

# Knutepunkt for koordinering

*Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i fem kommuner*



**Heftets tittel:** Knutepunkt for koordinering

**Utgitt:** 09/2010

**Bestillingsnummer:** IS-1841

**Utgitt av:** Helsedirektoratet  
**Kontakt:** Avdeling minoritetshelse og rehabilitering  
**Postadresse:** Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
**Besøksadresse:** Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**Hefte kan bestilles hos:** Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1841

**Forfatter:** Rambøll AS  
Sigrunn Gjønnnes, Helsedirektoratet

**Redaktør:** Sigrunn Gjønnnes

**Design og trykk:** Andvord Grafisk AS

**Bilder:** Colourbox  
(bybilder s. 15, 18, 21, 24, 27 er funnet på internett)

## Forord

Denne rapporten inneholder eksempler på hvordan fem ulike kommuner har utformet sin koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dataene er fra undersøkelsen "Perspektiver på god praksis" som ble gjennomført okt – des 2009 av konsulentfirmaet Rambøll AS på oppdrag fra Helsedirektoratet. Den hadde et særlig fokus på hvilke organisatoriske faktorer som kan synes å være viktige for at enhetene skal bli gode og funksjonelle.

Etablering av koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i kommuner og spesialisthelsetjeneste har tatt tid. Helsedirektoratet erfarer imidlertid at de siste års fokus har gitt resultater. Undersøkelser viser at stadig flere kommuner og helseforetak får enheter på plass som samsvarer med den rolle og funksjon som nasjonale myndigheter har stilt krav om. Denne undersøkelsen er avgrenset til å ha hovedfokus på kommunene.

Behovet for koordinering er på dagsorden, ikke minst gjennom samhandlingsreformen. Koordinerende enheter sitt systematiske arbeid for å legge til rette for et godt tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid omkring individuelle planer, er svært viktig i denne sammenhengen.

Arbeidet må fortsette, og kommuner og helseforetak oppfordres til å dele erfaringer med hverandre. Gjennom eksempler på god praksis med hensyn til organisering, ansvarsområder og samarbeid fra fem kommuner, håper Helsedirektoratet at denne eksempelsamlingen kan være til inspirasjon.

De som vil lese mer om denne undersøkelsen oppfordres til å laste ned rapporten "Perspektiver på god praksis" fra Helsedirektoratets hjemmeside.

Helsedirektoratet, september 2010



Jon Hilmar Iversen  
Divisjonsdirektør  
Primærhelsedivisjonen



# Innhold

Forord.....	3
Innledning .....	7
Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene .....	7
Undersøkelse i fem kommuner .....	8
God praksis.....	9
Oppsummering av hovedfunn .....	10
Overordnede funn .....	10
Suksesskriterier .....	10
Hovedutfordringer .....	10
God praksis - organisering, ansvar og brukerperspektiv.....	11
Konklusjon – nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering .....	13
Arendal kommune .....	15
Sør-Varanger kommune .....	18
Trondheim kommune .....	21
Steinkjer kommune .....	24
Rælingen kommune .....	27
Perspektiver på god praksis.....	30
Organisering .....	30
Ansvar og oppgaver.....	30
Kompetanse.....	30
Samarbeid .....	31
Individuell plan .....	31
Tjenestetilbud.....	32
Brukerperspektivet.....	32
Det nytter .....	33

## Noen definisjoner

**Habilitering og rehabilitering** har i forskrift om habilitering og rehabilitering §2 en felles definisjon. Det som står i denne rapporten er overgripende for både habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

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

“**Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**” er den fullstendige benevnelsen som er brukt i forskriften. Kortutgaven “koordinerende enhet” er synonymt med denne og benyttes av hensyn til språklig forenkling.

# Innledning

## Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene

I 2001 ble kommunene pålagt å opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering gjennom Forskrift om habilitering og rehabilitering<sup>1</sup>. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011) beskrives koordinerende enhet som "et sted å henvende seg til, et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt... I mange tilfeller vil det være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer."<sup>2</sup> Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering omtales også i St.meld. 21 (1998-99) Ansvar og meistring, hvor det listes opp noen oppgaver som enheten kan ha:

- Å registrere rehabiliteringsbehov
- Å sikre utarbeidelse av individuelle planer
- Å initiere, administrere og følge opp tverrfaglige grupper rundt den enkelte
- Å være knutepunkt for samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Å koordinere samarbeidet mellom helse- og sosialtjenesten og statlige etater på overordnet nivå
- Å være lokal pådriver for utvikling av feltet
- Å lede tverrfaglige team
- Å initiere og følge opp lokale tiltak

Formålet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å bidra til at brukere som har behov for tjenester fra flere ulike aktører skal motta et helhetlig tjenestetilbud.

Forskrift om habilitering og rehabilitering stiller kommunene fritt i hvordan de organiserer sin koordinerende enhet. Dermed vil god praksis kunne knytte seg til ulike organisatoriske modeller. Forskriften stiller imidlertid krav om at denne koordineringsfunksjonen skal være synlig, tilgjengelig og etablert.

Etter at kravet om å etablere en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering kom i 2001, har det vært utfordrende for kommunene å oppfylle forskriftens intensjoner om denne funksjonen. Fylkesmennene fikk i 2009 i oppdrag fra Helsedirektoratet å kartlegge hvilke funksjoner som er lagt til koordinerende enhet i fylkets kommuner. Denne viste at mange kommuner har gjort gode grep, men også at enhetene ikke fullt ut fungerer etter intensjonen i nær halvparten av landets kommuner. En annen undersøkelse, gjennomført av Synovate i 2009<sup>3</sup> i 192 kommuner, viste at systemansvaret for individuell plan i meget og ganske stor grad var ivaretatt i mer enn 70 % av kommunene.

<sup>1</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

<sup>2</sup> Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776>

<sup>3</sup> Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene, Synovate 2009

## Undersøkelse i fem kommuner

Konsulentfirmaet Rambøll AS gjennomførte i 2009, på oppdrag fra Helsedirektoratet, en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i fem kommuner. Formålet med undersøkelsen var å synliggjøre faktorer og rammebetingelser som kan ha betydning for at disse enhetene på systemnivå kan bidra til å sikre god koordinering på individnivå, med utgangspunkt i de roller og oppgaver enheten er ment å ivareta. Fokus på organisatoriske faktorer var særlig viktig fordi forskriften åpner for ulike måter å organisere arbeidet på.

I hver av de fem kommunene ble det gjennomført en kvalitativ casestudie. Data-materialet baserer seg på personlige intervjuer med omkring åtte personer fra hver av kommunene, inkludert ledere for koordinerende enhet og samarbeidspartnere internt og eksternt. Det ble også gjennomført fokusgruppeintervju med brukere i alle kommunene for å synliggjøre hva de har opplevd som viktig i møte med koordinerende enhet.

Kommunene ble valgt ut på bakgrunn av tre overordnede forhold. De skulle:

- ha en velfungerende koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- være geografisk spredt
- representere forskjellige muligheter i organisering av koordinerende enhet

På bakgrunn av disse forholdene deltok følgende kommuner i undersøkelsen:

- ❖ **Arendal**
- ❖ **Sør-Varanger**
- ❖ **Trondheim**
- ❖ **Steinkjer**
- ❖ **Rælingen**

I denne samlingen gjengis Rambøll sin presentasjon av undersøkelsene i de fem kommunene, med fokus på følgende tema:

- organisering
- ansatte og kompetanse
- ansvar og oppgaver
- individuell plan og koordinator
- samarbeid

Presentasjonen av kommunene inneholder i noen grad oversikt over antall ansatte i kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og hvilken type kompetanse disse personene har. Oppgaver som er særlig sentrale for den enkelte koordinerende enhet, er også tatt med. Etter som arbeidet med individuell plan oppgis å være en av hovedoppgavene i alle kommunene, er dette gitt en egen overskrift. Deretter beskrives koordinerende enhets mest sentrale samarbeidspartnere, og kort om hva samarbeidet går ut på.



Det er også lagt vekt på at brukerne av rehabiliteringstjenester skal komme til orde i dette heftet. Under hver kommune presenteres derfor et utdrag fra fokusgruppeintervjuene. Her gis det et lite innblikk i hva som har vært utfordringene til akkurat denne personen, og hvordan kommunen gjennom tiltak i regi av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har bidratt til å finne løsninger som er gode for brukeren.

For hver kommune oppsummerer Rambøll også hvilken praksis de erfarer som spesielt god. I denne forbindelse er det viktig å presisere at mange av kommunene gjør samme type praksis, og at det derfor fokuseres på litt ulike ting fra hver kommune for å få frem flere eksempler på god praksis.

## God praksis

Selv om alle kommuner på landsbasis ikke har lykkes fullt ut i å etablere velfungerende koordinerende enheter per i dag, er det mange kommuner som har gjort en rekke gode grep. Denne samlingen fra de fem undersøkelseskommunene er til for å synliggjøre noen eksempler på god praksis fra kommuner som har etablert en koordinerende enhet, og som i stor grad oppfyller de rollene som en slik funksjon er ment å ha. Helsedirektoratet vil presisere at dette ikke er en uttømmende liste over det som finnes av gode løsninger i norske kommuner.

**God praksis er handlingsmåter som effektivt produserer bestemte resultater under de foreliggende forutsetninger.**

*Rambøll*

Formålet med å trekke frem eksempler fra enkeltkommuner er først og fremst at andre kommuner kan gjøre seg nytte av dem i sitt arbeid med å etablere og videreutvikle koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

# Oppsummering av hovedfunn

## Overordnede funn

I dette kapitlet presenteres overordnede funn fra undersøkelsen. Først oppsummeres suksesskriterier som ifølge disse kommunene er av stor betydning for en velfungerende koordinerende enhet. Deretter gjengis noen hovedutfordringer. Til sist nevnes i korte trekk hva som fremstår som god praksis med utgangspunkt i undersøkelsens hovedtema.

## Suksesskriterier

Gjennomgående i undersøkelsen er det fokusert på hvilke faktorer som både ledere av koordinerende enhet, tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere opplever som særlig betydningsfulle for at enhetene skal fungere etter intensjonen om å skape god koordinering på individnivå. Følgende suksesskriterier ble trukket frem:

- God administrativ og praktisk forankring i kommunen
- Informasjon om rolle og funksjon til både tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere
- Legitimitet blant tjenesteytere/samarbeidspartnere
- Etablerte samarbeids- og kommunikasjonsstrukturer på tvers av tjenesteområder
- System for opplæring av koordinatorene for individuell plan, og å skape arenaer for brukermedvirkning
- Felles forståelse på tvers av enheter av hva habilitering og rehabilitering innebærer
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Tydelig ansvarsfordeling mellom enheter og tydelighet overfor brukere
- Nedskrevne prosedyrer, rutiner og håndbøker
- Fleksibilitet

## Hovedutfordringer

Gjennom undersøkelsen ble det i flere av kommunene identifisert noen hovedutfordringer for at koordinerende enhet skal kunne fungere etter intensjonen. De utfordringene som ble tillagt størst vekt var følgende:

- Å få ansatte til å ta rollen som koordinator for brukere med individuell plan
- Ulike oppfatninger av ansvar i forskjellige kommunale sektorer
- Å etablere samarbeid med tjenester utenom de tradisjonelle helse-, pleie- og omsorgstjenestene
- Å sikre tilstrekkelig informasjonsspredning
- Å utarbeide gode prosedyrer, internkontrollsystemer og kvalitetshåndbøker
- At funksjonen innehas av en enkelt person i kommunen

Som det fremkommer av suksesskriteriene og utfordringene, er noen punkter nevnt begge steder. Det gjelder å utarbeide gode prosedyrer og kvalitetshåndbøker, og å oppnå tilstrekkelig informasjonsspredning. Disse punktene anses som sentrale for god funksjon, samtidig som de oppleves som utfordrende å få til i praksis.

## God praksis – organisering, ansvar og brukerperspektiv

I dette avsnittet oppsummerer Rambøll eksempler på hva som fremstår som god praksis innenfor de overordnede temaene organisering, ansvarsområder, samarbeid og brukermedvirkning.

### Organisering

Det finnes mange ulike måter å organisere koordinerende enhet på, noe som også gjenspeiles i undersøkelsen. Variasjonen mellom kommunene strekker seg fra at funksjonen er tillagt en person i 50 % stilling som samhandler med et tverrfaglig team, til å utgjøre åtte forvaltningskontor med flere ansatte ved hvert kontor. Det er mange faktorer som påvirker organisering, blant annet kommunens organisasjonsmodell, politikk, personalressurser og innbyggertall.

Undersøkelsen viser at det er viktigere at koordinerende enhet er synlig for samarbeidspartnere enn for brukere. Begrunnelsen er at dersom brukerne effektivt henvises til rett instans ved kontakt med kommunen, er dette det viktigste for dem. I tillegg må det selvsagt fastholdes at innbyggere får tilgjengelig informasjon på internett og i kontakt med tjenestene, på institusjoner og legekantor. Et aktivt informasjonsarbeid internt til virksomhetsledere og til tjenesteytere er svært viktig, og er en sentral del i å være synlig og tilgjengelig. Synlighet kan også ivaretas gjennom å plassere koordinerende enhet sentralt i kommunen, som i rådhuset eller i tilknytning til et forvaltningskontor.

**Synlighet og tilgjengelighet for samarbeidspartnere er viktigere enn synlighet og tilgjengelighet for tjenestemottakerne.**

*Rambøll*

En direkte kommunikasjonslinje til rådmannsnivå bidrar til forankring i ledelse og administrasjon. Praktisk og bred forankring i organisasjonen kan for eksempel oppnås gjennom tverrfaglig samarbeid rundt utviklingen av kommunale planer knyttet til rehabiliteringsarbeidet.

**God praksis er ikke avhengig av en bestemt type organisatorisk løsning.**

*Rambøll*

### Ansvarsområder

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering skal koordinerende enhet ivareta en rekke ulike roller og ansvarsoppgaver. Gjennom undersøkelsen kom det frem at enhetene i de fem kommunene ivaretar forskjellige oppgaver. I de to kommunene som

har integrert sin koordinerende enhet i bestillerkontor/forvaltningskontor består hovedarbeidet i å behandle søknader om tjenester med påfølgende vedtak, mens dette arbeidet er plassert i de ulike tjenesteenhetene i de tre andre kommunene. Ellers innebærer rollen som koordinerende enhet å behandle henvendelser/“søknader”<sup>4</sup> om individuell plan, finne personer som kan være koordinatorene, evt etablere ansvarsgrupper, holde oversikt over og opplyse om tjenestetilbudet, samt bidra til samhandling mellom ulike tjenesteenheter, for å nevne noen av de mest sentrale ansvarsområdene.

**Kommunene fremhever systemansvaret for individuell plan som ett av sine viktigste ansvarsområder.**

*Rambøll*

Prosedyrebeskrivelser og andre dokumenter som synliggjør ansvarsområder og rutiner for arbeidet og hvem som har ansvar, fremtrer som god praksis for å skape tydelige grenser for virksomheten.

### **Samarbeid**

God samhandling internt mellom tjenesteenheter og eksternt med spesialisthelsetjenesten synes å være ett av de viktigste suksesskriteriene for at koordinerende enhet skal ivareta formålet om å bidra til at brukerne opplever å få et helhetlig tjenestetilbud. Samtlige av kommunene har etablert gode strukturer for samhandling. Disse varierer imidlertid med hensyn til hvilke samarbeidspartnere som er de mest sentrale. Når det gjelder samarbeidsform synes fysiske møter helt klart å være mest hensiktsmessig. Samarbeid foregår også på telefon og via datasystemer. Alle har etablert strukturer for samarbeidet mellom koordinerende enhet og ulike tjenesteytere i kommunen, både med hensyn til systemnivået og individnivået. I tillegg har alle kommunene etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten, for eksempel gjennom samarbeidsavtaler knyttet til utskriving av pasienter. Formaliserte avtaler gjør samarbeidet mer forpliktende og muliggjør kvalitetssikring, men kan utvikles til å bli enda bedre i praksis.

**Et av de viktigste momentene som vi ser på tvers av casene er den økte oversikten som tilføres tjenesteapparatet generelt.**

*Rambøll*

### **Brukermedvirkning**

I undersøkelsen ble det gjennomført fokusgruppeintervju med brukere i hver av de fem kommunene. Felles for brukerne var at alle har nytt godt av det arbeidet koordinerende enhet gjør i deres kommune. Et av de mest sentrale aspektene som kom frem var at

<sup>4</sup> Det er ikke formelt krav til søknad for å få igangsatt individuell plan etter helselovgivningen.

brukerne understreker behovet for at tjenestetilbudet er satt sammen ut ifra deres egne ønsker og behov. Arbeidet rundt individuell plan bidrar til å tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte, men dette synes imidlertid å fungere i varierende grad. Det kom også frem at brukere generelt har liten kunnskap om at det skal finnes en koordinerende enhet i kommunen, og hvem dette ansvaret ligger hos i deres kommune, men her er det variasjoner. Det ble imidlertid tydelig at denne kjennskapen ikke er nødvendig for å oppleve at man mottar et helhetlig tjenestetilbud, ettersom det er en funksjon på systemnivå.

## Konklusjon – nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Som en konklusjon fra undersøkelsen refererer Rambøll til at samtlige av de fem kommunene oppgir å ha hatt stort utbytte av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Etableringen av enheten oppleves som "et før og et etter", både av lederne av enheten og av samarbeidspartnere. Dette begrunnes blant annet med at man arbeider annerledes på systemnivå etter at enheten ble etablert i forhold til før. Dette kan tolkes som en indikasjon på at det er mye god praksis innenfor dette arbeidet.



Rambøll oppsummerer at etableringen av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har medført utbytte for flere parter:

- **For kommunen**

- Bedre oversikt over tjenestetilbudet på tvers av enheter
- Bedre utnyttelse av tjenestenes kapasitet
- Færre klagesaker bygger positivt opp under omdømmet
- Mer tverretatlig samhandling

- **For tjenesteytere**

- Et sted å rette henvendelser om rehabiliteringsrelaterte spørsmål reduserer usikkerhet og tid brukt på å finne ut av spørsmål
- Samarbeid på tvers av enheter medfører mer effektiv tidsbruk
- Felles opplæring og møtesteder for tjenesteytere med koordinatrorolle i forhold til individuell plan er positivt

- **For brukere**

- Koordinering mellom tjenesteyterne bidrar til at de får færre personer å forholde seg til
- Mer rettferdig tjenestetilbud, ettersom søknader om tjenester behandles av samme personer uavhengig av bosted (relatert til bestillerkontor/forvaltningskontor)
- Bedre tilbud fordi man har oversikt over kapasiteten
- Koordinerende enhet bidrar til å fremme bruk av individuell plan, og sikrer dermed brukermedvirkning
- Koordinerende enhet bidrar til at rehabilitering får større prioritet og blir mer synlig i kommunen

## **Kommunene i undersøkelsen - per des 2009**

På de neste sidene følger en presentasjon av de fem kommunene slik status var da undersøkelsen ble gjennomført i perioden okt – des 2009. Som eksempelsamlingen viser, har alle kommunene gjort gode grep for å skape en velfungerende koordinerende enhet. Eksempler på god praksis er oppsummert til slutt i heftet.

# Arendal kommune

- 41 000 innbyggere
- Fylkeshovedstad i Aust-Agder
- I opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF Arendal, Helse Sør-Øst RHF



**Organisering:** Arendal kommune har hatt en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering siden 2004. De bruker betegnelsen "tjenestekontoret", og funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er en integrert del av dette kontoret som også fatter vedtak om tjenester. Kommunen fikk ny organisering fra 2009. Tjenestekontoret er organisert under Helse og omsorg, og ligger under enheten Aktivitet og service. De rapporterer til kommunalsjefen for Helse og omsorg, som rapporterer til rådmannen. Planleggingsprosessen rundt etableringen av tjenestekontoret ble startet på initiativ fra leder for rehabiliteringstilbudet i kommunen. Det ble lagt frem et forslag i bystyret som fikk

gjennomslag. Politikerne i Arendal har ikke ønsket noen ren bestiller-/utførermodell. I Arendal følger pengene enhetene, som innebærer at de har samme budsjett uavhengig av antall tjenestemottakere. Tjenestekontoret er lokalisert i Arendal kultur- og rådhus i sentrum av byen. Her finnes også kommunens servicetorg. Tjenestekontoret har telefontid i normal kontortid, hvor både tjenesteytere og tjenestemottakere kan henvende seg.

**Ansatte og kompetanse:** Tjenestekontoret har 10,8 årsverk, fordelt på en leder og ti saksbehandlere. Samtlige av dem har formell kompetanse på høgskolenivå og arbeidserfaring fra kommunale tjenester innen sosial, omsorg og helse på 1.linje- og 2.linjenivå. Det har vært et bevisst valg at de ansatte i tjenestekontoret besitter både en faglig kompetanse som saksbehandlere og praktisk arbeidserfaring fra tjenestene. De ulike saksbehandlerne arbeider innenfor flere ulike tjenestetilbud. Dette er fordi mange brukere har behov for flere tjenester, og at saksbehandlerne dermed bør ha god kjennskap til alle tjenestene.

**Ansvar og oppgaver:** Tjenestekontoret er et felles kontaktpunkt for tjenester innen helse, sosial og omsorg, og kan opplyse om hva slags tjenester den enkelte har muligheter til å søke om. Tjenestekontoret behandler søknader om kommunale tjenester innen omsorg, rehabilitering og psykisk helse, samt søknader om individuell plan.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Det er ikke krav til vedtak for iverksetting av individuell plan etter helselovgivningen.

De har utviklet et skjema som innbyggere kan bruke for å søke om ulike kommunale tjenester. Tjenestekontoret fatter vedtak i de enkelte sakene, og i den grad det er mulig følger saksbehandleren brukeren over tid. Ved behov innkaller enten tjenestekontoret eller vedkommende enhet inn til et møte hvor man diskuterer enkeltbrukeres behov og muligheter. Tjenestekontoret skal også ha oversikt over tjenestetilbudet i kommunen og hvor det er ledig kapasitet. De bruker mye tid på logistikk for å utnytte tilbudet best mulig. De bruker elektronisk fagsystem for å legge inn informasjon på brukeres journal, og for å oppdatere seg på hva andre fagpersoner har lagt inn. Dette er tidkrevende arbeid, som kontinuerlig må oppdateres.

**Individuell plan og koordinator:** Systemansvaret for individuell plan ligger ikke under tjenestekontoret per i dag, men under enhet for mestring og rehabilitering. Dette er et resultat av kommunens tidligere organisering, og planlegges overført til tjenestekontoret/koordinerende enhet i fremtiden. Per i dag mottar tjenestekontoret søknader og fatter vedtak på individuell plan, og de foreslår hvem som skal ha koordinatoransvaret. Arendal kommune ligger langt fremme i arbeidet med individuell plan og har ansatte som holder foredrag i andre kommuner om hvordan dette arbeidet kan gjøres på en enkel måte, og hva koordinatorrollen innebærer.





**Samarbeid:** Tjenestekontoret samarbeider nært med flere ulike samarbeidspartnere. De har spesielt nært samarbeid med Sørlandet sykehus i Arendal, hvor de er til stede på kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling to ganger i uken, og har også tildelingsmøter tre ganger i uken.

*“Det har vært et bevisst valg at de ansatte i tjenestekontoret besitter både en faglig kompetanse som saksbehandlere og praktisk arbeids erfaring fra tjenestene.”*

På disse møtene er den enkelte bruker i fokus, og man jobber med å koordinere tjenester. De har også ukentlige møter med enhet for mestring og rehabilitering. I tillegg deltar tjenestekontoret på møter ved behov i forbindelse med tilbudet til den enkelte bruker. Lederen for tjenestekontoret har også jevnlig møter med omsorgslederne i kommunen. Dette nære samarbeidet oppleves som svært betydningsfullt for at tjenestekontoret kan fatte gode vedtak. De har også godt samarbeid med NAV.

*“Min koordinator er min advokat. Han taler min sak i møte med tjenestekontoret hver fredag”.*

“Lars” ble etter et slag lagt inn på Sørlandet sykehus HF i Kristiansand. Mens han var der sendte tjenestekontoret i Arendal en representant for å kartlegge “Lars” sitt fremtidige behov for tjenester da han kom hjem fra sykehuset. Dette resulterte blant annet i at “Lars” fikk hjemmesykepleie og tilbud om opptrening på et rehabiliteringssenter to ganger i uken.

Tjenestekontoret tok initiativ til et nettverksmøte for “Lars”, hvor ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetjenesten deltok. Slik fikk “Lars” utnevnt sin egen koordinator som har ansvaret for hans individuelle plan.

## God praksis:

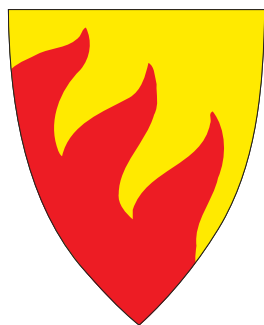
- Krav om at ansatte har både formell utdanning og praktisk erfaring innen rehabiliteringsfeltet
- Tjenestekontoret har ukentlige møter med enhet for mestring og rehabilitering
- To ansatte driver opplæring i individuell plan, både internt i kommunen og eksternt
- Tjenestekontoret holder kontinuerlig oversikt over behov og kapasitet på kommunens rehabiliteringsinstitusjon

## Mer informasjon på kommunens hjemmeside:

<http://www.arendal.kommune.no/Tjenester/Helse-og-omsorg/Tjenestekontoret/>

## Sør-Varanger kommune

- 9624 innbyggere
- Ligger i Finnmark fylkeskommune
- I opptaksområdet til Helse Finnmark HF, klinikk Kirkenes, Helse Nord RHF



**Organisering:** Sør-Varanger har hatt en egen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering siden 2006. De deltok i prosjektet SKUR (Statens kunnskaps- og utviklings-senter for helhetlig rehabilitering), i nettverket om koordinerende enhet. Etableringen av koordinerende enhet i kommunen foregikk samtidig. De valgte å ansette en person i funksjonen koordinerende enhet, og hadde planer om å bygge på med flere årsverk.

Kommunen omorganiserte fra en etatsledermodell til en tonivå-organisasjon i 2007. Rådmannskontoret består av rådmannen og to kommunaldirektører. Under dem ligger 42 virksomheter, som er egne resultatenheter. Koordinerende enhet er lagt under leder for helse, sammen med de frittstående tjenestene fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og helsestasjonen. Det ble vurdert å legge den som en egen stabsfunksjon under rådmannen, men dette ble ikke gjennomført. Koordinerende enhet er samlokalisert med tildelingskontoret, som består av saksbehandlere innen helse- og sosialtjenester og jobber tett opp mot sykehuset i forhold til utskrivninger. Det oppleves som en stor fordel.

**Ansatte og kompetanse:** Koordinerende enhet består av to årsverk, herunder en lederstilling og to 50 % stillinger. Lederstillingen står nå vakant (des 2009), men skal utlyses snart. Hun som har fungert som leder frem til nå har vært en pådriver for å få etablert koordinerende enhet og har lang erfaring fra kommunen. Ettersom det nå er et lederskifte på gang, er koordinerende enhet i en overgangsfase, noe som medfører utfordringer knyttet til oppfølging og kontinuitet. Dette merkes både av tjenesteytere og av brukere. Når det gjelder synlighet, oppleves koordinerende enhet som synlig blant virksomhetsledere og koordinatorene for individuell plan, fordi de har et formalisert samarbeid. Det stilles derimot spørsmål ved om den er like synlig for tjenesteyttere lenger nede i organisasjonen.

**Ansvar og oppgaver:** Koordinerende enhet er kontaktpunkt både for samarbeidspartnere og brukere vedrørende sammensatte tjenester. Koordinerende enhet kartlegger situasjonen sammen med bruker og aktiviserer det nødvendige hjelpeapparatet og etab-

lerer samarbeid rundt brukeren. Gjennom dette arbeidet får koordinerende enhet oversikt over hvordan tjenestene og samarbeidet fungerer i praksis.

**Individuell plan og koordinator:** Koordinerende enhet har ansvaret for individuell plan, behandler søknader/henvendelser, og holder oversikt over de som har individuell plan. De har drevet opplæring for tjenesteytere i de ulike enhetene om hvordan man skal jobbe med den individuelle planen og oppfølging av brukeren.

Opplæring og kompetanseutvikling for IP-koordinatorer er organisert i form av nettverksmøter som holdes fire ganger i året. Oppmøtet på disse møtene har vært relativt godt, men kan bli bedre.

**Samarbeid:** Koordinerende enhet har møter en gang i måneden med tjenesteyterne i kommunen. Her deltar lederne for de ulike virksomhetene som er involvert i tjenester knyttet til habilitering/rehabilitering - for eksempel leder for psykisk helsetjeneste, helsestasjon, tjenester for funksjonshemmede, kommunal sosialtjeneste/rustjeneste, leder for PPT og NAV. Disse virksomhetsmøtene er organisert i to ulike nettverksteam: ett for barn og ett for unge/voksne. Det er imidlertid noen virksomheter som yter tjenester til begge disse gruppene, slik at de deltar på begge møtene. Dette er for eksempel fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten.

*“Vi har opprettet to koordineringsteam gjennom koordinerende enhet, ett for barn og ett for voksne. Her deltar virksomhetsledere og de møtes en gang i måneden. I disse teamene drøfter vi saker som kommer inn til koordinerende enhet og fordeler ansvar videre. Oppmøtet har vært bra, og det er et viktig samarbeidsforum som vi skal satse på å videreutvikle.”*

Koordinerende enhet i Sør-Varanger deltar også i nettverk for koordinerende enhet i Finnmark, sammen med fylkesmannen, koordinerende enhet i helseforetaket og lederne for koordinerende enhet i de andre Finnmarkskommunene. Det oppleves også som lett å ta kontakt med koordinerende enhet, og de tar også kontakt med tjenestutøvere dersom de har spørsmål. Slik sett er det god dialog.

*“Det som har vært den store utfordringen hele tida, er å være i tide når ting skal skje. I livsfasene må du søke på forskjellige ting i riktig rekkefølge, for eksempel overgang fra barneskole til ungdomsskole. Koordinerende enhet skal legge en livsløpsplan og koordinere rekkefølgen i tjenester og søknader”.*

*“Kari” og “Ola” er foreldre til gutt som har en medfødt funksjonshemming. Sønnen er i dag 15 år, og har mottatt habiliterings-tjenester fra kommunen hele livet.*

## God praksis:

- Koordineringsteam en gang i måneden, ett team for virksomhetsledere med hovedfokus på barn og ett team for virksomhetsledere med hovedfokus på voksne
- Opplæring av koordinatorene for individuell plan samt gjennomføring av nettverksmøter fire ganger årlig
- Frokostmøter for å spre informasjon om det totale tjenestetilbudet i kommunen og i 2. linjetjenesten hvor tjenestene orienterer om tilbudet de gir
- Har en kommunedelplan for habilitering og rehabilitering 2008-2011, "Et helhetlig tjenestetilbud – samarbeid og samordning"
- Nettverk på fylkesnivå med koordinerende enhet i alle kommunene i Finnmark, fylkesmannen og Helse-Finnmark ved ambuleringsteambesøkt



## Mer informasjon på kommunens hjemmeside

<http://www.sor-varanger.kommune.no/index.php?id=414387>

# Trondheim kommune

- 168 000 innbyggere
- Sør-Trøndelag fylkeskommune
- I opptaksområdet til St. Olavs hospital HF, Helse Midt-Norge RHF



**Organisering:** Trondheim har delt sin rehabiliteringsvirksomhet inn etter fire bydeler; Heimdal, Lerkendal, Midt-byen og Østbyen. Dette samsvarer med bydelsinndelingene for NAV-kontorene. Funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er delt i forhold til barn og voksne: I hver bydel finnes det et barne- og familiekontor som ivaretar funksjonen koordinerende enhet for barn, og et helse- og velferdskontor som ivaretar funksjonen for voksne. Disse to kontorene er samlokalisert med NAV og utgjør et offentlig servicekontor, "en dør inn". Kommunen er organisert

etter en to-nivå modell, der alle enheter rapporterer direkte opp til kommunaldirektøren for helse- og velferd. Det er altså kort vei vertikalt i systemet, og alle enheter stiller på lik linje. Trondheim arbeider ut i fra en "bestiller – utførermodell" for sine helsetjenester.

**Ansatte og kompetanse:** Ved hvert av kontorene jobber saksbehandlere med tverrfaglig kompetanse, blant annet sosionom, sykepleier og jurist. De ansatte finner det nyttig med tverrfaglighet i saksbehandlerteamet, og mener dette hever kompetansen og gjør dem bedre i stand til å fatte gode vedtak for brukeren. Så langt det lar seg gjøre, følger saksbehandler bruker, noe som bedrer oppfølgingen av den enkelte. De finner det gunstig å skille vurderingen av behov bort fra tjenesteutøvelsen, slik at kartlegging, saksbehandling og klagebehandling er mer enhetlig og uavhengig av hvilke tjenester de ulike tjenesteytere tilbyr.

**Ansvar og oppgaver:** Hvert av de fire helse- og velferdskontorene og barne- og familiekontorene behandler søknader fra brukere. Etter å ha fattet vedtak i en sak, bestiller de tjenestene fra tjenesteytere som er utførere. Kontorene har jevnlig kontakt med de ulike tjenesteyterne.

*"Det har vært en del diskusjoner på hvor spesifikke vedtakene skal være, og hva som skal utføres. Med tett samarbeid med brukere og tjenesteutøvere ser vi at vi får til mye mer. Det er spesielt positivt at vi er samlokalisert med NAV, for vi har mange felles brukere".*

Når en bruker har behov for koordinerte tjenester, kalles det inn til møte med alle involverte parter, og det oppnevnes en eventuell ansvarsgruppe som utarbeider en individuell plan sammen med brukeren. På denne måten er de igangsettere av koordineringen rundt den enkelte og har en viktig pådriverrolle for å få samarbeidet til å fungere. De følger ikke brukeren så tett etter at ansvarsgruppa er oppnevnt, om de da ikke får tilbakemelding om endringer eller at noe ikke fungerer som det burde.

**Individuell plan og koordinator:** Søknader/henvendelser om individuell plan rettes til barne- og familiekontoret og helse- og velferdskontoret i brukerens bydel, det vil si til den koordinerende enheten. Vedkommendes saksbehandler tar initiativ til å kalle inn til ansvarsgruppemøte, og vurderer hvilke tjenesteenheter som er aktuelle representanter i ansvarsgruppen. Saksbehandleren foreslår hvilken tjenesteenhet som det er naturlig å legge koordinatoransvaret for bruker til. Kommunen har også utarbeidet dokumentet "Ansvarsgruppemodellen", hvor formål, ansvarsområder og praksis rundt arbeid med ansvarsgrupper er beskrevet i detalj.

**Samarbeid:** Det gjennomføres jevnligesamarbeidsmøter med hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten, som er de tjenesteyterne de jobber tettest sammen med. Det arbeides etter faste overføringsrutiner. De er også i ferd med å utvikle en fast overføringsrutine mellom bydelene. Koordinerende enhet prøver også å koble inn brukerorganisasjoner ved å kontakte frivillighetskoordinator i kommunen i saker der det kan være aktuelt. Kontorene har faste saksbehandlere som jobber opp imot sykehuset, og som tar seg av oppfølging av pasienter etter sykehusopphold. De har gode ordninger og sørger for at tjenestene som brukeren trenger, er på plass ved utskrivelse.



"Alt har gått på skinner. Alle vedtakene har tatt utgangspunkt i mine ønsker. Tjenestebehovet har blitt diskutert og jeg har fått medvirke"

"Arne" er 55 år og fikk slag for et halvt års tid siden. Han ble da innlagt på St. Olavs hospital HF i tre uker, og ble sendt på rehabiliteringsinstitusjon i tre måneder. Mens han var der sendte helse- og velferdskontoret i hans bydel et innsats-team til sykehuset for å kartlegge "Arnes" behov for tjenester.

"Arne" opplevde å få tilbud om opptrening i kommunen straks han kom ut fra sykehuset, fysioterapeut fem ganger i uken og logoped. Han har også en individuell plan som han har vært med på å utvikle sammen med sin kontaktperson på rehabiliteringssenteret, hvor arbeid er målet.

## God praksis

- Sterkt fokus på forvaltningskompetanse i saksbehandlingen
- Samlokalisering med NAV – "en dør inn"
- Skriftlige prosedyrer og rutiner
- "Plan for helhetlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester"

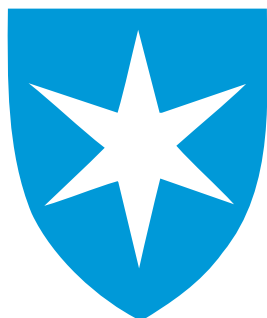
## Mer informasjon på kommunens hjemmeside

<http://www.trondheim.kommune.no/rehabilitering/>



# Steinkjer kommune

- 21 000 innbyggere
- Nord-Trøndelag fylkeskommune
- I opptaksområde til Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Midt-Norge RHF



**Organisering:** Steinkjer kommune har valgt å legge ansvaret for koordinering av tjenester innen habilitering og rehabilitering til flere relevante avdelinger i organisasjonen. Koordinerende enhet er ingen egen organisatorisk enhet. Kommunens ledelse er delt inn i tre nivåer: rådmann, avdelingsledere og tjenesteledere. Det er totalt åtte avdelinger. Lederen for helse og rehabilitering har systemansvaret for koordinerende enhet og fungerer som leder av "enheten". Avdelingslederne som har tjenester direkte knyttet til habilitering og rehabilitering møter i et avdelingsforum

omtrent seks ganger i året. Avdelingsforumet består av avdelingsledere fra helse og rehabilitering, barnehage, skole, bistand og omsorg, kultur og NAV, og forumet fatter felles beslutninger på systemnivå.

I tillegg har Steinkjer kommune et koordinatorforum, bestående av tjenesteledere med direkte ansvar innenfor rehabiliteringsområdet, som også møtes ca seks ganger i året. Koordinatorforumet er opprettet for å ivareta koordinering og samhandling på individnivå, og består av koordinatorene for områdene habilitering barn og unge, habilitering voksne, medisinsk rehabilitering, psykisk rehabilitering, sosial rehabilitering, voksenopplæring, dagtilbud/sysselsetting og kultur/fritid.

Kommunen bruker fortrinnsvis ansvarsgruppe som metode i samhandlingsprosesser for å sikre brukermedvirkning og utarbeiding av individuell plan. Leder for helse og rehabilitering, som har systemansvaret for koordinerende enhet, har i oppgave å bringe informasjon mellom disse to forumene. Brukere med behov for rehabilitering kan henvende seg til kommunens servicetorg, som henviser dem til riktig sted.

**Ansvar og oppgaver:** Koordinerende enhet skal ha oversikt over rehabiliterings-tilbudet i kommunen, og videreformidler behov for rehabilitering. De tar imot konkrete henvendelser fra eller om brukere med rehabiliteringsbehov og sørger for at prosessen kommer i gang. I tillegg arbeider de med å styrke tverrfaglig samarbeid og kontinuerlig fagutvikling innenfor feltet. Ansatte fokuserer i fellesskap på hvordan den enkelte bruker kan få best mulig hjelp ved at prosedyrer følges.



## Individuell plan og koordinator:

Kommunen har via koordinerende enhet oversikt over hvem som til en hver tid har individuell plan. I tillegg har de oversikt over antall ansvarsgrupper, da disse ofte blir dannet rundt personer som har en individuell plan og behov for samordning av flere tjenester. Ansvarsgruppene melder inn vanskelige saker til koordinatorforum som gir råd og veiledning.

Årlig arrangeres det også to temadager om ansvarsgrupper og arbeid med individuell plan. Hvert år utarbeides det også en rapport kalt "Resultat av rapportering av individuelle planer og ansvarsgrupper" for det koordinerende arbeidet, basert på data fra de ulike koordinatorene.

**Samarbeid:** Steinkjers flate organisering av koordinerende enhet legger til rette for samarbeid på tvers av avdelinger internt. Det medfører at det er flere personer som har kompetanse om arbeid med habilitering og rehabilitering, noe som er med på å sikre kontinuitet i arbeidet, og spre kompetanse nedover fra ledere til tjenesteytere og

*"Brukerorganisasjonene har et kontor på rådhuset. Dette gir brukerorganisasjonene bedre kontakt med de ulike enhetene, og de har et veldig godt samarbeid. Men det kan arbeides mer med å nå alle på en god måte med informasjon. Brukerkontoret er derimot et godt tiltak til å forbedre dette, og et viktig suksesskriterium er løpende kontakt."*

omvendt. Kommunen har prosedyrer for samhandling i ansvarsgrupper og for utarbeidelse av individuell plan.

Eksternt samarbeider kommunen tett med Helse Nord-Trøndelag HF og deltar i et rehabiliteringsnettverk sammen med koordinerende enhet ved de andre kommunene i fylket. I tillegg oppgis NAV å være en tett samarbeidspartner. Kommunen har også lagt til rette for bedre samarbeid mellom kommunen og brukerorganisasjoner, ved å opprette et eget brukerkontor på rådhuset.



"Vi bruker kontaktpersonen (koordinatoren) til alt vi lurer på. Hun gjør en veldig god jobb for oss, men det er nok veldig personavhengig. Tilbudet til barn fungerer veldig godt, etter min erfaring, fra da min sønn var liten.

I tillegg er vi veldig fornøyde med at kommunen har arrangert møter mellom foreldre som har barn med spesielle behov. Her utveksler vi erfaringer og snakker om hvilke muligheter som finnes. Dette er veldig verdifullt for oss."

"Bjørn" er forsørger til en gutt som har Cerebral Parese. Gutten har individuell plan og ansvarsgruppe. De har en koordinator som er spesialpedagog, og har selv vært med på å bestemme hvem som skal være i ansvarsgruppen. De har også hatt kontinuerlige evalueringer av denne.

### God praksis:

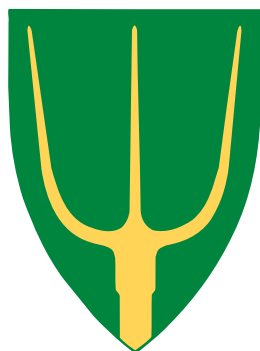
- Å legge ansvar til flere relevante avdelinger bidrar til forankring nedover i organisasjonen, fra ledere til tjenesteytere
- Avdelingsforum for samhandling på systemnivå
- Koordinatorforum for samhandling på individ- og systemnivå
- Systemansvarlig/leder for koordinerende enhet sikrer kommunikasjon mellom avdelingsforum og koordinatorforum
- Rehabiliteringsledernetverk i Nord-Trøndelag som også inkluderer Koordinerende enhet i Helse-Nord-Trøndelag HF
- Brukerkontor på rådhuset for dialog med brukerorganisasjoner

### Mer informasjon på kommunens hjemmeside

<http://www.steinkjer.kommune.no/koordinerendeenhets522603-73600.html>

## Rælingen kommune

- 15 345 innbyggere
- Akershus fylkeskommune
- I opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst RHF



**Organisering:** Rælingen har lagt funksjonen som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering til en 50 % stilling som rehabiliteringskoordinator. Vedkommende har resten av sin stilling som leder for fysio- og ergoterapi-tjenesten i kommunen. Kommunen har to-nivå-organisering. Fysio- og ergoterapitjenesten er organisert under enhet for familie og helse sammen med PPT-tjenesten, barneverns-tjenesten, forebyggende helsetjenester og flyktning- og inkluderingstjenesten.

**Ansatte og kompetanse:** For å forankre koordineringsansvaret hos flere personer, har kommunen etablert en samarbeidsstruktur i form av et koordineringsmøte ved mottaks- og utredningskontoret. Her deltar åtte personer fra ulike enheter; rehabiliteringskoordinator (koordinerende enhet), enhet for hjemmebaserte tjenester, tre representanter fra enhet for tilrettelagte tjenester, saksbehandler fra pleie og omsorg, psykiatritjenesten og enhet for rus. Her drøftes saker knyttet til brukere med behov for tjenester fra flere enheter og sektorer, og oppgaver og ansvar blir fordelt. Søknader/henvendelser om individuell plan blir også tatt opp til drøfting her.

**Ansvar og oppgaver:** Rehabiliteringskoordinatoren har oversikt over tjenestetilbudet i kommunen, og skal også ha oversikt over det totale rehabiliteringsbehovet blant innbyggerne. Hun har også deltatt i å utarbeide en kommunal plan for re/habiliteringsarbeidet og retningslinjer for arbeidet med individuell plan. Hun har også oversikt over hvilke brukere som har individuell plan til en hver tid, etter rapporteringer fra de ulike enhetene.

**Individuell plan og koordinator:** Søknader om individuell plan skal sendes til rehabiliteringskoordinator, som tar dem opp til behandling i koordineringsmøtet. Brukere som har rett til en individuell plan får også tilbud om en koordinator og en ansvarsgruppe hvor individuell plan står sentralt. Kommunen har ingen formell ordning med oppnevning av koordinator, men forsøker å legge denne oppgaven til en person som brukeren har mye kontakt med, og har et godt forhold til. Koordinatoren har ansvar for å utarbeide individuell plan i samarbeid med brukeren, og invitere til ansvars-

gruppemøter. I ansvarsgruppen deltar flere tjenesteutøvere som yter tjenester til brukeren.

**Samarbeid:** De ukentlige koordineringsmøtene er den viktigste samarbeidsplattformen, hvor man blir kjent med hverandre og hvilke tjenester de ulike enhetene tilbyr. Dette skaper gode holdninger til hverandres kompetanse, og til å se brukernes helhetlige behov. Enhetene opparbeider interesse og vilje til å dele informasjon og kunnskap, og kan fungere som hverandres støttespillere i en travel hverdag. Noen påpeker at man med fordel kunne formalisere det ukentlige møtet som koordinerende enhet, i og med at de i praksis allerede fungerer som den koordinerende enheten i kommunen. I tillegg samarbeider rehabiliteringskoordinator med enhetsleder for familie og helse, som har ansvar for tverrfaglig samarbeid i kommunen. Dette fungerer godt, og de ser på hverandre som viktige støttespillere.

I tillegg har kommunen samarbeid med Akershus universitetssykehus HF (AHUS) om pasienter som skrives ut av sykehuset og har behov for tjenester innen re-/habilitering. Slike henvendelser kommer til rehabiliteringskoordinator. Kommunen jobber for å bedre kunne fange opp brukere som skrives ut av sykehuset som relativt friske og uten umiddelbare tjenestebehov, men som kan få behov for mer sammensatte tjenester på et senere tidspunkt. Her ønsker koordinerende enhet et tettere samarbeid med fastlegene, som også har mulighet for å melde fra der de avdekker behov. Samarbeidet med NAV ser ikke ut til å være helt etablert ennå.

NAV har egne samarbeidsavtaler med nesten alle tjenestene innen enhet for familie og helse i kommunen, slik som rus og psykiatri og tiltaksenheten. De har et mål om å få til et enhetlig samarbeid om felles brukere.

*“Vi deltar i rehabiliteringsnettverk på AHUS, hvor alle kommuner og bydeler i sykehusets nedslagsfelt er med. Vi har samlinger et par ganger i året. Der kan vi snakke om alt som har med utfordringer å gjøre, som brukermedvirkning, individuell plan, funksjonen til rehabiliteringskoordinator, samarbeidsformer, informasjon – hvordan det fungerer. Koordinatorer kan melde inn temaer. Koordinerende enhet er en ny funksjon så det er fint med et forum hvor du treffer andre som har de samme utfordringene. Det fungerer veldig bra.”*

"Da kommunen først fikk vite om meg, har jeg bare lovord. Jeg har fått alt jeg trenger! Jeg har støt-tekontakt og psykolog, og får tjenester fra NAV og fra kommunens avdeling for funksjonshemmede. Min koordinator gjør en fantastisk jobb, men jeg har skjønt at jeg har vært heldig som har fått henne."

"Rune" ble utsatt for en arbeidsulykke for fire år siden, og fikk behandling på Sunnaas sykehus i fire måneder. Da han ble skrevet ut fra sykehuset forekom det en svikt i utskrivningsrutinene, slik at det tok tid før kommunen fikk informasjon om ham.



### God praksis:

- Prosedyrebeskrivelser for individuell plan i tre deler som beskriver arbeidet og ansvarsfordelingen. Henviser også til Helsedirektoratets veileder
- Har en "Plan for helhetlig rehabilitering", som er utarbeidet i samarbeid mellom ulike enheter i kommunen
- Stort fokus på brukermedvirkning gjennom utforming av tjenestetilbud

### Mer informasjon på kommunens hjemmeside

<http://www.ralingen.kommune.no/Modules/service.aspx?ObjectType=ServiceEtService.ID=1079EtCategory.ID=1444>

# Perspektiver på god praksis

**I dette kapitlet oppsummerer Rambøll eksempler på det som fremstår som god praksis fra undersøkelsen i de fem kommunene. Eksempelene er systematisert etter temaene organisering, informasjon, individuell plan, ansvar og oppgaver og samarbeid.**

## Organisering

✓ *Delegert ansvar til relevante avdelinger bidrar til forankring nedover i organisasjonen, fra ledere til tjenesteytere.* Dette bidrar både til at ansatte i hele organisasjonen får kunnskap om koordinerende enhet, og opplever forpliktelser til å utøve et godt arbeid. Organisasjonsmodellene i Steinkjer og Rælingen kommune består av tverrfaglige team, og legger på denne måten ansvar utover i organisasjonen. Ved andre modeller bør kommunene etablere andre strukturer for å tydeliggjøre ansvar ut i organisasjonen. Dette kan for eksempel gjøres gjennom bredt samarbeid om utvikling av plan for helhetlig rehabilitering. På denne måten kan man bidra til at alle berørte parter blir involvert og dermed ser sitt ansvar. For disse modellene fremstår det imidlertid som viktig at det er en tydelig leder/systemansvarlig, slik som i Rælingen og Steinkjer.

## Ansvar og oppgaver

✓ *Frokostmøter for å spre informasjon om det totale tjenestetilbudet i kommunen og i 2. linjetjenesten.* Møteplasser hvor ulike enheter kan presentere sitt tilbud, bidrar til å gjøre tjenestetilbudet kjent blant alle organisasjonens enheter. Det bidrar også til koordinerende enhets oppgave om å holde oversikt over tjenestetilbudet.

✓ *Kommunale planer for rehabiliteringsvirksomheten.* Flere kommuner har gitt uttrykk for utfordringer knyttet til det å gjøre funksjonen koordinerende enhet kjent i hele organisasjonen. Det har blitt nevnt at det fremdeles er en oppfatning i enkelte enheter om at rehabilitering er en "helsegreie". Gjennom planarbeidet involveres relevante enheter, og man kan skriftliggjøre hvilke ansvarsoppgaver som ligger i ulike enheter. Dette muliggjør også etterprøving og kvalitetssikring av tjenestene.

✓ *Prosedyrebeskrivelser for individuell plan (sektorovergripende).* Dokumenter som beskriver i detalj hvordan en arbeidsprosess skal foregå, og hvem som har ansvar for hva, bidrar både til at ansatte får opplæring i hvordan det skal gjøres, og til å kvalitetssikre tjenestene i form av at man kan etterprøve om rutinene har blitt fulgt.

## Kompetanse

✓ *Krav om at ansatte i koordinerende enhet har både formell utdanning og praktisk erfaring innen rehabiliteringsfeltet.* Det synes å være en fordel at ansatte i koordinerende enhet har formell kompetanse, blant annet fordi de må kjenne til lovverk og jobbe på systemnivå. I tillegg er praktisk arbeidserfaring som tjenesteytere viktig fordi

det bidrar til forståelse for hva tjenesteyterne opplever i det daglige og hvilke krav de må forholde seg til. En annen fordel er at man sannsynligvis vil oppleve det som enklere å ivareta noen av enhetens oppgaver, som det å være pådriver for samarbeid, ved at man kjenner andre ansatte godt.

## Samarbeid

- ✓ *Jevnlige, formaliserte møter med tjenesteenheter internt.* Samarbeid mellom koordinerende enhet og tjenesteenheter som er involvert i rehabiliteringstilbudet er helt essensielt for at koordinerende enhet skal kunne fungere godt. Jevnlige møter mellom koordinerende enhet og tjenesteenheter, hvor de har en klar agenda, pekes på som et stort suksesskriterium. Det kan synes vanskelig å oppnå samarbeidsstrukturer med alle relevante parter, men det fremkommer allikevel som en forutsetning for å kunne tilby helhetlige tjenester til brukerne.
- ✓ *Nettverk på fylkesnivå eller helseforetaksnivå med koordinerende enhet i alle kommunene, fylkesmannen og det lokale helseforetaket.* De kommunene som deltar aktivt i slike nettverk med andre koordinerende enheter, som Rælingen og Sør-Varanger, opplever dette som svært nyttig. Det blir en arena for erfaringsdeling og diskusjoner som gir stort læringsutbytte for deltakerne. Det bygger også opp under synlighet og tilgjengelighet, ettersom personene som arbeider innenfor koordinerende enhet både på kommunalt nivå og innen spesialisthelsetjenesten blir kjent med hverandre.
- ✓ *Brukerkontor for brukerorganisasjoner.* Steinkjer kommune har satt av et eget kontor på rådhuset hvor brukerorganisasjoner kan arbeide. Dette er med på å skape tett kontakt mellom brukere og tjenesteenheter, og skaper en arena for samarbeid på systemnivå.

## Individuell plan

- ✓ *Koordineringsteam en gang i måneden, eventuelt delt inn i ett team for virksomhetsledere med hovedfokus på barn og ett team for virksomhetsledere med hovedfokus på voksne.* Møteplasser for koordinatører gir dem en mulighet til å diskutere felles utfordringer og gi hverandre gode råd knyttet til arbeidet med individuell plan. Koordinatorrollen synes utfordrende for mange tjenesteytere, og en slik møteplass kan bidra til å gjøre jobben mer motiverende.
- ✓ *Opplæring av koordinatører for individuell plan gjennom nettverksmøter fire ganger årlig.* Mange tjenesteytere har opplevd rollen som koordinator som krevende, og har vært redde for å ikke ha nok tid til å gjøre en god jobb. Gjennom å sørge for at koordinatorene får skikkelig opplæring kan man bidra til å gjøre jobben mindre krevende, og øke kvaliteten i prosessen rundt individuell plan for brukerne. Sør-Varanger kommune har arrangert denne typen opplæring i form av nettverksmøter fire ganger i året, hvor både erfarne og nye koordinatører kan delta.

## Tjenestetilbud

- ✓ **Å holde kontinuerlig oversikt over kapasitet i kommunens rehabiliteringstilbud.**  
I Arendal kommune har man en egen rehabiliteringsinstitusjon som mange brukere har behov for å benytte. For å oppnå best mulig ressursutnyttelse har tjenestekontoret, som fatter vedtak, tett samarbeid med ledelsen på denne institusjonen, slik at man kontinuerlig har oversikt over hvordan kapasiteten blir utnyttet.

## Brukerperspektivet

Selve hovedformålet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å bidra til at brukerne som mottar tjenester fra kommunen og andre aktører, opplever et helhetlig tjenestetilbud. Det er brukerne koordineringen er til for. Derfor er det av stor betydning å belyse hvordan brukerne i de fem kommunene har opplevd koordineringen av tjenester i sin hjemkommune. Rambøll fikk innsikt i brukeres erfaringer med tjenesteapparatet gjennom et fokusgruppeintervju i hver kommune. Det var varierende oppmøte, fra to til åtte deltakere. Det generelle inntrykket var at det i samtlige kommuner finnes brukere som er svært fornøyde med tilbudet de har fått, samtidig som det finnes brukere som opplever et tjenestetilbud som er alt annet enn helhetlig og koordinert.

Undersøkelsens fokus var imidlertid å få innsikt i brukernes synspunkter på suksesskriterier for at de skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud, og hva som i deres øyne er god praksis på dette feltet. Her er noen punkter som ble fremhevet:

- Fokus på individuelle behov og mål
  - Oppleve at tjenesteyterne ser hver enkelt bruker som et individ og behandler dem med respekt og forståelse for brukerens behov og mål
- Tjenestetilbudet
  - Tilstrekkelige ressurser til å yte gode tjenestetilbud.
- Individuell plan
  - Oppleve reell medbestemmelse og deltakelse, ikke at tjenesteyterne på forhånd har bestemt seg for hvilke tjenester man har behov for
  - At koordinatoren har tilstrekkelig tid til å gjøre en god jobb for brukeren
- Ansvarsgrupper
  - At noen av deltakerne har reell beslutningsmyndighet slik at det man diskuterer faktisk blir iverksatt

**Ansatte i koordinerende enhet opparbeider seg betydningsfull kompetanse innen samhandling og koordinering. De ser ut til å ha utviklet et helhetlig perspektiv og en dypere innsikt i hvordan brukerne opplever tjenestetilbudet.**

*Rambøll*



# Det nytter

## For kommunen

- Bedre oversikt over tjenestetilbudet på tvers av enheter
- Bedre utnyttelse av tjenestens kapasitet
- Færre klagesaker bygger positivt opp under omdømmet
- Mer tverretattlig samhandling

## For tjenesteytere

- Et sted å rette henvendelser om re-/habiliteringsrelaterte spørsmål reduserer usikkerhet og tid brukt på å finne ut av spørsmål
- Samarbeid på tvers av enheter medfører mer effektiv tidsbruk
- Felles opplæring og møtesteder for tjenesteytere med koordinatorrolle i forhold til individuell plan er positivt

## For brukere

- Koordinering mellom tjenesteyterne bidrar til at de får færre personer å forholde seg til
- Mer rettferdig tjenestetilbud, ettersom søknader om tjenester behandles av samme personer uavhengig av bosted (relatert til bestillerkontor/forvaltningskontor)
- Bedre tilbud fordi man har oversikt over kapasiteten
- Koordinerende enhet bidrar til å fremme bruk av individuell plan, og sikrer dermed brukarmedvirkning
- Koordinerende enhet bidrar til at rehabilitering får større prioritet og blir mer synlig i kommunen



## LES MER

### Viktige dokumenter relatert til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering:

- **Forskrift om habilitering og rehabilitering**
- **Forskrift om individuell plan**
- **Perspektiver på god praksis**  
(Rambøll AS), IS-0288, Helsedirektoratet
- **Takk for hjelpen**  
– eksempler på nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak, IS-1762, Helsedirektoratet
- **Samhandling gir god praksis**  
– eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering, IS-1676, Helsedirektoratet
- **Gjør det så enkelt som mulig,**  
tipshefte om individuell plan, IS-1544, Helsedirektoratet
- **Individuell plan 2010**  
Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253 Helsedirektoratet

**[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)**

**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

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

