



**OSO**  
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN  
UNN og kommunene

# **RETNINGSLINJER**

**Revidert versjon nov. 2018**

## **Samarbeid, ansvars- og arbeidsfordeling mellom UNN og kommunene**

### **Koordinator og Individuell plan (IP)**



Retningslinjene ble utarbeidet av et klinisk samarbeidsutvalg (KSU 1-2010) på oppdrag fra Overordnet samarbeidsorgan (OSO). Godkjent av OSO sak 7/2013

Retningslinjene er revidert i samarbeid mellom koordinerende enheter i UNN, Tromsø og Harstad kommuner.

Last ned på [www.unn.no/samhandling](http://www.unn.no/samhandling)

## Innhold

1. Formål med retningslinjene .....	2
2. Ansvar.....	2
3. Definisjoner.....	2
4. Ansvarsfordeling for informasjon, avklaring og igangsetting av koordineringsarbeidet ...	3
4.1 Informasjon om og avklaring av behov for koordinator og individuell plan.....	3
4.2 Igangsetting av koordineringsarbeidet.....	3
4.2.1 Kommunens ansvar .....	3
4.2.2 UNNs ansvar .....	4
4.3 Gjelder koordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten: .....	4
4.4 Når koordinator er oppnevnt, har denne ansvar for: .....	4
4.5 Særskilt for koordinator i spesialisthelsetjenesten .....	5
5. Dokumentasjon av koordinator og individuell plan .....	5
6. Utarbeiding av individuell plan .....	6
7. Håndtering av uenighet .....	6
8. Referanser og ressurser .....	7

Dette heftet gir informasjon om koordinator og individuell plan, samt om samarbeidet og ansvarsfordelingen rundt disse ordningene mellom helseforetaket og kommunene.

Retningslinjene gjelder for ansatte i Universitetssykehuset Nord-Norge og i kommunenes helse- og omsorgstjeneste i Troms og Ofoten, og er forankret i Tjenesteavtale 2<sup>1</sup>.

Mer om innhold og rettigheter knyttet koordinator og individuell plan finnes i nasjonal veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, og i veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, samt i andre ressursdokumenter som det er henvist til på siste side.

**UNN:** I sykehusets kvalitetssystem DocMap finnes regional retningslinje for oppnevning av koordinator [RL5945](#), samt funksjonsbeskrivelse for koordinator i spesialisthelsetjenesten [FB1616](#) og et flytskjema [FB1892](#) som beskriver ansvar og oppgaver for fagfolk i UNN.

**Den enkelte kommune** har egne rutiner og retningslinjer. Kontakt koordinerende enhet i din kommune. Du finner adresse og kontaktinformasjon på [www.unn.no/ke](http://www.unn.no/ke)

---

<sup>1</sup> Tjenesteavtale 2 mellom kommunene og Universitetssykehuset Nord-Norge 2016. Pkt. 5.3.1 og 5.3.2

## **1. Formål med retningslinjene**

Sikre oppstart, videreføring og sammenhengende koordinering av tjenester for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Og om det er aktuelt, utarbeidelse av skriftlig individuell plan.

Sikre at ansatte med pasient-/brukerkontakt i UNN og kommunene har kunnskap om IP og koordinator, og kjenner til sitt ansvar for informasjon, igangsetting, utarbeidelse, oppfølging og samarbeid slik at de kan iverksette ordningene.

## **2. Ansvar**

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) i kommunen og i KE helseforetaket har det overordnede ansvaret for hhv. kommunen og helseforetakets arbeid med individuell plan og koordinator. Koordinerende enhet skal gi veiledning og opplæring i koordineringsarbeid<sup>2</sup>. Det er et lederansvar å påse at retningslinjer følges, samt at det gis opplæring og rammebetingelser for å ivareta koordineringsarbeidet.

## **3. Definisjoner**

**Koordinator i kommunen** skal sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med en eventuell individuell plan.

**Koordinator i spesialisthelsetjenesten** skal samordne tilbudet før, under og etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og sikre framdrift i arbeidet med individuell plan når det er aktuelt.

**Forløpskoordinator:** Det finnes forløpskoordinatorer i pakkeforløp for kreft. Fra 1.1.19 vil det også bli etablert forløpskoordinatorer innen pakkeforløp psykisk helse og rus. Når det er forløpskoordinatorer tilgjengelig for pasienten, må det vurderes om disse også kan fylle denne koordinatorfunksjonen (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a).

**Individuell plan (IP)** er en overordnet plan for tjenestene til en pasient/bruker. IP beskriver mål, tiltak, hvem som har ansvar for å gjøre hva, og når det skal gjøres<sup>3</sup>. Delplaner som behandlings-, krise- eller opplæringsplaner kan inngå som del av en IP. Individuell plan brukes i de tilfeller der pasient/bruker med koordinator ønsker at koordineringen skriftliggjøres i en plan. En individuell plan gir i seg selv ikke rett til tjenester. Ingen kan love tjenester på vegne av andre etater og forvaltningsnivåer.

**Koordinerende enhet** i helseforetaket og kommunen har systemansvar for koordinator og IP, herunder opplæring og veiledning.

**Koordineringsarbeid** slik vi bruker det i denne retningslinja, omfatter koordinatoroppgaven og arbeidet med individuell plan.

---

<sup>2</sup> Når ordningene koordinator og individuell plan omtales samlet, brukes begrepet koordineringsarbeid

<sup>3</sup> Mer utfyllende beskrivelse av individuell plan finnes i §19 a-i i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Se lenke til ressursdokumenter på siste side.

**Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.** Fra 2012 har pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet rett til kontaktlege<sup>4</sup>. Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet og involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten, svare på faglige spørsmål fra pasienten og pårørende. For områdene psykisk helsevern eller rusbehandling kan kontaktpsykolog utnevnes i stedet for kontaktlege.

**Fastlegens koordineringsansvar.** Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, ha oversikt over pasienter med behov for medisinskfaglig oppfølging og koordinering. Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Fastlegen plikter å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen (Fastlegeforskriften § 17 og 19).

#### ***4. Ansvarsfordeling for informasjon, avklaring og igangsetting av koordineringsarbeidet***

##### ***4.1 Informasjon om og avklaring av behov for koordinator og individuell plan***

Helsepersonell som pasienten/brukeren har kontakt med i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten, har plikt til å gi informasjon om koordinator og IP der det kan være aktuelt, og til å dokumentere at dette er gjort.

Dersom pasient/bruker fyller vilkåret, men takker nei, skal dette dokumenteres.

##### ***4.2 Igangsetting av koordineringsarbeidet***

Koordineringsarbeidet skal igangsettes så snart behovet er vurdert av den instansen som på det aktuelle tidspunktet gir tjenester. Det er koordinerende enhet i kommunen, eller leder ved aktuell enhet ved UNN som skal sørge for at det blir utnevnt en koordinator. Koordinator oppnevnes blant personell som er involvert i arbeidet omkring pasient/bruker.

###### **4.2.1 Kommunens ansvar**

- a) Starte koordineringsarbeidet dersom pasient/bruker mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- b) Melde til aktuell enhet i UNN dersom kommunen vurderer at det er behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten. Dersom det ikke er klart hvilken enhet som er aktuell, meldes behovet til UNNs koordinerende enhet.
- c) Videreføre individuelle planer som er påbegynt i UNN, i tilfeller der pasient/bruker har kommunale helse- og omsorgstjenester og behov for langvarig koordinering av disse.

---

<sup>4</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten §2-5 c og veileder for kontaktlege: <https://helsedirektoratet.no/kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten>

#### 4.2.2 UNNs ansvar

- a) Starte koordineringsarbeidet for de pasientene som i en lengre periode kun har behov for spesialisthelsetjenester og ikke oppfølging fra kommunens helse- og omsorgstjeneste (for eksempel ved langvarig sykehusopphold for nyoppstått tilstand). Herunder sørge for å starte arbeidet med individuell plan<sup>5</sup>.
- b) Koordinator i UNN skal snarest mulig varsle koordinerende enhet (KE) i pasientens hjemkommune og melde behovet for koordinator og/eller individuell plan<sup>6</sup> i de tilfeller der pasienten har behov for koordinering av tjenester både fra spesialist- og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kontaktinformasjon til KE i kommunene finnes på nettsida til koordinerende enhet i helseforetaket ([www.unn.no/ke](http://www.unn.no/ke)). Dersom kommunen krever skriftlig søknad fra brukere som ønsker individuell plan, skal spesialisthelsetjenesten bistå pasienten med å søke.
- c) Ved behov skal koordinator og annet helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten bistå pasientens koordinator i kommunen i arbeidet med IP, og bidra med nødvendig dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå. Dette er særlig viktig ved endringer av helsetilstanden, eller etter at nye utredninger er foretatt. Utførelse av rollen som koordinator/IP-koordinator<sup>7</sup>

#### 4.3 Gjelder koordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten<sup>8</sup>:

Koordinator skal ha pasientens/brukerens mål i fokus når ressurser og muligheter avklares. Grunnlaget for å lykkes med koordineringsarbeidet er at det etableres et forhold preget av tillit, respekt, dialog og informasjonsformidling.

#### 4.4 Når koordinator er oppnevnt, har denne ansvar for:

- a) Være pasientens/brukerens kontaktperson og pådriver i tjenesteapparatet.
- b) Sikre at pasientens/brukerens rettigheter blir ivaretatt. IP-koordinator legger til rette for at pasienten/brukeren deltar i arbeidet med sin IP, om ønskelig sammen med sine nærmeste.
- c) Innhente informert samtykke<sup>9</sup> fra pasient/bruker vedr. utveksling av helseopplysninger i forbindelse med koordinering og IP. Samtykket må revideres dersom helsetilstand eller samarbeidspartnere endres.

---

<sup>5</sup> Jfr. Tjenesteavtale 2, pkt. 5.3.2

<sup>6</sup>Jfr. Tjenesteavtale 2, pkt. 5.3.2 og Helsepersonellovens §38

<sup>7</sup> Disse koordinatorfunksjonene skilles siden pasient/bruker kan ha koordinator selv om han ikke har IP. Når det videre står koordinator omfattes begge typer koordinatorfunksjoner. Benevnelsen IP-koordinator brukes når koordinatorfunksjonen er knyttet til utarbeidelse/oppfølging av IP.

<sup>8</sup> Den nye funksjonen koordinator i spesialisthelsetjenesten vil trolig beskrives nærmere i veileder til forskriften om habilitering, rehabilitering individuell plan og koordinator som vil bli utarbeidet. Det er gitt få føringer for hvordan denne koordinatorfunksjonen skal utføres

<sup>9</sup> 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

- d) Ta kontakt med pasient/bruker så raskt som mulig for å avtale hvilke koordineringstiltak som skal igangsettes. I kommunen skal dette normalt skje innen 2 uker etter oppnevning. Lengre frist krever særskilt begrunnelse. I spesialisthelsetjenesten igangsettes tiltakene så raskt som mulig, og i henhold til innleggelseslengde eller plan for konsultasjoner.
- e) Innkalle til og lede møter tilknyttet koordineringsarbeidet. Sørge for at ansvar fordeles og tidsfrister settes, samt at referater blir sendt ut innen rimelig tid.
- f) Sørge for god informasjons- og ansvarsoverføring dersom pasient/bruker overflyttes mellom UNN og kommunen eller til annen instans. Gjelder også dersom koordinator slutter, pasienten/brukeren flytter eller lignende.
- g) Sørge for evaluering og framdrift i koordineringsarbeidet. Samt skrive og følge opp den individuelle planen.
- h) Evaluere og eventuelt justere koordineringsarbeidet. Herunder møtene, koordinatorrollen og samarbeidet omkring plan og tiltak.
- i) Når det er koordinator både i spesialisthelsetjenesten og kommunen, plikter disse å samarbeide.

#### **4.5 Særskilt for koordinator i spesialisthelsetjenesten**

Oppgaver og ansvar for koordinatoren framgår av funksjonsbeskrivelsen [FB1616](#) og flytskjemaet [FB1892](#). Her inngår også hvor og hvordan koordineringsarbeidet skal dokumenteres, og samarbeid med kontaktlege/kontaktpsykolog der det er aktuelt.

Ansvar for oppnevning og tilrettelegging for utførelse av koordinatorfunksjon framgår av retningslinja [RL5945](#).

### **5. Dokumentasjon av koordinator og individuell plan**

Den enkelte kommune og UNN må ha interne rutiner for hvor og hvordan vurdering, beslutninger og gjennomføring av koordineringsarbeidet dokumenteres. Følgende skal dokumenteres i pasientjournal/ fagsystemer av ansvarlig helsepersonell:

- a) at pasient/bruker har fått informasjon om koordinator/IP
- b) om vedkommende ønsker å få utarbeidet plan/oppnevnt koordinator, og om han/hun oppfyller kriteriene eller ikke
- c) om det er innhentet samtykke og hva dette gjelder
- d) om det er oppnevnt koordinator eller ikke.
- e) navn på koordinator(er) i UNN/kommunen

Fastlege og andre samarbeidspartnere skal informeres gjennom epikrise/rapporter om koordinator/igangsatt IP, så fremt ikke pasienten/brukeren motsetter seg det. Informasjon skal også gis dersom koordinatorordning avsluttes. (UNN har egne brevmaler i DIPS)

## **6. Utarbeiding av individuell plan**

Planen skal inneholde brukerens/pasientens mål, plan for tiltak med ansvarlig og tidsfrist, samt når og hvordan den skal evalueres. IP-koordinator skal sørge for at planen utarbeides i henhold til gjeldende retningslinjer. UNN [RL5520](#). Kommunen: kontakt KE for veiledning.

Den individuelle planen kan også omfatte tjenester fra etater som NAV, skole, barnevern med flere. Vær spesielt oppmerksom på samtykke til deling av helseinformasjon.

Selve den individuelle planen vil i de fleste tilfeller utformes av IP-koordinator i kommunen i samarbeid med pasient/bruker og tverrfaglig ansvarsgruppe. Helsepersonell i UNN, deltar i IP-arbeidet når de er involvert i pågående behandling eller andre tiltak som omfattes av den individuelle planen til pasient/bruker. Som nevnt over, så skal UNN starte utarbeidelsen av planen når kun spesialisthelsetjenesten er involvert over en lengre periode.

Noen kommuner har elektroniske IP-verktøy som kommunen er databehandlingsansvarlig for. Her kan også navngitt helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten gis tilgang etter samtykke fra pasienten. Informasjon som er sentral for pasient/brukers tilbud i spesialisthelsetjenesten må i tillegg dokumenteres i pasientens journal i UNN, da tilgangen til elektronisk IP vil være personbestemt og ofte tidsavgrenset. Det må sikres at nødvendig informasjon er tilgjengelig for alle som har ansvar for behandlingen av pasienten.

Det er i de fleste tilfeller ikke relevant at hele den individuelle planen dokumenteres i pasientjournalen i spesialisthelsetjenesten. Det kan imidlertid være nyttig at hovedpunktene i IP-en, samt sentrale samarbeidspartnere og tidsrammer for mål og tiltak refereres i journaldokumentet Individuell plan (og koordinator) FE. I tillegg dokumenterer deltakende spesialisthelsetjenestepersonell sin egen utførte helsehjelp i sine journaldokumenter<sup>10</sup>. Det er viktig ikke å fravike prinsippet om at pasienten/brukeren kun skal ha EN individuell plan.

Ansatte i kommunen kontakter kommunens koordinerende enhet for å få informasjon om hvilke papirmaler som skal benyttes for individuell plan. I UNN ligger IP-mal under journalnotat i DIPS.

Oppbevaring av papirversjoner eller elektroniske utgaver av individuelle planer skal følge samme rutiner som øvrig pasientdokumentasjon når det gjelder krav til sikkerhet og arkivering.

## **7. Håndtering av uenighet**

Ved uenighet mellom UNN og kommune om pasient/brukers behov eller rettigheter når det gjelder koordineringsordninger, skal koordinerende enhet i kommunen og helseforetaket involveres. De koordinerende enhetene skal i fellesskap vurdere pasientens/brukerens behov og rettigheter, og bistå fagmiljøene med å finne løsninger.

---

<sup>10</sup> I Pasientjournalforskriftens §8 nevnes Individuell plan under krav til journalinnhold som skal tas inn i journalen dersom det er relevant og nødvendig.

## 8. Referanser og ressurser

1. **LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester** m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), kap. 7: Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. <http://www.lovdatab.no/all/tl-20110624-030-007.html>
2. **LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten** m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Kap. 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html#map002>
3. **LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell** mv. (helsepersonelloven). § 38 a og Helse- og omsorgstjenesteloven. Melding om behov for individuell plan og koordinator. <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-007.html#38a>
4. **Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator.** <http://www.lovdatab.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html>
5. **Proposisjon 91 L (2010-2011).** Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Kap.31: Individuell plan og koordinator. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/31.html?id=639211>
6. **Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator** <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
7. **Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov** <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
8. **Barn og unge med habiliteringsbehov – Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand** <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/barn-og-unge-med-habiliteringsbehov-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-utdanningssektoren-om-barn-og-unge-som-trenger-samordnet-bistand>
9. **Veileder for kontaktlege i spesialisthelsetjenesten** <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten>
10. **Tjenesteavtale 2 mellom kommunene og Universitetssykehuset Nord-Norge 2016:** Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester. [www.unn.no/samhandling](http://www.unn.no/samhandling)
11. **Koordinerende enhet i kommuner/helseforetak. Finn kontaktinformasjon på** [www.helse-nord.no/rehabilitering](http://www.helse-nord.no/rehabilitering)
12. **E-læring for Individuell plan:** <http://www.helsekompetanse.no/plan>