeller hvor tjenester skal ytes av medhjelpere uten profesjonsfaglig kompetanse, jfr. [helsepersonelloven § 5](#).

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](#). Tilstrekkelig faglig bredde er en av faktorene for å sikre forsvarlige tjenester, se [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet](#).

Tverrfaglig utredning av den enkeltes behov og ressurser følger også av [FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne](#), artikkel 26.

Helsepersonell sin plikt til å samarbeide med «annet kvalifisert personell» fastslås i [helsepersonelloven § 4](#). Formålet er å sikre forsvarlighet.

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

### ICF som verktøy for avklaring av behov

[Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF](#), bør benyttes for å sikre helhetlig tilnærming ved avklaring av behov for habilitering og rehabilitering. Temaene er strukturert i følgende fire områder:

1. Kroppsfunksjon og struktur
  - medisinske forhold knyttet til somatisk og psykisk helse
  - fysisk, psykisk og kognitiv fungering
  - språk, kommunikasjon og sansefunksjoner
  - generell allmenntilstand
2. Daglige aktiviteter
  - evnen til å utføre daglige gjøremål
3. Deltagelse
  - hjem, familie, venner, jobb og fritid
4. Omgivelser og miljø
  - sosiale og fysiske omgivelser

## Søknader og meldinger om behov for habilitering og rehabilitering

Behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering kan meldes gjennom ulike former for henvendelser. Eksempler er

- skriftlige eller muntlige henvendelser fra pasienter og brukere eller pårørende
- henvisning fra fastlege
- melding fra spesialisthelsetjenesten
- behov meldt til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering jfr [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7](#).

Både skriftlige og muntlige henvendelser skal betraktes som søknad og må nedtegnes i journal.

Dersom behov er meldt fra andre enn pasient og bruker selv, må det avklares at vedkommende ønsker en slik vurdering. Her gjelder reglene om samtykke.

Kommunen skal gi nødvendig informasjon til pasient og bruker slik at vedkommende kan få oppfylt sine rettigheter, jfr [kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Dersom pasient og bruker ønsker individuell plan og/eller koordinator, skal arbeidet igangsettes så snart som mulig, i samsvar med rutinene for dette. Se også [kapitlet om individuell plan og koordinator](#).

## Vurdering i kommunen før henvisning til spesialisthelsetjenesten

Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av pasient og brukers behov for habilitering og rehabilitering før tiltak settes i gang. Ved behov for mer spesialisert kompetanse enn det som finnes i kommunen, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten. Se også [nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten](#).

### Fastlegens rolle i utredning og henvisning

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.

Det er viktig at fastlegen, som henvisende instans, samarbeider med øvrige kommunale tjenester for å sikre nødvendig tverrfaglig utredning og kartlegging som grunnlag for spesialisthelsetjenestens arbeid. Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten får god og forsvarlig behandling, jfr. [fastlegeforskriften § 24, tredje ledd](#).

Eksempler på innhold og tema i henvisningen:

- bakgrunn for henvisningen, herunder problemstillinger som kommunen ber om bistand til å utrede
- kjente diagnoser/funksjonsnedsettelse og eventuelt tilleggdiagnostikk
- tidligere utredninger
- medisinske opplysninger
- om pasienten har individuell plan og eventuelt kontaktinformasjon til koordinator
- pasient og eventuelt pårørende sitt samtykke til henvisningen
- aktuelle samarbeidspartnere
- tverrfaglige rapporter

I avklaring av hvorvidt behovet kan ivaretas på kommunalt nivå eller om pasienten må henvises til spesialisthelsetjenesten, er det viktig med kunnskap om hva som finnes i kommunen. Koordinerende enhet, med sin kunnskap om tilbud både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, er sentral samarbeidspartner i denne sammenhengen.

### Spesialisthelsetjenestens rolle ved utredning av behov

Henvisningen til spesialisthelsetjenesten for å avklare behov kan omfatte både diagnostisering og funksjonsutredning. Eksempler kan være nevropsykologisk utredning, kognitive og spesialmotoriske tester. Innen habilitering kan diagnostisering knyttet til eventuell psykisk utviklingshemming og utredning av adferdsproblemer være bakgrunn for henvisning.

For pasienter som meldes fra sykehus og hvor det er et antatt behov for habilitering og rehabilitering, bør sykehus og kommune samhandle om den tverrfaglige vurderingen.

Vurdering av om pasienter skal overføres fra sykehusavdeling til videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten eller utskrives til kommunen bør gjøres i samarbeid mellom sykehuset og kommunen. Retningslinjer for dette bør nedfelles i [tjenesteavtale 2 i samarbeidsavtalen](#).

## Saksbehandling og samhandling

Kommunen kan organisere arbeidet slik de ser det er hensiktsmessig innenfor rammen av forsvarlighetskravet. 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 kompetanse ved behov. Se også [Helsedirektoratets nasjonale veileder for saksbehandling](#).

### Kommuner med egne saksbehandlingsenheter

Kommuner med egne saksbehandlingsenheter, ofte benevnt som forvaltningskontor eller bestillerkontor, for tjenester innen helse og omsorg herunder habilitering og rehabilitering, bør sikre et minimum av breddekompetanse ved bemanning av kontorene. Blant disse bør det være personell med habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse. Se også kapitlet om [habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene](#).

Enhetene må ha skriftlig nedfellede rutiner for innhenting av supplerende opplysninger og vurderinger fra annet personell når dette er nødvendig.

### Når saksbehandling er lagt til tjenesteytende enheter

Krav til samhandling og innhenting av nødvendig kompetanse gjelder også når vurdering av behov, og tildeling av tjenester innen habilitering og rehabilitering gjøres på det enkelte tjenestested. Dersom eksempelvis en kommune velger å legge behovsvurdering og saksbehandling innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering til fysioterapitjenesten, gjelder kravene om å ivareta nødvendig faglig bredde også her.

Ved antatt behov for habilitering og rehabilitering, vil det ikke være tilstrekkelig og bare vurdere behovet for enkelttjenester. Se også kapitlet om [hvordan fange opp mulige behov for habilitering og rehabilitering](#).

### Samhandling med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Forvaltningskontoret/bestillerkontoret eller den enheten i kommunene som er mottakspunkt for meldinger fra helseforetak (PLO-meldinger), må ha rutiner som sikrer at meldinger til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering videresendes dit. 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 § 38 a](#). Se [kapitlet om koordinerende enhet i kommunene](#).

Flere kommuner har valgt å organisere sin koordinerende enhet inn i, eller i nær tilknytning til saksbehandlingsenheter som forvaltningskontor/bestillerkontor. I slike tilfeller vil enhetenes rolle i å motta meldinger om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, og behov for individuell plan og koordinator være en integrert del av kontorets arbeid.

### Samhandling med andre sektorer

Kommunen skal ved behov samhandle med personell fra områder utenfor helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig og relevant for de beslutninger som skal tas, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 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. Se [kapitlet om taushetsplikt og samtykke](#).

### 8.3

## Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene

### Grunnleggende basiskompetanse innen habilitering og rehabilitering

For å kunne imøtekomme befolkningens behov for nødvendig sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering gjennom tjenester av god kvalitet, er det behov for grunnleggende basiskompetanse. Bredden i målgruppenes behov krever et vidt spekter av kompetanse.

Kjernen i habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse kan utledes av det bio-psyko-sosiale [klassifiseringssystemet ICF](#) som er utarbeidet av WHO. De ulike faktorenes avhengighet til hverandre og hvordan disse må samspille for å oppnå effekt for den enkelte pasient og bruker, er sentralt. Derav følger behovet for tverrfaglig tilnærming.

For å sikre en best mulig forvaltning av habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse anbefales det at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som kan være drivere for kommunens arbeid. Se kapitlet om [tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering i kommunene](#).

#### Fagspesifikk kompetanse

Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. I tillegg er det behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse innen ernæring kan også være sentralt for mange brukergrupper.

I noen grad bør kommunene ha personell med videreutdanning utover grunnutdanning på høyskole- og universitetsnivå, eksempelvis blant ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. Noen bør ha etterutdanning relatert til brukergrupper innen barn, unge, rus og psykisk helse. I tillegg bør også spesialisering i form av realkompetanse vektlegges. Dette er kompetanse som oppnås gjennom erfaring knyttet til spesifikke pasientgrupper eller tilstander.

Helsefagarbeidere med etterutdanning innen habilitering og rehabilitering er også sentrale ressurser.

#### Felles og overlappende kompetanse

Personell innen habilitering og rehabilitering bør ha et minimum av [felles grunnleggende kompetanse](#) utover den felles helsefaglige og fagspesifikke kompetansen. Kompetanse i å bistå brukere i endringsprosesser, herunder endring av levevaner, og trening av ferdigheter og mestring er sentralt.

Ofte må brukeren arbeide med utfordringer på flere livsområder samtidig. Dette stiller krav til forståelse av hvordan tjenester virker sammen i en helhet for brukeren.

For å sikre felles habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse bør kommunene stimulere til at personell kan følge tverrfaglige masterprogrammer og etterutdanningstilbud.

## Kompetanseområder

Sentrale temaområder i den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen:

- Generell prosesskompetanse
  - Om målrettet prosessarbeid – kartlegging, målsetting, tiltak, ansvar, fremdrift, evaluering
  - Brukermedvirkning - samhandling med bruker og nærpersoner/pårørende
  - Veiledningsmetodikk herunder [motiverende intervju \(MI\)](#)
  - Tverrfaglig samarbeid – teamarbeid
  - Samhandling med andre sektorer og spesialisthelsetjenesten
  - Individuell plan og koordinering
- Kunnskap om trening, stimulering, tilrettelegging og mestring med utgangspunkt i fysisk, sosial, psykososial og medisinsk tilstand og fungering som blant annet omfatter følgende områder
  - Generell daglig fungering – ADL
  - Kommunikasjon
  - Mobilitet
  - Egenomsorg
  - Kognitive prosesser
  - Sosial fungering
  - Forebygging
  - Endring av livsstil
  - Læring og mestring
  - Utdanning og arbeidsliv
  - Hjelpemidler og bolig
  - Universell utforming
  - Sosioøkonomiske forhold

## Tverrfaglig teamorganisering

Tverrfaglige metodikk er en sentral arbeidsform innen habilitering og rehabilitering for å imøtekomme kompleksiteten i brukernes behov. Tverrfaglig teamorganisering fremmer utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder. Det kan også bidra til mer robuste tjenester ved at en utnytter merværdien i kunnskapsdeling.

Det anbefales å sikre et minimum av faste teammedlemmer samtidig som det bør sikres fleksibilitet ved å kunne supplere teamet med kompetanse som ivaretar brukernes behov.

Det bør utarbeides en struktur for det tverrfaglige samarbeidet gjennom faste møteplasser og forutsigbare arbeidsprosesser. Rolleavklaring, omforent praksis og felles holdninger, både til hvordan teamet skal fungere som en helhet og hvordan den enkeltes kompetanse skal utnyttes best mulig, er viktig.

Målgruppene for habilitering og rehabilitering er i stor grad overlappende med personer med store og sammensatte behov. Satsingen på strukturert, tverrfaglig oppfølging gjennom team, kalt oppfølgingsteam, som er sammensatt ut fra den enkeltes behov, retter seg dermed også til personer med behov for rehabilitering og habilitering. Dette er beskrevet i [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#).



## Tjenestetilbudet - habilitering og rehabilitering i kommunene

### Et faglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering

Det anbefales at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som kan være drivere for kommunens arbeid på feltet. I tillegg til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, kan dette knyttes til tjenesteytende enheter og/eller team.

En slik organisering antas å fremme god utnyttelse av [den samlede tverrfaglige kompetansen](#). Et faglig tyngdepunkt vil også sikre bedre forvaltning av kompetanse som kommunene tilføres gjennom veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Det faglige tyngdepunktet bør være en ressurs for den øvrige helse- og omsorgstjenesten slik at de får tilgang til habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunen når de trenger det. Et koordinert samarbeid med fastlegene er også sentralt. Det må vektlegges at tjenestene må være synlige og tilgjengelige.

### Tilbud i samsvar med behov

For at kommunen skal imøtekomme behov hos hele spekteret av pasient- og brukergrupper, og oppfylle sitt sørge-for-ansvar for tjenester innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, forutsettes tilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold.

I merknadene til tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering om ansvarsavklaring mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, ble følgende faktorer benyttet for vurdering av behov:

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

En slik tilnærming kan også være hensiktsmessig for å differensiere mellom ulike tilbud i kommunene.

#### Behov for intensitet

Med intensitet menes hyppighet og varighet 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.

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

#### Behov for samtidighet i tjenestetilbudet/kompleksitet

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 tjenester må ses i sammenheng og inngå i en større helhet.

Gjensidig avhengighet mellom de ulike tjenestene er viktig. Dette fordrer strukturert tverrfaglig og koordinert samarbeid, både internt i helsetjenestene og tverrsektorielt. Kompleksiteten kan ofte være knyttet til behovet for tjenester fra flere sektorer samtidig, 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. Se også [kapitlet om habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse](#) i kommunene.

Behovet for spesialisert kompetanse er en sentral faktor for hvor grensen opp mot spesialisthelsetjenesten går. Se [kapitlet om avklaring av ansvar og oppgaver](#).

## **Differensierte tilbud innen habilitering og rehabilitering**

I en veileder som denne er det utfordrende å konkretisere tjenestene og samtidig treffe mangfoldet i kommunene. Tilbud organiseres forskjellig, og tilbud og enheter gis ulike benevnelser. Uavhengig av dette må kommunene sikre nødvendige tjenester innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering til alle som trenger det. Se [kapitlet om målgrupper og virkeområde for veilederen](#).

Det anbefales at kommunene i størst mulig grad benevner tjenestene i samsvar med lov og forskrift, slik at pasienter, brukere, pårørende og samarbeidspartnere enklere finner frem.

Noen kommuner har utarbeidet differensierte beskrivelser av sitt helhetlige tilbud. Etter modell fra dette arbeidet følger her en tredelt fremstilling av tilbud som bør finnes i kommunene. Beskrivelsene tar utgangspunkt i omfanget av brukernes behov og vektlegger kjennetegn og innhold i tilbudene fremfor organisering. Den omfatter både habilitering og rehabilitering:

1. Pasienter og brukere med mindre omfattende behov
2. Pasienter og brukere med middels omfattende behov
3. Pasienter og brukere med omfattende behov

### **1. Pasienter og brukere med mindre omfattende behov**

#### **Eksempler og noen kjennetegn ved målgruppene**

- Pasienter og brukere med mindre funksjonsnedsettelse og/eller begynnende funksjonssvikt.
- Sykemeldte
- Unge med utfordringer knyttet til utdanning og arbeid

#### **Kjennetegn ved tilbudet**

Målrettede og planlagte tiltak, ofte av kortere varighet. Enkle tiltak knyttet til fysisk tilrettelegging av bolig, eventuelt skole og arbeidsplass. Tilbud hovedsakelig til hjemmeboende. For eldre kan tilbudet eventuelt gis i korttidsopphold i sykehjem.

Øvrige kjennetegn:

- Tiltak nedfelt i individuell plan, alternativt rehabiliteringsplan med definert planprosess.
- Tverrfaglig team
- Koordinator
- Tverrfaglig team i kombinasjon med hjemmetjenester.
- Hverdagsrehabilitering
- Tiltak i hjem, skole, arbeidsplass, eventuelt i kombinasjon med gruppetilbud ved frisklivsentraller og/eller dagsentra.
- Lærings- og mestringstilbud
- Kontinuerlig evaluering og justering av tiltak.

### **Kompetansebehov**

- Profesjonsspesifikk kompetanse på noen fagområder ved utredning av behov og i oppfølging av habiliterings- og rehabiliteringsprosessen.
- Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse.
- Kompetanse innen livsstilsendring og helsefremmende tilnærming.
- Helsefagarbeidere med etterutdanning innen habilitering og rehabilitering.
- I liten grad behov for spesialisert kompetanse ut over høyskolenivå.

### **Samhandlingsbehov**

- Samhandling med spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig utredning og eventuelt diagnostisering.
- Samhandling med hjem, skole, dagtilbud og arbeidsplass.
- Eventuelt individuell plan eller koordinator en kortere periode.
- Lav grad av kompleksitet.

## **2. Pasienter og brukere med middels omfattende behov**

### **Eksempler og noen kjennetegn ved målgruppene**

- Pasienter og brukere med noe mer omfattende bistandsbehov over lengre varighet.
- Kan ofte være yngre brukergrupper men med langvarige og i noen grad progredierende funksjonsfall.
- Behov for tjenester fra flere sektorer, sårbare livsfaseoverganger.
- Kombinasjon psykisk helse og rus.
- Funksjonsnedsettelse på flere områder.
- Sykemeldte og uføretrygdede.
- Unge med utfordringer knyttet til sosial deltagelse, utdanning og arbeid.

### **Kjennetegn ved tilbudet**

Spesifikke tiltak knyttet til lettere kognitive vansker, kommunikasjonsvansker, fysisk funksjon, sosial fungering, lettere psykiske lidelser, adferdsproblemer, livsstilsproblematikk, arbeidssituasjon, hjelpemidler og bolig, sosioøkonomiske forhold.

Øvrige kjennetegn:

- Intensiv fysikalsk trening i avgrensede perioder.
- Tverrfaglig tilbud med rehabiliteringsfaglig kompetanse hovedsakelig i hjem, dagtilbud, skole eller på arbeidsplass, eventuelt kombinert med frisklivstilbud.
- Lærings- og mestringstilbud.
- Individuell plan og koordinator.
- Habiliterings- og rehabiliteringstilbud i institusjon i kortere perioder, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.
- Eventuelt ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten herunder veiledning.
- Arbeidsrettede tiltak.

## Kompetansebehov

- Profesjonsspesifikk kompetanse på flere fagområder i utredning og oppfølging, eventuelt supplert med mer spesialisert kompetanse.
- Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse.
- Kompetanse innen livsstilsendring og helsefremmende tilnærming.
- Helsefagarbeidere med etterutdanning innen habilitering og rehabilitering.
- Kompetanse fra flere sektorer.

## Samhandlingsbehov

- Samhandling med spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig utredning og diagnostisering.
- Poliklinisk tilbud fra spesialisthelsetjenesten.
- Habiliterings- og rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten.
- Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten herunder veiledning.
- Samhandling med flere sektorer i kommunen.
- Samarbeid med arbeidsgiver.
- Individuell plan eller koordinator.

## 3. Pasienter og brukere med omfattende behov

### Eksempler og noen kjennetegn ved målgruppene

- Pasienter og brukere med høyt bistandsbehov.
- Vedvarende funksjonssvikt, med behov for intensiv habilitering og rehabilitering for å opprettholde sitt funksjonsnivå og/eller motvirke progredierende utvikling.
- Brukere med omfattende adferdsproblemer.
- Funksjonsnedsettelse på flere områder.
- Kombinasjon rusavhengighet og psykisk sykdom.
- Langtidssykemeldte og uføretrygdede.

### Kjennetegn ved tilbudet

Kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høy grad av faglig spesialisering på kommunalt nivå. Tilbud i hjem, barnehage, dagtilbud og skole samt arbeidsrettede tiltak. Tett oppfølging fra tjenester i kommunen, kombinert med ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Øvrige kjennetegn:

- Tilbud med høy grad av intensitet.
- Individuell plan og koordinator.
- Tverrfaglig tilbud med høy habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse.
- Kontinuerlig evaluering og justering av tiltak.
- Lærings- og mestringstilbud.
- Tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon, somatikk.
- Kombinert med rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten.

## Kompetansebehov

- Profesjonsspesifikk kompetanse på flere fagområder i utredning og oppfølging, supplert med spesialisert kompetanse.
- Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse.
- Kompetanse innen livsstilsendring og helsefremmende tilnærming.
- Helsefagarbeidere med etterutdanning innen habilitering og rehabilitering.
- Høy grad av tverrfaglig bredde samt kompetanse fra flere sektorer.

## Samhandlingsbehov

- Samhandling med spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig utredning og diagnostisering.
- Poliklinisk tilbud fra spesialisthelsetjenesten.
- Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten herunder veiledning.
- Samhandling med habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger og private institusjoner i spesialisthelsetjenesten.
- Samhandling med flere sektorer i kommunen.
- Samhandling med arbeidsgiver.
- Individuell plan eller koordinator.

## Ulike typer tilbud

Tjenestene bør tilbys der det kan gi best mulig effekt for brukeren. I de fleste tilfeller vil trening og oppøving av funksjons- og mestringsevne ha best effekt når det skjer integrert i dagliglivets arenaer som hjem, barnehage, skole, dagtilbud, fritidstilbud og arbeidsliv. Noen vil i tillegg ha behov for tilbud i institusjon for kortere perioder.

Uansett på hvilke arenaer tilbudet gis, gjelder krav til faglig innhold og prosess som er beskrevet i [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet](#) og [kapitlet om formål og overordnede prinsipper](#). Det innebærer blant annet å fastsette mål basert på nødvendig tverrfaglig vurdering, legge en plan for hvordan målene skal nås, tverrfaglig tilnærming og evalueringer underveis med eventuelle justeringer av mål og tiltak, og sluttevaluering.

### Habiliterings- og rehabiliteringstilbud utenfor institusjon i kommunen

Habiliterings- og rehabiliteringstilbud utenfor institusjon kan bestå av et vidt spekter av tjenester. Tilbud fra andre sektorer kan også inngå.

#### Tverrfaglige ambulante team

Tverrfaglige team er sentrale i både kartlegging og utredning av behov og i planlegging og gjennomføring av et koordinert tilbud til hjemmeboende. Teamene bør benyttes som ressurs og veiledere for øvrige tjenester. De bør også ha en sentral rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer.

Teamene bør utgå fra kommunens faglige tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering. Fleksibel oppgavedeling bør tilstrebes samtidig som spisskompetanse hos den enkelte ivaretas.

#### Habilitering og rehabilitering som dagtilbud

Habiliterings- og rehabiliteringstilbud kan gis som dagopphold. Det kan organiseres som gruppetilbud, knyttet til dagsentra eller [frisklivstilbud](#), hvor brukerne møter ulike fagpersoner samlet på ett sted. Tilbud kan kombineres med individuelle tilbud gitt i hjemmet.

#### Lærings- og mestringstilbud

[Lærings- og mestringstilbud](#) er sentralt innen habilitering og rehabilitering. Opplæring kan knyttes til den konkrete tjenesteytingen og/eller organiseres som gruppetilbud.

#### Fysioterapeuter med avtale med kommunen

Kommunen bør gjennom avtalene med privatpraktiserende fysioterapeuter sikre rammer for samarbeid slik at disse inngår som sentrale ressurser i kommunens habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Det er viktig å etablere rutiner for at pasienter med et mulig behov for tilbud utover bare fysioterapi blir henvist

til tverrfaglig utredning. Se også kapitlet om [hvordan fange om mulige behov for habilitering og rehabilitering](#).

### **Hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering er rehabiliteringstilbud gitt i hjemmet, hovedsakelig til målgruppen eldre som har fått et brått eller langsomt fall i funksjon. Innhold og metodisk tilnærming er den samme som for øvrig rehabilitering.

Satsingen på hverdagsrehabilitering innebærer at omsorgstjenestens brukere tilbys strukturerte og målrettede tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringsevne fremfor kompenserende tjenester. Valg av tiltak baseres på tverrfaglig kartlegging av behov, ressurser og mål. Dette etterfølges av tidlig oppstart av intensive treningstiltak.

Den intensive innsatsen skal redusere behovet for hjelp både på kort og lang sikt. Det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig.

Hverdagsrehabilitering organiseres som tverrfaglig samarbeid tett integrert med de tradisjonelle hjemmetjenestene. Den tverrfaglige kartleggingen før tildeling av tjenester gjennomføres av terapeuter med rehabiliteringsfaglig kompetanse. Ved gjennomføring av tiltak kan disse følges opp av annet personell i hjemmetjenestene under veiledning av terapeutene.

### **Rehabilitering med arbeid som mål**

Arbeidsrettet rehabilitering er tilbud til personer med redusert arbeidsevne og behov for bistand til å komme i arbeid og til å opprettholde arbeidsdeltakelse. Tiltak må også omfatte unge som har utfordringer med å fullføre utdanning og etablere et arbeidsforhold.

Begrepet arbeidsrettet rehabilitering benyttes både i helsetjenesten og i NAV arbeids- og velferdsforvaltningen. I helsetjenesten har konseptet arbeidsrettet rehabilitering i hovedsak vært utviklet av private rehabiliteringsinstitusjoner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har arbeidsrettet rehabilitering vært gitt i form av opphold i rehabiliteringsinstitusjoner.

Etter hvert er det utviklet 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. Se mer i [kapitlet om tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten](#).

### **Rehabiliteringstilbud i institusjon i kommunen**

#### **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. Dette er blant anbefalingene i [Prosjektrapporten Rehabilitering Midt-Norge \(2014\)](#). 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 førstnevnte 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 m.fl 2012](#).

## 8.5

# Kommunens ansvar for hjelpemidler og ergonomiske tiltak

## Kommunens ansvar for nødvendige hjelpemidler og ergonomiske tiltak

Kommunens plikt følger av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 9](#)

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

Kommunens sørge-for-ansvar gjelder uavhengig av varigheten av behovet. Det omfatter alle ledd i formidlingsprosessen herunder

- å avdekke og utrede behovet for alle typer hjelpemidler
- utprøving av hjelpemidler
- bistand i søknadsprosess
- tilpasning og enklere montering
- opplæring i bruken av hjelpemiddelet
- service og reparasjon

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.

## NAV arbeids- og velferdsetaten 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 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.

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

## Avklaring av behov

Behov for hjelpemidler og/eller tilrettelegging må inngå som en del av den helhetlige [utredningen av behovet for habilitering og rehabilitering](#). Hjelpemidler, tilrettelegging og tjenester må vurderes i sammenheng. At hjelpemidler skal være nødvendige, betyr 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 bør behov for hjelpemidler og tiltak tas med i den individuelle planen.

Kommunene og NAV hjelpemiddelsentralen bør særlig ivareta barn og unge og personer med progredierende funksjonsnedsettelse som trenger kontinuerlig tilpasning av hjelpemidler.

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

## NAV sine tolketjenester

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 er det den aktuelle etat/institusjon som har ansvaret for å bestille og dekke utgifter til tolk. Tolk kan bestilles hos NAV som fakturerer 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.

Kommunikasjon via tolk er nærmere beskrevet i [kapitlet om medvirkning, informasjon og kommunikasjon](#).

## Tilrettelegging av arbeidsplass

Tilrettelegging av arbeidsplass er arbeidsgivers ansvar, jfr. [arbeidsmiljøloven kapittel 4](#). 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.



## Syns- og hørselskontakter

De fleste kommuner har synskontakter og hørselskontakter. Ordningen er frivillig. Rollen er ofte lagt til personell i helse- og omsorgstjenesten. Synskontaktene og hørselskontaktene er NAV Hjelpemiddelsentralens forlengede arm i kommunene. En viktig oppgave er formidling av enklere synstekniske og hørselstekniske hjelpemidler og å gi råd og veiledning i forbindelse med bruken av disse. Flere enn halvdel er både syns- og hørselskontakt samtidig.

Det anbefales at syns- og hørselskontakter i kommunene legges inn under koordinerende enhet sitt ansvarsområde.

Mer informasjon på [www.sansetap.no](http://www.sansetap.no).

---

### 8.6

## Særlig om tjenester til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov i kommunene

### Tjenester der livet leves

Barn, unge og voksne med habiliteringsbehov og deres familier har behov for et bredt spekter av kommunale tilbud og tjenester. Hvorvidt tjenestene er organisert under en virksomhet som omtales som habiliteringstjenester varierer .

Barn og unge med habiliteringsbehov har ofte behov for samtidige tiltak fra helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Ifølge [opplæringslova § 15-8](#) og [friskolelova § 3-6b](#) plikter skolen å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle problemer.

Tjenestene bør i størst mulig grad gis på de arenaene barn og unge oppholder seg. I samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten, barnehagen, skolen og foreldrene bør det vektlegges at barn og unge er aktive deltakere i sin habiliteringsprosess. Helse- og utdanningsdirektoratet har sammen utgitt veilederen [Barn og unge med habiliteringsbehov - Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand](#).

Helse- og utdanningsdirektoratet har gitt ut heftet «Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?», (Helse- og utdanningsdirektoratet 2013), med informasjon om tjenester og rettigheter.

Det må legges vekt på at også aktiviteter og fritidstilbud må tilrettelegges slik at målgruppene får et likeverdig tilbud ut fra sine forutsetninger. Nettstedet ["Fritid for alle"](#) er en ide- og kunnskapsbank for tilrettelegging av kultur- og fritidstilbud.

Samarbeidet mellom sektorene bør om nødvendig formaliseres gjennom avtaler. Anbefalinger om dette er beskrevet i [kapitlet om koordinerende enhet i kommunene](#).

Det er ofte behov for flere målrettede prosesser gjennom livsløpet . For barn og unge endres behovene raskt. Dette må fanges opp gjennom regelmessig tverrfaglig kartlegging gjennom livsløpet. Se [kapitlet om kommunens ansvar for undersøkelse og utredning](#). I perioder hvor det skjer mye, både relatert til helsetilstand og livsfase, kan det være hensiktsmessig med korte planperioder for å sikre hyppige evalueringer og justering av mål.

Det bør sikres at barnehage og skolepersonalet får tilstrekkelig veiledning og at det settes av tid til samarbeid mellom de som jobber direkte med barnet. Samhandlingen bør struktureres gjennom [individuell plan](#).

[Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse](#) samler og formidler kunnskap på området. Det samme gjør [Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming \(NAKU\)](#).

## Brukergrupper innen habilitering i kommunene

Brukergrupper innen habilitering i kommunen har ofte flere diagnoser og tilstander som for eksempel

- utviklingshemming
- autismspekterforstyrrelser
- multifunksjonshemming
- cerebral parese
- muskelsykdommer
- nevrologiske sykdommer og skader
- sjeldne syndromer

Nærmere beskrivelser av kjennetegn i kapitlet om [målgrupper innen habilitering og rehabilitering](#).

## Familieperspektivet

Omsorgen, støtten og oppdragelsen fra foreldre og nær familie betyr mest for barns utvikling og livskvalitet, og familieperspektivet må vektlegges ved tilpasning av tjenestene. Dette innebærer å se familien som helhet og fange opp behov hos de øvrige familiemedlemmene. Se også [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#), (Helsedirektoratet, 2017)

Familier har ulike opplevelser av å få barn med funksjonsnedsettelse. Bistandsbehovet kan variere avhengig av familiens mestringsevne. Dette forutsetter at tjenestene er fleksible og tilpasses den enkelte familie. Det er viktig at tjenesteytere ser, anerkjenner og støtter opp om familiens egne styrkeområder og mestringsgrep.

Tjenestene bør å ha god kunnskap om de spesielle utfordringene som barna, ungdommene og familiene møter. De bør tilbys råd og veiledning for å forebygge unødige familiebelastninger, eksempelvis gjennom tilpassede [lærings- og mestringsstilbud](#).

Kommunen bør være fleksible i valg av tjenester for å imøtekomme familiens behov. I tillegg til helsehjelp og avlastningstilbud kan noen ha behov for praktisk hjelp til husarbeid og matlaging. Ledsager knyttet til ferie og fritid kan også være aktuelt.

Se også "Oppvekst med funksjonshemming - familie, livsløp og overganger". (Tøssebro, J og Wendelbo, C, Gyldendal Akademiske 2014)

## Livsfaseoverganger

For pasienter og brukere med behov for tjenester over lengre tid, eventuelt gjennom hele livet, er livsfaseoverganger ekstra sårbare. Ved flere av overgangene oppstår endringer både i hvem som har ansvar for tjenesten, på hvilke arenaer tjenestene gis og hvilke tjenesteytere pasient og bruker møter. Tjenestene må tilpasses slik at bruker i størst mulig grad kan delta på de livsarenaer som er naturlig i de respektive fasene.

For å skape gode overganger og forutsigbarhet bør planleggingen starte i god tid. Forberedelse til skolestart og overganger fra barneskole, til ungdomsskole og videregående skole er eksempler på slike overganger. Det skjer et skifte i tjenestetilbudet ved fylte 18 år der ansvaret overføres til tjenester rettet mot voksne.

[Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering](#) har en sentral rolle i å tilrettelegge for gode overganger.

[Individuell plan og koordinator](#) er gode verktøy for å sikre overganger. Overgangene kan noen ganger innebære bytte av koordinator. God overlapping mellom koordinatorene bør være etablert praksis. Overføring av informasjon bør skje både gjennom dokumentasjon og planmøter.

### **Overgangen fra barn til ungdom**

Første fase vil preges av utredninger og diagnostisering for å fastslå behov for tjenester, Samarbeid mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjenesten er sentralt. Etter hvert må samarbeide også omfatte førskole- og skoletilbud. Pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) kan også være en sentral aktør. Samarbeidet bør struktureres gjennom [individuell plan og koordinator](#). Koordinator har en sentral rolle både for barnet og øvrige familie.

Det er avgjørende at de som skal være sammen med barnet på de ulike arenaene får nødvendig informasjon om barnets helsetilstand og utvikling, samt barnets helhetlige livssituasjon og ressurser. Forutsatt [samtykke](#), bør helse- og omsorgssektoren og utdanningssektor samarbeide om å forberede overgangen fra barnehage til skole.

### **Overgangen fra ungdom til voksen**

Ungdommer har behov for informasjon, tilrettelegging, erfaringsutveksling og/eller trening i forberedelsene til livet som voksen. Ungdom med funksjonsnedsettelse må gis mulighet til å realisere sine ønsker og mål om utdanning, arbeid og sosial deltakelse på linje med annen ungdom.

Overføring av kunnskap og ansvar mellom aktørene i tjenestekjeden er viktig for at barn og unge med behov for tverrsektorielle og koordinerte tjenester opplever kontinuitet i tjenestetilbudet. Brudd i kontinuiteten mellom tjenestene kan være særlig kritisk for denne målgruppen fordi utfordringer relatert til utdanning, arbeid og etablering i egen bolig, kommer samtidig med endring i organiseringen av tjenestetilbudet. Eksempler på dette er overgangen fra barnehabilitering til voksenhabilitering. Rapporten [Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering](#) beskriver disse utfordringene. (L. Grue og M. Rua, Nova rapport 19/10)

Helseforetak og kommuner bør samarbeide om gruppetilbud innen [læring og mestring](#) for unge voksne med funksjonsnedsettelse.

Å tenke utdanning, yrke og arbeid starter i ungdomsskolen. Overgang fra grunnskole til videregående skole kan være ekstra krevende, fordi det innebærer samarbeid mellom to forvaltningsnivåer, kommunen og fylkeskommunen. For noen kan videregående skole innebære flytting hjemmefra. Kommunen, ved [koordinerende enhet](#), bør om nødvendig sikre avtaler for god samhandling her.

## Overgangen fra utdanning til arbeidsliv

Det er store variasjoner i hvordan ungdom med funksjonsnedsettelse takler overgangen til høyere utdanning. For ungdom med store sammensatte behov kan overgangen ofte være utfordrende. Det er viktig at koordinator sikrer samhandling mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsmarked.

Utdannings- og yrkesrådgivningen er vesentlig for ungdom med habiliteringsbehov. Det er viktig å velge en utdanning og et yrke som ungdommen er interessert i, og ikke minst har muligheten til å mestre. Arbeidet med å velge utdanningsløp som skal føre frem til et yrke, bør starte tidlig. Helse- og omsorgstjenestene må derfor legge til rette for utdanning og deltakelse i arbeidslivet.

Den enkelte elev har rett til rådgivning utdanning, yrkestilbud og yrkesvalg jf. [forskrift til opplæringsloven § 22-3](#). I tillegg til rådgivning fra skolen og PP- tjenesten kan også Statped være en bidragsyter med sitt tilbud om [yrkespedagogisk kartlegging](#).

Temaet er beskrevet i følgende artikler:

- ["When benefits become barriers. The significance of welfare services on transition into employment in Norway"](#). (Solstad Vedeler 2009). Solstad Vedeler, J. (2009) ALTER, European Journal of Disability Research 3 (2009) 63–81
- ["Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering"](#). (Grue, L. og Rua, M, NOVA-rapport 19/2010.

## Overgang til alderdom

Aldringsprosessen har ofte ulik progresjon for mennesker med utviklingshemning sammenlignet med øvrig befolkning. Det er også store variasjoner innad mellom målgruppene. For noen inntre demenstilstander tidligere. Nasjonal kompetansetjeneste ["Aldring og helse"](#) utdyper flere sentrale temaer på disse områdene.

Tilbud og tjenester skal til enhver tid tilpasses den enkeltes behov, og det bør vektlegges å sikre likeverdige tjenester, uavhengig av alder og funksjonsnedsettelse.

## Særlig om tjenester til personer som bor i egne tilrettelagte boliger

Unge og voksne med behov for habilitering, har rett til helsetjenester, praktisk bistand og opplæring etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punktene 6a og b](#). Mange bor i egne tilrettelagte boliger, og har omfattende behov for tjenester gjennom store deler av døgnet. Miljøterapeutiske tilbud inngår også i dette. De fleste kommuner løser dette gjennom fast personell med primæransvar for beboere i de aktuelle boligene, i samsvar med enkeltvedtak. Brukere med mindre omfattende behov får bistand fra hjemmetjenester og tilsvarende.

For å sikre forsvarlige og gode tjenester til disse målgruppene, er det behov for et vidt spekter av kompetanse. Uansett organisering av tjenestetilbudet, må den habiliteringsfaglige tilnærmingen ivaretas i samsvar med [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1, § 2 og § 3](#). Se også kapittel om [habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene](#).

Tjenestene bør ha som mål å utvikle ferdigheter for økt grad av selvstendighet og deltagelse på den enkeltes premisser. Personell må ha kompetanse til å fange opp endringer, og sikre at vedkommende får sitt behov vurdert på nytt av kvalifisert personell. Fastlegen, som har det [medisinskfaglige koordineringsansvaret](#), må kobles inn ved problemstillinger knyttet til helseoppfølging både somatisk og psykisk. Se mer i [kapitlet om kommunens ansvar for undersøkelse og utredning av behov](#).

## Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming

Reglene har som mål å forebygge situasjoner der tvang er nødvendig, hindre unødig tvangsbruk, og sikre rettsikkerheten i de tilfellene der tvang er nødvendig. Det kan bare benyttes tvang når det er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade på personen selv eller andre, og andre løsninger skal være forsøkt før det kan brukes tvang.

Alle tiltak som brukeren motsetter seg er i utgangspunktet å anse som bruk av tvang og makt, og kan bare iverksettes når vilkårene i [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9](#) er oppfylt. Det samme gjelder tiltak som brukeren ikke motsetter seg, men som likevel vurderes som så inngripende at det må anses som bruk av tvang. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming og gjennomføring av tiltak som innebærer bruk av tvang og makt, og gi veiledning til kommunale tjenester.

Bestemmelsene er utdypet i [rundskriv om bruk av tvang og makt](#), (Helsedirektoratet 2015). Reglene gjelder ved bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d](#).

Se også [kapitlet om taushetsplikt og samtykke](#).

# Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

---

## 9.1

### Lovgrunnlaget for spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering

#### Lovgrunnlaget for spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 10](#) utdyper spesialisthelsetjenestens 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 § 2-1 a, nr 1](#). «Begrepet «pasientbehandling» i [§ 3-8 pkt.1](#) i samme lov, dekker i denne sammenheng alle sykehusets aktiviteter, herunder habilitering og rehabilitering, jfr. [rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#), side 39.

Ansvaret gjelder både tjenester i institusjon og ambulans. Ansvar 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](#).

Spesialisthelsetjenesten har også veiledningsplikt overfor kommunene, jfr. [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#), utdypet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14](#).

#### Pasienter og brukeres rett til habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Retten til sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utledes av [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b](#), hvor det sies at pasient og bruker har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette er også utdypet i [rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#). Målgruppene er nærmere beskrevet i kapitlet om [målgrupper og virkeområde for veilederen](#).

#### Hva innebærer spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen får sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i samsvar med sine behov. Det innebærer også at spesialisthelsetjenesten må ha et system for å følge med på hvorvidt det er samsvar mellom tilbud og behov, og planlegge virksomheten ut fra dette.

Henvisningen til [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1](#) og [§ 3](#) tydeliggjør 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 organiserer og yter 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 avklaring av ansvar og oppgaver](#).

## Krav til faglig forsvarlighet

Tjenester som ytes etter bestemmelsene i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator skal være forsvarlige, jfr. [spesialisthelsetjenesten § 2-2](#), [helsepersonelloven § 4](#). Dette innebærer at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Se også [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet](#).

## Prioritering

Prioriteringsveiledere 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. Eksempler på slike veiledere med relevans for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, er:

- [Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering](#)
- [Prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge](#)
- [Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne](#)
- [Prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)
- De fleste pasienter som får rehabilitering og habilitering i helseforetak, er i et forløp som har startet med utgangspunkt i en øyeblikkelig-hjelp-situasjon. Andre kan ha startet forløpet via fagområder hvor andre prioriteringsveiledere enn de nevnte har fungert som beslutningsstøtte.

## Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13](#) utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging.

«Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av pasienter og 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 innen habilitering og rehabilitering, herunder nødvendig undersøkelse og utredning og opplæring. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for en bred tverrfaglig funksjonskartlegging og målrettet spesialisert habilitering og rehabilitering.

Oppgavene er mer konkret utformet for spesialisthelsetjenesten enn for kommunene, [jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5](#). Dette er i tråd med prinsippet om at spesialisthelsetjenesten er negativt avgrenset i forhold til oppgavene som påhviler det kommunale tjenestenivå. Det innebærer at det som ikke er definert som spesialisthelsetjeneste, er et kommunalt ansvar. Se [kapitlet om avklaring av ansvar og oppgaver](#).

Det må sikres optimal brukermedvirkning i alle deler av tjenesteytingen i samsvar med bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#).

### Nødvendig undersøkelse og utredning

Med undersøkelse i første ledd menes medisinske undersøkelser og tester for å fastsette pasientens behov for habilitering og rehabilitering. Med utredning menes primært avklaring av medisinske og helsemessige forhold som kan ha betydning for et habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Undersøkelses- og utredningsplikten omfatter pasienter med antatt behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder også pasienter henvist fra kommunene, og hvor kravet til utredningskompetanse overstiger det kommunen disponerer. Dette kan for eksempel være behov for bistand til diagnostisering, nevropsykologisk utredning eller spesialmotoriske tester for å fastsette funksjonsnivå og behov for tjenester.

Det anbefales at helseforetak og kommuner samarbeider om tverrfaglig utredning av pasientenes behov og utnytter hverandres kompetanse. Se også [kapitlet om kommunens ansvar for undersøkelse og utredning av behov](#).

Bestemmelsen gjelder både innlagte pasienter som mottar medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten og de som er innlagt for et habiliterings- eller rehabiliteringsopphold. I tillegg



gjelder det pasienter som har et mulig behov for habilitering og rehabilitering, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 12](#). Kravet gjelder også de som mottar ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten, jfr. samme forskrift [§ 15](#).

### **Regionale vurderingsenheter for henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner**

Helseregionene bør videreføre praksis med vurderingsenheter som vurderer henvisninger fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner. Enhetene bør fortsette sitt arbeid med å harmonisere prioriteringspraksis på tvers av regionene.

### **Spesialisert og intensiv funksjonstrening**

Bestemmelsen omfatter opptrening av funksjon og ferdighetstrening som krever kompetanse og metodikk på et så spesialisert nivå at det ikke kan forventes å kunne ivaretas i kommunen. Eksempler kan være tiltak på bakgrunn av progredierende tilstander eller stadig gjentatte funksjonstap der det er behov for metodikk og kompetanse på høyt nivå.

Spesialisthelsetjenesten bør sikre nødvendig rehabilitering i tidlig/subakutt fase. Rehabilitering bør igangsettes samtidig med medisinsk behandling. Ved behov bør pasienter overflyttes til spesialiserte rehabiliteringsavdelinger, så snart dette er medisinsk forsvarlig.

Intensiv trening omfatter ikke bare trening som krever spesialisert fagkompetanse, men også at treningen må gjennomføres hyppig, gjerne flere ganger i døgnet. Dette gjelder når tjenestene må settes i gang samtidig med eller umiddelbart etter medisinsk behandling, og en ikke kan avvente tjenester fra kommunen. Tverrfaglig samarbeid i team er sentralt. Eksempler på tiltak kan være trening etter hjerneslag med sterke motoriske, kognitive, sensoriske og språklige utfall, med behov for stadig gjentatte øvelser og bistand.

Kravet i [§ 13, 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.

### **Tilrettelagt pasientopplæring**

Bestemmelsen fastslår at det regionale helseforetaket skal sørge for tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det, og tilrettelagte tiltak som kan bidra til økt mestring. Se [kapitlet om læring og mestring](#). Formålet er å informere om og øke pasientens forståelse og mestring av egen sykdom.

Eksempler på tilrettelagt pasientopplæring kan være råd og veiledning fra tjenesteytende avdelinger, ambulante team, kompetansetjenester, habiliteringstjenester og lærings- og mestringssentre ved helseforetak.

## **Et faglig tyngdepunkt for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten**

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ytes gjennom ulike organisatoriske enheter.

Robuste fagmiljøer er viktig for å videreutvikle kompetansen i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, og for å gi brukerne tilbud av høy faglig kvalitet. På samme måte som for kommunene anbefales det at spesialisthelsetjenesten sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I tillegg til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetakene, kan dette knyttes til tjenesteytende enheter og/eller team.

En slik organisering antas å fremme god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen. Det faglige tyngdepunktet bør være en ressurs for andre avdelinger og enheter i og utenfor helseforetaket.

## **Ulike former for tilbud innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**

Den samlede tjenesteytingen innen habilitering og rehabilitering består av tjenester fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, både som egne organisatoriske enheter og integrert med øvrig behandling.

### **Høyspesialisert rehabilitering ved avdelinger og institusjoner i spesialisthelsetjenesten**

Det finnes rehabiliteringsavdelinger i helseforetak og institusjoner der rehabilitering er det primære målet med innleggelsen. Slike avdelinger/institusjoner har ofte også dag- og polikliniske rehabiliteringstilbud. Eksempler på dette er avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering samt avdelinger for nevrorehabilitering.

Helseforetak bør ha spesialiserte rehabiliteringsenheter med tilstrekkelig kapasitet innen døgnrehabilitering. De bør kunne ivareta komplekse behov for pasienter med eksempelvis nevrologiske tilstander, hjerneslag med komplekse utfall av eksempelvis kognitiv art, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser og tilstander.

Tilbudet kjennetegnes av høy intensitet og at det er nødvendig med høyspesialisert kompetanse og tiltak gjennom store deler av døgnet, ofte i kombinasjon med fortsatt medisinsk behandling.

### **Rehabilitering integrert ved andre avdelinger**

Det tilbys også rehabilitering på akuttavdelinger eller andre enheter i helseforetak der rehabilitering ikke er hovedhensikten med sykehusinnleggelsen. Det bør sikres økt bevissthet om behovet for tidlig oppstart av rehabilitering hos personell ved slike avdelinger.

### **Private rehabiliteringsinstitusjoner**

Rehabilitering tilbys også ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er kun den rehabiliteringen i disse institusjonene som gis etter avtale med det regionale helseforetaket som sorterer under spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at disse institusjonene inngår i arbeidet med helhetlige forløp, og at det sikres god og forutsigbar samhandling både med øvrig spesialisthelsetjeneste og med kommunene. Se [kapitlet om samarbeidsavtaler](#).

### **Rehabilitering innen psykisk helsevern og rus**

Rehabilitering til brukere og pasienter som er i en rehabiliteringsfase etter langvarig psykisk lidelse og/eller langvarig rusmiddelavhengighet ytes fra et vidt spekter av enheter både i helseforetak, ved DPS og i private institusjoner. Behandling og rehabilitering bør ofte skje som en integrert prosess. Samhandlingen med andre sektorer er også svært sentralt. Rehabiliteringsprosessene er oftest langvarige. Veilederen «Sammen om mestring» (.pdf), (Helsedirektoratet 2014) beskriver dette nærmere.

Det er svært viktig at også den somatiske helsetilstanden vies oppmerksomhet hos disse pasientgruppene.

Det er gode erfaringer med oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og øvrige oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester. Se også kapitlet om **ambulante tjenester**.

## Rehabilitering med arbeid som mål i spesialisthelsetjenesten

Økt arbeidsevne er et sentralt mål for personer i yrkesaktiv alder med nedsatt funksjons- og arbeidsevne. De siste årene har spesialisthelsetjenesten innarbeidet arbeidsdeltakelse som mål for all rehabilitering, der pasientens alder og andre forhold ligger til rette for det. Betydningen av arbeidsdeltakelse for den enkeltes helse fremheves [i nyere forskning](#).

Arbeidsrettet rehabilitering er tiltak overfor personer med behov for bistand til å komme i arbeid og til å opprettholde arbeidsdeltakelse. Det må også omfatte unge som har utfordringer med å fullføre utdanning og etablere et arbeidsforhold. Det er behov for økt kompetanse innen fagområdet.

Begrepet arbeidsrettet rehabilitering benyttes både i helsetjenesten og i NAV. Målet er å bidra til bevisstgjøring av egne ressurser og muligheter til å bevare og/eller øke arbeidsevnen, og bidra til å tilrettelegge for tilbakeføring til arbeid. Det kan omfatte samhandling mellom arbeidstakeren, flere sektorer og arbeidsgiver.

Det legges vekt på å lære og mestre arbeidssituasjonen i en tilbakeførings- og/eller arbeidssøkerfase. Det kan bestå av veiledning for å finne strategier for å fungere i arbeidslivet til tross for sykdom og skade. I helsetjenesten har konseptet arbeidsrettet rehabilitering i hovedsak vært utviklet av private rehabiliteringsinstitusjoner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har arbeidsrettet rehabilitering vært gitt i form av opphold i rehabiliteringsinstitusjoner.

Etter hvert er det utviklet et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette har ført til at arbeidsrettet rehabilitering i økende grad tilbys lokalt. Dette skjer ofte i nært samarbeid mellom arbeidstakeren, arbeidsgiveren, NAV og primærhelsetjenesten. Det forutsetter også samarbeid med spesialisthelsetjenesten, herunder tverrfaglige avklaringspoliklinikker.

Tradisjonell arbeidsrettet rehabilitering med døgnopphold i flere uker kan være aktuelt der det ikke finnes egnet dagtilbud lokalt. Det kan gjelde ved behov for miljøforandring av vesentlig betydning for den enkeltes rehabilitering og/eller der deltaker har mer kompliserte eller tyngre helseplager.

Se mer om dette temaet på nettsidene til

- [Kompetansesenteret for arbeidsrettet rehabilitering, AiR](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med nedsatt funksjonsevne](#)
- [Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

## Habilitering

Habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten skal sikre spesialisert tverrfaglig utredning, diagnostisering og kartlegging av behov, og spesialisert behandling og trening til personer med medfødt og eller tidlig ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom.

Habilitering tilbys primært fra habiliteringsavdelinger i helseforetak. Tjenester som kan defineres som habilitering ytes også fra andre avdelinger i helseforetakene, eksempelvis ved barneavdelinger. Dersom denne aktiviteten fanges opp i statistikk vil den omtales som rehabilitering. Det samme gjelder dersom habiliteringstjenester ytes i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Tjenestene gis hovedsakelig poliklinisk og [ambulant](#) og skal samarbeide med øvrig spesialisthelsetjenester.

Habiliteringstjenestene er organisert under ulike fagområder i helseforetakene. Utredning og oppfølging av barn, unge og voksne med diagnoser innen autismespekterforstyrrelser er ved noen foretak lagt inn

under ansvarsområdet til psykisk helsevern, mens det ved andre helseforetak er lagt inn under habiliteringstjenestene.

Samarbeid mellom barnehabiliteringstjenestene og voksenhabiliteringstjenestene er særlig viktig for å sikre gode overganger fra barn til voksen.

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

Målgruppe er barn og unge fra 0–18 år med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert eller sammensatt karakter. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelse.

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

Målgruppe er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert eller sammensatt karakter. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelse.

### **Nasjonale tjenester innen spesialisthelsetjenesten**

#### **Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester**

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester yter sentralisert behandling innenfor definerte fagområder. Tjenestene er gjerne definert ett eller to steder i landet. I følge regelverket [forskrift om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og veileder til denne](#), er andre helseforetak og helseregioner forpliktet til å henvise pasienter til godkjente nasjonale og flerregionale behandlingstjenester der slike er etablert.

#### **Nasjonale kompetansetjenester**

Det er etablert nasjonale kompetansetjenester innen ulike diagnoser og tilstander. Disse er sentrale for flere brukergrupper med behov for habilitering og rehabilitering. Tilbudene retter seg både til pasienter og brukere, pårørende og tjenesteapparatet.

Kompetansetjenestene har ansvar for ulike diagnoser. De skal supplere de ordinære tjenestene og er samarbeidspartnere både for kommuner og spesialisthelsetjenester, jfr. [egen veileder](#). Eksempler på slike er:

- [Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse, Aktiv ung](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse](#)

---

## 9.3

# **Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i spesialisthelsetjenesten**

## **Spesialisert kompetanse om habilitering og rehabilitering**

For at spesialisthelsetjenesten skal kunne tilby spesialiserte tjenester innen habilitering og rehabilitering, er det viktig med høy medisinsk kompetanse på relevante områder. Enheter som tilbyr habilitering og rehabilitering på dette nivået bør ha leger med spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering eller tilsvarende.

For øvrig bør det sikres bredt sammensatt fagkompetanse tilsvarende det som er beskrevet for kommunene i [kapitlet om habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene](#), men med høyere grad av spesialisering. Det må sikres at den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen er på høyt nivå. I tillegg til å ivareta oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging, skal de også gi veiledning til kommunene og bistå kommunene i diagnostisering og utredning av behov.

Spesialisert kompetanse kan oppnås gjennom etter- og videreutdanninger. I tillegg bør også spesialisert realkompetanse vektlegges. Dette er kompetanse som oppnås gjennom erfaring knyttet til spesifikke pasientgrupper eller tilstander.

---

## 9.4

### Veiledningsplikten

#### Råd, veiledning og samarbeid

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14](#) utdyper spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt innen habilitering og rehabilitering.

«Det regionale helseforetaket skal sørge for:

- a) råd og veiledning til kommunen om opplegg for den enkelte pasient og bruker
- b) samarbeid med kommunen om opplegg for den enkelte pasient og bruker, 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 veiledningsplikt er hjemlet i [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#), utdypet i [rundskriv I-3/2013](#) (Helse- og omsorgsdepartementet). Helsepersonell sitt ansvar følger av [helsepersonelloven § 4](#).

#### Hva veiledningsplikten omfatter

Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene i å sikre nødvendig faglig kompetanse slik at de skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Dette rokker ikke ved kommunens ansvar for å sikre forsvarlige tjenester. Veiledningsplikten er utdypet i [rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#), side 61 og 62.

Veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å gi veiledning med begrunnelse i ressurser eller arbeidsbelastning. Plikten gjelder «helsemessige forhold», og omfatter ethvert tiltak som angår pasientens fysiske eller psykiske helse. Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen.

Veiledningen bør skje direkte til det kommunale personellet som har oppfølgings- og/eller behandlingsansvaret for pasienten. Det kan også innebære veiledning til personell utenfor helsetjenesten når dette er nødvendig for å ivareta helsemessige forhold. Dette kan eksempelvis gjelde barnehager, skoler, voksenopplæring og PP-tjenesten. Samtykke må avklares.

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14](#) utdyper at veiledningen både skal omfatte individuell oppfølging og generell råd og veiledning.

[Videokonferanse](#) bør i større grad benyttes som verktøy for veiledning i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser.

## Hvem omfattes av veiledningsplikten

Veiledningsplikten gjelder ansatte i statlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Den omfatter også helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester etter avtale med regionale helseforetak. Eksempler på dette kan være private lege- og psykologspesialister og personell ved private institusjoner.

Hvem som er helsepersonell følger av [helsepersonelloven § 3](#). Andre ansatte enn helsepersonell vil imidlertid kunne ha veiledningsplikt etter den generelle bestemmelsen i [forvaltningsloven § 11](#).

Helseinstitusjonen skal legge til rette for at personell kan overholde plikten til veiledning, jfr. [helsepersonelloven § 16](#).

## Veiledning i kombinasjon med ambulante tjenester

Veiledningsplikten bør ses i sammenheng med plikten til å yte [ambulante tjenester](#) til pasienter og brukere. Det gir mulighet til å kombinere tjenester til pasienter og brukere på de arenaene hvor de er, og samtidig gi veiledning til kommunens personell. Dette er også viktige arenaer for gjensidig kompetanseutveksling.

## Råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter

Råd og veiledning i enkeltsaker må avtales i gjensidig dialog mellom personellet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Pasient, og eventuelt pårørende, må i størst mulig grad involveres i prosessen. Slik veiledning kan være aktuelt ved planlegging av oppfølging etter at spesialisthelsetjenesten har utredet pasientens behov og kommet med sine anbefalinger.

Kommunen kan også etterspørre veiledning om opplegg for pasienter som ivaretas i kommunen. Kommunen har i dag ikke en tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i en gjensidig forpliktelse til å understøtte hverandres tjenesteyting ut fra et pasientperspektiv, bør også kommunene gi råd og veiledning til personell i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør etterspørre slik veiledning.

Spesialisthelsetjenesten har en sentral rolle i å gi veiledning om forebygging eller bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning etter [lov om helse og omsorgstjenester i kommunene, kapittel 9](#). Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å forebygge og begrense bruk av makt og tvang. Mer om dette i [rundskriv om bruk av tvang og makt](#), (Helsedirektoratet, 2015).

Personell i kommunene har også veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11](#). Se eget avsnitt om dette i [kapitlet om kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering](#).

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

Bestemmelsen i [§ 14, bokstav b i forskriften](#) omfatter plikten til å samarbeide om enkeltpasienter og 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 [arbeidet med individuell plan](#) etter gjeldende lov og forskrift, og annen nødvendig samhandling knyttet til å sikre helhetlige forløp.

I samhandlingen mellom habiliteringstjenestene i helseforetak og kommunene bør det vektlegges at kommunene skal være forankringspunktet for den helhetlige og koordinerte tjenesteytingen, og at habiliteringstjenestene skal bistå med nødvendig spesialisert kompetanse. Se også [veileder for habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten](#), (Helsedirektoratet, 2009)

Samarbeidet skal for øvrig beskrives i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#).

## 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. Det omfatter å bidra med generell kompetansestyrking av ansatte i kommunen i forbindelse med habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Det bør vektlegges at disse tiltakene også bidrar til gjensidig kompetanseutveksling og økt felles kunnskap og forståelse.

Eksempler på tiltak er

- kurs med opplæring i temaer knyttet til spesifikke diagnose- og/eller pasientgrupper
- kompetanseutvikling om sentrale fellestemaer som individuell plan, koordinatorrollen, kommunikasjon, brukermedvirkning, veiledning, samarbeid osv
- lokale og regionale fagnettverk
- faste møteplasser for samhandling og dialog omkring faglige utfordringer
- e-læringsprogrammer

For å utvikle felles kompetanse og styrke samhandlingen, bør målgruppene omfatte personell både i helseforetak og kommuner. [Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetak og kommuner](#) bør samarbeide og ha en koordinerende rolle knyttet til dette.

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

Med andre etater menes samarbeidspartnere i sektorer utenfor helsetjenesten, eksempelvis kompetansetjenester, NAV arbeids- og velferdsetaten, oppvekst og utdanning og private aktører. Mange av aktørene hører hjemme i kommunen, og det er naturlig å forankre dette samarbeidet i kommunen. [Koordinerende enhet i kommunen](#) et sentralt koordineringspunkt for samarbeidet på tvers av sektorene.

## 9.5

# Ambulante tjenester i habilitering og rehabilitering

## Habilitering og rehabilitering skal gis ambulant dersom det er hensiktsmessig

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 15](#) fastslår at

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

Bestemmelsen omfatter spesialisthelsetjenester etter [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a](#), jfr. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b](#). Bestemmelsen må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jfr. [spesialisthelsetjenestelovens § 6-3](#) utdypet i [rundskriv I-3/2013](#) (Helse- og omsorgsdepartementet).

Råd og veiledning skal gis av helsepersonell, jf. [helsepersonelloven § 3](#).

## Generelt om ambulante tjenester

Med ambulante tjenester 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 pasient- og brukergrupper som helhet.

Ambulante tjenester bør skje i tett dialog med kommunale tjenester. Arbeidsformen er godt egnet til å kombinere med veiledning tett knyttet til pasient og brukers daglige livsarena, og til å styrke det tverrfaglige samarbeide mellom nivåene. Telemedisinske løsninger bør videreutvikles og tas i bruk der dette er mulig og hensiktsmessig.

Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem eller i kommunal institusjon er eksempler på ambulante tjenester. Aktiviteten rapporteres på samme måte som kontakter gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler, jf. [regelverk for innsatsstyrt finansiering](#), kapittel 5.24.

Virksomheten bør utvikles i dialog mellom helseforetak og kommuner, og praksis bør beskrives i [samarbeidsavtalene](#).

## Ambulante tjenester i habilitering



Ambulante tjenester er en sentral arbeidsform innen habilitering. Ambulante tjenester kan omfatte veiledning, behandling, initiering og bistand ved miljøtiltak, atferdspsykologiske behandlingsopplegg og eventuell oppfølging av medisinsk behandling i hjemmet. Tjenestene skal være basert på en konkret henvisning av en pasient, og på den tverrfaglige utredning og kartlegging fra spesialisthelsetjenesten, jf. [prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#).

Spesialisthelsetjenesten skal gjennom sin oppfølging av pasienter med utviklingshemning og [veiledning til kommunene](#) bidra til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt, jf. rundskriv om bruk av tvang og makt.

## Ambulante tjenester i psykisk helsevern

Flere kommuner og spesialisthelsetjenesten har etablert oppsøkende og ambulante virksomhet som en del av tjenestetilbudet. [ACT of FACT-teamene](#) er tverrfaglige team som arbeider aktivt oppsøkende utenfor sykehus, og som følger opp 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 brukere har behov for, herunder rehabiliteringstjenester, integrert behandling av rus- og psykiske lidelser og andre tjenester rettet mot arbeid, fritid, familie og bolig. For mer informasjon se [Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team \(rop.no\)](#).

[Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse](#) har mer informasjon om dette.

---

### 9.6

## Særlig om tjenester til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten

### Om habiliteringstjenesten i helseforetak

Habilitering i spesialisthelsetjenesten tilbys primært ved egne avdelinger som

- habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU)
- habiliteringstjenesten for voksne (HAVO)

Mye av tjenesteytingen skjer poliklinisk eller ambulant. Det ytes også habiliteringstjenester ved eksempelvis barneavdelinger. Spesialisthelsetjenesten plikter å yte likeverdige og helhetlige tilbud, uavhengig av organisering.

Faglige retningslinjer basert på forskning, klinisk erfaring og brukererfaring er viktig for å redusere uønsket variasjon i klinisk praksis. Det anbefales å utvikle pasientforløp i samhandling mellom helseforetak og kommuner. Individuell plan og koordinator er viktig for å sikre koordinering av tilbudet til barn og unge med habiliteringsbehov.

Arbeidet skjer tverrfaglig ved at aktuelle fagpersoner samarbeider om utredninger, funksjonsvurderinger, diagnostisering, rådgiving og tiltaksutforming.

Det bør vurderes å utvikle regionale funksjoner ved lavfrekvente diagnoser eller behov for kompetanse fra flere spesialiteter samtidig.

Nasjonale kompetansetjenester er viktige samarbeidspartnere for flere av målgruppene. Dette er beskrevet i kapitlet om [tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten](#).

## Krav til kompetanse innen habiliteringstjenestene

For å oppfylle krav om kvalitet og forsvarlighet i tjenesten, bør habiliteringstjenestene være bredt tverrfaglig sammensatt med medisinsk, psykologisk, sosialfaglig, spesialpedagogisk og miljøterapeutisk kompetanse. Det er behov for spesialisert fagkompetanse innen et vidt spekter av temaer og områder som:

- utredning og diagnostisering ved indikasjon på utviklingshemming og adferdsavvik
- symptomer og adferdsmønstre ved en rekke ulike syndromer
- autismespekterforstyrrelser
- sjeldne tilstander og alvorlig funksjonsnedsettelse
- differensialdiagnoser og komorbiditet
- forebygging av bruk av tvang og makt
- utforming av tiltak som innebærer bruk av tvang og makt

Barne- og voksenhabiliteringstjenestene bør ha et formalisert samarbeid med andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten på aktuelle fagområder ved utredning, diagnostisering og oppfølging. Det må sikres gode overganger i overgangen fra barnehabilitering til voksenhabilitering. Individuell plan og koordinator er viktig for alle målgruppene.

## Tjenester til barn og unge med habiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten (HABU)

Alle barn og unge med medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse, utviklingsforstyrrelse eller kronisk sykdom kan ha rett til habilitering i spesialisthelsetjenesten. Målgruppen er barn og unge fra 0-18 år.

[Prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#) gir oversikt over tilstandsgruppene.

Symptombildet hos barn og unge er ofte sammensatt og krever grundig tverrfaglig utredning og kunnskap om mulige tiltak. Pasientene må vurderes i et utviklingsperspektiv. Tilstander hos barn og unge kan påvirke vekst og utvikling på flere ferdighetsområder og medføre utfordringer på mange arenaer, herunder samspillet med familie og nettverk.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har sammen utgitt veilederen [Barn og unge med habiliteringsbehov - Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand](#), (2015).

Det er viktig at barn og unge tidligst mulig får avklart sin tilstand og at det blir satt inn relevante tiltak. Det kan også være nødvendig med tiltak rettet mot familien. [Lærings- og mestringstilbud](#) bør gis så tidlig som mulig til i foreldre som nylig har fått barn med nedsatt funksjonsevne eller langvarig sykdom.

## Habilitering og psykisk helsevern for barn og unge

Helseforetakene har ulik organisering og arbeidsfordeling mellom psykisk helsevern for barn og unge og HABU. Det gjelder ansvar for utredning, diagnostisering, behandling og habilitering spesielt for:

- barn og unge med autismspekterforstyrrelser
- barn og unge i HABUs målgruppe med ADHD som komorbid tilstand

Ved utviklingshemming, cerebral parese og mange syndromer er det økt forekomst av psykisk sykdom. Ved alvorlig og sterk psykisk utviklingshemming er det ofte habiliteringstjenesten for barn og unge som mottar henvisning også ved mistanke om psykisk sykdom. Ved behov må habiliteringstjenesten innhente bistand fra psykisk helsevern. Det kan eksempelvis gjelde ved behov for medisinering.

Ved psykiske lidelser for barn i HABUs målgruppe er det ofte barne- og ungdomspsykiatrien som mottar henvisningen. Dette kan også gjelde ved lett eller moderat grad av utviklingshemming og autisme. Også her er samhandlingen intern i spesialisthelsetjenesten viktig.

Når barn og unge i HABUs målgruppe samtidig har kontakt med både HABU og barne- og ungdomspsykiatrien, vil det være behov for samarbeid mellom disse to delene av spesialisthelsetjenesten for å sikre et koordinert tilbud og riktig kompetanse.

Det vises for øvrig til

- [Prioriteringsveiledere i barnesykdommer](#)
- [Prioriteringsveileder psykisk helsevern barn og unge](#)
- [Prioriteringsveileder habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#)

## Habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten (HAVO)

Målgruppen er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert eller sammensatt karakter. Pasientene kan ha flere diagnoser og funksjonsnedsettelse. De fleste har vært fulgt opp av habiliteringstjenesten for barn og unge, og det er viktig å sikre god overlapping i overgangen mellom ansvarsområder. Samhandlingen med kommunene er svært sentralt.

[Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#), (Helsedirektoratet, 2010) gir en oversikt over tilstandsgruppene.

## Habilitering og psykisk helsevern for voksne

Det er hyppigere forekomst av psykiske lidelser i voksenhabiliteringstjenestens målgruppe enn i befolkningen for øvrig. Det gjelder særlig de som har utviklingshemning og/eller autismspekterforstyrrelser. Ved mistanke om psykiske lidelser, har pasienten rett til å få vurdert sin helsetilstand fra psykisk helsevern på linje med andre pasienter. For mennesker med moderat og sterk utviklingshemning og mistanke om psykisk lidelse, bør psykisk helsevern og habiliteringstjenesten for voksne samarbeide om utredning og tiltak.

Ved mistanke om psykiske lidelser hos personer med lett utviklingshemning, forutsettes det at den aktuelle helsehjelpen i hovedsak ivaretas innenfor allmennpsykiatriens ansvarsområde.

Det vises for øvrig til

- [Prioriteringsveileder for nevrologi](#)

- [Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne](#)

## Henvisning til habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten

Før henvisning til spesialisthelsetjenesten må det sikres en bred tverrfaglig utredning i kommunen. Se også [kapitlet om utredning av behov i kommunene](#). For disse pasientgruppene kan det også være nødvendig å involvere andre sektorer. Det bør fremgå av henvisningen og sammenfatningen av kommunens vurderinger hva som bør utredes videre i spesialisthelsetjenesten. Det er fastlegen som henviser og må sikre at henvisningen inneholder nødvendig informasjon, jfr. [fastlegeforskriften § 24](#).

Eksempler på innhold og tema i henvisningen:

- bakgrunn for henvisningen, herunder problemstillinger som kommunen ber om bistand til å utrede
- kjente diagnoser/funksjonsnedsettelse og eventuelt tilleggdiagnostikk
- tidligere utredninger
- medisinske opplysninger
- om pasienten har individuell plan og eventuelt kontaktinformasjon til koordinator
- pasient og eventuelt pårørende sitt samtykke til henvisningen
- aktuelle samarbeidspartnere
- tverrfaglige rapporter

# Avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering

---

## 10.1

### Juridiske rammer for kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering

#### Juridiske rammer for ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Kommunenes ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Lovforarbeidene sier at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#). Innenfor rammene av sørge-for-ansvaret skal de yte et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. Se eget [kapittel om kommunens ansvar](#).

Spesialisthelsetjenesten har tilsvarende sørge-for-ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester, i og utenfor institusjon, jfr. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a](#). Se eget [kapittel om spesialisthelsetjenestens ansvar](#).

Kommunene og spesialisthelsetjenesten kan organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forutsetninger og behov.

Kommunens sørge-for-ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Selv om de juridiske rammene står fast, kan nivåenes sørge-for-ansvar og oppgavene endre seg over tid på grunn av blant annet faglig utvikling og helsepolitiske mål.

Avklaring av ansvar og oppgaver må jevnlig være på dagsorden i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. De lovpålagte samarbeidsavtalene skal gjennomgås årlig med tanke på oppdateringer, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5](#). Se [kapitlet om lovpålagte samarbeidsavtaler](#).

Kommunene og spesialisthelsetjenesten kan enten yte tilbudet selv eller inngå avtale med eksempelvis private institusjoner.

#### Samtidig tjenester fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten

Avklaring av ansvar og oppgaver kan ikke avgrenses til et spørsmål om «enten eller». Mange av de som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Dette kan gjelde både utredninger, behandlingstiltak og intensive treningstilbud med høy grad av spesialisert kompetanse. Tilbudene kan enten gis som opphold, polikliniske tilbud eller gjennom ambulante tjenester. I noen tilfeller er behovet for spesialisthelsetjenester avgrenset til tidlig fase. Andre trenger vekselvis tilbud fra begge nivåer gjennom lengre forløp. Helseforetakets ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester opphører ikke ved utskrivning.

## Samarbeidstiltak mellom helseforetak og kommuner

Når det avtales samarbeidstiltak, må samarbeidsavtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder arbeidsgiveransvaret. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres, jfr. [helse- og omsorgstjenestelove § 6-2, siste ledd](#). Intermediære enheter og team sammensatt av kompetanse fra begge nivåene er eksempler på samarbeidstiltak.

---

### 10.2

## Pasientforløp i habilitering og rehabilitering

### Pasientforløp i habilitering og rehabilitering

Pasientforløp forstås som

«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode».

Formålet med pasientforløp er særlig å forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave- og ansvarsområder i tjenestekjeden. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen.

Tilpasset grad av standardisering må sikre god kvalitet basert på tilgjengelig kunnskap om god praksis. En standardisering må gi rom for individuelle variabler.

Utvikling av gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid. Gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid, i tett samarbeid med pasienter, brukere og pårørende, utvikles felles praksis og konsensus om kriterier for gode pasientforløp. Arbeidet er sentralt i det [målrettede kvalitetsarbeidet](#), og bør være et samarbeidsområde mellom helseforetak og kommuner i utarbeidelsen av [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#).

For mange med behov for habilitering og rehabilitering er tjenester fra andre sektorer viktige. Disse bør derfor også inkluderes i samarbeidet.

### Behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten

Mange pasientforløp i spesialisthelsetjenesten er avgrenset til enkeltdiagnoser. Disse omtales ofte som behandlingslinjer og kan defineres som

«En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.» (Helse Sør-Øst)

Fokus på habilitering og rehabilitering bør inkluderes fra tidlig fase i pasientenes behandlingslinjer. Spesialisthelsetjenestens tilnærming må, i likhet i kommunen, være preget av et helhetlig syn på pasientens utfordringer og mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

## Pasientforløp i rehabilitering

Pasientforløp i rehabilitering kan grovt inndeles i fire hovedtyper:

1. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen og løses i kommunen, herunder i kombinasjon med private tjenester som kommunen inngår avtaler med og i samarbeid med andre sektorer.
2. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen, men hvor behovet tilsier at pasienten søkes/henvises til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringstilbudet gis i rehabiliteringsavdeling ved et helseforetak eller i privat rehabiliteringsinstitusjon, eller i en kombinasjon av disse.
3. Pasientforløp som starter med planlagt innleggelse i spesialisthelsetjenesten, for eksempel kirurgisk inngrep. Rehabiliteringsprosessen starter integrert med medisinsk behandling i samme avdeling som utfører den kirurgiske inngrepet, og pasienten overføres videre til rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten eller til rehabilitering i kommunen.
4. Pasientforløp som starter med akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten og videre rehabilitering fra tidlig fase og eventuelt også videre ut i forløpet i spesialisthelsetjenesten. Etter dette overføres pasient til rehabilitering og oppfølging i kommunen.

## Pasientforløp i habilitering

Pasientforløp innen habilitering arter seg ofte annerledes enn pasientforløp innen rehabilitering. Dette gjelder særlig i spesialisthelsetjenesten. Habiliteringstjenestene i Norge er organisert annerledes enn rehabiliteringstjenestene, med sterkere vekt på poliklinisk og ambulant oppfølging og mindre døgnopphold.

Mange av pasientene som følges opp av habiliteringstjenesten, har kroniske tilstander som følges opp i et livsløpsperspektiv. Felles for alle som mottar habiliteringstilbud er at de trenger planlagte, sammensatte og samordnede tjenester på tvers av sektorer. Mange har behov for gjentatte prosesser gjennom hele livet. Se også kapitlet [«Særlig om tjenester til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov i kommunene»](#) og tilsvarende [kapittel i spesialisthelsetjenesten](#).

## Sentrale elementer i gode pasientforløp

Her er noen eksempler på sentrale kjennetegn ved gode pasientforløp innen habilitering og rehabilitering, uavhengig av typen behov.

- 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 fra tidlig fase.
- Aktiv brukermedvirkning.
- Samhandlingen mellom aktørene er konkretisert.
- Tiltakene er tuftet på kunnskap om effekt av tiltak.
- God kompetanse med tilstrekkelig tverrfaglig bredde.
- Kontinuitet i forløpet uten unødig tidsavbrudd.
- Tidlig intervensjon.

- Gode overganger mellom nivåer og sektorer.
- Ambulante tjenester og veiledning.
- Helhetlig tilnærming basert på [ICF](#).
- Individuell plan og koordinator er verktøy for god samhandling og brukermedvirkning.
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er sentral ressurs.

Les også om [helhetlige pasientforløp](#) i veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, (Helsedirektoratet, 2017). Der finnes også lenker til verktøy og sjekklister.

## 10.3

# Momenter og anbefalinger for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

## Prosesser for avklaring av ansvar og oppgaver innen habilitering og rehabilitering

Det er flere eksempler på gode arbeidsprosesser hvor kommunene og helseforetakene har arbeidet med avklaring av ansvar og oppgaver innen habilitering og rehabilitering. Helse Midt-Norge gjennomførte i 2013–2014 en regional prosess for dette gjennom «Prosjekt rehabilitering i Midt-Norge». Det var bred deltakelse fra tjenestene på begge nivåer samt brukerorganisasjoner, private institusjoner og høyskole.

Den anbefales, i likhet med eksemplet ovenfor, at det sikres bred involvering fra fagfeltet. Koordinerende enheter på begge nivåer bør delta. Se også [kapitlet om habilitering og rehabilitering i lovpålagte samarbeidsavtaler](#).

## Momenter for vurdering av ansvar og oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innen habilitering og rehabilitering

Ansvars- og oppgavefordeling innenfor de juridiske rammene, må avklares i dialog mellom helseforetak og kommuner. Dette skal nedfelles i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#).

I merknader til tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering ble 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

Ved avklaring av hvor tilbudet skal gis, er det flere faktorer som bør avveies og ses i sammenheng. Dette gjelder både på overordnet nivå og i enkeltsaker.

### Behovet for kompetanse



Den mest avgjørende faktoren er behovet for kompetanse. Hvilken kompetanse trengs for å gi et forsvarlig og godt tilbud? Hvor spesialisert må kompetansen være? Bredden av kompetanse målt i antall faggrupper, trenger ikke å være forskjellig mellom nivåene. I kommunene kan bredden inkludere kompetanse fra flere sektorer, mens det i spesialisthelsetjenesten er større mangfold og høyere grad av spesialisering innen den medisinskfaglige kompetansen.

Spesialisthelsetjenesten skal yte de tjenestene som det ikke er naturlig å bygge opp kompetanse og infrastruktur til på kommunalt nivå. Hva som er «naturlig» å bygge opp i kommunene kan blant annet avveies i forhold til omfanget av behov og utnyttelsesgrad.

Kommunen kan ikke avslå og yte tilbud innen kompetanseområder som naturlig finnes i kommunen, som eksempelvis logoped. Dette er kompetanse som ofte er mangelfullt tilgjengelig for helse- og omsorgstjenestens brukere på grunn av organisering.

### **Behovet for spesialisert utredningskompetanse**

Kommunen skal sørge for [nødvendig undersøkelse og utredning](#) av behov for habilitering og rehabilitering. Ved behov skal pasienten henvises til mer spesialisert kompetanse. Dette kan særlig gjelde diagnostisering og behov for spesialtester i forbindelse med utredning av funksjon.

### **Behovet for tilbud med høy grad av intensitet**

Tilbud med høy grad av intensitet kan gis både i kommuner og helseforetak. Denne faktoren bør ses i sammenheng med behov for kompetanse. Behov for stor tverrfaglig bredde kombinert med høy intensitet, det vil si hyppig oppfølging fra et bredt sammensatt tverrfaglig team, kan peke i retning av at tilbudet bør gis i spesialisthelsetjenesten.

### **Behovet for nærhet til pasient og brukers livsarena**

Generelt bør tilbudet i størst mulig grad tilbys integrert der livet leves, i hjem, skole, barnehage, dagtilbud, fritidsarenaer og på arbeidsplass. Man unngår dermed at vedkommende må tas ut av sin daglige livsarena for å motta tjenester. Tilgang til nødvendig kompetanse er en forutsetning. Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan supplere kommunens tilbud.

Selv om nærhetsprinsippet er grunnleggende, kan individuelle forhold tilsi at tilbudet bør gis i et annet miljø i en periode. Det kan eksempelvis gjelde ungdommer med behov for å treffe andre i samme situasjon. For andre kan hjemmet av ulike årsaker være lite egnet som treningsarena. Varigheten av behov kan også tilsi at det ikke er hensiktsmessig med omfattende tilrettelegging.

### **Behovet for nærhet til medisinske behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten**

Behov for fortsatt behandling i akuttavdeling eller poliklinikk i helseforetak, samtidig med oppstart av rehabilitering, kan tale for at pasienten eksempelvis bør få tilbud ved sykehusets rehabiliteringsavdeling før utskrivning til videre rehabilitering i kommunen.

### **Tilbud relatert til pasient- og brukergrupper**

Som hovedregel bør tilbud til store pasient- og brukergrupper utvikles i kommunene. Mindre kommuner kan ved behov samarbeide om kompetanse. Tilsvarende bør tilbud til pasienter og brukere med sjeldne tilstander med behov for spesialkompetanse gis i spesialisthelsetjenesten.

### **Infrastruktur og geografiske forhold**

Hensynet til belastningen for pasient og bruker ved lange reiseavstander må vektlegges i tillegg til faglige hensyn. Kommunikasjonsmuligheter og geografiske forhold kan være en av flere faktorer i

avveiningen av hvor tilbud bør etableres. Denne faktoren bør imidlertid i liten påvirke hvem som er ansvarlig for tilbudet. Telemedisinske løsninger bør utnyttes bedre der det er hensiktsmessig og mulig.

### **Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten**

Prioriteringsforskriften gir hjelp til å avgjøre hvorvidt tilbud skal ytes i spesialisthelsetjenesten. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal rettighetsvurderes. Rettighetsvurderingen innebærer at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriftens to hovedvilkår:

- forventet nytte
- kostnadseffektivitet.

Prinsippene for prioritering utdypes innen habilitering og rehabilitering i følgende prioriteringsveiledere:

- [Prioriteringsveileder fysikalsk medisin og rehabilitering](#)
- [Prioriteringsveileder habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Prioriteringsveileder habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge](#)

De fleste pasienter som får rehabilitering og habilitering i helseforetak, er i et forløp som har startet med utgangspunkt i en øyeblikkelig-hjelp-situasjon. Andre kan ha startet forløpet via fagområder hvor andre prioriteringsveiledere enn de nevnte har fungert som beslutningsstøtte.

## **Håndtering av uenighet om ansvar og oppgaver**

Dersom det oppstår uklare grenser i ansvarsforholdet må tjenestene gjøre konkrete tiltak slik at dette ikke går ut over det nødvendige tilbudet til pasient og bruker.

I [veileder om samarbeidsavtaler](#) er det anbefalt at det nedfelles regler for håndtering av uenighet knyttet til ansvar og oppgaver. Helse- og omsorgsdepartementet har også oppnevnt et nasjonalt organ hvor tvistesaker kan fremmes.

## **Helsepolitiske mål om styrking av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene og videreutvikling av spesialisthelsetjenesten**

Anbefalinger om ansvar og oppgaver i denne veilederen følger også opp helsepolitiske mål om at habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens tilbud må spisses og tilpasses pasientgrupper som trenger tjenester på dette nivået.

Som en følge av dette bør noen tilbud som i dag gis som spesialisthelsetjenester i fremtiden ytes i kommunene. Utvikling og endring av tilbud bør skje i nær dialog mellom kommuner og helseforetak slik at pasienter og brukere ikke mister nødvendige tjenester.


## **Anbefalinger om ansvar og oppgaver mellom nivåene**

På bakgrunn av politiske føringer og rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Helsedirektoratet IS-1947, 2014) anbefaler Helsedirektoratet følgende:

- Pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene bør som hovedregel få tilbudet i kommunene.
  - Eksempler på områder er muskel- og skjelettsykdommer, livstilssykdommer, lettere psykiske lidelser, diabetes, KOLS og lungesykdommer, kreft og rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. Tilbudet må inkludere læring og mestring.
  - Rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.
- Kommunen bør styrke habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til personer med sansetap, herunder logopedi og syns- og audiopedagogikk.
- Kommunen bør styrke sine tilbud innen læring og mestring og endring av levevaner.
- Kommunenes helhetlige koordineringsansvar for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, herunder fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar, bør tydeliggjøres i dialogen mellom nivåene
- Spesialisthelsetjenesten må sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper.
- Spesialisthelsetjenesten bør styrke tilbud knyttet til å bistå kommunene med utredning av behov for behandling, habilitering og rehabilitering.
- Spesialisthelsetjenesten bør videreutvikle og spisse sine tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art for eksempel til pasienter med progredierende nevrologiske tilstander samt andre nevrologiske tilstander f.eks. CP, hjerneslag med komplekse utfall av f.eks. kognitiv art, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser og tilstander.
- Spesialisthelsetjenesten bør tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sykdommer.
- Spesialisthelsetjenesten bør styrke ambulant virksomhet, herunder tjenester til pasienter og veiledning til personell i kommunene både innen habilitering og rehabilitering.

## Modell for avklaring av ansvar og oppgaver

I rapporten Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, (Helsedirektoratet 2012), ble det lansert en visuell modell til hjelp i slike avklaringsprosesser. Vektmodellen tar utgangspunkt i pasientens og brukerens behov, og kan bidra til å klargjøre hvor hovedtyngden av tilbudet bør ligge.

<b>Kommune</b>	<p>11</p>  <p><b>Habilitering og rehabilitering i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Brukers mål om best mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sesatt og i samfunnet.</p> <p><b>Lovgrunnlaget for lovpålagte samarbeidsavtaler</b></p> <p>Plikten til å utarbeide samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og krav til innhold i avtalene er hjemlet i <a href="#">helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-1</a> og <a href="#">6-2</a> og <a href="#">spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-1 e</a>. For kommunene er ansvaret lagt til kommunestyrene.</p>	<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		Behov for spesialkompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrteam samlet på en plass?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensif oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?	Behov for erfaring til å malere og me spissede problemstillinger?	

Plikten til å utarbeide samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og krav til innhold i avtalene er hjemlet i [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-1](#) og [6-2](#) og [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-1 e](#). For kommunene er ansvaret lagt til kommunestyrene.

For spesialisthelsetjenesten er plikten til å utarbeide avtaler lagt til det regionale helseforetaket. Det regionale helseforetaket kan be helseforetakene om å inngå og være part i slike avtaler.

Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt [nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler](#) som skal bidra til enhetlig praksis.

I samsvar med disse bestemmelsene skal habilitering og rehabilitering beskrives i avtalene. Formålet med samarbeidet er at pasienter og brukere kan motta helhetlige tilbud.

Når det avtales samarbeidstiltak, må samarbeidsavtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder arbeidsgiveransvaret. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-2, siste ledd](#).

## Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering sin rolle i arbeidet med samarbeidsavtaler

Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i helseforetak og kommuner bør delta i arbeidet med samarbeidsavtaler innen habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Andre representanter fra fagfeltet kan også være aktuelle. Enhetene bør synliggjøres i den faste samhandlings- og avtalestrukturen mellom nivåene som følge av sin lovpålagte rolle innen samhandling. Se også [kapitlet om avklaring av ansvar og oppgaver](#).

# Implementering av samarbeidsavtaler

Kommuner og helseforetak må sikre implementering av samarbeidsavtalene. Avtalenes innhold må være kjent for de det er relevant for og innarbeides 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. De må i tillegg sikre implementering av retningslinjer og rutiner der institusjonen har forpliktelser som del av forløp.

Det bør sikres kontinuerlig kvalitetsforbedring gjennom gjensidig avviksmeldingssystem, se [kapitlet om god kvalitet og faglig forsvarlighet](#).

## Beskrivelse av habilitering og rehabilitering i avtalene mellom helseforetak og kommuner

Krav til innhold i samarbeidsavtalene er opplistet i [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-2, punktene 1 - 11](#). Dette er minimumskrav. I avtalestrukturen benevnes avtaler knyttet til hvert av punktene som tjenesteavtaler. Det kan inngås avtaler på flere områder enn det som er konkretisert i loven.

Innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er følgende tjenesteavtaler de mest sentrale:

- Tjenesteavtale 1: Avklaring av ansvar og oppgaver mellom helseforetak og kommuner
- Tjenesteavtalene 2, 3 og 5: Retningslinjer for samarbeid om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Tjenesteavtale 6 og 7: Samarbeid om kompetanse og forskning

Utdypinger i den [nasjonale veilederen for samarbeidsavtalene](#) og erfaringer fra god praksis er lagt til grunn for anbefalingene som følger:

## Avklaring av ansvar og oppgaver mellom helseforetak og kommuner

[Helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-2 pkt 1](#):

- Tjenesteavtale 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,»

Avklaring av ansvar bør skje gjennom åpne og strukturerte prosesser med bred involvering fra ledelse, fagmiljøer, pasienter og brukere. Private institusjoner, herunder rehabiliteringsinstitusjoner og rusinstitusjoner, som yter tjenester etter avtale med kommuner og spesialisthelsetjeneste, bør delta der dette er relevant. Mer om dette i kapitlet om (avklaring av ansvar og oppgaver).

Pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering har ofte samtidig behov for tjenester fra helseforetak og kommuner. Partenes felles ansvar for at tjenestene virker sammen bør vektlegges slik at pasienter og brukere ikke blir "kasteballer" mellom nivåene. Noen omtaler dette

som «samsoner». Roller og felles ansvar bør konkretiseres. Helseforetakets veiledningsplikt og ambulante tjenester, jfr [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 6-3](#) og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator %C2%A7 14](#) og [%C2%A7 15](#), er relevant her.

Avklaring av ansvar og oppgaver innen læring og mestring bør også inkluderes i avtalen.

Det anbefales at partene i fellesskap avklarer behov for, og utarbeider tilleggsavtaler for særlig sårbare grupper.

Partene kan ikke avtale seg bort fra sørge-for-ansvaret som fremgår av lovgivningen. Det kan for eksempel ikke avtales at en kommune skal sørge for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven legger til foretakene. Derimot kan partene avtale at de utfører tjenester for hverandre. Det kan være aktuelt på områder hvor det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig kompetanse. Reiseavstander og infrastruktur kan også være relevante faktorer for hvor tilbudet bør gis.

Når det avtales slike samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder arbeidsgiveransvaret. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-2, siste ledd](#).

Nivåene ansvar og oppgaver kan aldri konkretiseres så spesifikt at man eliminerer behovet for faglig skjønn og tilpassede løsninger i enkeltsaker. Det bør nedfelles i avtalene hvordan dette håndteres.

## Retningslinjer for samarbeid om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

[Helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 6-2, punktene 2, 3 og 5:](#)

- Tjenesteavtale 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**»
- Tjenesteavtale 3:  
«**retningslinjer for innleggelse i sykehus**»
- Tjenesteavtale 5:  
«**retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,**»

Retningslinjene bør både omfatte vekslingspunkter i overgangene mellom aktørene i forløpet og samarbeid ved behov for samtidige tjenester fra begge nivåer. Samarbeid og utveksling av nødvendig informasjon ved inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten bør konkretiseres på rutine- og prosedyrenivå. Det vil kunne forenkle implementeringen i kvalitetssystemet på begge nivåer. Rutinene bør inkludere private institusjoner eller tilsvarende som regelmessig er del av pasientforløp.

Kommunens rolle og forpliktelser i forbindelse med ambulant virksomhet og veiledning fra spesialisthelsetjenesten bør beskrives. Veiledningsplikten er nærmere utdypet i [rundskriv I-3/2013](#) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Se også [kapitlet om ambulante tjenester og veiledningsplikten](#).

I [nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler](#), punkt 5.2, 5.3 og 5.5, er det listet opp følgende punkter som bør beskrives i retningslinjene. Eksempler er

- samarbeid med fastlegen
- samarbeid mellom koordinerende enheter i helseforetak og kommuner
- samarbeid om individuell plan
- oppnevning av koordinator
- informasjonsutveksling
- ambulant virksomhet
- hjelpemidler
- lærings- og mestringstilbud
- særlig om oppfølging av mindreårige mm.

Rutinene bør sikre optimal forutsigbarhet for pasienter, brukere og samarbeidspartnere. Samhandling fram mot utskrivelse bør starte ved innleggelse.

Det bør lages egen delavtale om forpliktelser og avklaring av økonomiske spørsmål ved behov for ledsager fra kommunen i forbindelse med innleggelse i sykehus. Problemstillingen gjelder særlig barn og for øvrig pasienter med omfattende bistandsbehov. Overordnede retningslinjer om ansvar knyttet til dette er beskrevet i [rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven IS-5/2013](#), i kommentarene til § 2-1a og 5-2.

## Samarbeid om kompetanse og forskning

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punktene 6 og 7:](#)

- Tjenesteavtale 6:  
«**retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,**»
- Tjenesteavtale 7:  
«**samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,**»

Partene bør sammen identifisere temaer og områder for styrking av felles kompetanse og behov for kompetanseutveksling, veiledning og faste samarbeidsstrukturer. Eksempler på viktige temaer er utvikling og forbedring av pasientforløp, utvikling av samhandlingskompetanse herunder tverrfaglig samarbeid, koordinering og brukermedvirkning. I tillegg bør det konkretiseres områder hvor det er særlig viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar med fagkompetanse i forbindelse med styrking av tilbudet i kommunene.

Samarbeidsavtalene bør også beskrive helseforetakets og kommunenes ansvar, deltakelse og forpliktelser innen forskning, jfr [spesialisthelsetjenesteloven § 3-8](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3](#).

## Regionale og lokale nettverk

Regionale og lokale nettverk med kontaktpunkt i koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering på helseforetaksnivå og i kommunene bør beskrives som integrert del av den faste samhandlingsstrukturen mellom nivåene. Eventuelle fagnettverk bør også inngå i denne.

Faste møteplasser for samhandling, informasjonsutveksling og faglig samarbeid bør konkretiseres. Det bør også beskrives hvordan nettverkene kan fremme saker for overordnet samarbeidsorgan, eksempelvis om tiltak for forbedring av forløp. Se også [kapitlet om oppgaver for koordinerende enhet i kommunene og spesialisthelsetjenesten](#).

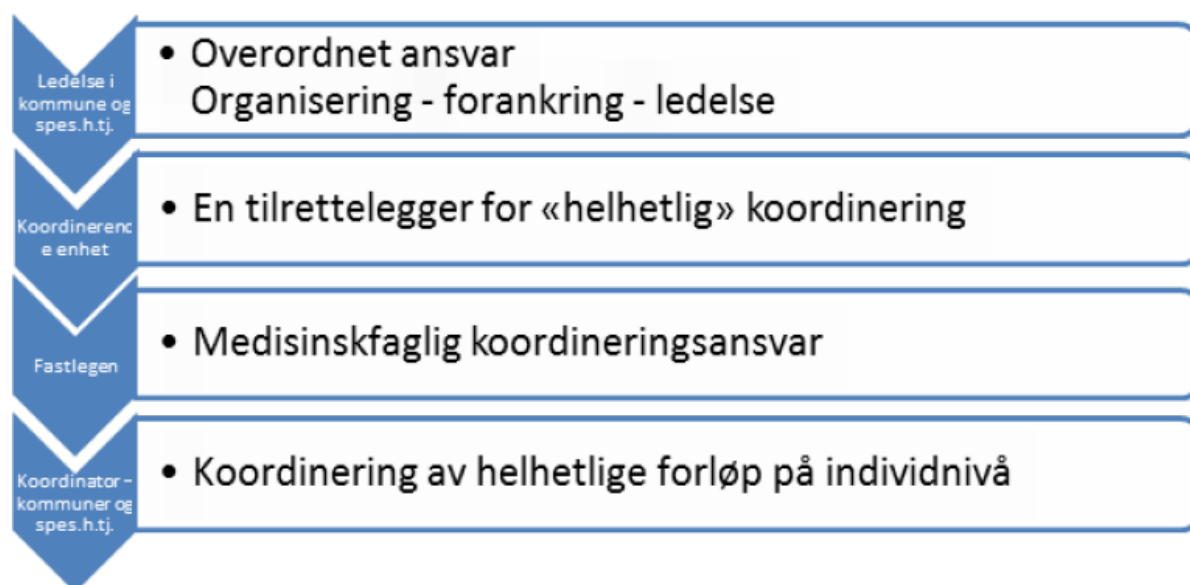
# Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

## 12.1

### Formål og overordnet ansvar for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak

#### Lederforankring og helhetlig struktur for koordinering

Det må sikres god lederforankring av koordinering og samhandling, helt fra øverste ledelse i organisasjonen og ned til utøvende ledd. En helhetlig struktur for koordinering kan visualiseres slik:



I [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) utdypes krav og anbefalinger om tydeligere ledelse og kvalitetsforbedring for å sikre koordinerte tjenester. Tydelig mandat og god lederforankring av koordinerende enhet er ett av de sentrale [ledergrepene i veilederen](#).

#### Koordinerende enhets ansvar for alle pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.



Enhetene bør være pådrivere for at tjenesteyterne i fellesskap kan lykkes i å sette pasient og brukers helhetlige behov i sentrum for tjenesteytingen. Å bidra til forutsigbarhet, tidlig planlegging og gode forløp er sentralt. [Læring og mestring](#) bør inngå i deres ansvarsområde. Det anbefales også at kommunens syns- og hørselskontakter knyttes til koordinerende enhet.

De bør ha særlig oppmerksomhet rettet mot pasient- og brukergrupper, både innen somatikk, psykisk helse og rus, som har behov for tjenester innen habilitering og rehabilitering i et livsløpsperspektiv. For mange innebærer det også tjenester regulert i lovverk utenom helsesektoren. Enhetene har en viktig rolle i å sikre god samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer.

Se også om enhetenes rolle i satsingen på strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team, oppfølgingsteam, i [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#).

## **Koordinerende enhets særlige ansvar innen habilitering og rehabilitering**

Enheten skal bidra til at tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene, og tilrettelegge for brukermedvirkning, jfr. ["Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015"](#) (Meld. St.16 (2010-2011) Helse- og omsorgsdepartementet). Tiltak må ses i sammenheng slik at det blir kontinuitet i forløpene uavhengig av hvem som til enhver tid yter tjenester.

Koordinerende enhet bør vektlegge at habilitering av barn, habilitering av voksne, rehabilitering av barn og rehabilitering av voksne må ses i sammenheng.

## **Kontaktpunkt for samhandling mellom helseforetak og kommuner**

Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner er faste gjensidige kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet bør omfatte informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og dialog om sentrale utviklingsområder.

Enhetene har videre en sentral rolle i den interne samhandlingen. For kommunene er samarbeidet innad i helse- og omsorgstjenesten og med fastlegene og andre sektorer sentralt. For spesialisthelsetjenesten omfatter enhetenes arbeid alle avdelinger og enheter med pasientrettede tjenester.

### **Enhetenes plass i samhandlingsstrukturen mellom helseforetak og kommuner**

Å utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer anses som enhetenes kjernevirksomhet. Enhetenes plass og rolle bør synliggjøres i den avtalte samarbeidsstrukturen mellom helseforetaket og kommunene. De bør bidra i arbeidet med [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#) på områder hvor de har ansvar. Samarbeidsrutiner mellom koordinerende enheter på begge nivåer bør nedfelles i avtalene.

Enhetene i helseforetak og kommuner bør være pådrivere for utvikling av sammenhengende forløp for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Felles kunnskap og god samarbeidskultur i arbeidet med individuell plan er viktig.

### **Nettverk og faglige møteplasser**

I samsvar med god praksis utviklet gjennom de siste 10 årene bør enheter i helseforetak videreføre nettverkene med koordinerende enheter i kommunene. De regionale enhetene bør fortsatt ha et

sentralt ansvar her. Denne strukturen, med etablerte regionale og lokale møteplasser, er gode arenaer for erfaringsutveksling og arbeid med kvalitetsforbedring mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Der private institusjoner inngår som del av tilbudet til befolkningen i helseforetakets opptaksområde, bør også disse være med i nettverkene. Brukerorganisasjoner og representanter fra andre sektorer bør også ha fast deltakelse i nettverkene.

## Fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar

Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene for pasientene på sin liste. Det innebærer samarbeid og henvisning til andre ved behov, [jfr. fastlegeforskriften § 19](#). For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, utover det medisinskfaglige området, skal fastlegen informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og at vedkommende eventuelt får oppnevnt koordinator. Fastlegen skal melde behov til kommunens koordinerende enhet, som er kontaktpunkt for dette. Koordinator er viktig samarbeidspartner for fastlegen.

---

### 12.2

## Lovgrunnlaget for koordinerende enhet i kommunene

Plikten til å etablere koordinerende enhet i kommunene er utdypet slik i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6](#):

«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.»

Bestemmelsen er hjemlet i [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3](#). Det er tilsvarende bestemmelse om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b](#), utdypet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11](#).

Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator gjelder bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1](#) og [§ 7-2](#), og [helsepersonelloven § 38 a](#). Koordinerende enhet er adresse for meldinger om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7](#).

Rutiner for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal nedfelles i samarbeidsavtaler jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2](#).

Enhetene bør synliggjøres som sentrale kontaktpunkt og pådrivere for samhandling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Plikten til å etablere koordinerende enheter gjelder for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Det er naturlig at enheten følger opp kommunens ansvar, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5 fjerde ledd](#).

## 12.3

# Sentrale oppgaver for koordinerende enhet i kommunene

## Sentrale oppgaver for koordinerende enhet i kommunene

Utleddet av [formål og overordnet ansvar](#) er følgende oppgaver sentrale:

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
  - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
  - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
  - Oppnevning av koordinator
  - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
  - Opplæring og veiledning av koordinatører
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

Informasjon om enhetens oppgaver må være tilgjengelig for pasienter, brukere, helsepersonell, interne og eksterne samarbeidspartnere. Dokumentasjon av ansvar, oppgaver, rutiner og avtaler må inngå i kommunens kvalitetssystem.

## Utdypende om oppgavene til koordinerende enhet i kommunene

### Kommunens plan for habilitering og rehabilitering

Enhetens ansvarsområde tilsier at den bør ha en sentral rolle i planlegging og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunen, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5](#). Se også [kapitlet om kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering](#).

### Legge til rette for brukermedvirkning

Koordinerende enhet må tilrettelegge for god [brukermedvirkning](#), jfr. [Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015](#), (Helse- og omsorgsdepartementet 2010 - 2011). Medvirkningen må inkludere samhandling med pårørende. Det anbefales at enhetene er pådrivere for systematisk innhenting av brukererfaringer som ledd i systematisk kvalitetsforbedring. Se også [kapitlet om kvalitet og faglig forsvarlighet](#).

Enheten bør bidra til formalisert samhandling med brukerorganisasjoner, herunder sikre at brukerrepresentanter inviteres til nettverksmøter og lignende.

### **Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering**

Enhetene bør ha god oversikt over kommunens tilbud til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. Lærings- og mestringstilbud og tilbud ved frisklivssentraler bør inngå i oversikten. Det samme gjelder oversikt over kommunens syns- og hørselskontakter.

De bør også ha oversikt over tilbud i spesialisthelsetjenesten, og kjenne til hvor aktuell informasjon er å finne. Formålet er å kunne gi informasjon og veiledning både til pasienter, brukere og samarbeidspartnere.

### **Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator**

Det overordnede ansvaret innebærer å sikre opplæring og rutiner for arbeidet og sørge for at kommunen oppfyller sine plikter. Koordinerende enhet må etablere et system for å følge med på at ordningen med individuell plan og koordinator fungerer etter hensikten. Koordinerende enhet sine oppgaver er også omtalt i [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#), (Helsedirektoratet, 2017).

Arbeidet med individuell plan og koordinator bør være et sentralt samarbeidstema i samarbeidet mellom enhetene i helseforetak og kommuner. Se [kapitlet om individuell plan og koordinator](#).

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

Koordinerende enhet skal motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator fra helsepersonell, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6](#) og [§ 18](#) og [helsepersonelloven § 38a](#). Dette gjelder både meldinger internt i kommunen og fra helseforetak. Enhetene må derfor være synlige og tilgjengelige.

Koordinerende enhets ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det anbefales å legge til rette for at også andre enn helse- og omsorgstjenestens personell kan melde behov for individuell plan og koordinator til kommunens koordinerende enhet, herunder andre sektorer. Se også [kapitlet om melding om behov for individuell plan og koordinator](#).

### **Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator**

Koordinerende enhet må utarbeide rutiner for det helhetlige arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen. Rutinene må være integrert i kommunens internkontrollsystem/kvalitetssystem og gjøres kjent og implementeres.

Rutiner og nødvendige avtaler bør så langt det er mulig være fag- og sektorovergripende og omfatte både intern og eksternt samhandling. NAV, barneverntjenesten, utdanningssektoren, spesialisthelsetjenesten og brukerrepresentanter bør involveres i arbeidet. Det bør avklares hva som skal ligge inn under skolens plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan. Se [kapitlet om individuell plan i lovverket for andre sektorer](#).

## Oppnevning av koordinator

Koordinerende enhet har overordnet ansvar for oppnevning av koordinator. Med overordnet ansvar menes at enhetene kan legge oppgaven til eksempelvis tjenesteytende enheter. Enheten må etablere god praksis for dette i samarbeid med de tjenesteytende enhetene, og nedfelle dette i rutinene.

Oppgaver og ansvar i forhold til NAV og barnevernet, som også plikter å utarbeide individuell plan etter sine lovverk, må være avklart og nedfelt i rutiner og eventuelle avtaler.

Rutinene bør også beskrive praksis ved bytte av koordinator. Ved behov for individuell plan og koordinator gjennom store deler av livsløpet, bør det sikres overlapping ved at ny koordinator i en periode går inn sammen med den som slutter. Se [kapitlene om koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#).

## Kompetanseheving om individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet bør ta et samordnet ansvar for kompetanseheving om individuell plan og koordinator til ledere og personell i kommunen. Alt personell skal kunne gi informasjon til brukere, pasienter og pårørende om retten til individuell plan og koordinator, og må kjenne kommunens rutiner. Opplæringen bør derfor gis til flere enn de som er i målgruppen for koordinatoropplæring.

I samsvar med eksempler på god praksis anbefales det at enheter i kommuner og helseforetak samarbeider om felles kurs for personell fra begge nivåene og fra flere sektorer. Dette sikrer felles kunnskap om rettigheter, plikter og gjeldende rutiner som i neste omgang bedrer samhandlingen om enkeltpasienter. Private institusjoner bør inkluderes i dette. Brukerrepresentanter må delta i planlegging og gjennomføring.

## Opplæring og veiledning av koordinatorene

God opplæring og veiledning til koordinatorene er viktig for å sikre rekruttering, og at de blir trygge i rollen sin. Det anbefales å inkludere personell fra andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til opplæring må koordinerende enhet sikre kontinuerlig veiledning til koordinatorene. Dette bør tilbys både individuelt og i grupper.

Opplæringen av koordinatorene bør inneholde en generell del som er relevant for alle. I tillegg kan det være behov for temaer om problemstillinger for ulike pasient- og brukergrupper. Koordinerende enhet har i noen kommuner etablert «koordinatorskoler». Opplæringen bør planlegges og gjennomføres i samarbeid med brukerorganisasjoner og eventuelt høyskoler.

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 og tjenesteyting
- Rutiner og verktøy
- Spesifikke temaer relatert til målgrupper

## Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer

Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må være nedfelt i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#) mellom kommunene og sykehuset. Enhetene må være kontaktpunkt for samhandling med helseforetak, og inngå i nettverkene med koordinerende enheter i andre kommuner og med helseforetak. Se også [kapitlet om sentrale oppgaver for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten](#).

Koordinerende enhet bør også etablere et forutsigbart og formalisert samarbeid med andre sektorer. Målet er å sikre god dialog og avklaring av roller og ansvar for å unngå brudd i forløp på tvers av nivåer.

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, PP-tjenesten, skole, barnehage, avlastningstjenester, kulturtilbud, fastlege, barne- og ungdomspsykiatri, NAV og barnevern eksempler på sentrale aktører. Tilsvarende tverrsektoriell samhandling er avgjørende for brukergrupper innen områdene psykisk helse og rus. Koordinerende enhet må sikre god samhandling for elever i videregående skole med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

I kraft av sin rolle kan koordinerende enhet ofte avdekke svakheter og barrierer for samhandling både internt og eksternt. Enhetene bør bidra til kontinuerlig kvalitetsutvikling gjennom tilbakemeldinger til kommunens ledelse om forbedringsområder i organisasjonen, jfr [kravene til styringssystem](#).

### **Ivareta familieperspektivet**

Å se familien i en helhet er viktig i alle saker hvor familiemedlemmer har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Se også [kapitlet særlig om habilitering i kommunene](#).

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

Se også [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#), (Helsedirektoratet, 2017).

### **Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere**

Koordinerende enhet må sørge for informasjon til befolkningen om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator. Enheten bør være synlig og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere eksempelvis gjennom kommunens nettsider og øvrig informasjonsmaterieil.

Enhetene må ha oppdatert informasjon om tilbud til brukere og pasienter med behov for habilitering og rehabilitering både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. De bør være sentrale samarbeidspartnere for fastlegene i deres arbeid med henvisninger og søknader for pasienter med behov for habilitering og rehabilitering. Se også [kapitlet om oppgaver for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten](#).

### **Motta interne meldinger om mulige behov for habilitering og rehabilitering**

Enhetene er meldepunkt for mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Se [kapitlet om mulige behov for habilitering og rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7](#) åpner for at kommunen kan velge et annet kontaktpunkt. Dersom dette ikke gjøres, er det koordinerende enhet som har denne funksjonen.

## Organisering av koordinerende enhet i kommunene

### Organisering av koordinerende enhet i kommunene

Kommunen må velge en organisering av koordinerende enhet som sikrer at lovpålagte funksjoner ivaretas. Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde lovpålagte plikter, jfr helsepersonelloven § 16. Koordinering og samhandling er områder med behov for sterkere lederforankring.

Rambøll gjennomførte i 2010 en undersøkelse på oppdrag fra Helsedirektoratet om organisering av koordinerende enheter i kommunene. Målet med undersøkelsen var å få frem faktorer og rammebetingelser som kunne ha betydning for enhetenes arbeid i å sikre god koordinering. Funn i rapporten «Perspektiver på god praksis», (Rambøll 2010) understøtter anbefalinger i dette kapitlet.

### Hvor i organisasjonen enheten bør plasseres

Enheten må være lett å komme i kontakt med for brukere og samarbeidspartnere. Enhetens virkeområde på tvers av enheter, fagområder, nivåer og sektorer taler for at den bør plasseres høyt oppe i organisasjonen. Enhetens rolle som fast kontaktpunkt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten bør vektlegges. Uavhengig av organisering, må det sikres forutsigbare og forankrede møteplasser og samarbeidsstrukturer.

I byer med inndeling i bydeler, er det naturlig at hver bydel har sin koordinerende enhet fordi de må være tett knyttet til tjenesteytingen.

Politisk og administrativ forankring bør sikres gjennom at koordinerende enhet nedfelles i kommunens planverk og synliggjøres i organisasjonen.

Mange kommuner har utviklet bestillerkontor/forvaltningskontor til å bli robuste enheter med bred kompetanse, enhetlige rutiner for håndtering av meldinger og søknader og god oversikt. Det foreligger gode erfaringer fra kommuner som har etablert den koordinerende enheten i, eller i nær tilknytning til bestillerkontor/forvaltningskontor. Enhetens ansvarsområde tilsier at en slik organisering tilfører viktig tverrfaglig kompetanse. Se også [kapitlet om kommunens ansvar for utredning av behov for habilitering og rehabilitering](#).

### Organisasjonsform for koordinerende enhet

Selv om funksjonen omtales som «enhet» stiller lovverket ingen krav til en egen organisatorisk enhet. Enhetene kan organiseres som egen enhet, som et fast overordnet tverrfaglig team, som egen koordinator for dette formålet, eller gjennom ordinær virksomhet.

Teamorganisering, fortrinnsvis med deltagelse fra flere sektorer og enheter i kommunen, erfares av mange som en god organisasjonsform for å sikre bred forankring og tilnærming. I slike tilfeller må det sikres ledelse og samarbeidsrutiner slik at de sammen utgjør en enhet. Dette følger av at kommunen skal ha en koordinerende enhet.

Der kommunestørrelse tilsier at funksjonen ivaretas av en stilling som også er tillagt andre oppgaver, må det sikres tilstrekkelig ressurser og at behovet for synlighet ivaretas. Helsedirektoratet vil ikke anbefale en slik organisering da dette vurderes å være for sårbart. Teamorganisering bør da vurderes som alternativ.

Mandat og instruks for enheten må finnes i kommunens kvalitetssystem. Det må fremgå av kommunens organisasjonskart og informasjonsmateriell hvor enheten er plassert.

## **Anbefalinger fra rapporten «Perspektiver på god praksis» – oppsummert**

Nedenfor følger en kort oppsummering fra rapporten «Perspektiver på god praksis» (Rambøll 2010), om sentrale rammebetingelser for at enhetene skal kunne ivareta sin funksjon på en god måte.

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

### **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.

### **Tydelig ansvarsfordeling**

For at koordinerende enhet skal kunne fungere etter hensikten må ansvar og oppgaver avklares. Dette gjelder særlig forholdet mellom enhetene og de utøvende tjenestene.

### **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, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer. Synlighet og tilgjengelighet for samarbeidspartnere er viktigere enn synlighet og tilgjengelighet for tjenestemottakerne. Informasjon om koordinerende enhet må være å finne i kommunens informasjonsmateriell.

### **Nedfelte prosedyrer og rutiner**

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

Enheten er sentrale kontaktpunkt 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.



## Kompetanse i koordinerende enhet

Å lede en koordinerende enhet krever god oversikt, kunnskap og innsikt i hvordan forvaltningen fungerer. Det anbefales om mulig å sikre bred faglig sammensetning og personell med erfaring fra tjenesteyting. Ansatte i koordinerende enhet oppøver en kompetanse og innsikt i hvordan brukere og pasienter opplever tjenestene. De bør benyttes som ressurser i å utvikle samhandlingskompetansen i kommunen.

## Samarbeid med andre sektorer og brukerorganisasjoner bør formaliseres

Samarbeidet med andre sektorer og brukerorganisasjoner bør om nødvendig formaliseres gjennom avtaler. Å etablere noen faste møteplasser og samarbeidsarenaer kan også være hensiktsmessig.

---

## 12.5

# Lovgrunnlaget for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

## Lovgrunnlaget for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakenes plikt til å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering utdypes i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11](#):

«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 er hjemlet i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b](#). Plikten gjelder helseforetaket. Det er tilsvarende krav til koordinerende enhet i kommunene i [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3](#), utdypet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6](#).

Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator gjelder bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#), [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5](#) og [§ 2-5 a](#), [psykisk helsevernloven § 4-1](#) og [helsepersonelloven § 38 a](#). Koordinerende enhet angis også som en adresse for å melde om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen jfr [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §12](#).

## 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 øvrig tjenesteyting. 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.

## 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 etablert koordinerende enheter i hver av de fire helseregionene. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at denne praksisen videreføres jfr [Prop. 91 L \(2010-2011\), side 373](#).

Enhetene har en sentral funksjon i å bygge faste nettverk og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av nivåer og kommunegrenser. De samarbeider om informasjon på tvers av regionsgrenser om tilbud innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette gjøres både gjennom de regionale helseforetakene sine nettsider og ved at de betjener landsdekkende gratis informasjonstelefon - 800 300 61.

På sine nettsider har de lenker med kontaktinformasjon til koordinerende enhet i helseforetakene. Disse er videre lenket 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.

---

### 12.6

## Sentrale oppgaver for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

### Oppgaver for koordinerende enhet i helseforetak

Oppgavene til koordinerende enhet i helseforetak omfatter de samme områdene som for [de kommunale enhetene](#). Ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene gjør imidlertid at oppgavene får en noe annerledes innretning. Sentrale oppgaver for koordinerende enheter i helseforetak er følgende:

- Ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- Ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene
- Være kontaktpunkt for samarbeid med kommunene
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
  - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
  - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
  - Sikre oppnevning av koordinator
  - Opplæring og veiledning av koordinator
  - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator

- Motta meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

## **Ha 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 bør inkluderes.

Kravet om å ha generell oversikt innebærer å kunne gi informasjon om tilbud for ulike pasient- og brukergrupper. Informasjonen må tilrettelegges slik at den er tilgjengelig både for pasienter, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

I tråd med dagens praksis, bør de regionale koordinerende enhetene videreføre arbeidet med å samordne og formidle informasjon på sine nettsider. Informasjonen bør omfatte helseforetak og private institusjoner. Se også [kapitlet om lovgrunnlaget for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten](#).

Enhetenes oversikt over det helhetlige tilbudet er også sentralt i helseregionens oppfølging av hvordan de ivaretar sitt sørge-for-ansvar, jfr. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a](#).

## **Ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene**

Koordinerende enhet i helseforetaket må ha kunnskap om tilbudet i kommunene og hvordan relevant informasjon kan innhentes.

Formålet er både 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.

## **Være kontaktpunkt for samarbeid med kommunene**

Koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er gjensidige kontaktpunkter for informasjon, kompetanseutvikling og samhandling. Enhetene i helseforetak bør delta i nettverk med enheter i kommunene og andre helseforetak i regionen, i tråd med etablert praksis.

De bør ha oppdatert kontaktinformasjon til de koordinerende enhetene i kommunene. Kontaktinformasjonen bør ligge på hjemmesiden slik at den er tilgjengelig for pasienter, brukere og samarbeidspartnere.

## **Legge til rette for brukermedvirkning**

Koordinerende enhet har en sentral rolle i å tilrettelegge for god brukermedvirkning, jfr. [Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015](#), (Helse- og omsorgsdepartementet 2010 - 2011). Med brukermedvirkning menes også god samhandling med pårørende. Enhetene bør bidra til formalisert samhandling med brukerorganisasjoner. Enhetene bør sikre at brukerrepresentanter inviteres til nettverksmøter.

## **Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator**

Helseforetakets koordinerende enhet har i utgangspunktet tilsvarende overordnet ansvar for individuell plan og koordinator som kommunene. Se også kapitlet om [sentrale oppgaver for koordinerende enhet i kommunene](#).

Det overordnede ansvaret innebærer å sikre opplæring og rutiner for arbeidet, og gjennom dialog med avdelingene bidra til at helseforetaket oppfyller sine plikter. Koordinerende enhet må etablere et system for å følge med på at ordningen med individuell plan og koordinator fungerer etter hensikten i helseforetaket.

Arbeidet med [individuell plan og koordinator](#) bør være et sentralt samarbeidstema i samarbeidet mellom enhetene i helseforetak og kommuner.

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

[Helsepersonelloven § 38a](#) sier at meldinger om behov for individuell plan og koordinator skal gis til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten vurderes det imidlertid som naturlig at det konkrete arbeidet med individuell plan og koordinator, ivaretas av den avdelingen som har ansvaret for pasienten. Dette gjelder også melding til kommunen om behov for individuell plan, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18](#).

### **Utarbeide rutiner for individuell plan og koordinator**

Koordinerende enhet må utarbeide 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](#). Enheten bør også utarbeide beskrivelse av koordinatorrollen i sykehus uavhengig av individuell plan. Samarbeidet mellom koordinator og kontaktlege bør beskrives.

Rutinene bør utarbeides sammen med representanter for avdelinger i helseforetaket. Det bør også være dialog med koordinerende enhet i kommunene slik at det sikres samsvar mellom helseforetakets og kommunens rutiner. Rutiner for samhandlingen mellom nivåene nedfelles i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Se også [kapitlet om samarbeidsavtaler](#). Rutinene må integreres i helseforetakets kvalitetssystem.

Rutinene bør blant annet beskrive følgende

- Informasjon om individuell plan og koordinator til pasient og pårørende
- Samtykke
- Oppnevning av koordinator
- Melding til kommunene
- Samhandling internt og med kommunene i løpet av oppholdet – samarbeidsmøter og meldingsutveksling
- Spesialisthelsetjenestens eventuelle medvirkning etter utskrivning
- 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

### **Sikre oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten**

Selv om det er kommunene som skal oppnevne koordinator i forbindelse med individuell plan, skal helseforetaket tilby og oppnevne koordinator i forbindelse med sykehusoppholdet. Det er naturlig at denne oppnevnes på avdelingsnivå. Koordinerende enhet må sikre rutiner for dette.

### **Opplæring og veiledning av koordinatører**

Det vil sjelden være aktuelt at personell i spesialisthelsetjenesten er koordinator i forbindelse med individuell plan. De som skal ha rollen som koordinator i forbindelse med sykehusoppholdet må imidlertid også sikres opplæring og veiledning om sin rolle. Dette ansvaret ligger til koordinerende enhet. Se også kapitlet om [koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#).

### **Kompetanseheving om individuell plan og koordinator**

Koordinerende enhet bør ta et samordnet ansvar for å sikre kompetanse om individuell plan og koordinator til ledere og fagpersonell i helseforetaket. Formålet er å sikre enhetlig informasjon til brukere, pasienter og pårørende om rettigheter, og at personellet kjenner sine forpliktelser og helseforetakets rutiner. Opplæringen bør derfor gis til flere enn de som er i målgruppen for koordinatoropplæring.

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.

### **Motta meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering**

Koordinerende enhet er kontaktpunkt for henvendelser om mulig behov for habilitering og rehabilitering, med mindre det regionale helseforetaket bestemmer et annet kontaktpunkt. Se også kapitlet om [melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering](#).

---

## 12.7

# Organisering av koordinerende enhet i helseforetak

## Organisering av koordinerende enhet i helseforetak

Selv om funksjonen omtales som «enhet» stiller lovverket ingen krav til en egen organisatorisk enhet. Det er opp til helseforetaket hvordan koordinerende enhet organiseres og plasseres i helseforetaket. Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde lovpålagte plikter, jfr. [lov om helsepersonell %C2%A7 16](#). Koordinering og samhandling er områder med behov for sterkere ledelsesforankring.

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.

Flere helseforetak har lagt koordinerende enhet til samhandlingsenheten. Dette anses som hensiktsmessig fordi enhetene har et sentralt ansvar knyttet til samhandlingen både internt og eksternt. Det sikrer også god ledelsesforankring. Dersom enheten plasseres i fagavdeling må det tydeliggjøres særskilt i organisasjonen at den ivaretar en funksjon for hele foretaket.

Noen helseforetak består av enheter/institusjoner med ulik geografisk beliggenhet. Kravene om at helseforetaket skal ha en koordinerende enhet gjelder også her. For å løse dette kan helseforetaket

etablere et fast kontaktpunkt for koordinerende enheten i hver av enhetene. Det forutsetter ledelse og samarbeidsrutiner slik at de sammen utgjør en enhet. 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.

# Individuell plan og koordinator

---

## 13.1

### Om individuell plan og koordinator - formål og rettigheter

#### Formålet med individuell plan og koordinator

Formålet med individuell plan og koordinator, jfr [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1](#), er å

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

[Koordinator](#) er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan. Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan.

#### Forholdet mellom individuell plan og delplaner

En person med behov for langvarige og koordinerte tjenester kan ha behov for bistand på flere livsområder. Individuell plan, som er et felles verktøy på tvers av fagområder, nivåer og sektorer, erstatter ikke behovet for detaljerte delplaner. Individuell opplæringsplan (IOP), behandlingsplaner, treningsprogrammer med mer, kan inngå som deler av den individuelle planen.

#### Å koordinere er å få til virke sammen

Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Det innebærer å se tjenester i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet. Koordinering må skje på flere nivåer. Se også punktene nedenfor [fremstilt i en modell i kapitlet om koordinerende enhet](#).

- Koordinerende enhet, som har en sentral rolle i overordnet tilrettelegging.
- Koordinator, som samarbeider tett med pasient og bruker om den helhetlige planleggingen.
- Fastlegen har [ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen](#) og har en sentral rolle i samhandlingen omkring tema hvor det er behov for fastlegens kompetanse.
- Den enkelte tjenesteyter, som innretter sine bidrag slik at de inngår i pasient og brukers helhet.

#### Retten til individuell plan

##### [§ 16 Pasientens og brukers 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.»

Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Langvarig betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig.

«Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. Tjenesteyteren som er oppnevnt som koordinator, skal til en hver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.

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.

Retten til individuell plan innebærer rett til å få utarbeidet en plan, men rettskrav på bestemte tjenester følger ikke av selve planen. Denne retten følger av det øvrige regelverket. Selv om planen i seg selv ikke utløser rettigheter, bør planarbeidet anses som et viktig utgangspunkt ved saksbehandling og tildeling av tjenester.

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.

Retten til individuell plan er ikke avgrenset til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. Se også om individuell plan og koordinator i [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#), (Helsedirektoratet, 2017).

### **Pasientens og brukerens medvirkning i planprosessen**

Tjenestemottakerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen. Individuell plan er en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål. Pasientens, brukerens og eventuelt pårørendes medvirkning og innflytelse i planprosessen er derfor avgjørende.

Pårørende skal også gis anledning til å medvirke i den grad pasient og bruker ønsker dette. Planprosessen starter med oppnevning av koordinator, som har en sentral rolle i å tilrettelegge for medvirkning gjennom hele prosessen. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på pasientens og brukerens ønske.

Retten til medvirkning og informasjon følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#).



## Samtykke til utarbeidelse av individuell plan

### [§ 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.»

Forut for samtykke må pasient og bruker få tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan innebærer. Samtykke må både gjelde oppstart av planarbeidet og nødvendig informasjonsutveksling mellom aktører i planprosessen. Samtykke til utveksling av taushetsbelagte opplysninger må innhentes på nytt ved endringer i plangruppens sammensetning og i type informasjon som må deles.

Det er pasient og bruker som bestemmer hvilke opplysninger som skal utveksles, og med hvem. Det skal ikke utveksles flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig i forbindelse med planarbeidet. I samtykkeerklæringen, som pasient og bruker signerer, må det fremgå hva samtykket omfatter.

Eksempler på temaer er:

- Hvilke opplysninger det er aktuelt å utveksle, og eventuelt presiseringer om opplysninger som ikke skal deles
- Hvem opplysningene skal deles med
- Hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette

Pasient og bruker kan når som helst trekke samtykket tilbake.

Bestemmelsene om samtykke følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, og beskrives nærmere i [kapitlet om taushetsplikt og samtykke](#).

## Ikke krav til enkeltvedtak om individuell plan og koordinator

Kommunene skal ha rutiner for mottak og behandling av henvendelser om individuell plan. Avgjørelse om individuell plan og koordinator gir ingen selvstendig rett til tjenester og regnes ikke som enkeltvedtak. I henhold til [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7](#) gjelder ikke [forvaltningsloven kapittel IV](#) og [kapittel V](#) for individuell plan og andre rettigheter etter kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven med noen få unntak.

Avgjørelser om individuell plan kan imidlertid påklages til Fylkesmannen etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2](#), og må derfor gjøres skriftlig.

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.

## Klage på avslag om individuell plan

Avgjørelser om individuell plan kan påklages til Fylkesmannen etter [pasient og brukerrettighetsloven § 7-2](#). Helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage, og ved behov bistå i utforming av klage.

## Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for individuell plan og koordinator

### Oversikt over ansvaret for individuell plan i helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene og helseforetaket har plikt til å sørge for at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan i samsvar med lov og forskrift.

#### [§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.»

I tillegg er det i [forskrift om legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) § 6](#) understreket behovet for individuell plan for pasienter som mottar slike tjenester.

#### **Forholdet mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar**

Ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som skal sørge for at planen blir utarbeidet og koordinere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet.

Den enkelte tjenesteyter har ansvaret for sin tjenesteyting. Det er den alminnelige ansvaret mellom de ulike tjenesteyterne som legges til grunn ved gjennomføringen av tiltakene som er nedfelt i planen, dersom ikke annet er avtalt.

## **Plikten til å tilby koordinator**

Dersom pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester takker nei til individuell plan, skal de likevel tilbys koordinator, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21](#) og [§ 22](#).

Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan. Forskjellen er at det ikke er krav til å utarbeide et plandokument. Som koordinator yter man helsehjelp, og arbeidet må derfor likevel dokumenteres på linje med øvrig tjenesteyting.

## **Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering sitt ansvar**

[Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering](#) har overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Koordinerende enhet skal også sørge for rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan.

## **Plikten til å informere og veilede om retten til individuell plan**

Kommunen, spesialisthelsetjenesten og den enkelte tjenesteutøver skal informere aktuelle tjenestemottakere og/eller pårørende om retten til individuell plan. Plikten omfatter nødvendig veiledning og bistand slik at pasient og bruker får oppfylt sine rettigheter.

Veiledningen bør fremme bruk av individuell plan som et verktøy for helhetlige og gode tjenester. Helsedirektoratet anbefaler individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester fremfor bare å få oppnevnt koordinator. En helhetlig plan sikrer planlegging på kort og lang sikt og systematisk dokumentasjon.

Veiledningsplikten følger både av [forvaltningsloven § 11](#), [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, siste ledd](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a](#), [spesialisthelsetjenesteloven § 3-11](#) og [helsepersonelloven § 10](#). Det må gis kontaktinformasjon [til koordinerende enhet](#) slik at det er tydelig hvor de skal melde behov for individuell plan og koordinator.

## **Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar i å legge til rette for koordinering og samhandling**

Det er virksomhetens ansvar å legge til rette for at personell kan oppfylle sine forpliktelser i samsvar med lov og forskrift, jfr. [helsepersonelloven § 16](#). Det inkluderer å sikre tilstrekkelige rammebetingelser for at personell kan arbeide med individuell plan og inneha rollen som koordinator. Det må sikres god opplæring og tid til å utføre oppgavene. Forventninger til koordinatorrollen bør være tema ved ansettelsesprosesser.

Det er behov for sterkere lederforankring av koordinering og samhandling. Se også [kapitlet om koordinerende enhet](#).

## **Helse- og omsorgstjenesten i kommunen sitt ansvar for individuell plan**

Kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan for pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Plikten innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person har rett til en individuell plan. Den delen av kommunens helse- og omsorgstjeneste som pasienten, brukeren eller pårørende henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at retten til individuell plan blir ivaretatt. Personell må følge kommunens prosedyrer og rutiner for dette.

Kommunens ansvar for å sørge for at det blir utarbeidet individuell plan når pasienten mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten innebærer blant annet å

- oppnevne koordinator og sikre nødvendig samtykke
- lede planarbeidet i samarbeid med pasient og bruker
- utforme og følge opp plandokumentet
- sikre fremdrift i prosessen og evaluering etter fastlagt tidsplan

Ved behov skal helse- og omsorgstjenestens personell samhandle med annet personell, herunder tjenesteytere fra andre sektorer.

## Spesialisthelsetjenestens ansvar for individuell plan

Helseforetaket skal på eget initiativ vurdere om en pasient har rett til individuell plan og gjøre nødvendige tiltak for å sikre at pasienten oppfylt sine rettigheter.

Spesialisthelsetjenestens ansvar når pasienten mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten innebærer blant annet å

- avklare behov for individuell plan for inneliggende pasienter
- informere om retten til individuell plan og innhente samtykke til å kontakte kommunen
- kontakte koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen slik at planprosessen kan settes i gang så raskt som mulig
- samarbeide med koordinator for pasienter som allerede har en plan
- medvirke i planarbeidet samsvar med den enkeltes behov

Dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, har helseforetaket ansvaret for å utarbeide planen.

Helseforetaket bør også gi melding til koordinerende enhet i kommunen i de tilfellene hvor pasienten bare ønsker koordinator, og takker nei til individuell plan. Prosedyrer for melding om behov for individuell plan og koordinator bør inngå i de ordinære melderutinene som er avtalt mellom kommune og helseforetak.

## Helsepersonell sin plikt i å delta i arbeidet med individuell plan

Helsepersonell, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, har plikt til å melde om behov og delta i arbeidet med en individuell plan, jfr. [helsepersonelloven § 4, andre ledd](#) og [§ 38 a](#).

## Fastlegens plikt i å delta i arbeidet med individuell plan

Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene, og plikter å informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester på sin liste. Forholdet mellom den medisinskfaglige koordineringen og koordinering gjennom individuell plan og koordinator er beskrevet i [forskrift om fastlegeordning i kommunene § 19 med merknader](#).

## En plan på tvers av sektorgrenser

Beskrivelsen av formål og innhold for individuell plan i ulike lovverk er i hovedsak sammenfallende. Det legges til grunn en omforent forståelse av intensjonen om en plan på tvers av sektorgrenser. Målet er å sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i brukerens behov. Hvor omfattende behovet for helse- og omsorgstjenester er i forhold til bistand fra andre sektorer, bør vurderes i et helhetsperspektiv.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er hjemlet i lovverket på helseområdet. Enhetene skal bidra til helhetlige og koordinerte tilbud og har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Enhetene bør være sentrale kontaktpunkt og pådrivere for samhandlingen mellom sektorene. Det bør utarbeides felles rutiner og eventuelt samarbeidsavtaler for å sikre et forutsigbart og strukturert samarbeid. Se også [kapitlet om oppgaver for koordinerende enhet i kommunene](#).

## Dokumentasjon av individuell plan

Ifølge [forskrift om pasientjournal %C2%A7 5 bokstav d](#) skal pasientens journal inneholde opplysninger om individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 eller helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Herunder bør det nedtegnes hvem som er oppnevnt som koordinator.

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 26.10.2016 er det presisert at bestemmelsen i ovenfor nevnte forskrift ikke nødvendigvis betyr at den individuelle planen som sådan må inngå som en del av innholdet i pasientens journal. Det vil si at det må fremgå av journalen at vedkommende har en individuell plan, men hele planen må ikke nødvendigvis være en del av journalen.

I tilfeller hvor det vurderes som hensiktsmessig kan planen dokumenteres i journal. Dette kan eksempelvis gjelde i situasjoner hvor planens innhold i stor grad er tematisk avgrenset til opplysninger som er journalpliktige. Et eksempel kan være en pasient i palliativ fase hvor det hovedsakelig handler om koordinering av helsetjenester.

### Hva skal stå i journal og hva skal stå i den individuelle planen

Krav til innholdet i individuell plan fremgår av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19](#). Dette gjelder uavhengig av hvordan og hvor planen dokumenteres.

Detaljeringsnivået i planen må samsvare med formålet for individuell plan, som er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Når det gjelder opplysninger som er nødvendig og relevante for den løpende tjenesteytingen, må dette nedtegnes fortløpende i journal. Det er viktig at den individuelle planen ikke legger opp til en mer omfattende deling av sensitive opplysninger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet.

### Hvordan skal planen dokumenteres

Individuell plan er basert på pasient og brukers samtykke, jfr [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 17](#). Det legges til grunn at individuell plan i de fleste tilfeller opprettes i kommunen. Se avsnitt om samtykke i [kapitlet om individuell plan og koordinator - formål og rettigheter](#).

Regelverket for individuell plan er teknologinøytralt og skiller ikke mellom papirløsninger og elektroniske systemer. Ved valg av løsning for dokumentasjon av individuell plan, er det kommunens ansvar å sikre at planens innhold behandles i samsvar med gjeldende regelverk for helse- og personopplysninger. Det må blant annet etableres tilgangsstyring som sikrer at deling av opplysninger skjer i samsvar med ovenfor nevnte samtykke.

## Individuell plan i annet lovverk

### Individuell plan i lovverket for andre sektorer

Individuell plan er hjemlet i følgende lover og forskrifter for andre sektorer:

- [Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 \(NAV-loven\)](#)
- [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28 og § 33](#)
- [Lov om barneverntjenester § 3-2 a](#)

Det er utarbeidet [forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen](#). Denne er hjemlet i NAV-loven § 15 og lov om sosial tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §§ 28 og 33.

I [lov om kommunale krisesentertilbud § 4](#) er individuell plan nevnt som et verktøy for å samordne tjenester.

### Særlig om skolens plikt til å samarbeide med relevante kommunale tjenester

Skolens plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan er nedfelt i [opplæringslova § 15-5](#).

Ifølge [opplæringslova § 15-8](#) og [friskolelova § 3-6b](#) plikter skolen å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle problemer.

## Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten

### Koordinator oppnevnt 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.»

Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen. Det følger av kommunens ansvar for individuell plan ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Koordinators oppgaver anses som helsehjelp, jfr [Helse- og omsorgsdepartementets uttalelse av 01.03.2012](#). Dette innebærer at arbeidet må dokumenteres på linje med øvrig tjenesteyting, også i tilfeller hvor pasient og bruker takker nei til individuell plan og kun ønsker koordinator. Oppgavene til koordinator vil i hovedsak være de samme som for koordinator i forbindelse med individuell plan.

Plikten til å tilby koordinator gjelder der vedkommende mottar eller skal motta tjenester etter helse og omsorgstjenesteloven. Dette gjelder både tjenester utført av kommunens ansatte og tjenester utført av private etter avtale med kommunene, jfr. [helse og omsorgstjenesteloven § 3-1, femte ledd](#).

Det er [kommunens koordinerende enhet](#) som har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Det er viktig at koordinator samarbeider godt med fastlegen som har det [medisinskfaglige koordineringsansvaret](#) for pasientene på sin liste.

## **Koordinatorens arbeidsoppgaver i kommunen**

Eksempler på koordinators oppgaver i kommunen:

- sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet
- avklare ansvar og forventninger
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov
- 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

Se også om [koordinator sin rolle i strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam](#) for personer med store og sammensatte behov, hvor også rollen som teamleder er fremhevet.

## **Koordinator oppnevnt 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 skal være [helsepersonell](#).»

I og med at koordinator i forbindelse med individuell plan i de fleste tilfeller oppnevnes i kommunen, blir rollen til koordinator i spesialisthelsetjenesten noe annerledes.

Oppgaven til koordinator i spesialisthelsetjenesten innebærer å koordinere internt under oppholdet, og eksternt med de som skal følge opp etter utskrivning. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator samhandle med personell og instanser utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar for pasienten. Eksempler på dette er fastlege, koordinator i kommunen, koordinerende enhet, hjemmesykepleie eller spesialister i andre helseforetak.

Koordinator må samhandle med kontaktlege om pasienter som har fått oppnevnt dette.

Det er helseforetakets koordinerende enhet som har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Det er imidlertid naturlig at oppnevning av koordinator skjer ved den avdelingen som har det daglige ansvaret for pasienten. Det samme gjelder formidling om behov for individuell plan og koordinator til kommunen. [Koordinerende enhet](#) må lage rutiner for dette.

For pasienter som har individuell plan før innleggelse, bør planen innhentes og samarbeid med koordinator i kommunen etableres så tidlig som mulig. Det forutsetter pasientens samtykke. Dersom vedkommende ikke har en plan, må det gis informasjon til pasient og eventuelt pårørende og innhentes samtykke før melding om behov formidles til koordinerende enhet i kommunen.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal være helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at personell som er oppnevnt som koordinator i spesialisthelsetjenesten utfører helsehjelp når de utøver koordinatorrollen, jfr pkt 6.3.1 i [Prop. 125L \(2014-2015\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven mm](#). De defineres dermed som helsepersonell i denne rollen, selv om de ikke har helsefaglig utdanning, jfr [helsepersonelloven § 3](#).

Plikten til å tilby koordinator gjelder også private aktører som yter spesialisthelsetjenester etter avtale med regionalt helseforetak.

### **Koordinatorens oppgaver i spesialisthelsetjenesten**

Eksempler på koordinators oppgaver i spesialisthelsetjenesten:

- følge opp pasienten og brukeren og sikre samordning av tilbudet under institusjonsoppholdet
- samhandle med kontaktlege om pasienter som har fått oppnevnt dette
- samhandle med tjenesteytere utenfor institusjonen
- melde om behov for individuell plan til koordinerende enhet i kommunen
- sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan i samarbeid med koordinator i kommunen
- initiere samarbeidsmøter med kommunen eller andre som skal følge opp etter utskrivning

### **Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten versus koordinator**

Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege, jfr [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c](#). Dersom det er hensiktsmessig kan kontaktpsycholog oppnevnes i stedet for lege. Dette kan særlig gjelde innen områdene psykisk helsevern og rus.

Kontaktlegen skal være pasientens medisinskfaglige kontakt. Bestemmelsen om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten er nærmere utdypet i [egen veileder fra Helsedirektoratet](#).



## Forholdet mellom koordinator og kontaktlege

For pasienter som har fått oppnevnt både koordinator og kontaktlege er det viktig at disse samarbeider godt for å sikre en god helhetlig oppfølging av pasienten. Henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinskfaglig karakter håndteres av kontaktlegen. Praktisk tilrettelegging og samordning av ulike tilbud ivaretas av koordinator.

Kontaktlegen er i dialog med fastlegen i medisinske spørsmål, mens koordinator følger opp dialogen med andre relevante aktører i kommunen som eksempelvis koordinerende enhet, koordinator og eventuelt bestillerkontor om oppgaver som gjelder videre oppfølging fra ulike tjenester og sektorer i kommunen.

Koordinator og kontaktlege må opptre samlet og godt koordinert slik at deres respektive roller fremtrer tydelige for pasient, pårørende og samarbeidspartnere. De må samarbeide om å løse pasientens utfordringer. Koordinator skal medvirke til at informasjon av betydning for behandlingen viderefremmes til kontaktlegen. Kontaktlegen skal være oppmerksom på og holde koordinator orientert om forhold av betydning for planlegging av tjenestetilbudet.

## Andre typer koordinatører

### Koordinatorer for diagnosegrupper

I tillegg til den den lovpålagte koordinatorrollen har noen kommuner valgt å etablere egne koordinatører for definerte diagnose- og/eller brukergrupper. Eksempler på dette er kreftkoordinatorer, demenskoordinatorer med mer. Det er ulik praksis for hvorvidt de ivaretar brukere og pasienter på gruppenivå, individuelt eller begge deler.

I tilfeller hvor disse ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, må det sikres at innhold og funksjon oppfyller krav i lov og forskrift. Det omfatter også å følge fastsatte rutiner for melding om behov for koordinator til koordinerende enhet og at øvrige rutiner og prosedyrer som gjelder for denne funksjonen etterleves.

### Forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er det i forbindelse med innføring av [pakkeforløp](#) etablert en ordning med forløpskoordinatorer. Denne skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet. Det vil si utredning, initial behandling og oppfølging uten unødig ikke-medisinsk begrunnet ventetid.

Pasienter som omfattes av dette, vil ofte ha behov for «koordinerte tjenester», eventuelt «komplekse eller langvarige tjenester», og oppfyller dermed vilkårene for å få tilbud om koordinator i spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene vil det være naturlig at det er forløpskoordinatoren som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen.

---

## 13.5

### Melding om behov for individuell plan og koordinator

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

### [§ 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](#).»

Opplysninger som formidles i forbindelse med melding om behov vil som regel være taushetsbelagte, og [regler om samtykke](#) gjelder. Melding om behov for individuell plan og/eller koordinator kan fremmes både skriftlig og muntlig. Meldingsutvekslingen skal dokumenteres i journal.

### Melding om behov for individuell plan og koordinator i kommunene

Plikten til å melde om behov for individuell plan og koordinator gjelder personell både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, herunder fastlegene. Meldingen skal gis til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6](#). Koordinerende enhet må lage rutiner for dette. Se også [kapitlet om oppgaver for koordinerende enhet i kommunene](#).

Koordinerende enhet skal motta meldinger fra helseforetak om behov for individuell plan for inneliggende pasienter, jfr. [§18](#) i samme forskrift. Det anbefales at meldinger til kommunen om behov for koordinator følger samme prosedyre som for individuell plan når pasienten bare ønsker koordinator. Rutinene for meldinger bør også gjelde private institusjoner som yter tjenester etter avtale med kommuner eller regionale helseforetak.

Det bør legges til rette for samarbeid med NAV og barneverntjenesten som er pålagt å [utarbeide individuell plan i henhold til sine lovverk](#).

### Melding om behov for individuell plan og koordinator i spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal ifølge [helsepersonelloven § 38 a](#) melde om behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i helseforetaket. I spesialisthelsetjenesten anses det imidlertid ikke hensiktsmessig at melding om behov for individuell plan og koordinator for navngitte pasienter skal gå til denne enheten. Dette bør ivaretas av den avdelingen som har det daglige ansvaret for pasienten.

Melding om slike behov skal i de fleste tilfeller også gå til kommunens koordinerende enhet, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18](#).

Koordinerende enhet må sikre gode rutiner for arbeidet og følge med på at helseforetaket oppfyller sine plikter.

Private institusjoner som yter tjenester etter avtale med regionale helseforetak, har samme forpliktelser til å sikre igangsetting og å medvirke i arbeidet med individuell plan og koordinator som øvrige spesialisthelsetjenester. Det er imidlertid bare helseforetakene som er pålagt å ha koordinerende enhet. Institusjonene må ha rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator, herunder melderutiner.

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, men som bare ønsker koordinator, anbefales det at helseforetaket melder til kommunene om behov for dette på samme måte som for individuell plan.

## 13.6

# Innhold i individuell plan og planprosess

## Innholdet i individuell plan

Krav til innhold i den individuelle planen følger av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §19](#).

«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 være et dynamisk verktøy som oppdateres i samsvar med endringer i behov og beslutninger gjennom forløpet. Plandokumentet bør være enkelt og oversiktlig. Det som nedtegnes i dokumentet må være utarbeidet i samarbeid mellom tjenestene og pasient, bruker og eventuelt pårørende. Planen skal kun inneholde det som er nødvendig for å oppfylle planens formål.

## Elementer i planprosessen

## Oppstart av planprosessen

Første steg i prosessen er å avklare samtykke. Deretter følger oppnevning av koordinator. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på pasientens, brukerens og eventuelt pårørendes ønske. Individuell plan og koordinator skal registreres i journal.

Det anbefales å bruke god tid til å sikre felles forståelse og avklare forventninger. Avtale om arbeidsform og møtepunkter, mellom koordinator og pasient og bruker, og hvordan møtepunktene med andre tjenesteytere skal gjennomføres, er også viktig. Pårørendes eventuelle deltakelse må avklares med pasient og bruker.

Det er også viktig å avklare tjenesteyternes ansvar og oppgaver i planarbeidet. Avklaring av forventninger og roller mellom koordinator og tjenesteyterne er særlig sentralt.

## Valg av arbeidsform

Basisteamet i planprosessen er koordinator og pasient/bruker, og eventuelt pårørende. Både av hensyn til pasient og bruker, og for best mulig utnyttelse av ressurser, anbefales møteprinsippet om "så få som mulig, og så mange som nødvendig". Den enkleste formen er at koordinator sammen med pasient og bruker avtaler møtepunkter med aktuelle tjenesteytere ut fra behov og tiltak i planen. Se også [strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam](#), (Helsedirektoratet, 2017).

Tverrfaglige koordineringsmøter er gode arenaer for å sikre samordning og arbeid mot felles mål. Møtene må planlegges godt for å sikre forutsigbarhet for pasient og bruker, og god ressursutnyttelse. Planlegging av milepæler, overganger og evalueringer med reformulering av mål er eksempler på tidspunkt der slike samarbeidsmøter kan ha en viktig funksjon.

I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å etablere en tverrfaglig koordineringsgruppe eller plangruppe. Noen bruker benevnelsen ansvarsgrupper. Det anbefales å være nøkterne i forhold til størrelse på slike grupper. Det kan være krevende å sikre måloppnåelse i samsvar med ressursbruken i store grupper, både for pasient og bruker og for tjenestene.

## Avklaring av behov, ressurser, ønsker og mål

Det må settes av tilstrekkelig tid til å få frem hva som er viktig for bruker og pasient. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» sikrer en åpen tilnærming til pasient og brukers ønsker og mål. Mål som fastsettes i den individuelle planen må danne grunnlaget for planlegging og gjennomføring av de tjenestene pasient og bruker mottar.

Det bør også avdekkes hvilke hindringer pasient og bruker opplever i forhold til deltagelse og daglige gjøremål, relatert til de ønsker og mål han eller hun har.

## Pasient og brukers ressurser

Pasient og brukers ressurser og mestringsevne skal vektlegges i utforming av mål og i vurderingen av behov for tjenester. 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 å fremme pasient og brukers ressurser, muligheter og motivasjon. Metoden [motiverende intervju \(MI\)](#) kan være en god tilnærming.

## Oversikt over behov og tjenester

Kartlegging i forbindelse med individuell plan skal bidra til oversikt, sikre individuelt tilpassede og helhetlige tjenester i samsvar med pasient og brukers mål. Den skal bidra til oversikt og plassering av ansvar og oppgaver.

For noen kan flere tjenester allerede være på plass, mens det for andre kan være nødvendig med kartlegging av behov. 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 kan behov for støttekontakt, avlastning og PPT være en del av vurderingsgrunnlaget.

### **Evaluering og oppfølging**

Planen må oppdateres kontinuerlig og tidspunkt for evaluering må avtales. Evalueringen bør inneholde

- Måloppnåelse og tjenesteyting
- Om arbeidsformen har vært hensiktsmessig
- Pasient og brukers erfaringer
- Endring av mål, tiltak og arbeidsform

Tjenesteytere som har vært involvert i planprosessen bør delta. Planprosessen bør inndeles i overkommelige delmål. Evalueringstidspunktene må bidra til å fremme motivasjon og opplevelse av mestring.

Planen skal til enhver tid gi helhetlig oversikt over mål, hvilke tjenester som ytes og hvem som er involvert i samarbeidet. Evalueringer skal sikre at en kontinuerlig fanger opp endringer og kan korrigere mål og tiltak i tråd med pasientens og brukerens behov.

### **Rutiner ved bytte av koordinator**

Planarbeidet må sikre kontinuitet ved livsfaseoverganger og når nye tjenester kommer inn. I noen slike overganger kan det være behov for å bytte koordinator. Om mulig bør koordinatorene overlappes hverandre i overgangsfaser.

## Om veilederen

### Målet med veilederen

Veilederen skal hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering. Helsedirektoratet ønsker å bidra til felles forståelse og enhetlig veiledning om sentrale spørsmål både knyttet til innhold i tjenestene og samhandling.

Felles forståelse og kunnskap er sentralt for god samhandling, både internt i helse- og omsorgstjenesten og mellom sektorer som yter tjenester til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet kjennetegnes av et vidt spekter av aktører. Sektorene NAV, oppvekst, utdanning, kultur og frivillige er viktige.

Målgruppen er primært ledere og fagpersonell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og i andre velferdstjenester som kan bidra til gode og helhetlige habiliterings- og rehabiliteringsforløp.

### Anbefalinger om god praksis

Det nasjonale målet om at habilitering og rehabilitering skal styrkes er et sentralt grunnlag for anbefalinger i veilederen. I dette ligger også en vektlegging av tjenester som fremmer og understøtter pasientens og brukerens innsats i å gjenvinne og opprettholde best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse. Samarbeid med familie og sosialt nettverk er viktig.

Veilederen gir utdypende forklaringer til hvordan lov og forskrift skal forstås. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er et sentralt utgangspunkt. Veilederen inneholder også temaer som ikke er omtalt i forskriften men som er sentrale for tjenesteområdet habilitering og rehabilitering.

Føring er beskrevet i [Stortingsmelding om primærhelsetjenesten](#), (St.meld. 26, 2014 - 2015) som ble lagt frem mai 2015 er også lagt til grunn for anbefalinger.

## Arbeidsprosessen

### Intern organisering

Arbeidet med veilederen startet i 2013. Det ble ansatt egen prosjektleder og opprettet arbeidsgruppe/sekretariat i Helsedirektoratet samt en intern referansegruppe.

### Ekstern referansegruppe

Det ble etablert en ekstern referansegruppe bestående av representanter fra brukerorganisasjoner, helseforetak, kommuner, private rehabiliteringsinstitusjoner, utdanningsinstitusjoner, sentrale myndigheter og fagorganisasjoner. Gruppen ga viktige innspill om temaer de ønsket skulle behandles i veilederen og forslag til faglige anbefalinger. De var også samstemte i ønsket om en elektronisk veileder. Gruppen var samlet til fire dagsmøter og én samling over to dager.

Referansegruppen hadde medlemmer fra:

- Brukerorganisasjonene FFO og SAFO
- De regionale helseforetakene ved Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF
- Kommunene Bærum, Larvik og Bodø
- KS og KS bedrift
- VIRKE
- NAV og Utdanningsdirektoratet
- Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
- Helsetilsynet
- Fagorganisasjonene Norsk Logopedlag, Norsk Manuellterapeutforening, Norsk Psykologforening, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening
- CHARM Forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester UiO og Høyskolen i Oslo

## Workshops

I tillegg til møtene med referansegruppen ble det arrangert mindre workshops med representanter fra brukere og praksisfeltet på mer spissede problemstillinger. Eksempler på temaer var forholdet mellom habilitering og rehabilitering, beskrivelse av habilitering og rehabilitering i kommunene og ansvarsavklaring.

## Høringsprosess

Innspillene fra disse aktørene ble ytterligere forsterket gjennom tilbakemeldingene på den eksterne høringen sommer/høst 2014. Det kom inn cirka 80 hørings svar hvor Helsedirektoratet ble ytterligere utfordret til å spisse anbefalingene.

## Takk for godt samarbeid

Helsedirektoratet takker for alle bidrag i forbindelse med veilederen.

## Oppdatering av veilederen

Veilederen oppdateres ved endringer i lov og regelverk og suppleres med lenker og henvisninger til ny kunnskap.

- Oppdatert 8.juni 2018 - Lagt inn ny definisjon i kapitlet om målgrupper og virkeområde for veilederen.
- Oppdatert 12.juli 2018 - Lagt inn lenker til veileder om pårørende og til veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Gjelder flere kapitler.
- Oppdatert 12.sept 2018 - Kapitlet om taushetsplikt og samtykke er oppdatert i samsvar med endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 om samtykke på vegne av barn.
- Oppdatert 12.sept 2018 - Tilføyd bestemmelse som trådte i kraft juni 2018 om skolens plikt til å samarbeide med relevante kommunale tjenester, jfr opplæringslova § 15-8 og friskolelova § 3-6b. Gjelder kapitler om melding om behov, tjenester til barn og unge og individuell plan.
- Oppdatert 3.des. 2018 - Endret tekst om dokumentasjon av individuell plan som følge av endret fortolkning av pasientjournalforskriften § 8 bokstav n. Nytt avsnitt "Dokumentasjon av individuell plan" erstatter tidligere avsnitt "Individuell plan er del av pasientens journal" i kapitlet om kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for IP og koordinator. I tillegg er avsnittet "Elektronisk individuell plan" i kapitlet om innhold i IP og planprosess slettet.
- 2.juli 2020: Endret ihht ny definisjon av habilitering og rehabilitering. Endringene gjelder hovedsaklig kapitlene 1 og 2.





