

# Tverrfaglig tilnærming ved koordineringen av tjenestene innen habilitering og rehabilitering

---

Fagdag fylkesmannen i Agder, 29. januar 2019

Sigrunn Gjønnnes, seniorrådgiver



# Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019

Formål:

- Kommunene skal rustes til å ta et større ansvar for feltet og på sikt overta rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten
- Ivareta tilbud i spesialisthelsetjenesten
- **Styrke brukerperspektivet**
- **Bedre kvalitet, samhandling og koordinering mellom nivåene og innenfor disse**

Tjenestene skal fremme mestring, selvstendighet og deltakelse



# Hva er rehabilitering og habilitering?

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

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients 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.

(Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)

# Hvorfor tverrfaglig samarbeid/teamarbeid?

- 📌 Merverdien ved ulike faglige perspektiv
- 📌 Samarbeid som ivaretar hele mennesket
- 📌 Felles forståelse og retning
- 📌 Felles kultur

*«Der skal ikke stor skarpsindighet til for å innse, at når to mennesker drøfter en ting sammen, må der komme mer ut derav enn om hver tenkte alene for seg.»*

*Alexander Kielland*

# Tjenestene skal fremme mestring, selvstendighet og deltakelse

- Ledere må legge til rette for...
  - at **tjenestene fremmer mestring, selvstendighet og deltakelse** – «Hva er viktig for deg?»

*«Mennesket må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei.»*

(Torborg Aalen Leenderts, 1995)

- Trygge og myndiggjorte fagpersoner – avklarte forventninger
- Koordinatorer med tydelig rolle og mandat – lederstøtte
- Tverrfaglige team – med mandat til å ivareta «brukerens helhet»

# «Hvorfor er koordinering så vanskelig? - Og hvorfor er ledelse så viktig»

- Faktor ved tjenestene
  - økt spesialisering
  - ulike rammer; eierskap, kultur, finansiering, regelverk...
  - «siloorganisering»
  - ledelse



# Sterkere lederforankring av koordinering og samarbeid

Samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer fordrer sterk lederforankring!!

- Tydelig mandat til KE og koordinatorene
- Lederstøtte og opplæring for koordinatorene
- Kunnskap om regelverket for IP og koordinatorene



*«Uten lederstøtte oppleves koordinatrollen som en tilleggsoppgave»*

# Koordinering – et kvalitets- og forsvarlighetskrav

«Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker **gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud**».

Sphl § 2-2

«Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker **gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,**»

Hol § 4-1

## Tjenester av god kvalitet:

- ✓ er virkningsfulle
- ✓ er trygge og sikre
- ✓ involverer brukere og gir dem innflytelse
- ✓ **er samordnet og preget av kontinuitet**
- ✓ utnytter ressursene på en god måte
- ✓ er tilgjengelige og rettferdig fordelt



# «Helhetlig» koordinering

- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Individuell plan
- Koordinator

# Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE)

Både helseforetak og kommuner skal ha KE sphl § 2-5b og hol § 7-3

- En tilrettelegger for «helhetlig» koordinering – på tvers av fag, nivåer og sektorer
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator (felles)
- Enheten i helseforetak skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.

- På området koordinering gjelder enhetenes ansvar alle med «behov for langvarige og koordinerte tjenester» og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

## Hva med regionale KE?

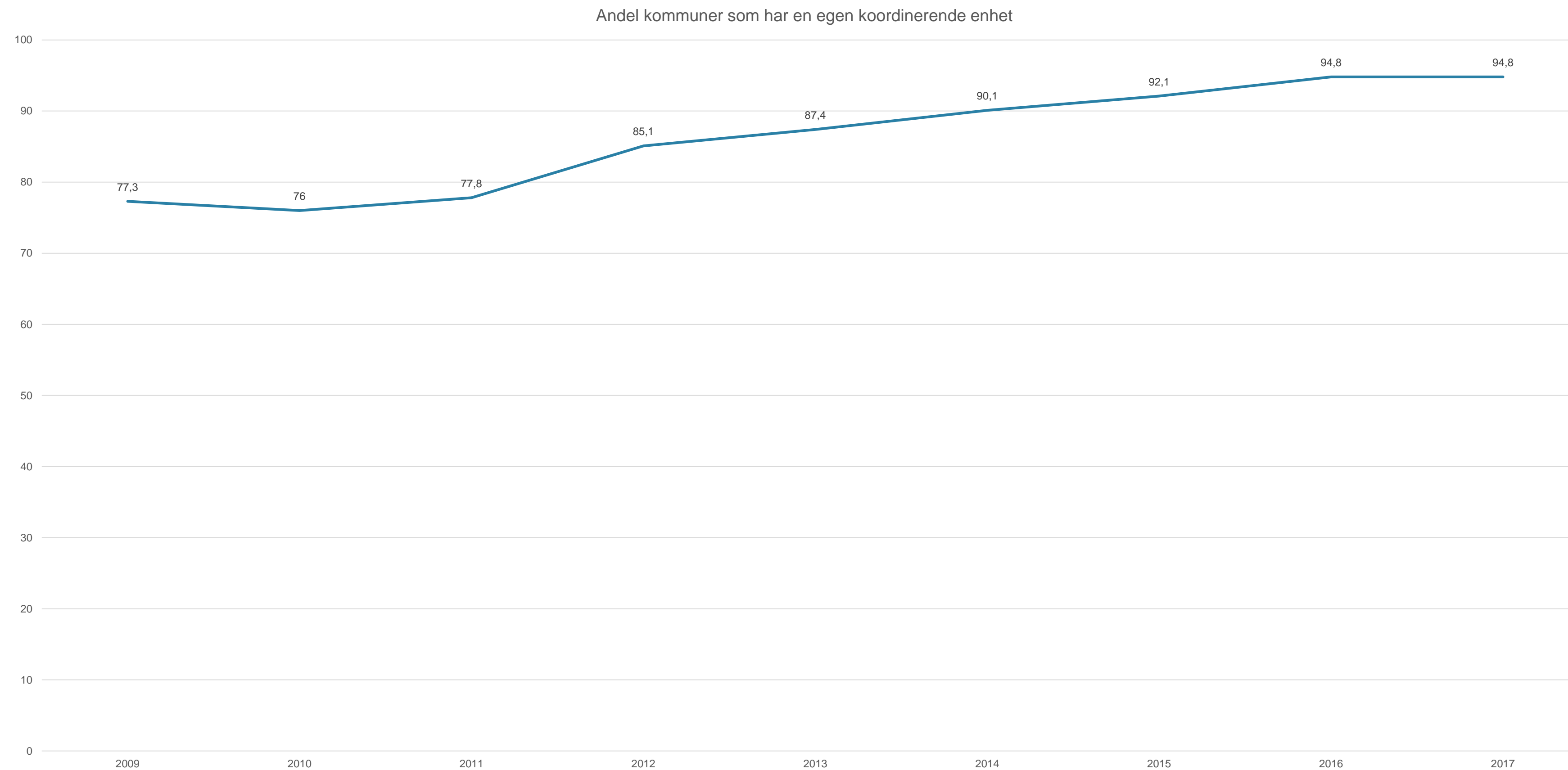
Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at praksis med regionale KE videreføres.

Prop. 91 L (2010-2011, side 373)

Ansvar og roller utdypes i [forskrift om habilitering og rehabilitering, IP og koordinator](#) samt i [Helsedirektoratets veileder](#).

# Andel kommuner med koordinerende enhet

Utvikling fra 2009 - 2017



Økende antall er organisert på høyt adm nivå (ca 50%).

1/4 er tverrsektorielt sammensatt.  
(Helsedirektoratet 2017)

(Kostra)

# Retten til individuell plan

Pbrl § 2-5:

**SKAL SIKRE HELHETLIG,  
KOORDINERT OG INDIVIDUELT  
TILPASSET TJENESTETILBUD**



**MOT PERSONENS MÅL**

- ✓ Kommunehelsetjenesten (ansvar når det er tjenester fra begge nivå) hol § 7-1
- ✓ Spesialisthelsetjenesten (medvirke og initiere) sphl § 2-5 og phvl § 4-1
- ✓ Andre sektorer (barnevern, NAV)
- ✓ Utdanningssektor (delta og samarbeide)

# Et historisk tilbakeblikk

- 2001 – Individuell plan – helselovgivningen
  - Forskrift om individuell plan
  - Forskrift om habilitering og rehabilitering (KE i § 8)
  - [Veileder for individuell plan 2001 – Sosial- og helsedepartementet](#)
- 2003 – Individuell plan – sosialtjenesteloven § 4-3
- 2005 – Forskrift om individuell – helse- og sosiallovgivningen
  - Individuell plan 2005 – Veileder til forskrift om individuell plan – Sosial- og helsedirektoratet
- 2006 – Endringer som følge av NAV-reformen 2006
  - Individuell plan i NAV-loven § 15 – i tillegg til sosialtjenesteloven § 4-3a

# ...historisk...

- 2007 – Endring i lov om psykisk helsevern § 4-1
  - Fjerner bestemmelse om utarbeidelse av IP uten pasientens samtykke
- 2010 – Individuell plan – barnevernloven § 3-2a
- 2010 – Ny lov om sosiale tjenester i NAV §§ 28 og 33
  - Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen  
Bestemmelsene videreføres i hovedsak samme innhold og formuleringer som tidligere felles forskrift etter helse- og sosiallovgivningen.
- 2012 – Samhandlingsreformen – IP i pbl § 2-5, hol § 7-1, sphl § 2-5, phvl § 4-1.
  - I tillegg plikt til å tilby koordinator
  - Koordinerende enhet fra forskrift til lov – lovpålagt overordnet ansvar for IP og koordinator, helseforetak og kommuner
  - Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

# ...historikk...

- 2013 – Skolelovgivningen

- Tillegg i Friskolelova § 3-6 a
- Tillegg i Opplæringslova § 15-5

Skolen skal ved behov delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i IP etter annet lovverk.

- 2015 – Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet

- 2017 – Skolelovgivningen – styrket samarbeidsplikt

Styrket samarbeidsplikt for utdanningssektoren jfr opplæringslova § 15-8 og friskolelova § 3-6b.

*«Skolen skal samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige personlege, sosiale eller emosjonelle vanskar.»*

- 2018 – Endring i veileder om rehabilitering og habilitering, IP og koordinator  
Endret fortolkning om [dokumentasjon av individuell plan](#) – forholdet til pasientjournal

# Hva er felles?

- **Helse- og omsorgstjenesteloven:**

*«Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.»*

- **Spesialisthelsetjenesteloven:**

*«Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene».*

- **Psykisk helsevernloven:**

*«Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene».*

- **Barnevernlova:**

*«Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra».*

- **Sosiale tjenester i NAV:**

*«Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder».*

- **NAV-loven:**

*«Kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.»*

- **Krisesenterlova:**

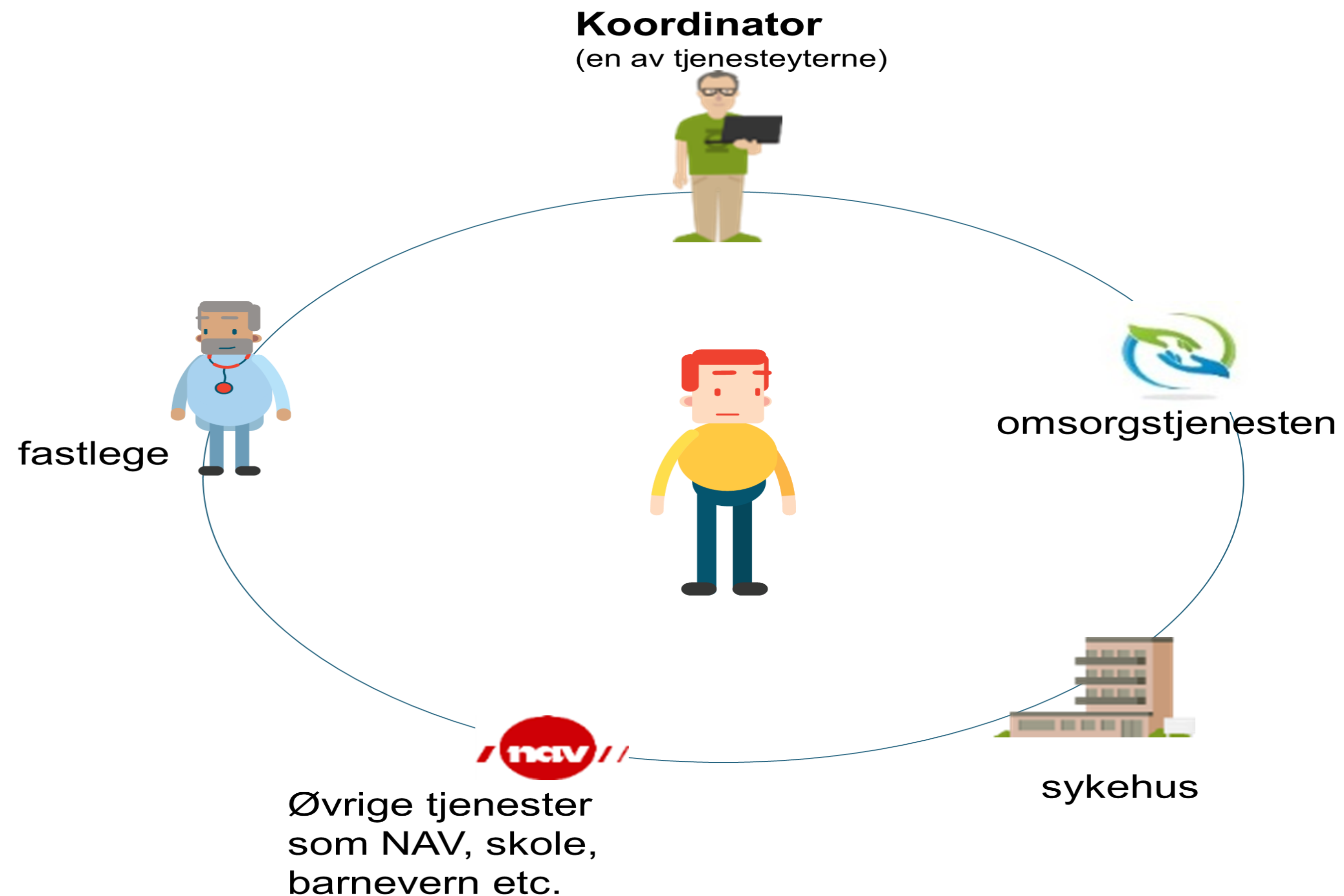
*«Tilbod og tenester etter denne lova kan inngå som ledd i samordninga av ein individuell plan etter anna lovgiving, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §§ 28 og 33».*



# ...behov for langvarige og koordinerte tjenester...

- Uavhengig av alder og diagnose.
- Et reelt koordineringsbehov – to eller flere helse- og omsorgstjenester.
- Behovet trenger ikke å være varig.
- Krav til varighet bør ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene.
- **Behov for tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen av personens behov!!!**

# Hvordan skal pasienter og brukere «gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud»?



# Tydeliggjøring og lovfesting av rollen som koordinator

*«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. **Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan**».* Hol § 7-2

*«For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. **Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan**».*

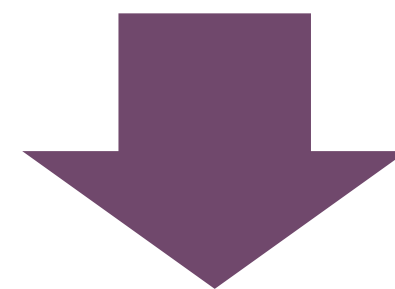
Sphl § 2-5a

# Utdyping i forskrift om habilitering og rehabilitering, IP og koordinator

Tilføyelse om tilbud om koordinator:

«Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan».

Forskrift om habilitering og rehabilitering, IP og koordinator §§ 21 og 22



Det vil si, det skal tilbys koordinator selv om personen takker nei til IP.

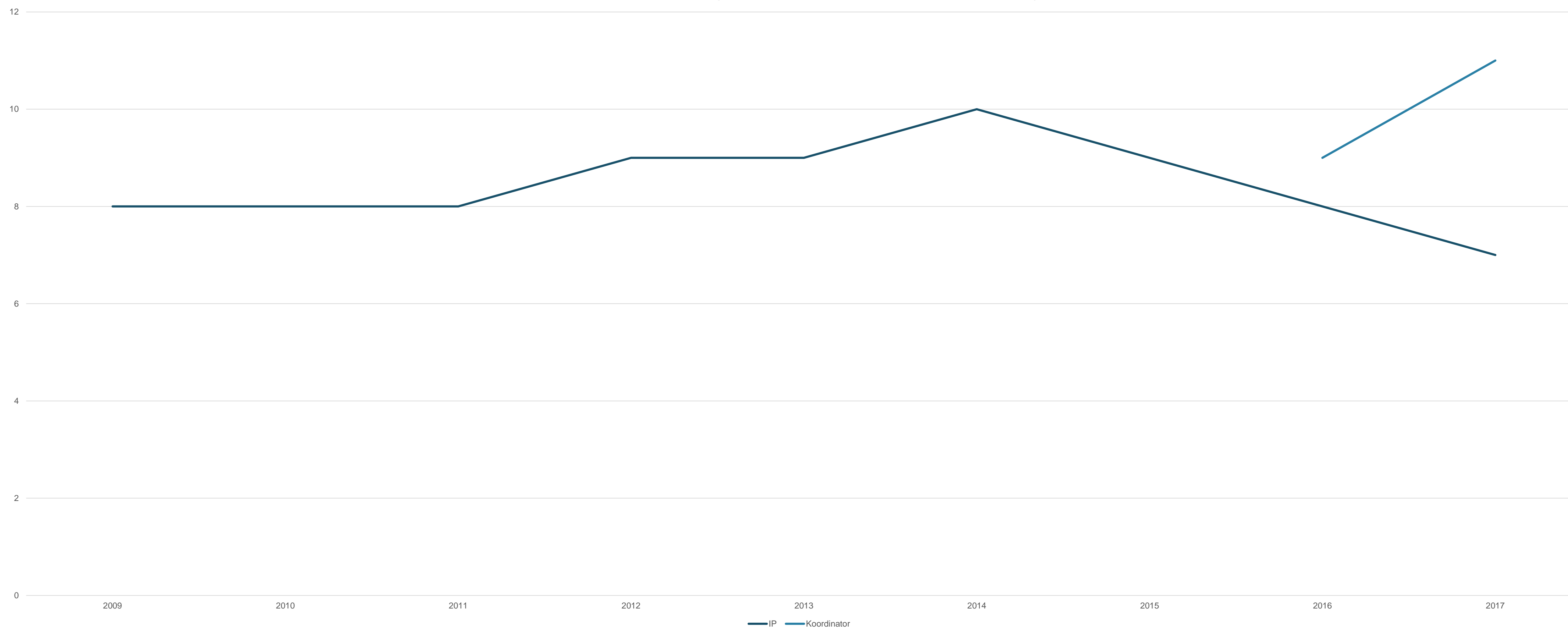
# Formålet med koordinator jfr forskrift om hab, rehab, IP og koordinator § 1

- 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

Innholdskravet til koordinatorrollen er utdypet i veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator kap 13.4

# Individuell plan og koordinator

Tabell 4.10 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per 31.12 som har individuell plan og koordinator. 2009-2017



# Eksempel på tverrsektorielt samarbeid

- [Veiviseren Bolig for velferd](#)

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/indivi>. The page title is "Individuell plan (IP) - Veivise...". The main content area features the logo "VEIVISER BOLIG FOR VELFERD" and a search bar. Below the logo, there is a breadcrumb trail: "Forside / Forstå helheten / Individuell plan". The main heading is "Individuell plan (IP)". The text describes IP as a tool and method for collaboration between service recipients and service providers for people with long-term and coordinated needs. It mentions that IP is a plan that coordinates services and resources from multiple providers (cross-sectoral) from start to goal, and that it should be one IP. It also states that an individual plan can consist of several activities to contribute to reaching the goal, and each activity can have its own plan (sub-plan) such as an individual training plan, treatment plan, rehabilitation plan, and qualification program. It notes that these sub-plans/activities should be coordinated and adapted to the overall individual plan. Finally, it states that a person with long-term and coordinated needs may need assistance in several life areas, and the need for cross-sectoral handling is prominent for the person.

Var siden nyttig for deg?

JA  NEI

Sist oppdatert:  
28.12.2018

Ansvarlig direktorat:  
Husbanken

# Medisinskfaglig koordinering og kontakt

- Fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar for pasienter på sin liste
- Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten



# **Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste**

«Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.»

fastlegeforskriften § 19

# Kontaktlege i helseforetak

«Pasient 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 i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.»

Pbrl § 2-5 a

«Helseforetaket skal oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. ....

Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt.»

Sphl § 2-5c

## Oppgaver

- Pasientens faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet – god kontakt
- Involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten
- Holde seg informert om status i behandlingen
- Bidra til at pasientforløpet går som planlagt
- Kontakt med fastlegen og andre i behandlingsteamet
- Samarbeid med koordinator/forløpskoordinator for de som har det
- Være tilgjengelig for pasienten og helsepersonell i medisinske spørsmål

Ordningen med kontaktlege utdypes i Helsedirektoratets [veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#).

## **Andre funksjoner og roller med benevnelsen koordinator**

**...og ...**

**som skal bidra til  
at pasienter og  
brukere gis et  
helhetlig og  
koordinerte  
tjenestetilbud**

- Pakkeforløpskoordinator
- Koordinator i oppfølgingsteam
- Øvrige koordinatorene i tjenestene
  - Demenskoordinator
  - Kreftkoordinator
  - Pårørendekoordinator
  - Primærkontakt
  - .....osv

# Pakkeforløpskoordinator

Departementet om forholdet mellom lovpålagt koordinator og pakkeforløpskoordinator:

*«Departementet legg til grunn at vilkåra for plikta til å oppnemne koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a ofte vil vere oppfylte for kreftpasientar, fordi dei ofte vil ha behov for «koordinerte tjenester», eventuelt «komplekse eller langvarige tjenester». Dersom vilkåra i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a er oppfylte, har helseføretaket ei lovbestemt plikt til å oppnemne koordinator. **For kreftpasientar\* vil det oftast vere naturleg at forløpskoordinatoren har funksjonen som koordinator etter denne føresegna**».*

Innst. 49 L, 2015-2016 jfr Prop.125L (2014-2015)

\*på dette tidspunktet forelå bare pakkeforløp for kreft

# Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov - innretning

- Henvender seg til ledelse på alle nivåer
- Bred tilnærming – på tvers av fag, organisering, diagnoser, funksjonsnedsettelse... - «generisk»
- Ingen «nye» bestemmelser
- Anbefalinger om innhold følger av øvrige faglige retningslinjer og veiledere



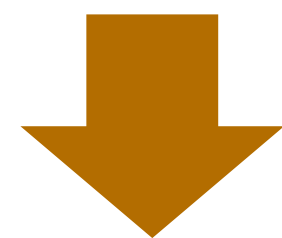
Utfordrer til systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester

The screenshot shows the LOVDATA website interface. The search bar at the top contains the text 'Søk etter lover, forskrifter, dommer og stortingsvedtak'. The main content area displays the title 'Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten' in red. Below the title is a table with the following data:

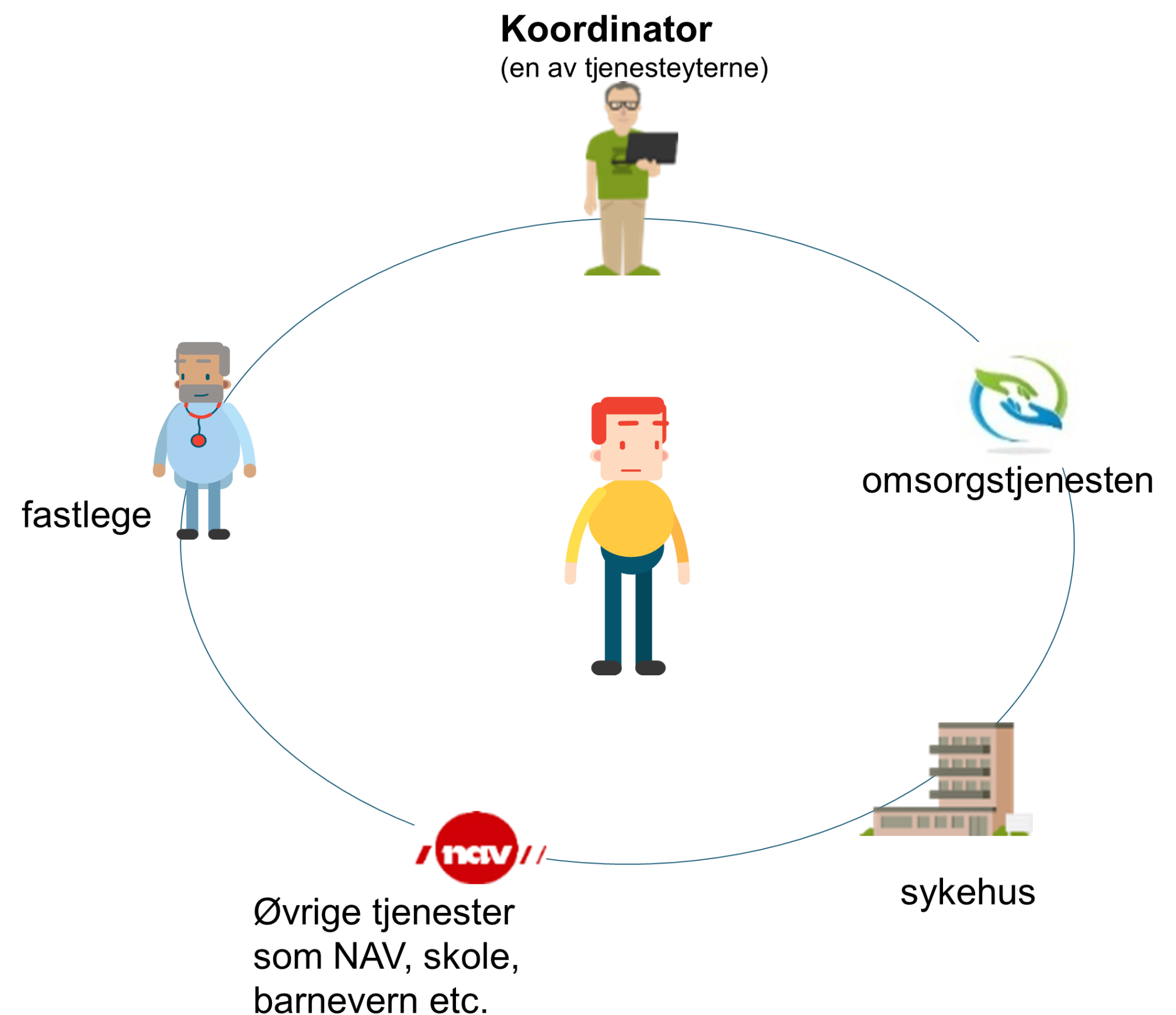
Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14 s 2267
Ikrafttredelse	01.01.2017
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20
Journalnr	2016-1036
Korttittel	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

# Koordinator i tverrfaglige oppfølgingsteam, jfr primærhelsemeldingen

Det legges til grunn at målgruppen for oppfølgingsteam – personer med store og sammensatte behov – er sammenfallende med «behov for langvarige og koordinerte tjenester».



Bestemmelsene om IP og koordinator – rettigheter og forpliktelser

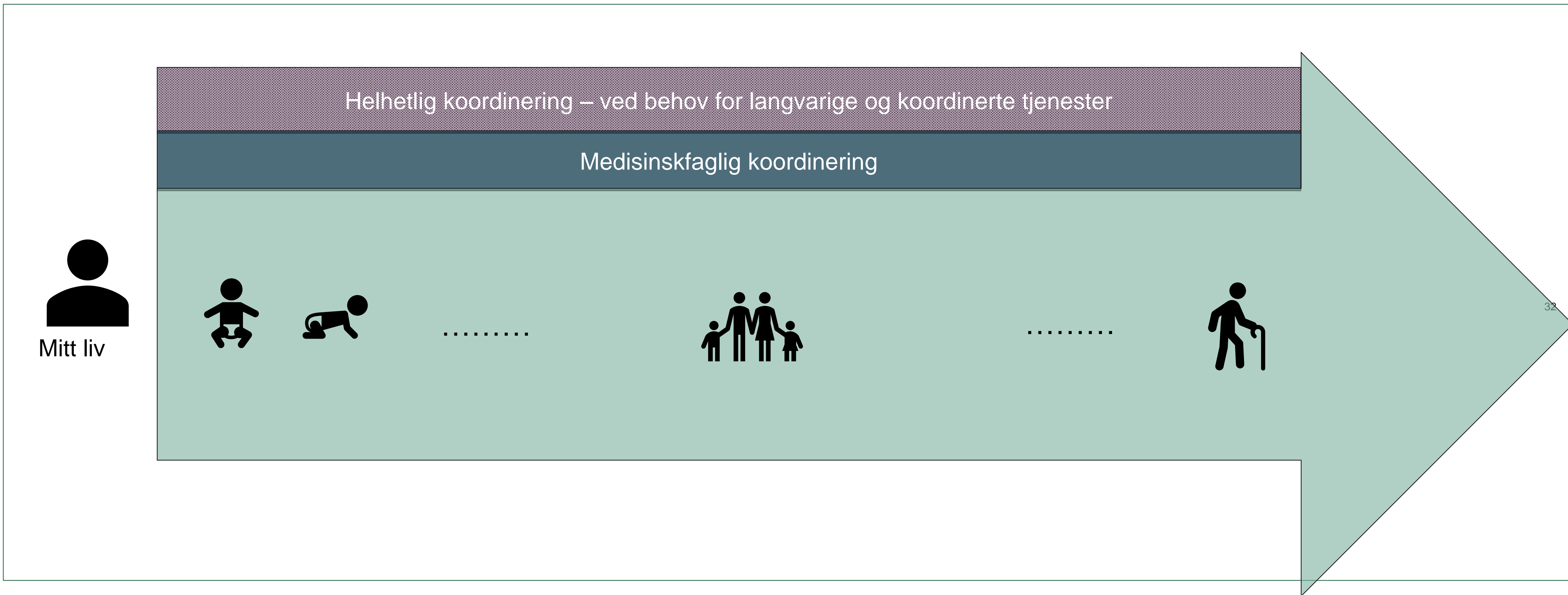


# Øvrige koordinatører i tjenestene

Dersom en person har behov for langvarige og koordinerte tjenester må det avklares hvorvidt koordinatører med andre benevnelser ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen.

- I tilfeller hvor demenskoordinator, kreftkoordinator eller andre 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 må fremgå tydelig overfor pasient, bruker og pårørende hvilken rolle personellet ivaretar.

# Koordinerte tjenester gjennom hele forløpet





# Sentrale dokumenter

- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
  - Kap 13.4 Beskrivelse av forholdet til koordinatorene for diagnosegrupper og forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten i tråd med HOD sine beskrivelser
- [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
  - Kap 7.4 om forholdet mellom lovpålagt koordinator vs koordinator i oppfølgingsteam og forløpskoordinator, med lenke til veileder om rehab, hab.....
- [Veileder om kontaktleger i spesialisthelsetjenesten](#)
  - Kap 6 om lovpålagt koordinator vs forløpskoordinator, med lenke til veileder om rehab, hab.....
- [Fastlegeforskriften – veileder med kommentarer](#), Den norske legeforening
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)

## Tiltak på gang nå

- Pilot for tverrfaglig oppfølgingsteam – 2018 – 2021
  - 6 kommuner – implementering av veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov
- E-læring i koordinatorrollen – 2019
- Filmsnutt om individuell plan og koordinator
- Brosjyre om individuell plan og koordinator – informasjon til pasienter, brukere og pårørende
- Tema i tverrsektorielt arbeid i 0 – 24

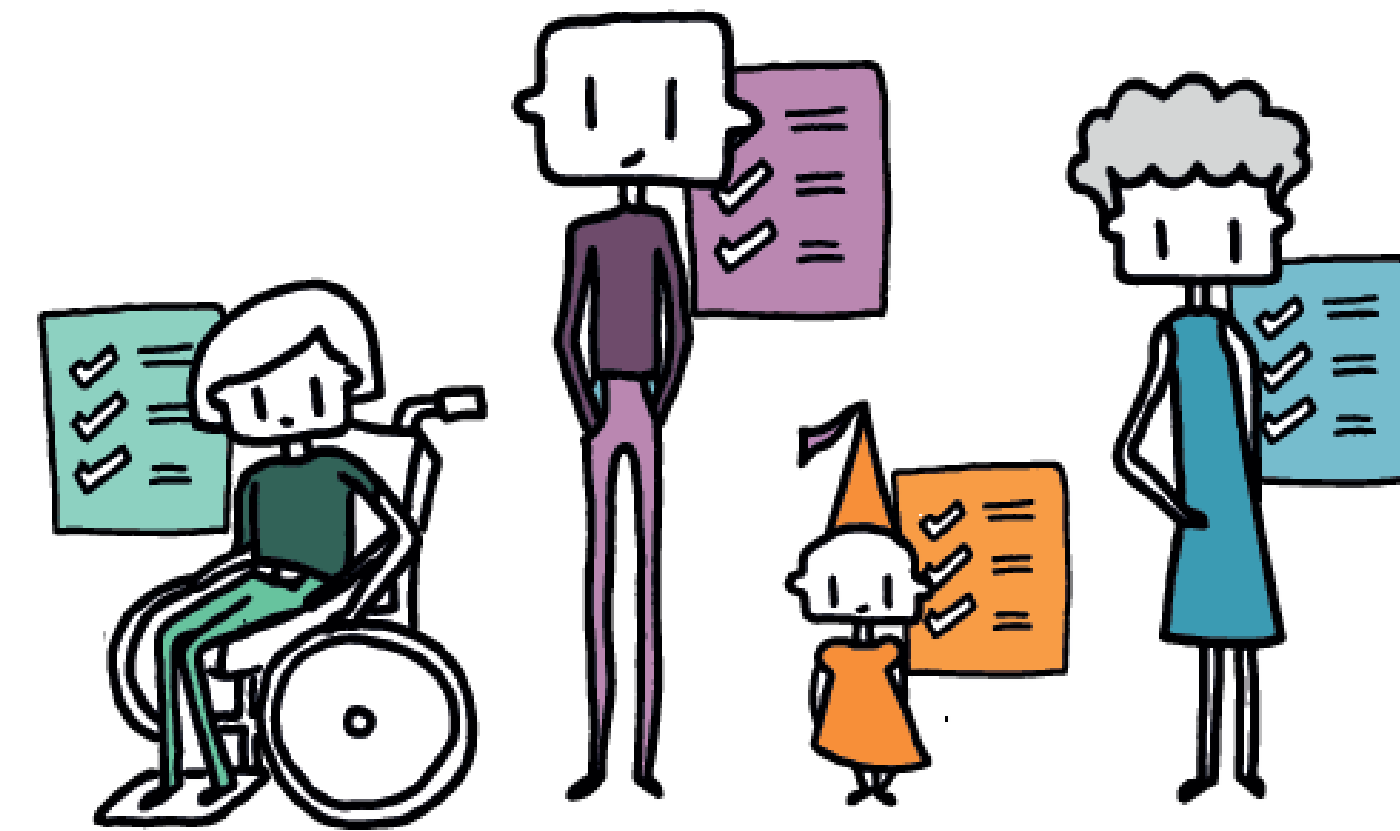
# BROSJYRE OM INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

## MÅLGRUPPE:

Brukere, pasienter, pårørende.

## PLAN:

- Elektronisk format på Helsedir.no
- Opptrykt eksemplar til alle landets KE (kommune og HF)
- Evaluerer opplevd nytte
  - Endringer?
  - Lage versjon på nynorsk
  - Oversette til andre språk



Ditt liv, din plan

Til deg som kan ha behov for  
langvarige og koordinerte tjenester

## Individuell plan og koordinator kan være noe for deg



### Hva er egentlig individuell plan?

Den individuelle planen beskriver hvordan tjenestene du trenger skal virke sammen slik at du får en helhetlig oppfølging - tilpasset dine behov. Det som er viktig for deg skal være utgangspunktet for planarbeidet. Planen skal angi dine mål, hva som skal gjøres, hvem som har ansvar for hva og til hvilken tid. Oppfølging fra sektorer utenom helse- og omsorg, som f.eks. NAV, skole og barnevern, kan også inkluderes i planen.

### ... og hva er en koordinator?

Koordinator er en av dine fagpersoner som koordinerer tjenestene og sikrer fremdrift i arbeidet med din individuelle plan. Koordinatorer sørger for at du, og eventuelt pårørende, involveres tett i arbeidet med din plan. Ulike yrkesgrupper kan ha rollen som koordinator. Ditt ønske skal vektlegges ved valg av koordinator.



### Hvem kan få individuell plan og koordinator?

- Alle med behov for flere helse- og omsorgstjenester over en viss tid. Behovet trenger ikke å være varig.
- I vurderingen av behovet for langvarige og koordinerte tjenester skal også tiltak fra andre sektorer inkluderes.
- Personer i alle aldre og uavhengig av diagnoser og/eller type funksjonsutfordringer

## Hva vil det si for deg å ha en individuell plan og koordinator?



- Du blir involvert, og planarbeidet er basert på dine mål.
- Du har én koordinator som har overblikk over din situasjon.
- Du får ikke nødvendigvis flere tjenester, men du får koordinerte tjenester som samarbeider.
- Du bestemmer hvilke opplysninger som deles mellom tjenestene.

Du opplever at tjenestene henger sammen slik at du kan nå dine mål

## Hvordan få individuell plan og koordinator?

Personell i tjenestene skal informere deg om individuell plan og koordinator. Du eller dine pårørende kan be om det. Henvendelser meldes til koordinerende enhet. Du skal tilbys koordinator selv om du takker nei til individuell plan.

Hvis du er innlagt på sykehus skal sykehuset tilby deg koordinator, melde behovet for individuell plan videre til kommunen og ved behov bidra i gjennomføring av planen.





[helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no)