|  |
| --- |
| **HØRINGSSVAR TIL VEILEDER TIL FORSKRIFT OM HABILITERING OG REHABILITERING, INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR** |
| **Kap 1** | **Tema:**  **Om habilitering og rehabilitering** | **Kommentarer tekst**  **evt. konkret forslag til ny tekst** |
|  | Formål, virkeområde og definisjon | * + 1. Siste ord i siste setning endres:   Forskriften gjelder både fysisk og psykisk helse samt praktisk og sosial **deltagelse**.  FN konvensjonen om like muligheter for  Mennesker med nedsatt funksjonsevne art 26 foreslås omtalt i 1.1.1.3, eller tidligere.  1.1.4.1  Målgruppen for habilitering? Menes målgruppen for habiliteringstjenestene? Det er forvirrende at habilitering kan være både en tjeneste og en prosess. «Medfødte tilstander» omfatter mange flere grupper enn de som hittil har vært habiliterings-tjenestenes målgrupper. En rekke grupper med medfødte tilstander mangler habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Intensiv trening (habilitering) er en viktig oppgave for spesialisthelsetjenesten, men Rambøll-rapport[[1]](#footnote-1) fra november 2013 viser store ulikheter.  Barn og unge med sansetap mangler habiliteringstilbud og det er geografiske ulikheter bl.a. når det gjelder bruk av IP[[2]](#footnote-2).  1.1.5.1, side 21 m fl benytter arbeidsrettet rehabilitering. Dette foreslås erstattet med rehabilitering med arbeid som mål, slik som det omtales senere i veilederen. Det bør kommenteres at det er flere grupper enn de NAV omtaler som trenger rehabilitering med arbeid som mål. |
| 1.2 | Pasient- og brukermedvirkning | 1.2.2.4 Empowerment(begrepet) forvirrer og bør tas ut. Teksten for øvrig ok som utdyping av brukermedvirkning.  1.2.2.7  Personer med kommunikasjonsvansker som sterkt hørselshemmede, døve og døvblinde må omtales. |
| 1.3 | Taushetsplikt |  |
| 1.4 | Samtykke til helsehjelp |  |
| 1.5 | Ansvarsavklaring |  |
| 1.6 | Samarbeidsavtaler |  |
| 1.7 | Pasientforløp |  |
| 1.8 | Kvalitet, faglig forsvarlighet og internkontroll |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kap**  **2** | **Tema:**  **Habilitering og rehabilitering i kommune** | **Kommentarer tekst**  **evt. konkret forslag til ny tekst** |
| 2.1. | Lovgrunnlaget |  |
| 2.2 | Utredning av behov | 2.2.2.1  «Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne bør som utgangspunkt prioriteres fremfor kompenserende hjelpetiltak.»  Dette gir uheldig signal. Kompenserende tiltak vil være meget viktig og nødvendig i individuelle rehabiliteringsprosesser. Eks.: Rullestol, hørselstekniske hjelpemidler, datautstyr for synshemmede, datakommunikasjons-hjelpemidler, BPA.  2.2.4.4 Samhandling med spesialisthelsetjenesten vil være avgjørende for utredning ved sansetap.  Det gjelder, synshemmede, hørselshemmede og døvblinde. |
| 2.3 | Kompetanse og faglig innhold | 2.3.2.1 Nærhetsprinsippet er ikke alltid det beste. For å skape gode mestringsarenaer sammen med andre med lignende funksjonstap, vil samlinger utenfor egen kommune og i rehabiliteringsinstitusjoner være nyttig. Gode eks er Beitostølen og Valnesfjord helsesportsentre og andre rehabiliteringsinstitusjoner med tilbud til grupper av ungdom og unge voksne.  2.3.2.2 Som eksempel på behov for spesialisert kompetanse må audiopedagoger nevnes sammen med logopeder og synspedagoger. Disse tre yrkesgruppenes kompetanse er avgjørende for rehabilitering av barn, ungdom og voksne med sansetap og tale/språkvansker.  2.3.2.4 – 6 Tabellene tar fokus vekk fra individuelle prosesser og anbefales fjernet. |
| 2.4 | Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen | Koordinerende enhet er for lite synlig og det bør anbefales at de har en mer aktiv rolle, ikke bare vente på henvendelse fra tjenesteytere og pasienter/brukere.  Viktig å ta kontakt med familier med barn med funksjonshemninger for å tilby habilitering. Koordinerende enheter må gjøre seg kjent overfor aktuelle samarbeidsinstanser både i og utenfor helsetjenesten.  2.4.3.1  Helseforetak skal melde behov for IP/koordinator til koordinerende enhet, men det står ikke noe om melding fra andre deler av spesialisthelsetjenesten som f.eks. rehabiliteringsinstitusjoner og private avtalespesialister. |
| 2.5 | Melding om mulige behov for sosial, psykososial  og medisinsk habilitering og rehabilitering |  |
| 2.6 | Hjelpemidler og ergonomiske tiltak | 2.6.2-2.6.3 Høreapparater trenger en spesiellomtale fordi utprøving og tilpasning skjer i spesialisthelsetjenesten/hørselssentraler, men finansieres av folketrygden. Høreapparater fås altså ikke på hjelpemiddelsentralene, men hørselstekniske hjelpemidler er kommunens formidlingsansvar event i samarbeid med hjelpemiddelsentral. |
| 2.7 | Særlig om habilitering i kommune | 2.7.3  Viktig at kommunene søker råd/ veiledning fra nasjonale kompetansetjenester, som kompetansesentrene for sjeldne diagnoser ([www.sjeldne-diagnoser.no](http://www.sjeldne-diagnoser.no)) og nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde ([www.dovblindhet.no](http://www.dovblindhet.no) )  2.7.6 Spesialisthelsetjenestens rolle i veiledning til kommunene om «tvang og makt» er ikke habilitering og helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 omhandler det ikke slik. Tjenesten er blitt i habiliteringstjenesten etter at nedleggelse av HVPU førte til etablering av habiliteringstjenestene. Oppgavene bør tas ut av habiliteringstjenesten slik at habiliteringstjenestene blir mer tilgjengelig for alle som har habiliteringsbehov. |
| **Kap**  **3** | **Tema:**  **Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten** | **Kommentarer tekst**  **evt. konkret forslag til ny tekst** |
| 3.1 | Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og  rehabilitering | 3.1.8 Her er det flere nasjonale kompetansetjenester som bør nevnes.  - Nasjonalt kompetansesystem for døvblinde (inngår ikke i den nasjonale tjenesten for sjeldne).  - Nasjonal kompetansetjeneste for MS - Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser (bl.a. Parkinson)  - Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering  - Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. |
| 3.2 | Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten | Noen kommuner legger denne funksjonen til bestillerkontoret. Når man ser på Koordinerende enhets oppgaver, slik de også beskrives i veilederen, ligger fleree av disse utenfor bestillerkontorets naturlige virke- og arbeidsområde. FFO er derfor ikke overbevist om at bestillerkontoret vil kunne ivareta alt det en Koordinerende enhet skal ivareta. FFO mener det bør inn noen setninger som beskriver svakhetene ved å legge Koordinerende enhet til bestillerkontoret, og oppfordre til å etablere egne Koordinerende enheter som kan utføre alle de oppgavene de skal.  3.2.3 Oppgavene er godt beskrevet, men ikke alle følges opp i resten av teksten som i 3.2.3.6 (Gjelder også 4.6.3)  Her legges ansvaret på den enkelte avdeling til å melde pasient/brukers behov for IP/koordinator til kommunens koordinerende enhet. Dette er ikke i samsvar med lovteksten og alle avdelinger i et helseforetak vil lett skyve ansvaret fra seg, eller ikke kjenne kontaktadresser i den aktuelle kommune. Andre steder i veilederen fremheves koordinerende enheter i de to nivåene som sentrale samhandlingspartnere. Det bes om at lovteksten følges også på dette punktet. |
| 3.3 | Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten |  |
| 3.4 | Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging |  |
| 3.5 | Råd, veiledning og samarbeid | Her omtales også «tvang og makt».  3.5.6 Rotete og delvis feil – private rehab.inst og kompetansetjenester er en del av spesialisthelsetjenesten. |
| 3.6 | Ambulant tjenester | Her omtales også «tvang og makt». |
| **Kap**  **4** | **Tema:**  **Individuell plan og koordinator** | **Kommentarer tekst**  **evt. konkret forslag til ny tekst** |
| 4.1 | Rett til individuell plan |  |
| 4.2 | Samtykke |  |
| 4.3 | Ansvar for å utarbeide  individuell plan |  |
| 4.4 | Innholdet i individuell plan | 4.4.2.2  Avlastning er bare nevnt som aktuelt tiltak for IP for barn og unge. Det bør nevnes at også omsorgsgivere til voksne  med funksjonshemninger kan ha behov for avlastning. |
| 4.5 | Koordinator |  |
| 4.6 | Ansvar for å melde om behov for individuell plan | Se kommentar 3.2.3.6 |

|  |
| --- |
| **Spørsmål 5:** Bidrar veilederen som helhet til å styrke habiliterings- og rehabiliteringsfeltet? |
| Forslag til endringer:  Veilederen er veldig god. Den gir god forståelse av lovverket, og beskriver formål, ansvar, oppdrag og rettigheter godt. Den vil derfor absolutt kunne bidra til å styrke kommunene og spesialisthelsetjeneste på dette området.  Men den må tas i bruk og innholdet må realiseres. Virkeligheten, spesielt i kommunene og innen koordinering og samhandling er langt fra idealet som veilederen skisserer. Men hvis forskrift og veileder blir virkeligheten på dette området, er utfordringene innen habilitering og rehabilitering løst. Veldig bra arbeid fra Helsedirektoratets side!  Forslag: Kurs for tjenestemedvirkere (godt uttrykk som bør «markedsføres») sammen med brukere som har egenerfaring fra habilitering og rehabilitering. Individuell plan og/eller koordinatorer ikke godt nok kjent blant brukere/pasienter. Det er behov for styrket informasjon. Nasjonale kompetansetjenester som bl.a. har kunnskap om habilitering og rehabilitering for sine grupper må benyttes i kurs- og informasjonsvirksomhet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. |
| **Spørsmål 6:** Gir veilederen et tilstrekkelig handlingsrom for utvikling av feltet  fremover? |
| Veilederen er et godt bidrag til ønskede mål og ønsket virkelighet på rehabiliteringsområdet. Men en slik utvikling skapes selvsagt ikke av veilederen alene. Det må settes inn tiltak og bevilgninger gjennom en opptrappingsplan/nasjonal kvalitetsutvikling som sikrer innholdet i veilederen (og lov og forskrift på området).  En annen ting er samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene, som i dag ikke understreker i tilstrekkelig grad de oppgavene som skal løses på dette området. Avtalene er svært viktige, og er i dag ikke konkrete nok i beskrivelsene av ansvar og oppfølging på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Egne avtaler på habilitering og rehabiliteringsområdet bør vurderes. Det må i disse nedfelles hvordan samarbeidet skal være, og tydeligere oppgave og ansvarsfordeling. De må også være mer konkrete på oppfølging av bruker og pasient i kommunen.    Forslag til endringer:  For å sikre at alle med behov for re-/habilitering får faglig forsvarlige tilbud må det mer til enn veilederen, men veilederen er neppe til hinder. Verken kommuner eller spesialisthelsetjenesten har oversikt over behov for tjenester, særlig gjelder dette grupper som tradisjonelt ikke er mottakere av re-/habiliteringstilbud i dag. Oppfølging av behovskartlegging som skal skje hos koordinerende enheter kan være et virkemiddel. Mulig at fylkesmennene kan ha en slik rolle?  Kommunene vektlegger trening av eldre og selv om mange får sterkt redusert hørsel og syn er det liten eller ingen kompetanse på dette i kommunene. Yngre med sansetap faller også utenfor både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.  Også andre grupper mangler tilbud. Helsedirektoratet foretok kartlegging av hvilke grupper barn og unge fastlegene mente manglet rehabiliteringstilbud, se http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/Documents/fastlegene-rehabiliteringstilbud-unge.pdf  Det antas at lite har endret seg siden 2010. |

1. http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/barn-og-unge/intensiv-habilitering/Documents/13-4712-18%20Rapport%20om%20intensiv%20habilitering%20av%20barn%20og%20unge%20Rambøll%202013%20pdf%2010641150\_1\_1.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kartlegging-av-situasjonen-for-barn-og-unge-med-sansetap/Publikasjoner/Kartlegging-av-situasjonen-for-barn-og-unge-med-sansetap.pdf [↑](#footnote-ref-2)