



Lund kommune

Rutiner og prosedyrer for å sikre koordinerte tjenester

Koordinerende enhet



Utarbeidet august 2022.

Innhold

Rutiner og prosedyrer for å sikre koordinerte tjenester.....	1
1. Innledning	3
2. Definisjoner.....	3
3. Formål	4
4. Omfang	5
5. Retten til å få informasjon og plikt til å informere og melde behov	5
6. Ansvar for å informere om og utarbeide individuell plan	5
7. Igangsettelse.....	6
8. Arbeidet med planen	6
9. Brukermedvirkning	6
10. Avslutning av planarbeid	7
11. Prosedyrer for å sikre koordinerte tjenester	7
11.1. Arbeidsprosedyre ved opprettelse av koordinator	8
11.2. Arbeidsprosedyre ved skifte av koordinator	8
11.3. Arbeidsprosedyre for å sikre fremdrift i arbeidet	9
11.4. Prosedyre for opprettelse av funksjon i ansvarsgrupper	9
Vedlegg	12

1. Innledning

Tjenestemottakere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få oppnevnt en koordinator og utarbeidet en individuell plan, hvis de ønsker det. Kommunen plikter å opprette koordinator og utarbeide den individuelle planen.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha det overordnede ansvar for individuelle planer i kommunen og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan. Koordinerende enhet, skal også ha oversikt over kommunens Rehabilitering og habiliterings tilbud, slik at en kan veilede kommunens innbyggere til riktig instans.

2. Definisjoner

Koordinator:

En koordinator skal sørge for at helse- og omsorgstjenestene fra de forskjellige instansene koordineres. Koordinator skal være i løpende i kontakt med de som er involvert i oppfølgingen av brukeren, og skal sikre at informasjon til brukeren/pårørende er god. Koordinator skal hjelpe bruker/pårørende til aktivt å medvirke i egen prosess og sikre fremdrift i en ansvarsgruppe, og i en eventuell individuell plan.

Barnekoordinator:

Som en følge av [Likeverdsreformen, 2021](#), er rett til barnekoordinator fra 01.08.22 nedfelt i [Helse- og omsorgstjenesteloven §7-2a](#), og i [Pasient og brukerrettighetsloven §2-5c](#). Retten til barnekoordinator vil gjelde for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, hvor barnet har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. En barnekoordinator skal koordinere det samlede tjenestetilbudet og bidra til at barna og deres familie får de tjenestene de har krav på. Ordningen er plassert hos koordinerende enhet, som har overordnet ansvar for tjenesten, og står for opplæring og veiledning av koordinatorene.ⁱ

Individuell plan:

En individuell plan er et verktøy for samordning av helse- og omsorgstjenester. Planen er en kontinuerlig prosess hvor brukerens egne mål og verdier skal være det styrende. En Individuell plan skal være et verktøy for å koordinere tilbudet til den enkelte.

Ansvarsgruppe:

En ansvarsgruppe er en gruppe fagfolk som sammen med bruker og/eller pårørende arbeider tverrfaglig for å samordne tiltak rundt bruker mot felles mål. Ansvarsgruppen skal sikre tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte tjenester, og ha et helhetlig fokus på livssituasjonen til den det gjelder jf. Retningslinjer for ansvarsgrupper.

Samarbeidsmøter:

Tverrfaglige samarbeidsmøter hvor møtene har ikke er noe fast hyppighet, men avholdes ved behov. Møtet ledes av den/de som har tatt initiativ til møtet og som har satt opp sakliste. Enhetens ledelse må være kjent med møtet.

Koordinerte tjenester:

Behov for koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester utover fastlege og helsesykepleier. Tjenestene må ses i sammenheng med det totale koordineringsbehovet. Tjenesteyteren som er oppnevnt som koordinator, skal til enhver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker. 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. Tjenesteyterne skal bidra til et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Langvarige tjenester:

Med behov for langvarige tjenester menes at behovet må ha en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Det å starte arbeidet med en individuell plan er en tidkrevende prosess og dette må det tas hensyn til ved vurdering av behovets varighet.

3. Formål

- Formålet med tjenesten er, å sikre de som trenger det et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt medvirkning og innflytelse.
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og målgruppen og eventuelt pårørende, samt styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer
- Det skal sikres at dette blir gjort ut fra gjeldende lover og forskrifter.
- Det skal påses, at de som ønsker og trenger IP og koordinator mottar disse tjenester.
- Tjenestemottaker skal være sentral i dette samarbeidet.
- Et viktig formål med koordinatorrollen er å sikre, at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølging av tjenestemottaker.

- Veiledning til publikum og andre tjenester ved tvil om hva som er den rette instans i hjelpearbeidet overfor den enkelte.

4. Omfang

Gjelder alle som enten har rett til og ønsker IP og eller/ koordinator/ barnekoordinator, eller hvor lovverket fastsetter at det skal utarbeides en slik plan.

5. Retten til å få informasjon og plikt til å informere og melde behov

- Tjenestemottaker som har behov for habilitering og / eller rehabilitering (ReHab) har rett til å få informasjon om ordningen med koordinator, barnekoordinator og Individuell plan (IP).
- Tjenesteyter som ser mulige ReHab behov plikter å melde om behovene til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.
- Den som tar imot henvendelsen om ReHab tjenester, plikter å informere tjenestemottaker om ordningen med koordinator og IP. Det skal også informeres om at tjenestemottaker kan ta direkte kontakt med KE hvis de ønsker.

6. Ansvar for å informere om og utarbeide individuell plan

- Alle fagpersoner skal informere om individuell plan og koordinator.
- Koordinerende enhet har det overordnede ansvar for oppnevning og oppfølging av koordinatorene og individuelle planer.
- Enheter i Helse og omsorg har hovedansvar for individuell plan og ivaretar koordinatorrollen for IP.
- Kultur og oppvekst har sammen med Helse og omsorg ansvar for å delta i arbeidet med IP (Jmfr. Barnehelgeloven, opplæringslova)
- Tjenesteytere kan ikke pålegges å ha koordinatoransvar for mer enn 5 individuelle planer.
- Som koordinator har du også en plikt til å kartlegge barn som pårørende eller søsken.

7. Igangsettelse

Lund kommune har utarbeidet følgende rutine for å tydeliggjøre prosessen:

1. Bruker har behov for koordinering av helse og omsorgstjenester.
2. Bruker ønsker koordinering.
3. Bruker/ fagperson som oppdager behovet søker om koordinator/IP
4. Koordinerende enhet gjennomfører en samtale for avklaring med familien/bruker.
5. Hvem skal ha ansvar for koordinatorfunksjonen? Bruker/ pårørende kommer med ønsker.
6. Koordinator etablerer kontakt og gjennomfører oppstartsamtale med bruker/ pårørende
7. Oppstartmøte: Kartlegge bruker/ pårørende situasjon, ressurser, mål og behov.
8. valg av verktøy: IP eller referatskriving?
9. Koordinator oppretter ansvarsgruppe: involverte tjenesteytere innkalles til møte.
10. Planlegge oppfølging/ lage IP.
11. Koordinere oppfølgingen.
12. Evaluere resultatene.
13. Behov for videre koordinering?

8. Arbeidet med planen

- Tjenestemottaker, koordinator og andre i ansvarsgruppen setter opp mål og tiltak/ aktiviteter ut fra forutgående kartlegging.
- Omfanget av kartleggingen varierer ut fra tjenestemottakers behov.
- De fagpersoner/områder som er involvert forpliktes til å følge opp tiltakene, også tjenestemottaker/ nærpå personer selv.
- Planen evalueres jevnlig av tjenestemottaker og koordinator, eller av ansvarsgruppe og skal være et dynamisk verktøy i koordinering og målretning av tjenestetilbudet.
- Handbok til koordinator og veiledning til IP er utarbeidet for å bruke i denne sammenheng.

9. Brukermedvirkning

Vi skal være med å tilrettelegge for at innbyggerne får mulighet til å foreta egne valg og påvirke behandlingsforløpet. Å benytte brukernes kompetanse er en forutsetning for å utvikle gode, helhetlige og koordinerte tjenester.

Målet er at innbyggerne skal ta medansvar, og være involvert i å gjennomføre rehabilitering og behandling. Det er vårt ansvar at det er samsvar mellom innbyggernes behov og faglig

forsvarlige tjenester, men vi skal våge å la oss utfordre av innbyggerne til å gi tjenester på nye og utradisjonelle måter. Det må brukes tid på sammen å utforske grundig hva som er behovet, før en begynner å lete etter løsninger og teste disse.

Barns rett til å si sin mening, å bli hørt og respektert er et av de grunnleggende prinsippene i FNs barnekonvensjon. Forskning og innbyggernes egne erfaringer viser at barna som regel ikke anses som reelle samarbeidspartnere. Helsepersonell går ofte inn i ekspertrollen, som den som vet hva som er best for barnet/ungdommen. Brukermedvirkning forutsetter her at voksne legger til rette for at barn og unge inkluderes, og kan delta på egne premisser. Vi vil arbeide for at barn og unge får ta del i beslutninger som gjelder dem selv. De skal medvirke i valg og utforming av tjenestetilbud. Retten til medvirkning omfatter å gi informasjon som er tilpasset alder og funksjonsnivå. Barn og unge skal også gis anledning til å evaluere tiltak som gjelder dem selv.

Innbyggere med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus klarer ofte ikke å beskrive egne behov. Vi har et ansvar for å tilrettelegge for at innbyggernes behov blir ivaretatt på en forsvarlig måte, og at vi møter dem på deres arenaer for å få kunnskap om deres behov.

Kronisk syke har svært ulike behov og forutsetninger. Målet er å ha så god behandling av grunnsykdommen som mulig. Ut over dette må behovet for tjenester og målsettingen med tjenestene utarbeides sammen med den enkelte.

Innbyggere med store og sammensatte behov har et komplekst sykdomsbilde, med mange ulike aktører å forholde seg til. Tjenestene kan derfor oppleves som fragmenterte, og at tjenesteyterne jobber hver for seg. Når tjenestene er lite samordnet begrenses innbyggernes muligheter til å være med å utforme helhetlige tjenester. I tillegg kan enkelte ha vansker med å uttrykke seg som følge av språkvansker og/eller kognitiv svikt. Det kan føre til redusert mulighet til å foreta egne valg.

Vi vil arbeide med å legge til rette for gjensidig opplæring og veiledning mellom innbygger og tjenesteapparat. For at innbyggere skal oppleve sykdomsmestring, må tjenestemottaker og pårørende ha kunnskap om sykdomsbildet og praktiske ferdigheter. Vi vil dermed legge til rette for at innbyggerne kan ta større ansvar for egen livssituasjon.

10. Avslutning av planarbeid

Planarbeidet avsluttes når tjenesten ikke lenger ønskes av tjenestemottaker, eller når behovet for langvarige og koordinerte tjenester opphører.

11. Prosedyrer for å sikre koordinerte tjenester

Koordinerende enhet/KE har det overordnede ansvar for individuell plan og skal blant annet sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet. KE har utarbeidet/redigert fire prosedyrer som skal benyttes i arbeidet med å sikre koordinert tjenester til de som trenger det:

- 1 Arbeidsprosedyre ved opprettelse av koordinator,
- 2 Arbeidsprosedyre ved skifte av koordinator,
- 3 Arbeidsprosedyre for å sikre fremdrift i arbeidet – jf §§ 19 og 20 i forskrift om habilitering og rehabilitering.
- 4 Prosedyre for oppnevning av og funksjon i ansvarsgrupper.

11.1. Arbeidsprosedyre ved opprettelse av koordinator

Kommunen skal tilby koordinator til tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinerende enhet har ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Hvem som blir forespurt rollen som koordinator blir vurdert i hvert enkelt tilfelle. Brukers ønske om koordinator, skal dog legges stor vekt på i prosessen. Utover dette vil et viktig kriterium være størrelsen på tjenester som mottas, samt hva som er mest hensiktsmessig i det enkelte tilfelle.

1. Tjenestemottaker kommer med ønske om hvem som skal være koordinator.

Hvis **JA** (ønsket innfris), ordner koordinator møte med tjenestemottaker.

Hvis **NEI** (ønske kan ikke innfris), gå til punkt 2.

2. Hovedregel: Koordinator skal opprettes fra den instans i kommunen som er mest aktiv inne med tjenester, fortrinnsvis innen helse, omsorgs- og sosialtjenesten. Samtidig må en ivareta hva som er mest hensiktsmessig for tjenestemottaker.

Hvis **JA**, oppnevnes koordinator fra aktuell avdeling og koordinator ordner møte med tjenestemottaker. Hvis **NEI**, gå til punkt 3.

3. Koordinerende enhet (KE) eller systemkoordinator, anmoder en fagavdeling som er inne med tjenester om å oppnevne en koordinator for tjenestemottaker.

11.2. Arbeidsprosedyre ved skifte av koordinator

I noen sammenhenger er det behov for skifte av koordinator dvs.- at noen av de andre tjenesteyterne som samarbeider om å gi nødvendig bistand til tjenestemottakers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, tar på seg koordinatorrollen slik at tjenesteyter sikres helhetlig og koordinerte tjenester.

1. Koordinator skal avklare med nærmeste overordnet når det er behov for skifte av koordinator.

2. Koordinator kontakter planeier/foresatte og forklarer situasjonen og spør hvem de kunne ønske som ny koordinator.

3. Koordinator kontakter aktuell tjenesteyter (deltaker i planen) og avklarer om hvem av de andre deltakerne som kan være koordinator for tjenestemottaker.
4. Tjenesteyter som tar på seg å være koordinator avklarer med sin nærmeste overordnede.
5. Koordinator informerer planeier, og evt foresatte, og legger til ny koordinator i planen.
6. Ny koordinator skifter rolle (i Samspill) på tidligere koordinator evt sletter deltaker.
7. Dersom ikke noen av de aktuelle tjenesteyterne påtar seg å være ny koordinator kaller leder til koordinator inn til et møte med leder til de andre deltakerne i planen. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering innkalles ved behov/ønske.
8. Dersom ikke aktuelle ledere kan enes om hvem som skal ha koordinatorrollen sender leder til koordinator meldingen videre til koordinerende enhet som etter lov og forskrift plikter å skaffe koordinator til tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester. Koordinerende enhet avklarer hvilken fagavdeling som skal ha koordinatoransvaret. Den aktuelle fagavdeling oppnevner ny koordinator.

11.3. Arbeidsprosedyre for å sikre fremdrift i arbeidet

Koordinator har ansvar for fremdrift i arbeidet med IP. I de tilfeller der andre deltakere ikke følger opp sin del av ansvaret, må koordinator etterspør fremdrift. I denne sammenheng har koordinerende enhet utarbeidet en prosedyre som koordinator kan bruke.

Alle deltakere skal ha informasjon om prosedyren som skal sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdriften jf. Andre avsnitt i §20 i forskrift.ⁱⁱ

11.4. Prosedyre for opprettelse av funksjon i ansvarsgrupper

I de tilfeller der tjenestemottaker med behov for koordinerte tjenester ikke har individuell plan kan det være bruk for å opprette en ansvarsgruppe som skal samarbeide om å gi koordinerte tjenester til tjenestemottaker.

Ansvarsgrupper og/eller individuell plan

Når det gjelder ansvarsgrupper er dette en arbeidsform for planlegging, oppfølging og samordning av enkelttiltakene fra ulike tjenester for den enkelte bruker. Dette er mer eller mindre det samme som gjelder for IP. Dersom det utarbeides eller foreligger en IP og det også foreligger en ansvarsgruppe, skal IP være et utgangspunkt for arbeidet i ansvarsgruppen. IP er forankret i lov og forskrift, ansvarsgruppe ikke.

Fremgangsmåte

Opprettelse En ansvarsgruppe opprettes på bakgrunn av tjenestemottakers behov.

Fagpersoner som kommer i kontakt med pasienter/tjenestemottaker med behov for kontakt med flere faginstanser, har plikt til å informere ordningen med koordinator og individuell plan. I de tilfeller der tjenestemottaker ikke ønsker eller ikke innfrir kriteriene for individuell plan informeres om at ansvarsgruppe kan opprettes som en arbeidsform.

Den faginstans tjenestemottaker melder behovet til, tar initiativ over for de øvrige involverte faginstanser for å få gruppen opprettet, kaller inn til det første møte og deler ut prosedyrer. I dette møte avklares hvem som skal være faste medlemmer i gruppen (navngitte personer utenom tjenestemottaker/pårørende), det bestemmes hvem som skal lede gruppen (gjørne for en tidsavgrenset periode dersom ikke koordinator er opprettet), det settes mål for arbeidet i gruppen og ansvaret fordeles (bestemme hvem som skal gjøre hva i henhold til aktiviteter/tiltak som skal utføres for å nå mål).

Ledelse

Leder/koordinator kaller inn til møtene og er tjenestemottaker/gruppens kontaktperson mellom møtene og koordinerer arbeidet rundt tjenestemottaker.

Gruppens funksjon

Gruppen skal være et koordinerende og rådgivende samarbeidsorgan.

Arbeidet kan være tidsavgrenset med klare mål, eller det kan være av mer langsiktig karakter, avhengig av brukers behov og problemstillinger. Ved langsiktig karakter skal tjenestemottaker informeres om og tilbys koordinator og individuell plan.

Gruppen kan i fellesskap trekke konklusjoner. Dersom ikke medlemmene har beslutningsmyndighet, kan gruppen bringe behov videre og være pådriver for at ønsket tiltak gjennomføres.

Faglig uenighet skal referatføres.

Dersom tjenestemottaker/pårørende ikke har anledning til å være til stede, legges forslag til aktivitet/tiltak frem for han/henne som sier ja eller nei til forslaget.

Gruppen skal ikke drøfte familiens totalsituasjon, økonomi, medisinske forhold og andre personlige emner dersom dette ikke er et ønske og nødvendig ledd i arbeidet fra tjenestemottakers side. Spesifikke faglige drøftinger kan tas opp i andre fora.

Leder/koordinator har ansvar for at arbeidet i gruppen holdes innenfor disse rammene.

Samarbeid med 2.- og 3. linjetjenesten

Oftest er habilitering-/rehabiliteringssentra, kompetansesentra og NAV(trygde og arbeidsetaten) osv involvert i aktiviteter/tiltak rundt tjenestemottaker. Disse er sjelden naturlige faste medlemmer i gruppen, men kalles inn ved behov.

Innkalling og referat

Innkalling sendes minst 14 dager i forkant av møte. Andre personer enn de faste medlemmene kalles inn ved behov. Innkallingen skal inneholde følgende:

- Hvem møte gjelder
- Navn på deltagere (tittel, navn, korrekt adresse)
- Tid og sted for møtet

- Saksliste

Referat sendes til faste medlemmer i gruppen og til de ekstra innkalte som har kommet med innspill som refereres eller har fått oppgaver som følge av møtet.

Referatet skal inneholde samme punkter som sakslisten og bare omfatte beslutninger og ansvarsfordeling. Den enkelte fagperson er ansvarlig for å notere utfylle informasjonen for egen journal. (ved bruk av nettverktøyet Samspill er det godkjent som journal).

Det kan velges fast referent eller oppgaven går på omgang. Referenten må forsikre seg om beslutningene er rett oppfattet før møtet oppløses.

Referat oppbevares i forskriftsmessig journal/mappe.

Hyppighet

Ansvarsgruppen møtes etter behov, men minst to gang i året. Tidspunkt for neste møte avtales før medlemmene går fra hverandre.

Oppløsning av ansvarsgrupper

Gruppen oppløses når det etter en felles evaluering ikke lenger er behov for den, eller når tjenestemottaker ikke lenger ønsker gruppen. Dersom det i det siste tilfelle fortsatt er behov for samarbeid mellom faginstanser, må det innhentes tillatelse fra tjenestemottaker for gjennomføring av tverrfaglige samarbeidsmøter.

Ansvarsgruppen kan gjenopprettes ved nye behov, eventuelt med en annen sammensetning.

Alternativ organisering av ansvarsgrupper

I noen tilfeller er det ønske fra tjenestemottaker om ansvarsgruppe, men tjenestemottaker har ikke kapasitet/overskudd til selv å delta. Da møter to av gruppens medlemmer tjenestemottaker i forkant av møte for å drøfte innholdet. De samme to personer møter han/henne i etterkant med informasjon fra møtet. Etske retningslinjer tilsier at tjenestemottaker integritet ivaretas som om han var til stede. Leder/koordinator har ansvar for at dette overholdes.

Lund kommune gjør bruk av programmet Samspill, til utarbeiding av IP, systemkoordinator har ansvar for å sørge for opplæring og veiledning av dette.

Der er utarbeidet en håndbok for koordinator, veiledning til ansvarsgruppe en veiledning til individuell plan. - Et verktøy og en metode for samarbeid for å gi helhetlige tilbud og sikre koordinerte tjenester til de som trenger det.

Koordinerende enhet

for habilitering og rehabilitering

Mail adresse: k.enhet@lund.kommune.no

Tlf: 47908455

Vedlegg

Vedlegg samtykkeskjema.

Vedlegg skjema IP

Vedlegg rutineskjema

Vedlegg retningslinjer IP

Vedlegg retningslinjer koordinator

Vedlegg ansvarsgruppe

Vedlegg pakkeforløp for koordinering av pakkeforløp for psykisk helse og rus

ii [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - Lovdata](#)