



Flora
kommune

KOORDINERANDE EINING

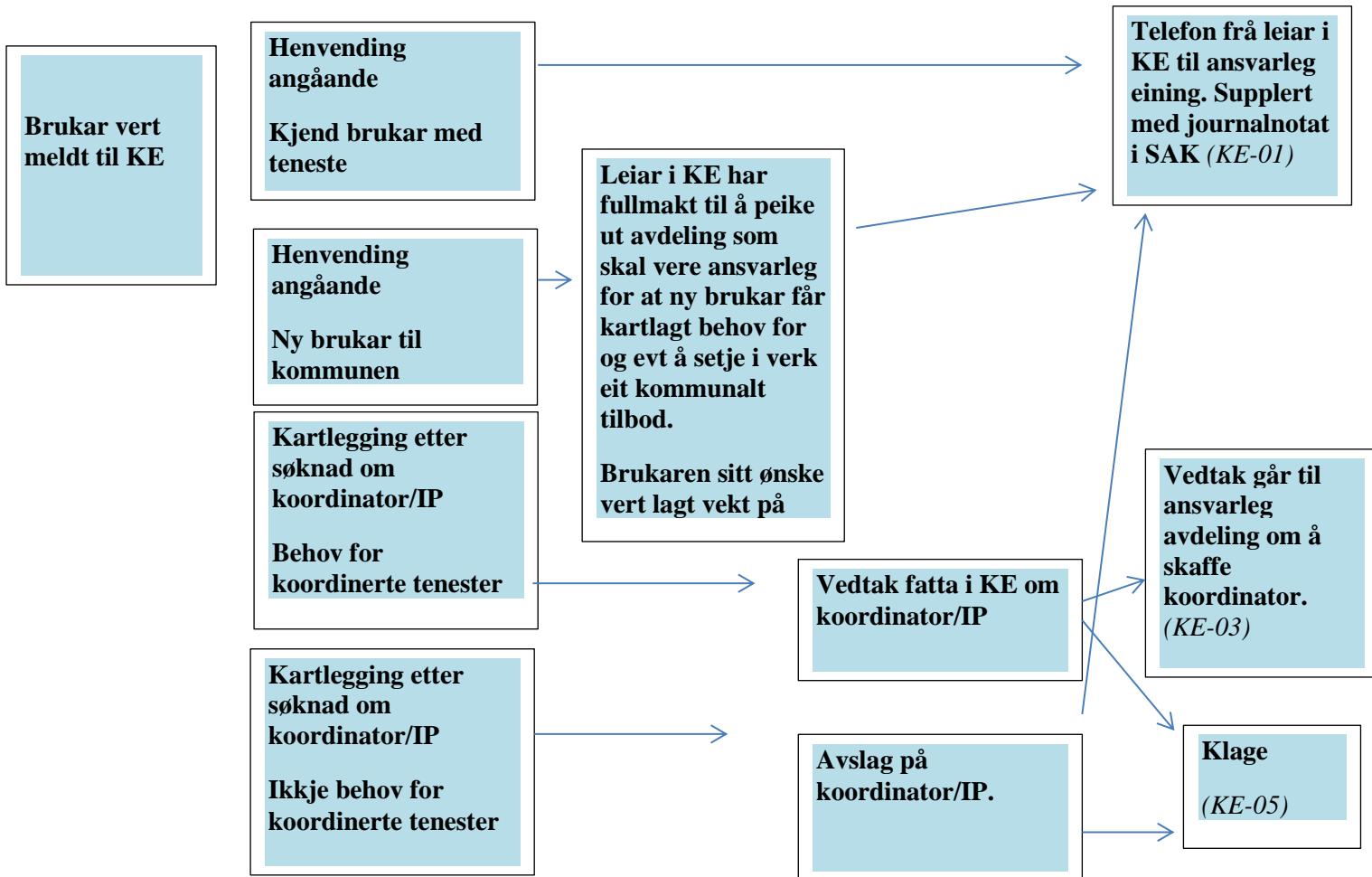
HÅNDBOK FOR KOORDINATORAR

I

FLORA KOMMUNE.

Å gi ein heilskapleg og samordna teneste som gir brukar ein kvardag som er forutseieleg.

Saksgang for henvendingar til Koordinerande eining. (Referanse til rutinar i parentes)



Innhold

1. Velkommen som koordinator	4
2. Juridisk grunnlag for individuell plan og koordinator rolla.	6
3. Organisering av arbeidet med individuell plan	7
4. Rullering, oppfølging og evaluering.....	9
5. Aktuelle samarbeidspartar	9

1. Velkommen som koordinator

Denne handboka skal være ei innføring til deg som er blitt utnemnd som koordinator av tenesteleiar. I tillegg kan du be om hjelp frå Koordinerande Eining om du er usikker på dine oppgåver som koordinator.

Kva er ein koordinator?

Personar med rett til individuell plan, har også rett til å ha tilgang på ein koordinator. Ein koordinator skal være eit bindeledd mellom brukar og dei ulike offentlege etatane. Ein koordinator si målsetjing skal være at ulike tiltak rundt brukar/pasient er godt koordinert. Dette inneber ansvar for å avklare ansvarstilhøve, sikre samordning av tenester, og at brukaren ikkje vert ein kasteball i systemet. For brukarar som har individuell plan skal koordinator sikre framdrift i planprosessen.

Koordinatoren tek initiativ til ein eller to samtalar for å få vite noko om behova til brukar, kartlegge behov og tenestene brukaren ønskjer hjelp til. (sjå kap. 2.0) Måla kan godt være "urealistiske", men tiltaka må være realistiske. Brukarmedverknad er vesentleg, og det er viktig at brukaren er trygg på at tenesteapparatet arbeider til beste for han eller ho.

Kartlegginga tyder ei gjennomgang og vurdering av dei tilhøva som har konsekvensar for personen sine behov, og ei kartlegging av dei løysingar og verkemiddel som kan være aktuelle for å møte desse behova. Kva kan brukaren sjølv gjere og kva treng han/ho bistand til? (Det vil i dei fleste område allereie være gjort ei kartlegging, og tiltak er allereie i gong.) Hovudmåla i kartlegginga som allereie er gjort, vert skrive inn i den individuelle planen om dette er noko brukaren ønskjer det skal jobbast vidare med.

Oppgåver til koordinator:

1. Møte med brukar, telefoner og søknader: Koordinator eller brukar gjer dei naudsynte henvendingane til andre tenester og einingar for avklaring av tenestetilbod. Individuell plan er utgangspunkt.
2. Samarbeidsmøter/fagmøte: Koordinator inviterer til samarbeidsmøte med aktuelle tenester for å avklare faglege spørsmål og/eller tenestetilbod ved behov. Brukaren er med dersom han/ho ønskjer det. Utforming av Individuell plan er utgangspunkt for møta.
3. Om nødvendig arrangerer ein ansvarsgruppemøte, som er eit møte for brukaren. Brukaren får her svar på sine spørsmål, og får diskutert ulike alternativ og problemstillingar. Individuell plan er utgangspunkt for møta, og føremålet med møtet er å bidra til å koordinere innsatsen og til å avklare ansvarsforhold mellom dei involverte partane

Som koordinator har du ansvar for å samkøyre tenestene for og med brukar over lengre tid. Varigheita er avhengig av brukar sin, eventuelt familien sin situasjon. Når brukar ikkje lengre har behov for plan skal arbeidet avsluttast i samråd med brukar og Koordinerande Eining (KE) og planen sendast over til KE.

Kva er ein Individuell Plan?

Ordninga med IP er innført som eit virkemiddel for å kunne gi eit betre tilbod til tenestemottakarane med behov for langvarige og koordinerte tenester. Å få ein IP inneber ikkje at brukar får fleire rettigheter, men hjelpa skal bli betre koordinert og tilpassa hans/hennar behov.

Ein individuell plan skal tilpassast den einskilde person sine individuelle behov og bidra til eit meir heilskapleg og koordinert tenestetilbod. Planen skal innehalde alle dei tenester som er naudsynte (konkretisere hjelpebehov), og plassere ansvar hos ulike instansar i hjelpeapparatet. Brukar og eventuelt pårørande må delta i prosessen med å utarbeide planen og formidle ønskjer, behov og erfaringar. Reell brukarmedverknad føreset deltaking i planprosessen som gjeld eigen livssituasjon. Ein individuell plan må innehalde noko om brukaren sitt funksjonsnivå og behov, og mål og tiltak for å nå måla. Plassering av ansvar er viktig.

Ein individuell plan er eit arbeidsreiskap som styrkar medverknad og påverknad frå brukaren. Planen tek utgangspunkt i brukaren sitt behov, ønskjer og mål, og bidrar til å systematisere brukaren sitt behov for tenester og ytingar. Planen klargjer ansvarsdelinga mellom involverte partar, og er ein reiskap for tverrfagleg samarbeid og koordinering av tiltaka rundt den einskilde og tenestene. Planen vil kunne gje eit utgangspunkt for gjennomføring, evaluering og kvalitetssikring av den einskilde brukar sitt tilbod.

Handboka er eit supplement til: *Veileder til forskrift om individuell plan 1/2010 (IS -1253)* som er utgitt av Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Sider/default.aspx>

og tipshefte frå Helsedirektoratet: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/gjor-det-sa-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan/Publikasjoner/gjor-det-s%c3%a5-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan.pdf>

Opplæring / rettleiing til koordinator.

Koordinerande eining har ansvaret for å gi plankoordinatorane naudsynt opplæring og rettleiing. Dette kan skje gjennom felles opplæringsfora for alle koordinatorar i Flora kommune. Kvar enkelt koordinator vil få tilbod om individuelle samtalar med eininga for å evaluere arbeidet og prosessen. Koordinator har og eit sjølvstendig ansvar for å ta kontakt med Koordinerande Eining om koordineringsarbeidet vert utfordrande eller ein treng støtte.

Koordinerande eining i Flora kommune skal være eit rådgjevande og koordinerande organ for individuell plan og skal utvikle spisskompetanse for å kunne gje råd og rettleiing særskilt i høve brukar og koordinator for individuell plan.

2. Juridisk grunnlag for individuell plan og koordinator rolla.

- | | |
|-----|---|
| 1.0 | Etter Lov om helse- og omsorgstenester §7-2: "For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan". |
| 2.0 | Fra forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: "Koordinator skal utnevnes uavhengig av om bruker ønsker individuell plan." |
| 3.0 | Etter lov om pasient og brukarrettigheter § 2-5. "Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern". |

Individuell plan: vert heretter definert som IP.

Brukar: omfatter både barn/unge og vaksne.

Pårørande: Det er brukar sjølv som kan definere kven som er næraste pårørande. Juridisk sett er det kun ein som kan oppførast som næraste pårørande.

For barn og unge som er underlagt lov om barnevern er pårørande definert under:
<http://lovdata.no/all/nl-19920717-100.html>

Lov om pasientrettigheter § 1-3, b <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

I Lov om psykisk helsevern vert pårørande definert som: " ektefelle, registrert partner som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende sambuerskap med vedkommende, myndige barn, foreldre eller den som har foreldre ansvaret, myndige søsken, besteforeldre, verge eller hjelpeverge."
<http://www.lovdata.no/all/nl-199990702-062.html>

Ulike lovverk og forskrifter som er viktig for deg som koordinator å kjenne til.

Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga
Lov om helse og omsorgstenester
Lov om barnevern § 3-2 a
Lov om pasientrettigheter § 2-5
Forskrift om individuell plan
Rettleiar til forskrift om individuell plan
Lov om spesialisthelsetenesta
Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
Lov om arbeids- og velferdsordninga

Samtykke og teieplikt.

Individuell plan skal ikkje utarbeidast utan brukaren sitt samtykke. Skjema for samtykke skal skrivast under før planarbeidet startar. Eit samtykke må være frivillig og må følgje av ei nøye vurdering. Den som skal samtykke, må difor få ei viss tid til å områ seg før samtykket vert gitt. Samtykket skal være informert, og med det meinast at brukaren har fått informasjon om kva opplysningar som skal utvekslast i samarbeidet mellom dei forskjellige partar og veit korleis opplysningane skal brukast

Samtykkeerklæringa skal arkiverast i brukar si mappe. Samtykkeperiode førast inn i Samtykke til utveksling av opplysningar. I prosessen med å utarbeide IP er informasjonsutveksling mellom deltakarane naudsynt. Det er samstundes viktig å dele berre dei opplysningane som er naudsynte for å få eit koordinert tilpassa tilbod.

Dersom brukar ikkje har individuell plan, men likevel har behov for koordinator og ansvarsgruppe kan du finne mal på side 12 "Samtykkeerklæring for utveksling av opplysningar i ansvarsgruppe

Lover om teieplikt: Forvaltningslova, lov om pasientrettigheter, Helsepersonell-lova, Lov om sosiale tenester i arbeids og velferdsetaten, Lov om opplæring, Lov om folketrygd i arbeids og velferdsetaten.

3. Organisering av arbeidet med individuell plan

Søknads og kartleggingsprosessen.

Når du er delegert ansvaret som koordinator i Flora kommune har brukar alt søkt om og fått vedtak gjennom Koordinerande eining.

I første møte mellom brukar og koordinator skal ein ha fokus på kva brukar sjølv kan bidra med.:

Avklar med brukar:	
1	Kva er målet og brukar sitt ønske med planen.
2	Kva han/ho forventar av deg som koordinator og kva kan forventast av brukar
3	Korleis arbeidsforma skal være
4	Kven som skal trekkast inn i arbeidet med utarbeiding av planen
5	Kva nytteverdi ei eventuell ansvarsgruppe kan ha i tillegg til plangruppe for IP.
6	Kor lang tid de skal bruke på å utarbeide planen

Kartlegginga omhandlar:	
1	Kva brukar treng hjelp til
2	Kva brukar kan sjølv og ønskjer å bidra med
3	Kven som skal bistå brukar?
4	Når skal kven yte bistand?
5	Korleis skal hjelpa verte ytt, kva søknader og vedtak må evt verte fatta?

NB! Tenestemottakar må settast i stand til å fortelle kva som er viktig i hans/hennes liv.

Nyttige stikkord ved kartlegging av behov for tenester som tek utgangspunkt i brukaren sine mål

Stikkord for kartlegging:	
1	Arbeid, sysselsetting, skule, dag og aktivitetstilbod, tilrettelegging
2	Bustad, ombygging, uteområde
3	Fritid, ferie, høgtider
4	Behov hos foreldre, ektefelle, partner, born
5	Sosialt nettverk, personlege relasjonar
6	Mobilitet, transport
7	Opplæring, rettleiing, tilrettelegging
8	Behov for hjelpemiddel
9	Behandling, trening, medisiner, personleg assistanse, omsorg, hygiene
10	Meistring av rusproblem, eller utfordrande livssituasjon
11	Husarbeid, mat, kosthald, måltid.

Plandokumentet.

Flora kommune skal nytte Sogn og fjordane modellen som grunnlag for plandokumentet. Denne malen finn alle kommunalt tilsette på Flora kommune si Intranettside. Den ligg under fana HSO, og under Individuell Plan. Det vert arbeidd med ein pilot på webbasert IP plan saman med Helse Førde og fleire andre kommunar i fylket. Ein håpar på oppstart i 2014

I henhold til Forskrift om individuell plan § 7 skal planen innehalde følgjande hovudpunkt:	
1	Oversikt over tenestemottakar sine mål, ressursar og behov for tenester.
2	Oversikt over kven som deltek i prosessen
3	Kven som gjevast eit ansvar for å sikre samordninga av og framdrifta i arbeidet med planen. (Koordinator)
4	Oversikt over kva tenestemottakaren, teneste- og bidragsytarar og ev. pårørande vil bidra med i planarbeidet.
5	Oversikt over kva tiltak som er aktuelle og omfanget av dei og kven som skal ha ansvaret for desse.
6	Ei beskriving av korleis tiltaka skal gjennomførast
7	Angi planperioden og tidspunkt for eventuell justering og revisjon av planen.
8	tenestemottakaren sitt samtykke til at planen vert utarbeidd og eventuelt samtykke til at deltakarane i planlegginga vert gjeve tilgang til teiepliktige opplysningar og ei oversikt over naudsynt eller ønskjeleg samarbeid med andre tenesteytarar, institusjonar eller etatar.

4. Rullering, oppfølging og evaluering.

Når det er skrive ein IP, skal denne være eit levande verktøy og følgjast opp, rullerast og evaluerast. Det skal gå fram av planen kven som har ansvar for kva, og kva periode den gjeld, og når dei enkelte måla/tiltaka skal evaluerast, og om tiltaka har effekt, eller om ein må skifte retning. Dette kan skje fortløpande, eller det kan skje på visse tidspunkt gjennom planperioden.

I evalueringa er det viktig å oppsummere:	
1	Kva har skjedd sidan sist?
2	Kva mål er nådd?
3	Kva mål er ikkje nådd?
4	Må måla justerast?
5	Kva skal vere nye mål?
6	Har alle gjort det dei skulle?
7	Er det behov for Individuell Plan?
8	Osv.

Dersom det er oppretta ansvarsgruppemøte/samarbeidsmøte, kan evalueringa gjerast der.

I evalueringa er det viktig å løfte frem og forstørre det som har vært positivt – då det negative ofte har lett for å få for stor plass. Ros og positive tilbakemeldingar er motiverande for alle.

Ut frå evalueringa blir naudsynte endringar føreteke i samarbeid med brukar. Planen vert endra i høve til dette, og alle involverte tenester får informasjon om eventuelle endringar. Dersom alle mål er nådd og det ikkje kjem fram nye mål, kan IP 'en avsluttast.

Kopi av evalueringa skal sendes til Koordinerande eining og andre relevante samarbeidspartnarar.

Vedlagt følgjer skjema som kan nyttast i evalueringsarbeidet. Anbefalast at vert brukt etter 2 til 4 møte i ansvarsgruppa.

5. Aktuelle samarbeidspartar

- Teneste Helse – avdelingar for: Fysio- ergoterapi, legetenester, Frisklivssentralen.
- Omsorgsteneste – institusjon, heimetenester, teneste for psykisk utviklingshemma, bu-tiltak og avlastningstiltak.
- Teneste for barn og unge – PPT, helsestasjon, barnevern
- Nav
- Tiltaksteam – Tiltak i forhold til rus, psykiatri og barn.
- Skule og barnehage. Viser elles til Flora kommune sine nettsider for eventuelt andre samarbeidspartar i kommunen.



Samtykkeerklæring for utveksling av opplysningar i ansvarsgruppe.

Eg/ føresette/ verje

Fødselsdato _____

Namn _____

Samtykker til at det vert utveksla naudsynt og relevante opplysningar for tverrfagleg samarbeid mellom fagpersonell som står som medlemmar i ansvarsgruppa.

Namn medlem _____

Namn medlem _____

Namn medlem _____

Samtykket gjeld frå denne dato: _____

Samtykket gjeld til du/ føresette av barn under 18 år eller verje opphevar eller det oppstår vesentlege endringar i livssituasjonen som tilseier at samtykket bør vurderast på ny.

Samtykket oppheva frå denne dato: _____

Koordinator for ansvarsgruppa

Brukar/føresette/verje



Innkalling til ansvarsgruppemøte.

Ansvarsgruppe for _____ født _____

Desse vert innkalla:

Faste medlemer:

Tilknytte medlemmar:

Møtestad: _____

Klokka: _____

Sakliste:

1. Avklare møteinnkalling og referent
2. Referat frå førre møte
3. Merknad til sakliste
4. Gjennomgang av saker
5. Eventuelt
6. Oppsummering, ansvarsfordeling og foreløpig sakliste for nestemøte
7. Avtale for neste møtedato
8. Avklare kven som skal innkallast til neste møte

Ver vennleg å gi snarleg tilbakemelding om du ikkje kan møte eller ha saker til møtet.

Med helsing koordinator _____

**Startskjema ansvarsgruppa.**

Ansvarsgruppe blir oppretta dato _____

Ansvarsgruppe for:	Fødselsdato:	Adresse:	Telefon:
Pårørande:		Adresse: E-post:	Telefon:
Verje:		Adresse: E-post:	Telefon:
Andre:		Adresse: E-post:	Telefon:
Andre:		Adresse: E-post:	Telefon:

Faste medlemmar i ansvarsgruppa:

Koordinator:	Adresse arbeidsstad:
Funksjon/teneste:	Telefon: E-post:
Fast medlem :	Adresse Telefon: E-post:
Fast medlem:	Adresse: Telefon: E-post:
Fast meldlem:	Adresse: Telefon: E-post:



Referat frå møte i ansvarsgruppa.

Ansvarsgruppe for _____

Fødselsdato: _____

Desse var innkalla:

Faste medlemmer:

Tilknyttta medlemmar:

Ikkje møtt/ meldt forfall:

Møtestad:

Dato:

Oppgåver i møte

- Møteleiing:
- Referent og utsending av referat:
- Ansvar for utsending av påminning om ansvarsgruppemøte:
- Gjennomgang av referat frå førre møte
- Merknad til saklista:
- Gjennomgang av saklister:
 -
 -
- Eventuelt

Oppsummering, ansvarsfordeling og oppsett av foreløpig sakliste til neste møte.

Avtale for neste møtedato

Avklare kven som skal innkallast til neste møte.

Ver vennleg å gje melding snarast til _____ tlf _____

Om du ikkje kan møte eller har saker til neste ansvarsgruppe som er den

Med helsing

XXX

Teneste/ funksjon

Sjekkliste for koordinatarar.

Eg har hugsa på:	Ja	Nei	Ikkje aktuelt	Merknad
Fase 1 (Oppstart)				
Å informere om kva ordninga med IP inneber				
Å avklare brukar sine forventningar til IP				
Å avklare mine forventningar til tenestemottakar				
Å avklare korleis planprosessen skal føregå				
Å få ein oversikt over aktuelle samarbeidspartnarar				
Å konkretisere samarbeidsforma med aktuelle aktørar				
Å avklare om det skal opprettast ansvarsgruppe				
Å tydeliggjere koordinatorrolla i eksisterande ansvarsgruppe				
Å få underskrift og samtykke til utveksling av teiepliktige opplysningar				
Å avklare tidsramma for utarbeiding av eventuell plan				
Fase 2 (Prosessen)				
Å fokusere på kva som er mål til brukar, langsiktige visjonar og kortsiktige oppriktige delmål				
Å kartlegge brukar sine tenestebehov				
Å kartlegge om brukar sitt tilbod er i tråd med behova				
Å kartlegge individuelle ressursar				
Å kartlegge ressursar i tenesteapparatet				
Å kartlegge om ressursane kan utnyttast betre om dei er koordinert				
Å kartlegge ressursar som kan mobiliserast i familie og nærmiljø				
Å kartlegge ressursar som er utnytta for eksempel i kultureininga, frivillige organisasjonar, idrettslag m.m				
Å synleggjere om brukar sitt tilbod kan være feilbruk, overforbruk				
Å synleggjere vanskar eller hinder i forhold til å realisere dei ynskjer og mål brukar har				
Å synleggjere vanskar eller hinder brukar opplever i forhold til deltaking				
Å synleggjere om brukar har vanskar eller hinder i forhold til daglege gjeremål				
Å sikre at det er søkt på aktuelle tilbod				
Å sikre brukar opplever at tenestetilbodet frå den enkelte instans dekkjer hans/ hennes behov				
Å sikre at teneste er koordinert og opplevast som heilskaplege				
Fase 3 (Evaluering)				
Å legge eit løp for kontinuerlig evaluering				
Å avtale tidspunkt for ein større justering og evaluering av tenestetilbodet og plandokumentet				
Å avklare korleis endringar skal følgjast opp				
Å avtale korleis planen skal holdast "levande"				

EVALUERINGSSKJEMA

Brukar sitt skjema

Eg har fått tilstrekkeleg informasjon til å forstå kva eg kan forvente meg av ein IP	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Eg har forventningar til at ein IP skal bidra til at eg får eit forsvarleg tenestetilbod.	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Mine forventningar til koordinator er avklart	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Koordinator har avklart sine forventningar til meg	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Eg har ein god relasjon til koordinator	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Avtalane som eg har med koordinator blir følgd opp	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Mine ressursar og mitt hjelpebehov er kartlagt	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Eg opplever at det er god framdrift i prosessen med utarbeiding av IP	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje
Eg har ynskjer om at mine pårørande skal være delaktig i planen og har fått gjennomslag for det	1) Stemmer 2) Stemmer delvis 3) Stemmer ikkje 4) Ikkje aktuelt

Koordinator sitt skjema,

(Nyttast i rettleiing og evaluering saman med koordinerande eining).

	Ja	Nei	Kommentar
Eg fekk opplæring i arbeidet som koordinator			
Eg har fått avsett tilstrekkeleg tid til koordinatoroppgåvene			
Leiar har lagt godt til rette for at eg skal kunne være koordinator			
Mine kunnskapar om IP er gode nok			
Eg er nøgd med kommunen sitt system for administrering av IP			
Eg opplever å ha legitimitet/ myndighet som koordinator			
Eg opplever at samarbeidet med andre instansar er godt			
Eg opplever at kjemien mellom brukar og meg er god.			