

VESTRE TOTEN KOMMUNE



HÅNDBOK FOR SAMHANDLING OG KOORDINERTE TJENESTER

Solveig Sveen Lundgård
Norunn Ormevik Hansen

29.08.2024



TRYGGHET, TRIVSEL OG UTVIKLING

Innhold

Innledning.....	2
1. En helhetlig struktur for koordinering.....	2
2. Bedre Tverrfaglig Innsats – modellen (BTI)	2
3. Koordinerende enhet (Kontor for tildeling og koordinering, KTK).....	3
4. Koordinator	3
5. Barnekoordinator	4
6. Individuell plan	4
7. Din rolle som Koordinator	4
7.1 Hva innebærer det å være koordinator og hvilke forventninger foreligger?.....	4
7.2 Barn som tjenestemottaker	5
7.3 Barn som pårørende.....	5
7.4 Koordinators arbeidsoppgaver.....	5
7.5 Koordineringsprosessen	6
Oppstartsamtale	6
7.6 Endring eller avslutning av koordinering.....	7
7.7 Hvilken støtte kan jeg forvente som koordinator?	7
8. Flyt Samspill.....	8
9. Møte/møteledelse.....	8
10. Livsfaser, kritiske overganger	9
11. Bruk av tolk.....	10
Juridisk grunnlag.....	11

Innledning

Ansatte og tjenester i Vestre Toten Kommune (VTK) har plikt til å samarbeide med andre tjenester, både på systemnivå og i individsaker, når det er nødvendig for at den enkelte skal få den hjelpen de trenger. Nødvendighetskravet skal ikke tolkes strengt¹.

Alle velferdstjenester har en alminnelig veiledningsplikt, jf. Forvaltningsloven [§11](#).

Det skal legges vekt på den enkeltes/familien helhetlige behov. Det kan være nødvendig å samarbeide selv om behovet er kortvarig, og selv om den enkelte ikke fyller retten til å få oppnevnt koordinator forankret i lov.

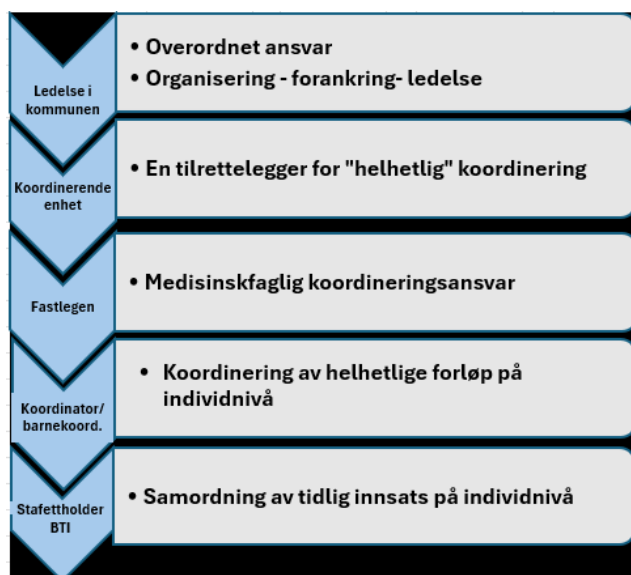
Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører barn jf. Grunnloven [§104](#), [FNs Barnekonvensjon](#) og [Barnerettighetene](#)

Barn har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal vektlegges etter alder og modenhet. Fra barnet er 12 år skal det legges stor vekt på hva barnet mener.

[E-læring om barns rettigheter](#)

1. En helhetlig struktur for koordinering

kan visualiseres slik:



I Vestre Toten starter vi med samordning etter BTI-modellen. Fastlege har et selvstendig ansvar for koordinering av det medisinske, uavhengig av samordning etter BTI-modellen eller koordinering som en individuell rettighet ved oppnevning av koordinator/barnekoordinator.

2. Bedre Tverrfaglig Innsats – modellen (BTI)

I Vestre Toten kommune jobber vi i tråd med BTI- modellen for å sikre tidlig innsats, helhetlig og samordnet bistand og brukermedvirkning.

Modellen har tre hoveddeler; handlingsveileder, stafettholder og stafettlogg.

[Handlingsveileder](#) beskriver hvordan vi skal gå frem i samarbeidet med gravide, barn, unge og deres foresatte, både i en enkelt tjeneste og mellom

¹<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier/innledning-samarbeid-til-barns-beste>

Formålet med å ha en [stafettholder](#) er at det ikke skal bli brudd i oppfølgingen, og at den/de det gjelder, vet hvem de skal kontakte, når de følges opp av en eller flere tjenester.

[Stafettlogg](#) er et samhandlingsverktøy, som forenkler den profesjonelle samhandlingen mellom innbygger og en eller flere tjenester.

BTI- modellen brukes når det er behov for tidlig innsats, som også kan være tverrfaglig. Modellen brukes når retten til koordinator ikke er oppfylt, og inntil søknad om koordinator forankret i lov er behandlet. Ved overgang til koordinator og ansvarsgruppe og/eller IP, avsluttes stafettholderansvaret og stafettlogg ([arkivrutine](#)).

Eksempler på saker: Oppfølging ift. sosialt samspill, språk, motorikk, tilpasset opplæring, helse, fritid, autismespekteret, ADHD mm.

Møteform: Samarbeidsmøter og Arbeidsmøter (jfr. [Tverrfaglige møteplasser](#) s.1-2).

3. Koordinerende enhet (Kontor for tildeling og koordinering, KTK)

Koordinerende enhet i kommunen har det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan; og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. I Vestre Toten kommune er Kontor for tildeling og koordinering (KTK) kommunens Koordinerende enhet (KE). Henvendelser/søknader om koordinator og individuell plan rettes til KTK som behandler søknadene, det brukes søknadsskjema om helse- og omsorgstjenester i kommunen, [søknadsskjema](#) / [elektronisk søknadsskjema](#). KTK har myndighet til å avgjøre hvilket tjenestested som skal ha koordineringsansvaret. Det gjelder også tjenester utenfor helse- og omsorg og koordinator/individuell plan forankret i NAV-loven, sosialtjenesteloven og barnevernsløven. Leder ved det enkelte tjenestestedet har ansvar for oppnevning av koordinator og tilrettelegge for at koordinator skal utøve sin oppgave. Ved skifte av koordinator er det leder i tjenesten som oppnevner ny koordinator. Dersom det er behov for ny vurdering av hvilket tjenestested som bør ha koordineringsansvaret, rettes henvendelsen til KTK. Helse- og omsorgstjenesteloven [§7-3](#)

4. Koordinator

Koordinator er en ansatt (tjenesteyter) som har det overordnede ansvaret for koordinering av tjenestetilbudet for et barn/bruker.

Koordinatoren skal

- *Sørge for nødvendig oppfølging*
- *Sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan*
- *Sikre at bruker får helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud*
- *Sikre brukermedvirkning og innflytelse*
- *Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker, eventuelt pårørende*
- *Styrke samhandlingen mellom tjenesteytere på tvers av fag, nivåer og sektorer*

Retten til koordinator er forankret i flere lovverk og vilkåret er behovet for langvarige og koordinerte tjenester knyttet til personen. Ved koordinator forankret i helse- og omsorgstjenesteloven er vilkåret behovet for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester [§7-2](#), mens det i lov om sosiale

tjenester i velferdsstaten [§28](#), NAV-loven [§15](#), og barnevernsloven [§15-9](#), er vilkåret langvarige og koordinerte tjenester og tiltak. Skole har et selvstendig ansvar for å koordinere opplæringstilbudet.

For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator. [§7-2](#).

Bruker skal høres i sine ønsker om hvem som skal være koordinator.

Det kan oppnevnes koordinator uten samtykke fordi kommunen har plikt til å gi koordinerte tjenester når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp.

5. Barnekoordinator

Retten til barnekoordinator er forankret i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen [§7-2a](#), og vilkåret for å få barnekoordinator er mer omfattende enn vilkåret for å få koordinator. Det er familien som har rett til barnekoordinator. Retten gjelder de som har omsorgsansvaret for barn / ungdom opptil 18 år, og gjelder også det ufødte barn. Det dreier seg om barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Det er hjelpebehovet som vurderes.

Den som oppnevnes som barnekoordinator kan være en person som er ansatt i stilling som barnekoordinator, men kan også være en annen tjenestesteyter som følger opp barnet/ungdommen og som har erfaring med å være koordinator.

Kommunen skal oppnevne barnekoordinator dersom foresatte ønsker det og har rett på det.

6. Individuell plan

Individuell plan (IP) er basert på samtykke, og det legges til grunn at personen selv og/eller foresatte/verge/pårørende bidrar aktivt i arbeidet med å utarbeide mål.

En individuell plan skal være en overordnet plan som berører alle aktuelle livsområder. En bruker kan bare ha en individuell plan. Det betyr at den individuelle planen må samordnes med eventuelle delplaner, som for eksempel individuell utviklingsplan/opplæringsplan, behandlingsplan, rehabiliteringsplan, tiltaksplan og kriseplan. Slike delplaner skal gjenspeile målene som er satt i den individuelle planen, som skal sikre at alle jobber i samme retning.

Livsområder deles opp i helse, barnehage/skole/arbeid/dagtilbud, økonomi, bolig, fritid og nettverk. Ved utarbeidelse av IP kartlegges aktuelle livsområder.

Planen skal hjelpe til med å strukturere koordineringsarbeidet og å gi koordinator og bruker oversikt. Jf. Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen [§7-1](#), lov om sosiale tjenester i velferdsstaten, [§28](#), NAV-loven [§15](#), og barnevernsloven [§15-9](#)

7. Din rolle som Koordinator

7.1 Hva innebærer det å være koordinator og hvilke forventninger foreligger?

Som koordinator utøver du en lovpålagt oppgave for å sikre samordning og koordinering av tjenestene til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Jobben som koordinator vil være pårørendestøtte til foresatte / pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven [§3-6](#)

Å være koordinator betyr at du skal være en brukers / foreldres kontaktperson, og at du skal hjelpe han eller henne, og kanskje de pårørende, til å finne veien i hjelpeapparatet.

Som koordinator skal du påse at brukers behov står i sentrum og at bruker og eventuelt pårørende har en sentral rolle i utforming av tjenestetilbudet. Du skal holde deg orientert om brukers situasjon, og være en *veiviser*. Det betyr ikke at du skal vite alt, men det forventes at du har en viss oversikt over tjenesteapparatet, og kan hjelpe til med kontaktetablering til rette instanser. Du kan også ta kontakt med Koordinerende enhet for råd og veiledning.

Opgaven din som koordinator er å sørge for at brukers behov for tjenester blir ivaretatt på en helhetlig måte i et langsiktig perspektiv, hvor målet er å mestre hverdagen med de forutsetningene brukeren har.

7.2 Barn som tjenestemottaker

Dersom tjenestemottaker er et barn, skal det gis en beskrivelse av hvordan barnets rett til medvirkning er ivaretatt i arbeidet med planen. Barnets stemme og barnets beste vurderinger skal vektlegges i koordineringsarbeidet.

Det er viktig for barns og ungdoms naturlige selvstendiggjøring at de, i den grad det er mulig, er delaktig i beslutninger om eget liv. Ut fra alder og modenhet bør det legges til rette for at de deltar på møter eller deler av møter. Dersom de av ulike grunner ikke kan eller vil delta på møter, må en sørge for at deres ønsker blir ivaretatt, og at de oppdateres i etterkant. Det skal tilstrebes at ungdom deltar aktivt i sin egen plan og *har en aktiv brukerkonto* som gjør at han/hun selv kan logge seg inn i planen. Ungdom er helserettslig myndig når de er 16 år, de må involveres i sin egen plan i god tid før de fyller 16 år.

Etter 16 år er det ungdommen selv som samtykker til individuell plan. Foreldrene er verge til de er 18 år og kan samtykke på vegne av sitt barn dersom han/hun ikke selv er isand til å forstå hva et samtykke innebærer.

7.3 Barn som pårørende

Som koordinator skal du sikre at barn eller søsken som pårørende blir ivaretatt.

7.4 Koordinators arbeidsoppgaver

Koordinator har tre hovedoppgaver. Det er å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, sikre samordning av tjenestetilbudet og sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

Det betyr at du skal:

- Være brukers kontaktperson og ressurs i tjenesteapparatet.
- Legge til rette for at bruker deltar i arbeidet med sin individuelle plan, om ønskelig sammen med pårørende eller verge.
- Sikre god informasjon til, og dialog med, brukeren gjennom hele planprosessen. Avklare ansvar og forventninger.
- Sikre helhetlig kartlegging av tjenestebehovet med utgangspunkt i brukers mål, ressurser og behov.
- Sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, og relevante tjenesteytere i andre sektorer.
- Bidra til felles forståelse av målene i brukers plan.
- Innkalle til og lede møter knyttet til individuell plan, sørge for at referat blir skrevet.
- Sikre framdrift i arbeidet med planen, at den blir evaluert og endret ved behov.
- Evaluere samarbeidsformen, koordinatorrollen og møtene.
- Sikre samtykke i utarbeidelsen av planen

Koordinator skal ikke ta over bruker, pårørende eller tjenesteyters ansvar. Det forventes ikke at koordinator deltar sammen med bruker og eventuelt pårørende som støtte på møter med enkelttjenester.

7.5 Koordineringsprosessen

Oppstartsamtale

Når du blir koordinator for en ny bruker eller overtar som koordinator, tar du kontakt med bruker og eventuelt pårørende/verge. Gi informasjon om hva koordinatorfunksjonen innebærer og avklar forventninger til hverandre. Det er hensiktsmessig å avklare hyppighet av kontakt, hvor ofte det forventes innlogging i planen og svar på meldinger, og hvordan bruker og eventuelt pårørende ønsker å kontaktes. Bli enig med bruker om hvordan dere skal samarbeide. Avklar hvilke instanser og personer dere trenger å samarbeide med. Innhent kontakthinformatjon og registrer den i plandokumentene.

Du må innhente eller sjekke om det foreligger [Samtykke til tverrfaglig samarbeid](#). Samtykke er avgjørende for at du får utført jobben som koordinator. Når plandeltakere er lagt til i planen opprettes elektronisk samtykke i planen. Bruker avgjør selv hvem som skal ha informasjon om hva, dette skal komme fram i samtykke, plandeltakere kan ha ulik tilgang til taushetsbelagte opplysninger.

Kartlegging, utarbeide mål og tiltak

Be bruker og eventuelt pårørende eller verge om å beskrive situasjonen, utfordringer, ressurser, muligheter, motivasjon, planer og drømmer. Spørsmål som «Hva er viktig for deg?» sikrer en åpen tilnærming til brukers ønsker og mål.

Ta alltid utgangspunkt i hva som er vanlig for aldersgruppen som vedkommende er i. Tilrettelegging og etablering av tjenester skal gi vedkommende mulighet til å leve et aktivt og meningsfullt liv som samsvarer med den alderen vedkommende har.

Hva er spesielt for akkurat den personen du er koordinator for? Hva skal til for at vedkommende skal mestre sin hverdag nå og på sikt? Hvilke ønsker, mål og drømmer har bruker?

Som koordinator kan du si noe om hvilke muligheter som finnes eller du kan undersøke det. Sammen kan dere legge planer. Det er viktig å finne ut av hva bruker trenger hjelp til, hvem som skal bistå, når hjelpen skal gis og hvordan. Støtt deg til utredninger og anbefalinger gitt fra spesialisthelsetjenesten, kompetansesentra osv. når det skal settes mål og defineres tiltak og tjenester. Fastsett målsetting sammen med bruker. Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven [§3-1](#)

For noen kan flere tjenester allerede være på plass, disse skal du registrere i planen. For andre kan det være nødvendig med kartlegging av behov for bistand på flere områder, som for eksempel helse, opplæring, bolig, transport, fritid, økonomi, arbeid eller annen aktivitet. Av og til må du kartlegge områder som oppleves som private og sensitive. Da er det spesielt viktig å tenke igjennom måten spørsmålene stilles på. Kartlegg hva familie og øvrig nettverk kan bidra med i forhold til mål og ønsker.

Alt dokumenteres i den individuelle planen.

Oppfølging og evaluering

Den individuelle planen skal være levende, det innebærer at planen oppdateres og evalueres kontinuerlig.

Evalueringen bør inneholde:

- Er målene nådd?
- Har tiltakene fungert eller er det behov for endringer?

- Fungerer tjenestene?
- Er arbeidsformen god?
- Hvilke erfaringer er gjort?

Gjør nødvendige endringer i henhold til hva evalueringen viser.

Er det fortsatt behov for individuell plan og koordinator?

7.6 Endring eller avslutning av koordinering

Ved skifte av koordinator er det leder i tjenesten som har fått tildelt koordineringsansvaret som oppnevner ny koordinator. Dersom det er behov for ny vurdering av hvilket tjenestested som bør ha koordineringsansvaret, rettes henvendelsen til KTK. Ved endring av koordinator får bruker og eventuelt pårørende informasjon per telefon og det dokumenteres i journalsystemet.

Sørg for at den individuelle planen er oppdatert og sikre at overføring av nødvendig informasjon overlappes ved skifte av koordinator.

Planarbeidet skal ha varighet så lenge det er et behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dersom bruker er enig om å avslutte koordineringsarbeidet dokumenteres dette i journal og koordinator gir beskjed om dette til KTK som avslutter tjenesten. Dersom bruker/foresatt/verge fortsatt ønsker koordinator/IP, kontaktes KTK som gjør en ny vurdering om hvorvidt vilkårene for koordinator/IP er oppfylt. Dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt og det vurderes hensiktsmessig å avslutte koordinator/IP, sender KTK opphørsbrev til bruker og eventuelt pårørende.

Ved behov for videre samarbeid bør stafettholder og stafettlogg benyttes, se [Tverrfaglig samhandling nivå 2](#) i BTI-modellen.

7.7 Hvilken støtte kan jeg forvente som koordinator?

Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for opplæring og veiledning til koordinatorene i kommunen. Dette kan foregå per telefon, e-post og veiledningsmøter. Koordinerende enhet / KTK kan i perioder tilby tett veiledning i enkeltsaker og kan også stille på møter.

Ved opplæring av nye koordinatorene vises det til kompetansebroen sitt E-lærings kurs: [koordinator og individuell plan](#)

Det tilstrebes opplæring for nye koordinatorene i Flyt Samspill to ganger pr. år og årlige samlinger for koordinatorene.

Det finnes mye informasjon om koordinator og individuell plan på nettet.

[Individuell plan - en rettighet - Helsenorge](#)

[Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

Viser til kommunens nettside Compilo for ansatte, der denne håndboka og andre aktuelle dokumenter om koordinator og individuell plan er samlet.

Det er nødvendig at din leder anerkjenner viktigheten av koordinatorrollen, og at du har tid til å ivareta dine koordinatoroppgaver. Det anbefales at koordinatorarbeid er tema på medarbeidersamtale.

8. Flyt Samspill

I Vestre Toten benyttes det digitale samhandlingsverktøyet Visma Flyt Samspill. Dette er et elektronisk verktøy for utarbeidelse av individuell plan, men kan også brukes som et samhandlingsverktøy for koordinatorene der det ikke er aktuelt å utarbeide en individuell plan. Her kan koordinator sende innkalling til ansvarsgruppemøter og skrive referater. Det er et verktøy som kan brukes i samarbeid der tjenesteytere i planen bruker ulike fagsystemer, her kan de sende meldinger til hverandre med taushetsbelagt informasjon. Det er et egnet verktøy for å involvere bruker, foresatte og pårørende i oppfølgingen av den enkelte og de får anledning til å medvirke, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven [§3-1](#).

Planen skal hjelpe koordinator med å strukturere koordineringsarbeidet og gi deltagere i planen god oversikt.

Møteinnkalling og referat fra ansvarsgruppemøter skrives i planen under meldinger, og sendes fortrinnsvis ut som melding til plandeltakerne. I tillegg skal koordinator lagre referater fra ansvarsgruppemøter under dokumenter i planen, dette for å sikre historikk, oversikt og tilgang til referater for nye plandeltakere.

Sammen med sin leder vurderer koordinator om det i tillegg er nødvendig å lagre dokumentasjon i planen og referater i eget fagsystem, eksempel Gericat.

Se [Flyt Samspill - samhandling](#) og [Flyt Samspill - Logg inn](#).

9. Møte/møteledelse

Møteformen som benyttes er ansvarsgruppemøter og arbeidsmøter. ([Jfr. Tverrfaglige møteplasser s.1-2](#)). Se også [Rutine for tverrfaglige møter](#) (BTI).

Ansvarsgruppemøte er en godt etablert møteform i oppfølgingen av barn og unge, som benyttes i koordinatarbeidet. Bruk av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men en god arbeidsform som anbefales for å belyse helheten, koordinere samarbeid og gi koordinerte tjenester. Kommunen har valgt å legge ansvarsgruppe over «nivå 3 Tverrfaglig samhandling» i BTI-modellen.

Det er koordinators oppgave å innkalle til møter, lede møtene og sørge for at det blir skrevet referat. Hvem som skal skrive referat bør avklares før møtet. Den individuelle planen skal gjennomgås og oppdateres, og bør vises til alle deltakere i møtet.

Alle møtedeltakerne skal ha et formål med oppmøte, og innkalles ved behov. Gruppen kan variere i sammensetning, størrelse og hyppighet ut fra hvor i livsløpet bruker befinner seg, og hvilke utfordringer og overganger bruker står ovenfor. Det bør avholdes ansvarsgruppemøter minimum to ganger i året.

Som koordinator har du ansvar for fordeling av oppgaver mellom ulike samarbeidspartene.

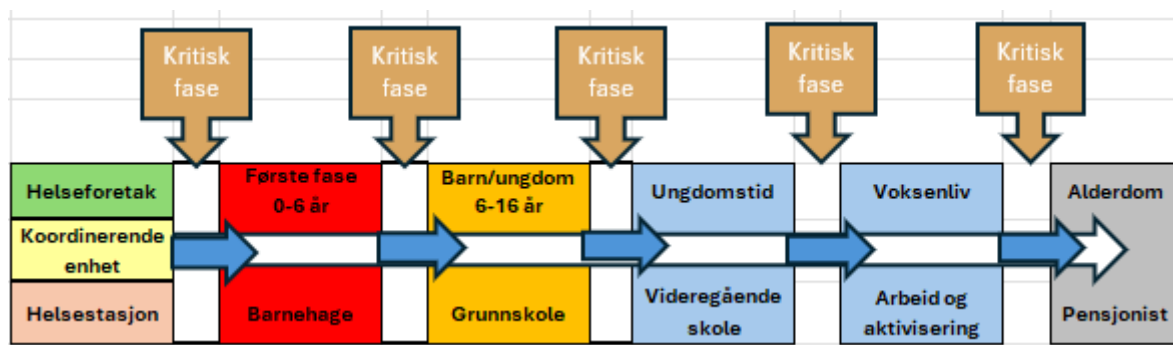
Som koordinator er det viktig at du hele tiden vurderer behov, evaluerer mål og tiltak, og sørger for gode møter med god struktur og klare målsettinger.

Ansvarsgruppen skal være et forum for bruker og evt. pårørende eller verge, der de får møte aktuelle involverte instanser samtidig. Dersom bruker ikke ønsker at det skal etableres en ansvarsgruppe, må du gjøre avtale med bruker om hvordan arbeidet og prosessen skal gjennomføres på annen måte.

Se [Rutine for ansvarsgruppemøte](#).

10. Livsfaser, kritiske overganger

Det er spesielt viktig å være oppmerksom på behovet i ulike livsfaser og overganger mellom arenaer. Da er det nye samarbeidspartnere, og det er viktig å sørge for at all informasjon overlappes slik at pasient/bruker opplever at tjenestene er sømløse. Her har du som koordinator en spesielt viktig rolle.



Det er viktig å sikre samhandling med spesialisthelsetjenesten, kompetansesentra, rehabiliteringssentra og fastlegen.

Planlegg overganger i god tid, særlig ved oppstart i barneskole, ungdomsskole og videregående skole, og sørg for at nødvendig tilrettelegging og tiltak er på plass i god tid. Ved frafall eller risiko for frafall i skolen, følg [Rutine for nærvær og fravær](#), eller ta kontakt med Oppfølgingstjenesten (OT) i Videregående skole.

Sørg for at ungdommen og eventuelt pårørende eller verge får informasjon om fylkeskommunale tjenester som videregående skoler, PPT for videregående opplæring, oppfølgingstjenesten (OT), opplæringskontorene, yrkeskartlegging, skyssordning mellom skole og hjem m.m. Se [vilbli.no](#). Gi informasjon om vergemålsordningen, [Vergemål](#).

Start planlegging av arbeid, varig tilrettelagt arbeid (VTA), aktivitet eller dagsenter etter endt skolegang.

Start planlegging av etablering i egen bolig.

Planlegg utskrivning sykehus og rehabiliteringssenter

Sørg for at det gis informasjon om tjenester fra NAV. Det kan være grunn- og hjelpestønad, pleiepenger, opplæringspenger, utvidet rett til fravær ved barns sykdom, arbeidsavklaringspenger (AAP), varig tilrettelagt arbeid (VTA), praksisplass, uførestønad, ung ufør, supplerende sosialhjelp, bolig, startlån, bostøtte søknad om bil. Informasjon kan hentes på [nav.no](#)

Sørg for at det blir gitt informasjon om frivillig arbeid, interesseorganisasjoner, [lag og foreninger](#) i distriktet.

Sørg for at bruker og eventuelt pårørende eller verge får informasjon om hvilke ordninger og tjenester som forvaltes av kommunen, og hvor man kan henvende seg for å få tilgang på disse. Det kan være helse- og omsorgstjenester, omsorgsbolig, fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler. Informasjon kan hentes på kommunens hjemmeside og ved henvendelse til koordinerende enhet.

Sørg for informasjon om transportstøtte, [TT-kort](#).

11. Bruk av tolk

Det anbefales å bruke tolk når viktige beskjeder skal gis eller i ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter for å sikre at bruker og/eller pårørende forstår informasjonen som gis. Selv om brukere eller deres familier snakker godt norsk, kan det i mange tilfeller være lurt å bruke tolketjeneste for sikre at informasjon er forstått. Det anbefales ikke å bruke slektninger/venner som tolk i samtaler. Det skal i hovedsak benyttes telefontolk, men det kan ved enkelte tilfeller bestilles oppmøtetolk.

Se kommunens avtaler om tolketjenester i Compilo og Tolkeloven [§6](#)

Lykke til som koordinator i Vestre Toten kommune!

Juridisk grunnlag

Kommunens plikt til å tilby koordinator og utarbeide en individuell plan er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven §§ [7-1](#), [7-2](#) og [7-2 a](#), mens retten til koordinator, individuell plan og medvirkning er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven [§2-5](#), [§2-5b](#), [§2-5c](#) og [§3-1](#)

Andre lover som sier noe om koordinator og individuell plan er:

- Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen [§28](#) og [§33](#)
- Lov om sosiale tjenester i NAV [§15](#)
- Lov om barnevernstjenester [§15-9](#)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern [§4-1](#)
- Lov om spesialisthelsetjenesten [§2-5](#), [§2-5a](#)
- Helsepersonelloven [§38a](#)
- Opplæringsloven [§24-1](#)

Samarbeidsplikten på individnivå:

- Barnevernsloven [§15-8](#)
- Familievernkantorloven [§1a](#)
- Opplæringsloven [§24-1](#)
- Privatskoleloven [§3-6a](#)
- Barnehageloven [§2b](#)
- NAV-loven [§15a](#)
- Sosialtjenesteloven [§13](#)
- Krisesenterloven [§4](#)
- Integreringsloven [§50](#)
- Helse- og omsorgstjenesteloven [§3-4](#)
- Spesialisthelsetjenesteloven [§2-1e](#) og [§6-3](#)
- Tannhelsetjenesteloven [§1-4a](#)

Andre viktige dokumenter:

- [Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet](#)
- [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Kapittel 5. Koordinator - Lovdata](#)
- [Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester - Lovdata](#)
- [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)
- [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet](#)
- [Plan for habilitering og rehabilitering 2024-2026 VTK](#)