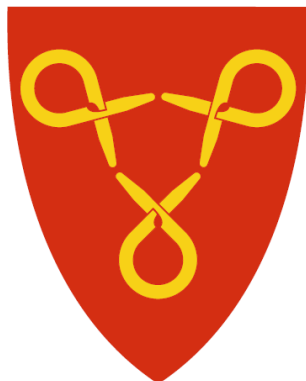


# MASFJORDEN KOMMUNE



## TEMADELPLAN FOR KOORDINERANDE EINING, INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR 2019 - 2025

---





## **Innhold**

<b>1. Innleiing</b> .....	4
<b>2. Forankring i kommunale planar</b> .....	4
<b>2.1 Arbeid med planen</b> .....	4
<b>3. Føremål med planen</b> .....	4
<b>4. Koordinerande eining</b> .....	4
<b>4.1 Organisering</b> .....	5
<b>4.2 Rutinar</b> .....	6
<b>4.3 Sentrale oppgåver</b> .....	7
<b>4.4 Andre lokale saker</b> .....	7
<b>5. Individuell plan og koordinator</b> .....	7
<b>5.1 Føremål med individuell plan og koordinator</b> .....	8
<b>5.2 Retten til individuell plan</b> .....	8
<b>5.3 Koordinator sine oppgåver i kommunen</b> .....	9
<b>6. Brukarmedverknad</b> .....	9
<b>7. Samhandling med spesialisthelsetenesta</b> .....	10
<b>8. Samhandling med andre einingar</b> .....	10
<b>9. Handlingsdel</b> .....	11

## **1. Innleiing**

Kommunen må velja ei organisering av koordinerande eining som sikrar at lovpålagte funksjonar vert ivareteke. Verksemd som yter helsehjelp skal organiserast slik at helsepersonell blir i stand til å overhalde lovpålagte plikter jf. Helsepersonellova § 16.

Koordinering og samhandling er områder med behov for ei tydeleg organisering. Roller og ansvar må være avklart og rutinar må være utarbeidd som ein del av kommunane sitt kvalitetssystem. Tenestene skal være enkle å finne fram til - ei dør inn. Informasjon ut til innbyggjarane og brukarmedverknad er sentralt i dette arbeidet.

## **2. Forankring i kommunale planar**

Planen er i samsvar med kommunedelplan for helse , omsorg og sosial og ei direkte oppfølging av temadelplan for rehabilitering og habilitering for 2017 – 2024. Her står det at tenestene skal vere enkle å finne fram til – ei dør inn. Her går det fram at det er behov for å klargjera ansvar og oppgåvefordeling i forhold til samarbeid med forvaltningskontoret, einingane og dei utøvande tenestene. Eit av tiltaka er å definere organisering av koordinerande eining, avklare oppgåver, roller og ansvar, samt utarbeide rutinar.

### **2.1 Arbeid med planen**

Planen har vore utarbeidd i eit tverrfagleg samarbeid i helse- og omsorg I tillegg har det vore møte med råd for menneske med nedsett funksjonsevne og eldrerådet for innspel og dialog rundt arbeidet med planen. Her kom det innspel på at det i forhold til «ei dør inn» må være tydeleg og avklarte roller og ansvar, for dei som kontaktar koordinerande eining og dei som alt er i systemet.

## **3. Føremål med planen**

Gjennom planen vil ein løfte fram dei tema og områder som skal avklarast og fastsetjast som eit grunnlag for arbeidet gjeldane koordinerande eining, individuell plan og koordinator. Det vil bli avklart kva roller, ansvar og oppgåver som ligg til dette arbeidet, rutinar og dokument som skal utarbeidast. Dette for å sikre god samhandling og heilskapleg koordinerte tenester til brukarane.

## **4. Koordinerande eining**

Det skal finnast ei koordinerande eining for rehabilitering - og habiliteringsverksemd i kommunen, jf. helse og omsorgstenestelova § 7-3. Den koordinerande eininga skal bidra til å sikre heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering.

## 4.1 Organisering

Jf. Veileidar for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator må eininga være lett å koma i kontakt med for brukarar og samarbeidspartar. Eininga sitt verkeområde er på tvers av einingar, fagområde, nivå og sektorar talar for at den bør plasserast høgt oppe i organisasjonen. Eininga si rolle som fast kontaktpunkt i samarbeid med spesialisthelsetenesta bør leggest vekt på . Uavhengig av organisering , må det sikrast føreseielege og forankra møteplassar og samarbeidsstrukturar.

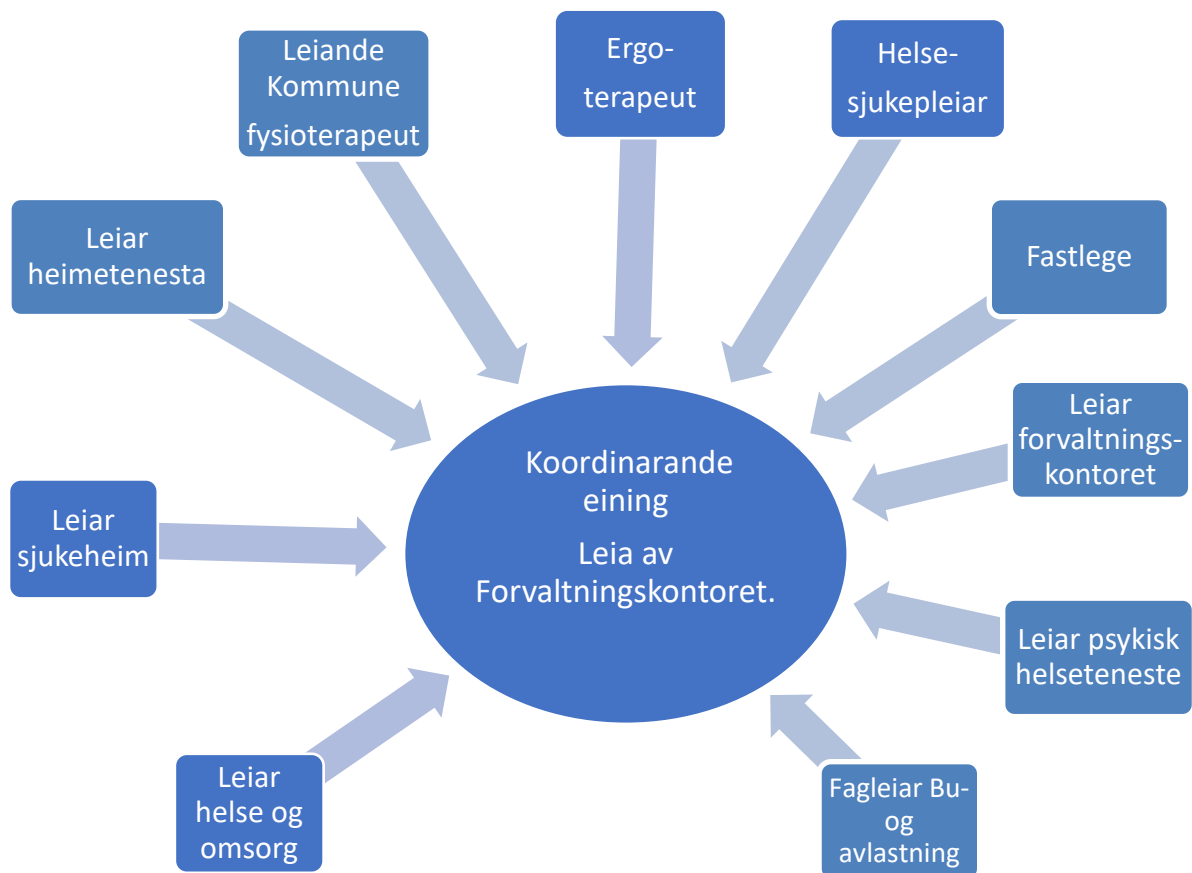
Sjølv om funksjonen vert omtalt som «eining» stiller lovverket ingen krav til eigen organisatorisk eining. Eininga kan organiserast som eigen eining, som eit fast overordna team, som eigen koordinator for dette formålet eller gjennom ordinær verksemd.

Koordinerande eining har tradisjonelt vore knytt til rolla som kommunefysioterapeut i Masfjorden kommune, men det er eit behov for å etablera eit meir tverrfagleg samarbeid for å få tilstrekkeleg samhandling på dette området.

Masfjorden kommune har dei siste åra etablert eit forvaltningskontor med ein leiar og merkantil med kompetanse innan helsefag, offentleg rett og sakshandsaming. Organisering og arbeidsområdet her tilseier at det gjev gode mogelegheiter for ei teamorganisering.

Teamorganisering, med deltaking frå fleire einingar vert i følgje helsedirektoratet erfart som ein god organisasjonsform for å sikre brei forankring og tilnærming. I slike tilfelle må det sikrast leiing og samarbeidsrutinar, slik at dei saman utgjer ei eining. Helsedirektoratet viser til at det kan bli for sårbart der funksjonen vert ivaretatt av ein stilling som og er tillagt andre oppgåver, der teamorganisering bør vurderast.

Utifrå desse tilrådingane vil ein organisere koordinerande eining slik:



- Koordinerande eining vert organisert og fungerer som eit team leia av Forvaltningskontoret
- Kontaktperson inn mot spesialisthelsetenesta vert leiande kommunefysioterapeut
- Koordinerande eining er fast representert ved: Leiar for forvaltningskontoret, leiande kommunefysioterapeut, ergoterapeut frå hjelpemiddeltenesta, leiar for psykisk helseteneste, helsesjukepleiar, leiar for heimetenesta, leiar for sjukeheim, fagleiar Bu- og avlastningstenesta, fastlege og leiar for helse- og omsorg.
- Andre einingar som oppvekst, NAV eller barnevern vert kalla inn ved behov
- Koordinerande eining har faste samarbeidsmøte organisert av leiar på forvaltningskontoret

## 4.2 Rutinar

Det er krav om at mandat og instruks for eininga må finnast i kommunen sitt kvalitetssystem. Dette vil bli synleggjort i arbeidet med rutinar som vert utarbeidd.

Rutinar rundt organisering, oppgåver og samhandling i koordinerande eining vert utarbeidd i egne rutinar i form av prosedyrar som skal vera ein del kommunen sitt kvalitetssystem.

Arbeid med individuell plan og koordinator vert særst viktig. Samhandling og samarbeid med andre einingar og brukarorganisasjonar skal og synleggjerast.

Informasjon om koordinerande eining skal oppdaterast og føreligga på ein god og brukarvenleg måte på kommunen si heimeside.

### 4.3 Sentrale oppgåver

- Kommunen sin plan for rehabilitering- og habilitering
- Legge til rette for brukarmedverknad
- Ha oversikt over tilbod innan rehabilitering - og habilitering
- Overordna ansvar for individuell plan og koordinator
- Utarbeide rutinar for arbeidet med individuell plan og koordinator
- Oppnemning av koordinator
- Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
- Opplæring og rettleiing av koordinatorar
- Medverke til samarbeid på tvers av fagområde, nivå og sektorar
- Ivareta famileperspektivet
- Sikre informasjon til innbyggjarane og samarbeidspartar
- Motta interne meldingar om mogeleg behov for rehabilitering- og habilitering

### 4.4 Andre lokale saker

Koordinerande eining vil i faste samarbeidsmøte og ta opp aktuelle saker som ikkje inneber behov for individuell plan. Dette kan være i form av anonyme case som felles råd og rettleiing, eller innmeldte saker etter samtykke for ei tverrfagleg vurdering. Dette vil framgå i prosedyrar for koordinerande eining.

## 5. Individuell plan og koordinator

- Koordinerande eining skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. Overordna ansvar inneber at eininga mellom anna skal motta meldingar om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeida rutinar og prosedyrar for arbeidet med individuell plan.

Ved at koordinerande eining vert organisert i form av eit team leiar av Forvaltningskontoret, betyr det at behov for Individuell plan skal meldast og registrerast på Forvaltningskontoret. Melding om behov vert tatt opp på faste møter eller blir handtert fortløpande når det er naudsynt.

Leidende kommunefysioterapeut vil i si rolle inn mot koordinerende eining ha eit særskilt ansvar for individuell plan og koordinator. Dette vil gå fram i nære omtale av koordinerende eining i eigen prosedyre. Det skal utarbeidast prosedyrar for det heilskaplege arbeidet med individuell plan og koordinator.

### 5.1 Føremål med individuell plan og koordinator

- Sikre at pasient og brukar får eit heilskapleg, koordinert og individuelt tenestetilbod
- Sikre pasient og brukar sin medverknad og innflytelse
- Styrke samhandlinga mellom tenesteytar, og pasient og brukar og eventuelt pårørande
- Styrke samhandlinga mellom tenesteytarar på tvers av fag, nivå og sektorar

Koordinator er ein tenesteytar som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tenestetilbodet, samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator vert oppnemnt i samband med individuell plan, men skal og bli tilbydd sjølv om vedkomande takkar nei til individuell plan. Formålet med koordinator er det same som for individuell plan.

### 5.2 Retten til individuell plan

Pasient og brukar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeida individuell plan, Jf. Pasient og brukarrettighetsloven §2-5.

Den individuelle planen gjev ikkje pasient eller brukar større rett til helse- og omsorgstenester enn det som følger av det øvrige regelverket.





### 5.3 Koordinator sine oppgaver i kommunen

Koordinator skal medverke til å :

- Sikre samtykke frå pasient og brukar til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling
- Legge til rette for at pasient, brukar og eventuelt pårørande deltek i arbeidet
- Avklare ansvar og forventningar
- Sikre god informasjon og dialog med pasient og brukar, og eventuelt pårørande, gjennom heile prosessen
- Sikre heilskapleg kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukar sine mål, ressursar og behov
- Sikre god samhandling mellom aktørane i helsetenesta, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglege koordineringsansvaret, samt med relevante tenesteytarar i andre sektorar
- Sikre samordning av tenestetilbodet og god framdrift i arbeidet med individuell plan
- Sikre felles forståing av måla i planprosess
- Initiere, innkalle og eventuelt leie møte knytta til individuell plan og koordinering
- Følgje opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- Følgje opp og evaluere arbeidsprosessen

Masfjorden kommune nyttar Sampro som digitalt verktøy for individuell plan. Oppgåvene vil bli nærare omtalt i eigne prosedyrar og rettleiar som vert utarbeidd for koordinatorar. Leiande kommunefysioterapeut har ansvar for opplæring og oppfølging av koordinatorar.

## 6. Brukarmedverknad

Pasient eller brukar sine behov skal vera fokus i tenestene. I møte med den einskilde vil me spørje - **kva er viktig for deg?**

På den måten vil me sikre at den einskilde sin ståstad skal være utgangspunkt for dialog og samhandling rundt individuell plan og koordinering.

Brukarmedverknad vil og vera sentralt i samhandling og kontakt med brukarorganisasjonar, og i etablerte møtefora med råd for menneske med nedsett funksjonsevne og eldrerådet.

## **7. Samhandling med spesialisthelsetenesta**

Koordinerende eining i helseføretak og kommunen er gjensidige kontaktpunkt for tverrfagleg samarbeid. Einingane sin plass og rolle skal vera synleggjort i den avtalte samarbeidsstrukturen mellom helseføretaket og kommunane gjennom dei gjeldane samarbeidsavtalar. Innan sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering, individuell plan og koordinator er følgjande samarbeidsavtalar dei mest sentrale:

Tenesteavtale 1: Avklaring av ansvar og oppgåver mellom helseføretak og kommunar

Tenesteavtale 2,3 og 5: retningslinjer for samarbeid om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator

Tenesteavtale 6 og 7 : Samarbeid om kompetanse og forskning.

Utifrå at koordinator i samband med individuell plan i dei fleste tilfelle vert oppnemnt i kommunen, blir rolla til koordinator i spesialisthelsetenesta noko annleis.

I spesialisthelsetenesta inneber oppgåva til koordinator å koordinere internt under opphaldet, og eksternt med dei som skal følgje opp etter utskriving.

## **8. Samhandling med andre einingar**

Ein person med behov for langvarige og koordinerte tenester kan ha behov for bistand på fleire livsområde. Individuell plan , som er eit felles verktøy på tvers av fagområde, nivå og sektorar erstattar ikkje behov for detaljerte delplanar. Individuell opplæringsplan ( IOP), behandlingsplanar, treningsprogram med meir, kan inngå som delar av den individuelle planen.

Skulen si plikt til å medverke i arbeidet med individuell plan er nedfelt i opplæringslova § 15-5. Her står det følgjande:

Skulen skal, når det er nødvendig for å ivareta elevanes behov for eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod, delta i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan heimla etter anna lov og forskrift.

Individuell plan er og heimla i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen §15 (NAV-lova) og Lov om sosiale tjenester i arbeids-og velferdsforvaltninge §28 og § 33 og Lov om barneverntjenester § 3-2 a.

Det vil ver naturleg at det er den eininga som yter størsteparten av tenester for den einskilde, som vil ha ei koordinatorrolle for individuell plan.

## 9. Handlingsdel

I samsvar med denne planen skal det utarbeidast følgjane:

<b>PROSEDYRE FOR:</b>	<b>ANSVARLEG</b>
Organisering, rolle og ansvar for koordinerende eining	Leiar helse- og omsorg
Samhandling og oppgåver for koordinerende eining	Leiar forvaltningskontoret
Mottak og handtering av melding om behov for IP	Leiar forvaltningskontoret
Oppnemning, ansvar og oppgåver for koordinator	Leiande kommunefysioterapeut
Arbeid med individuell plan	Leiande kommunefysioterapeut
Opplæring, rettleiing og kompetanseheving om individuell plan for koordinator	Leiande kommunefysioterapeut
Samarbeid på tvers av fagområde, nivå og sektorar	Leiar helse- og omsorg
Informasjon til innbyggjarane og samarbeidspartar	Leiar forvaltningskontoret
Oppfølging av plan for rehabilitering og habilitering	Leiar helse- og omsorg
Oversikt over tilbud innan rehabilitering og habilitering	Leiande kommunefysioterapeut
Mottak av interne melding om behov for rehabilitering og habilitering	Leiar forvaltningskontoret
Brukarmedverknad	Leiar forvaltningskontoret
<b>RETTELEIAR FOR:</b>	
Koordinatorar for individuell plan	Leiande kommunefysioterapeut og Ergoterapeut