

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Fastsatt ved kongelig resolusjon 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 andre ledd og § 7-2 andre ledd, og av Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester §7-1 tredje ledd, og § 7-3 andre ledd, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. §§ 2-1a sjuende ledd § 2-5 andre ledd, § 2-5a tredje ledd og § 2-5b andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern § 4-1 andre ledd.

Kapittel 1. Formål og virkeområde

§ 1 Formålet med forskriften

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.

§ 2 Virkeområde

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.

Kapittel 2. Generelt om habilitering og rehabilitering

§ 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

§ 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.

Kapittel 3. Habilitering og rehabilitering i kommunen

§ 5 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

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.

§ 6 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. 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.

§ 7 Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

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.

§ 8 Undersøkelse og utredning

Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang.

§ 9 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

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

Kapittel 4. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

§ 10 Det regionale helseforetakets 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.

§ 11 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

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 kommunens helse- og omsorgstjeneste. I tillegg skal enheten ha slikt ansvar som ansvar som framgår av § 6 andre ledd.

§ 12 Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

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.

§ 13 Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.

Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av 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.

§ 14 Særlig om råd, veiledning og samarbeid

Det regionale helseforetaket skal sørge for

- a) råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
- b) samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter 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.

§ 15 Ambulerende tjeneste

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

Kapittel 5. Individuell plan og koordinator

§ 16 Pasientens og brukerens 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 vedkommendes 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.

§ 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.

§ 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.

§ 19 Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes 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 ønskeligs samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

§ 20 Gjennomføringen av den individuelle planen

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

§ 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.

§ 22 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

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

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

§ 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 § 38 a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

Kapittel 6. Ikraftsetting

§ 24 Ikraftsetting

Forskriften trer i kraft 1. januar 2012.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering og forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.