



Brukerutvalget sak 093-2021

Status oppnevning av koordinator for personer med langvarige og sammensatte behov

Saksbehandler: Sissel Eidhammer
Dato dok: 19.09.2021
Møtedato: 27.09.2021
Vår ref: 2021/87

Vedlegg (t):

Vedlegg 4 Rapport etter internrevisjon Koordinerende enhet 2021

Innstilling til vedtak:

Muntlig orientering ved leder samhandling om oppfølging av internrevisjonen av koordinerende enhet og bekymringen på status for oppnevning av koordinatorene for personer med langvarige og sammensatte behov.

Bakgrunn:

1. Brukerutvalget takker for orienteringen.
2. Brukerutvalget ønsker å understreke følgende:

-

Rapport fra internrevisjon for: Koordinerende enhet i NLSH HF.

Revisjonsnummer: 1- 2021

Revisjonsleder : Terje Svendsen

Revisor: Sverre Sittlinger og Asbjørn Jørgensen

Dato: 25.-26 februar, 11. juni 2021

Sted: Bodø

Formål med revisjonen er:

Er å sjekke ut og avklare Koordinerende Enhets (KE) etterlevelse og måloppnåelse i henhold til Mandat for koordinerende enhet FB1456. Da med særskilt fokus på ansvarsområder og hovedoppgavene som KE er ansvarlig for å ivareta i helseforetaket.

Revisjonsgrunnlaget og omfang:

Grunnlaget for gjennomføring av denne internrevisjon er vedtak av Administrerende direktør.

Følgende dokumenter ble brukt som bakgrunn og gjennomføring av revisjonen:

- RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten.
- FB166 Koordinator i spesialisthelsetjenesten
- FB1456 Mandat for koordinerende enhet
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Intervjuet personell:

- Medisinsk direktør
- Tidligere klinikk sjef for Hode og bevegelsesklinikken
- Klinikk sjef for medisinsk klinikk
- Leder – KE

Metode for gjennomføring:

Revisjonen ble gjennomført ved gjennomgang av mandat, ulike prosedyrer, retningslinjer og lov/forskrift og veileder til disse. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med ledere med ansvar for KE.

1. Oppsummering og konklusjon:

Internrevisjon er en kontrollaktivitet/metode som benyttes for å finne ut om vi gjør det vi har blitt enige om å gjøre, og om det som gjøres er i samsvar med interne rutiner/prosedyrer, lov/forskrifter. Intensjon med internrevisjonen sjekke samsvar og etterlevelse av rutiner og prosedyrer men like viktig er det å kunne bidra til kontinuerlig forbedring.

1.1 Bakgrunn for opprettelse av koordinerende enhet (KE).

I 2014 ble det i Helse Nord RHF vedtatt ny regional handlingsplan for rehabilitering hvor det ble stilt krav om at foretakene skal ha på plass lovfestet krav om koordinerende enhet (KE). Plikten til å ha KE for habilitering og rehabilitering i helseforetak er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b.

Ansvar for individuell plan og koordinator følger av bestemmelsene i: pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 og 2-5a og psykisk helsevernloven § 4-1.

Nordlandssykehuset HF har siden 2013 hatt et Koordinerende nettverk med representanter fra klinikkene. Nettverket skulle ivareta foretakets forpliktelser etter nevnte bestemmelser men av ulike årsaker ikke fungert i tråd med intensjonen. Klinikksjef for Hode og bevegelsesklinikken fikk i forbindelse med budsjettprosess 2015 i oppdrag å sørge for at det ble etablert en koordinerende enhet for ivaretagelse av rehabiliteringstilbudet og tilbudet skulle omfatte alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Den 4. august 2015 ble det i direktørens ledermøte følgende besluttet:

1. Koordinerende enhet med lederfunksjon opprettes i henhold til utarbeidet mandat FB1456 Mandat for koordinerende enhet.
2. Det oppnevnes samhandlingskontakter fra klinikkene innen 1.9.2015
3. Det inngås samarbeidsavtaler med klinikkene og KE som sikrer forankring av tjenesten innen 1.10. 2015
4. Evaluering av organiseringen skjer etter 1 års drift

KE-leder funksjon er organisatorisk plassert i Psykisk helse og rusklinikk (PHR). I tillegg er klinikkenes samhandlingskontakter en del av koordinerende enhet slik at de kan løse oppgaver i sin klinikk, samt samarbeide med andre klinikker.

1.2 Revisjonsteamet ønsker å trekke frem følgende:

- Det er utpekt samhandlingskontakter og gjennomført møter med kontaktene flere ganger i året.
- KE leder deltar i møter med andre regionale KE funksjoner.
- På bakgrunn av samtale/intervjuer med samhandlingskontakter så er tilbakemeldingen at dagens organisering (KE – leder og samhandlingskontakter) nok ikke er det optimale.
- KE har oversikt over kontaktpunkter for habiliterings- og rehabiliteringstilbud i Helse Nord. Disse finner man først og fremst ved å benytte helse-nord.no/rehabilitering.
- Det er etablert nettside som viser oversikten over de kommunale KE. Denne oppdateres løpende når KE blir kjent med endringer, og kvalitetssikres en gang i året.
- Tema knyttet til KE har vært opp som sak i brukerutvalg og Overordnet samarbeidsorgan (OSO)
- Det er etablert nettside på nordlandssykehuset.no med beskrivelse av funksjon og kontakt info.
- Det er ikke inngått samarbeidsavtaler med klinikkene og KE for å sikre forankring av tjenesten innen 1.10. 2015 i henhold til vedtaket.
- Organiseringen av KE er ikke evaluert etter ett års drift. Evaluering av organisering av KE er ikke evaluert etter oppstart.
- Leder - KE har i liten grad vært kontaktpunkt for melding om behov for individuell plan (IP). Foretakets mandat beskriver at denne kontakten skal gå i linjen.

1.2.1 Organisering og rapportering:

I henhold til mandat er KE leder funksjon organisatorisk plassert i PHR-klinikken. KE består av leder (50 % stilling) og klinikkenes samhandlingskontakter. Jmfør mandat rapporterer KE til direktør via ledelsen i PHR-klinikken. Ut fra tilgjengelig dokumentasjon og det som har fremkommet i intervju har rapportering ikke fungert i henhold til føringer i mandatet. I 2015/2016 ble det besluttet at rapportering til direktør skulle gå via klinikkensjef i Hode og bevegelsesklinikk. I forbindelse med sammenslåing av Hode og bevegelsesklinikk og Medisinsk klinikk i 2019/2020 ble rapportering overført til klinikkensjef Medisinsk klinikk.

Organiseringen og rapporteringen for KE oppfattes som utfordrende av flere årsaker:

1. Personalansvaret for Leder - KE ligger i PHR – klinikken men Leder-KE har ikke rapportert til klinikkensjef for PHR.
2. Det er ikke beskrevet hva som er klinikkensjefens oppfølgingsansvar i forhold til KE.
3. Det er ikke beskrevet hva som skal rapporteres fra KE via klinikkensjef.
4. Det er ikke beskrevet krav om at KE skal levere årsmelding. KE har i perioden laget årsmelding for årene 2015, 2017, 2018 og 2019. Årsmeldingen er blitt publisert PULSEN og sendt til KE i kommunene, KE i de øvrige foretakene i Helse Nord, Direktør NLSH, OSO, Klinikksjefer, Brukerutvalg, Ungdomsråd og forum for samhandlingskontakter.

I henhold til forskrift skal hvert helseforetak ha en koordinerende enhet. Det er gitt noen føringer hvor en ser for seg at den bør være plassert men det er opp til foretaket å beslutte hvordan dette skal gjøres. Det viktigste er og vil være at lovens intensjon blir fulgt og at pasienter som har krav på IP får dette og at det er koordinert. Basert på det som fremkom i intervjuene så mener revisjonsteamet at dagens organisering og rapportering ikke er hensiktsmessig og må evalueres i tråd med det som ble vedtatt ved opprettelsen av KE i 2015.

1.2.2 Samarbeidsavtale med klinikkene og KE:

I henhold til vedtaket som ble gjort den 4/8 – 2015 så skulle det inngås samarbeidsavtaler med klinikkene og KE. Intensjonen var å sikre forankring av tjenesten mellom KE og klinikkene. Dette vedtakspunktet er ikke fulgt opp.

Når en ser på hvordan mandat og instruks er utformet så revisjonsteamet av den oppfatning at ansvarsforhold mellom leder KE og samhandlingkontaktene ikke er tydelig nok. Som et eksempel på det så er det punkt 2. mandat og instruks listet opp hovedoppgavene leder - KE og samhandlingkontaktene i helseforetaket skal ivareta. Revisjonsteamet mener at det burde fremkommet tydeligere hva som er leder KE sin rolle og oppgaver og hva som forventes løst av samhandlingkontaktene. Dette var nok også intensjonen med å få på plass samarbeidsavtale mellom klinikkene og KE. Det er omtalt i to av årsrapportene fra leder KE. Det er ikke fremlagt noe utkast til samarbeidsavtale til revisjonsteamet.

1.2.3 Revisjon av Mandat for koordinerende enhet (FB1456)

Mandatet ble første gang gitt ut den 22/1 – 2016 og har ikke vært revidert siden utgivelsesdato. I henhold foretakets krav (RL1660 Dokumentstyring) så skal styrende dokumenter revideres hver gang det gjøres endringer og minimum hvert annet år. Dette gjøres for å sikre at styrende dokumenter til enhver tid er oppdatert.

Dokumentansvarlig får varsel fra Docmap om revisjon når frist for revisjon utløper og har ansvaret for å gjøre nødvendig endringer styrende dokumenter. Dokumentansvarlig har årlig lagt inn

kommentarer vedrørende revisjon av mandat. Kommentarer som legges inn på dokumentene går til dokumentansvarlig. Det er ikke opprettet en ny arbeidskopi eller fremlagt annen dokumentasjon som viser at arbeidet med revisjon av mandatet er påbegynt eller iverksatt.

Godkjenner av mandatet hadde ikke lest kommentarene som årlig var lagt inn men var kjent med innholdet.

Grunnlaget for å revidere mandatet:

- Ser en bare på tidsintervallet (2016 til 2021) så skulle mandatet vært revidert minimum 2 ganger.
- Det ble også vedtatt den 4/8 – 2015 at organisering av KE i løpet av ett år skulle evalueres.
- Det har i perioden 2015 til 2020 vært gjort endringer som har utløst krav om revidering. Her vil vi trekke frem endring i organisering og oppdateringer av bemanningsplan (oversikt over samhandlingskontakter).
- Medisinsk klinikk og Hode og bevegelsesklinikken ble slått sammen i 2020, klinikk sjef for medisin tok da over det organisatoriske ansvaret for KE. Da skulle mandatet ha vært revidert.

1.2.4 Kontaktpunkt for melding om behov for individuell plan (IP).

I henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §11 og §6 andre ledd og Helsepersonelloven § 38a så skal KE motta meldinger om behov for individuell plan. I henhold til foretakets mandat så anses det ikke som naturlig at enheten skal motta meldinger på navngitte pasienter. Oppgavene knyttet til oppstart og samhandling omkring individuell plan og oppnevning av koordinator skal derfor sikres i rutiner og prosedyrer i klinikkene.

Dette er i tråd med veileder til forskriften hvor det vurderes som naturlig at det konkrete arbeidet ivaretas nærest mulig pasienten:

I spesialisthelsetjenesten vurderes det imidlertid som naturlig at det konkrete arbeidet med individuell plan og koordinator, ivaretas av den avdelingen som har ansvaret for pasienten. Dette gjelder også melding til kommunen om behov for individuell plan, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18.(Nasjonal veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator kap. 12.6).

1.3 Samhandlingskontakers erfaring

Det var i utgangspunktet ikke planlagt intervju med samhandlingskontakter. Etter ønske fra direktør ble intervju med samhandlingskontakter tatt inn som en del revisjonen. Etter innledende intervjuer ble det gjennomført gruppeintervju med tre av samhandlingskontaktene. Hensikten med gruppeintervjuet var å undersøke om:

Dagens organisering og arbeidsdeling oppleves å være hensiktsmessig for å sikre at pasienter som har behov for koordinerte tjenester får oppfylt dette kravet.

Følgende tilbakemelding ble gitt:

- Utfordrende å fatte beslutninger når samhandlingskontakene ikke hadde lederrolle på et nivå som kunne ta beslutninger.
- Slik mandatet er uformet består av Koordinerende enhet av leder KE og samhandlingskontakter. I fellesskap skulle de løse oppgavene beskrevet i mandatet. Det ble ikke oppfattet at de hadde et felles ansvar for oppgavene.

I intervjuet kom følgende punkter frem:

- Funksjon som samhandlingskontakt er en del av flere arbeidsoppgaver. Organisatorisk plassering i klinikken kan ha innvirkning på hvordan rollen som samhandlingskontakt utføres. Beslutninger og koordinering kan oppleves utfordrende hvis ansatte som har rollen er plassert «lavt i linjen».
- Rollen som samhandlingskontakt for klinikken ble tolket som kontaktpunkt, ikke som koordinerende enhet for klinikken.
- Tema i møter er nødvendigvis ikke like relevant for alle samhandlingskontakter. Fokus i møtene er ofte knyttet til overordnede forhold som er vanskelig å knytte til praksis.
- Samhandlingskontakter i klinikkene har varierende oversikt over koordinatorene som er utpekt for egne pasienter. Samhandlingskontakter har ikke vært involvert i veiledning og opplæring av koordinatorene i egne klinikker.
- Klinikkene har liten eller ingen oversikt over kommunal habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som er relevant for egne pasienter.
- Samhandlingskontaktene brukes ikke som internt kontaktpunkt ved meldinger om pasienter med mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering eller rehabilitering. Slike behov fremkommer ofte fra PLO melding eller ved direkte kontakt mellom personell i kommunene og behandlende avdeling. For pasienter som kan ha slikt behov finnes det funksjoner som koordinerer pasienter med f.eks. kreft, KOLS, tuberkulose m.m.
- Det er behov for tydeliggjøring av KE sin rolle i pasientforløp og hvem det er som utøver rollen.
- Skal intensjonen i forskriften oppfylles vil trolig kreve at en har definert lege eller sykepleier som har ansvar for å ha oversikt og ansvar for koordinering av pasienten. Koordinering gjøres i dag av ansatte på sengeposten. Tettere oppfølging opp mot kommunene vil være ressurskrevende å løse på sengeposten uten tydeligere føringer og ansvars plassering.
- I journal ser en i dag de ulike kontaktpunktene som pasientene har og hva som er gjort. Vanskelig å få samlet oversikt da disse opplysningene ikke er samlet i behandlingsplan eller individuell plan. Ville ha vært lettere å oversikt hvis journalsystem hadde samlet og vist relevant informasjon slik behandlingsplaner i gjorde i «gamle dager»

2. Konklusjon

Beslutningene vedrørende mandat og organisering gjort ved etablering av KE i 2015 er ikke blitt fulgt opp i henhold til vedtak. Revisjonstemaet vurderer at intensjonen bak vedtaket om revidering av organisering ble tatt for å sikre at organiseringen fungerte hensiktsmessig og i henhold til lov og forskrift.

Det er ikke samsvar mellom KE sin faktiske organisatoriske plassering og plassering beskrevet i mandat. Uavhengig av plassering må mandat være tydelig på organisering, ansvar til leder hvor KE er plassert og hvordan resultat av KE sitt arbeid skal rapporteres.

Revisjonen anbefaler:

- Mandat FB1456 Mandat for koordinerende enhet revideres i sin helhet og at det etableres en retningslinje (RL) som tydelig beskriver organisering, oppgaver og rapportering helt opp til Direktør.
- Basert på det som fremkom i intervju/samtale med ledere og samhandlingskontaktene så bør foretaket vurdere om dagens organisering er hensiktsmessig.
- Resultatet av arbeidet til KE blir et fast punkt og oppsummeres i ledelsens gjennomgang.
- Det bør beskrives hvilke funksjoner og roller som er en del av KE (KE – leder og samhandlingskontakter).
- Hovedfokuset for denne revisjonen var å se på KE (KE – leder og samhandlingskontakter)

etterlevelse og måloppnåelse i henhold til Mandat for koordinerende enhet FB1456. Revisjonsteamet anbefaler at det gjennomføres en ny revisjon en tid etter at mandat er revidert og implementert. Vi anbefaler at hovedformålet med denne revisjonen er sjekke ut og verifisere at:

- Mottak av melding om individuell plan (IP) fra kommuner fungerer.
- Pasienter som har krav på IP får tilbud om det.
- Ansatte som blir pekt ut til å koordinere har tilstrekkelig kompetanse til å utføre det slik intensjon i lov/forskrift er.

Det ble i denne revisjonen avdekket 3 avvik og 6 forberinger.

3. Følgende avvik ble avdekket:

Avvik 1:

FB1456 Mandat for koordinerende enhet er ikke revidert. I revisjon ble det avdekket av FB1456 Mandat for koordinerende enhet ikke er revidert i henhold til krav i RL1660 Dokumentstyring i Docmap.

Frist for lukking er 3 måneder hvis ikke annet er avtalt med revisjonsleder.

Grunnlaget for avviket:

RL1660 Dokumentstyring i Docmap pkt. 7.1 er det krav om at dokumenter skal revideres minimum 2. hvert år og hver gang det gjøres endringer.

Beskrivelse av hva som er avdekket og som danner grunnlaget for avviket:

FB1456 har ikke vært revidert siden 22.01.2016. Dokumentasjon i Docmap viser at mandatet ikke er revidert. Dette er årlig kommentert av dokumentansvarlig i FB1456 Mandat for koordinerende enhet.

Forhold som utløser krav til revisjon av mandatet:

1. Foretakets retningslinje RL1660 stiller krav om at revisjon hvert annet år eller hver gang det gjøres endringer som får betydning for praksis. I henhold til kravet så skulle FB1456 i perioden 2016 til 2021 vært revidert 2 ganger.
2. Mandatet beskriver at KE organisatorisk er plassert i PHR – klinikken. Ut fra det som fremkom i intervjuer så har leder KE har vært organisert i Hode- og bevegelsesklinikken siden 2016. Revisjonsteamet har ikke funnet noen skriftlig dokumentasjon på denne endringen.
3. Fra 2016 til 2020 har det vært endringer på samhandlingkontaktene uten at dette er oppdatert i mandatet.
4. Medisinsk klinikk og Hode og bevegelsesklinikken ble slått sammen i 2020 og organisatorisk ansvar leder KE ble da overført til klinikkssjef for medisinsk klinikk.

Avvik 2

Vedtak fra ledermøte 4. august i 2015 er ikke gjennomført, i ledermøte 04. august 2015 er det to vedtak som ikke er gjennomført.

Frist for lukking er 3 måneder hvis ikke annet er avtalt med revisjonsleder.

Grunnlaget for avviket:

Vedtaks punkt 3:

«Det inngås samarbeidsavtaler med klinikkene og KE som sikrer forankring av tjenesten innen 1.10. 2015.»

Vedtaks punkt 4:

«Evaluering av organiseringen skjer etter 1 års drift»

Beskrivelse av hva som er avdekket og som danner grunnlaget for avviket:

På bakgrunn i dokumentasjon i årsrapporter fra KE og i intervju ble det bekreftet at vedtak ikke er gjennomført.

Avvik 3

Endringer i organisering er ikke gjenspeilet og oppdatert i mandat

Frist for lukking er 3 måneder hvis ikke annet er avtalt med revisjonsleder.

Grunnlaget for avviket:

Pkt. 3.1 i mandatet beskriver organisering av KE, og pkt. 3.7 rapporteringslinjen til KE.

«KE er en funksjon organisatorisk plassert i PHR-klinikken. KE består av leder KE og klinikkenes samhandlingskontakter.» (3.1)

«KE rapporterer til direktør via ledelse i PHR-klinikken.» (3.7)

Beskrivelse av hva som er avdekket og som danner grunnlaget for avviket:

Det er tatt beslutning om endringer i organisering som ikke er oppdatert i mandatet. I intervju og årsrapporter så fremkommer det at KE funksjon (50 % stilling) er flyttet fra Psykisk helse og rusklinikk, til Hode bevegelses klinikk og etter sammenslåing nå ligger i Medisinsk klinikk. Endring av organisering gjenspeiles ikke mandatet.

4. Forslag til forbedringer:

1. Ansvarsforhold og organisering klargjøres og tydeliggjøres i mandat (samhandlingskontakter, koordinator, KE)
 - a. Ledelsesforankring – klargjøres.
 - b. Organisatorisk plassering av KE funksjon.
 - i. I intervju har flere deltakere uttrykt at dagens organisering av KE i en enkelt klinikk ikke er hensiktsmessig.
 - c. Kommunikasjon og konsultasjon knyttet til KE sin funksjon og oppgaver bør vurderes beskrevet og formalisert.
 - i. Eksempel har KE utarbeidet årsrapporter men det er ikke beskrevet hvem som skal ha årsrapport eksternt og internt.
 - ii. Vurdere hva som skal rapporteres og i hvilke fora.
 - d. KE er en foretaksovergripende funksjon, det bør vurderes at tema og område oppsummeres i ledelsens gjennomgang for foretaket som helhet.
 - e. Foretaket bør vurdere om det fortsatt er behov for samarbeidsavtaler. Da må dette tas med i mandat med tydelig ansvar for at det blir etablert.
2. Foretaket bør stille kompetansekrav for rollen som koordinatører
3. Vurdere om ledd med samhandlingskontakter bør fjernes, koordinator rapporterer til sin leder i linjen som kommuniserer med KE.
 - a. Punkt 3.7 andre avsnitt i mandat fjernes: Samhandlingskontakt rapporterer i til egen klinikkssjef, med kopi til KE i aktuelle saker.
 - b. I mandatet fremkommer det at leder KE og samhandlingskontaktene utgjøre foretakets KE. Dette bør endres jamfør forslag om å fjerne samhandlingskontaktene.
4. Rapportering på kvalitetsindikatorer.
 - a. Vurdere registrering og oppfølging av kvalitetsindikatorerne for IP og for koordinator
5. Foretaket utarbeider egen rutine for utnevning av koordinator.
 - a. Regionale prosedyre ble i intervju beskrevet som omfattende og lite egnet til bruk for koordinatører i klinikken.
6. Det bør tydelig beskrives sammenheng mellom krav i forskrift, anbefalinger i veileder til forskrift og de styrende dokumenter som foretaket har knyttet til KE.
 - a. I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er det krav om at meldinger - Jf. §11 er KE ansvar beskrevet og viser til at «tillegg skal enheten ha slikt ansvar som ansvar som framgår av § 6 andre ledd hvor det er krav om at:
 - i. «Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:
 - a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23
 - b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan».
 - ii. a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23
 - iii. b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan».
 - b. Helsepersonelloven - § 38 a. Melding om behov for individuell plan og koordinator

- i. Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.
- c. Fra veileder - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
 - i. Helsepersonelloven § 38a sier at meldinger om behov for individuell plan og koordinator skal gis til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten vurderes det imidlertid som naturlig at det konkrete arbeidet med individuell plan og koordinator, ivaretas av den avdelingen som har ansvaret for pasienten. Dette gjelder også melding til kommunen om behov for individuell plan, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18
- d. Fra veileder - Melding om mulige behov skal gis til koordinerende enhet
 - i. Bestemmelsen skal sikre at helsepersonell har ett sted å henvende seg for å melde om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Dersom kommunen eller det regionale helseforetaket ikke bestemmer noe annet, er det koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommunen og helseforetaket som skal motta slike meldinger.
 - ii. Det må utarbeides rutiner for mottak og oppfølging av slike meldinger. Meldepunktet må være synlig og lett tilgjengelig. Det anbefales at koordinerende enhet ivaretar dette.
 - iii. Bestemmelsen skal ikke forstås slik at alle henvisninger og søknader om habilitering og rehabilitering skal gå gjennom dette kontaktpunktet. Dette gjelder saker hvor personellet mener det kan være et «mulig» behov, og hvor dette bør vurderes nærmere. Koordinerende enhet kan i oppfølging av saken enten gi veiledning om videre saksgang til den som melder saken, eller selv følge opp i kontakt med pasient og bruker.

5. Referanser

[PR19397 Internrevisjon](#)

Vedlegg til internrevisjonen:

- *Følgende dokumenter ble gjennomgått og dannet grunnlaget for revisjonen:*
- *Revisjonsvarsel og deltagerliste legges inn under selve rapporten som vedlegg.*