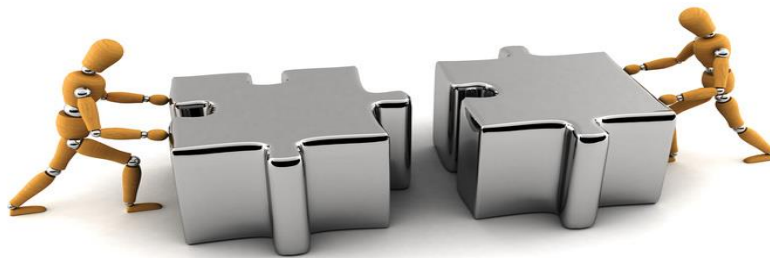




# Håndbok ved behov for koordinerte tjenester



## Mål med håndbok for koordinerte tjenester:

Målet med håndboken, er å gi en oversikt over hvordan Ålesund kommune koordinerer arbeidet med å tilby koordinerte tjenester til de som trenger det. Videre skisseres meldesystemet, hvordan man melder opp behovet, hvordan det oppmeldte behovet ivaretas, og ulike aktørers plikter.

Målet er at Ålesund kommune skal ha et system som ivaretar behovet for koordinerte tjenester i et livsløpsperspektiv for de som trenger det.

### Koordinerte tjenester

For å få utpekt en koordinator, og få utarbeidet en individuell plan, må man ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinerte tjenester menes i Lov om Helse- og omsorgstjenester, med kommentarer: «...to eller flere helse- og omsorgstjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene bør sees i en sammenheng».

**Hva som er langvarige og koordinerte tjenester vurderes individuelt.**

### Koordinator

*«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator»*

*Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2*

*«Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal også tilbys en koordinator.»*

*Jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a*

### Individuell plan

*«Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.*

*Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.»*

*Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1*

### Kommunens system for koordinering av tjenestene

**Under følger et skjema med en oversikt over de ulike fasene i et koordineringsløp samt interne ansvarslinjer.**

	1	2	3	4	5
Melding	Enhver tjenesteyter har plikt til å melde opp når avdekkes et behov for koordinerte tjenester, koordinator og/eller IP til koordinerende enhet, via <b>meldeskjema</b> <b>Bruker/foresatte kan også melde behov</b>	KE vurderer om saken fyller kriteriene for koordineringsbehov  Avslag begrunnes skriftlig	KE oppnevner koordinator, i samråd med aktuell virksomhet. Retten til IP er utløst. Brukers ønsker vektlegges	Koordinator og bruker vurderer behov for IP som verktøy .  - Avklare oppstart av IP - Bruker ønsker ikke IP	Koordinator vurderer behov for samarbeids- og koordineringsmøter

Innhent muntlig eller skriftlig samtykke fra bruker.

Gjennomføringsfasen		Koordinator er utpekt, koordinerer tjenestene, se <b>«Veileder for koordinator»</b>	Bruker får utarbeidet sin Individuelle plan i samarbeid med koordinator, dersom bruker ikke har takket ned til IP	Samarbeids og koordineringsmøter avholdes ved behov. Koordinatormøter spesielt ved overganger Se <b>sjekkliste</b>
---------------------	--	---	---	---

Koordinerende enhet har ansvar for at nødvendige tiltak settes i verk

Tilbakemelding Rapport-ering		Koordinator via leder eller direkte, melder behov for veiledning, opplæring og utfordringer i koordineringsarbeidet til KE <b>Kompetanseskjema benyttes</b>	Koordinerende enhet har oversikt over antall koordinatører og IP	Koordinator registrerer antall samarbeids- og koordineringsmøter Rapportering inn via leder innen medio november årlig
---------------------------------	--	--	--	---

KE gir nødvendig opplæring, veiledning og oppfølging av koordinator, samt har dialogen med koordinators leder.

Kvalitetskontroll Samhandling og utvikling av tjenesten	Koordinerende enhet har en systemkoordinator som koordinerer arbeid med utvikling og vedlikehold av kvalitet i koordineringsarbeidet, herunder opplæringspakken til koordinatører, veiledning og oppfølgingsansvaret, og ulike verktøy for koordinering og samhandling. Leder for Koordinerende enhet bidrar til samhandling mellom virksomheter internt og eksternt. Her drøftes samarbeid, tjenestetilbud og eventuelle utfordringer. Leder for Koordinerende enhet melder opp behov og konkretiserer prioriteringer inn i økonomiplanarbeidet, samt i aktuelle handlingsplaner. (eksempelvis bolig/sosial handlingsplan, habiliterings og rehabiliteringsplan mm)			
--	--	--	--	--

## Oppmelding av behov for koordinerte tjenester

- ✓ Enhver tjenesteyter, enten kommunalt ansatt, fra helseforetaket eller bruker/pårørende selv, som ser og opplever at det er behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal melde fra til Koordinerende enhet for habiliterings og rehabiliteringstjenester, husk muntlig eller skriftlig samtykke.
- ✓ For små/nyfødte barn med komplekse sammensatte vansker som meldes, tilstreber Koordinerende enhet å dra på hjemmebesøk, når det mottas en slik melding.

## Hvordan melde behov for koordinerte tjenester

### Fra kommune:

En henvendelse til Koordinerende enhet om behov for koordinerte tjenester, som innbefatter koordinator og individuell plan, skal skje ved bruk av eget **meldeskjema**. Husk samtykke muntlig eller skriftlig.

Fastlege forplikter også å melde behov om koordinerte tjenester.

### Fra foreldre:

Muntlig henvendelse registreres, ved bruk av meldeskjema.

### Fra sykehuset:

1. Behandlende enhet har plikt til å melde fra til Koordinerende enhet i kommunen, når en ser behov for koordinerte tjenester, der det er spørsmål om å utpeke en koordinator, og/eller ta i bruk verktøyet individuell plan.
2. Koordinator skal tilbys i helseforetaket for pasienter som bare mottar spesialisthelsetjenester.
3. Helseforetaket skal ta initiativ til samarbeidsmøte før utskrivelse ved behov for svært omfattende kommunale tjenester.

*Jf Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a og samarbeidsavtale mellom Ålesund kommune og Helseforetaket, spesielt vedlegg 2.*

### Hvordan meldes:

1. **Elektronisk melding** brukes ved melding om koordinerte tjenester til Koordinerende enhet for inneliggende pasienter.
2. Aktuell avdeling, innkaller koordinerende enhet til samarbeidsmøte i komplekse saker, i god tid før kommunen tar over.

## Hvordan registreres dette i Koordinerende enhet

Koordinerende enhet mottar melding, registrerer denne i postjournal som "Melding - behov for koordinerte tjenester". Saksutreder om bruker oppfyller retten til koordinator og/eller individuell plan (koordinerte tjenester)

Koordinerende enhet vurderer behov og igangsetter aktuelle tiltak.

## Oppnevning av koordinator

- ✓ Dersom meldingen blir vurdert dit at bruker har behov for koordinerte tjenester, utpeker Koordinerende enhet koordinator i samarbeid med aktuell virksomhet.
- ✓ Bruker kan takke nei til koordinator. Da skal dette meldes inn til koordinerende enhet i eget **endringsskjema**.
- ✓ Bruker eller pårørendes ønske om koordinator skal alltid vektlegges.
- ✓ Oppmeldt koordinator, registreres hos Koordinerende enhet ved systemkoordinator.
- ✓ Aktuelle virksomheter registrerer behov for opplæring, veiledning og oppfriskningsbehov for sine koordinatører, i **kompetansekartleggings skjema**.
- ✓ Ved behov for opplæring av nye koordinatører, melder virksomhetene fortløpende inn behovet i **kompetansekartleggings skjema**.
- ✓ Koordinerende enhet tilbyr opplæring i koordinatorrollen innen 6 mnd fra mottatt behovsmelding fra virksomhet.

## Gjennomføringsfasen

- ✓ Koordinerende enhet har ansvar for at koordinator får nødvendig opplæring, veiledning og oppfølging i rollen som koordinator.
- ✓ Koordinator har den direkte kontakten med bruker og pårørende, og skal legge til rette for et samordnet tjenestetilbud gjennom bruk av samarbeids- og koordineringsmøter.
- ✓ Individuell plan som verktøy for samhandling og sømløse tjenester skal benyttes i koordineringsarbeidet. Bruker kan takke nei. Da skal dette meldes inn til koordinerende enhet i eget **endringsskjema**.
- ✓ Koordinator skal vektlegge innspill fra bruker og pårørende.

## Bruk av samarbeid- og koordineringsmøte som verktøy for samhandling

*«Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.»*

(jf. Helse og omsorgstjenesteloven §7-2).

Samarbeidsmøter og koordineringsmøter (erstatter ansvarsgruppemøter), er meget sentrale måter å koordinere arbeidet rundt bruker på, og skal bidra til å sikre fremdrift i planarbeidet – individuell plan. Koordinator vurderer koordineringsarbeidet, og hvilke møtetyper som er aktuelle til enhver tid.

Det er koordinators ansvar å sørge for at møtereferat blir skrevet.

## Koordineringsmøte

Faste medlemmer i et koordineringsmøte er koordinator og bruker/pårørende.

Alle møtedeltakere **skal** ha et formål med oppmøte, og innkalles kun ved behov.

Møtegruppen kan variere i sammensetning, størrelse og hyppighet av møter ut fra hvor i

livsløpet en befinner seg, og hvilke utfordringer/overganger en står overfor. Behov vurderes.

Hovedhensikt med disse møtene er:

- Å samle aktuelle tjenester for å evaluere, drøfte og avklare ansvar, og fremdriftsplan, for mål og tiltak. Individuell plan er planverktøyet.

Et nyttig hjelpemiddel i slike møter kan være **sjekkliste** (for barn/unge, voksne med utviklingshemning) for å sikre overganger, samarbeidsparter osv.

Koordinator skal synliggjøre store, sammensatte behov underveis til koordinerende enhet.

### **Samarbeidsmøte**

Når et koordineringsarbeid skal starte rundt en bruker med behov for koordinerte tjenester, skal det startes med et samarbeidsmøte mellom koordinator og bruker/pårørende. Det er viktig å avklare forventninger, ønsker og behov.

Samarbeidsmøter kan benyttes oftere, og med færre samarbeidsparter.

Koordinerende enhet kan bistå ved behov ved oppstart av et koordineringsarbeid/ prosess, og noen ganger der det er komplekse og sammensatte problemstillinger.

### **Bruk av individuell plan som verktøy for samhandling**

Individuell plan er plandokumentet man jobber ut fra enten i papirform eller elektronisk IP.

- ✓ Når bruker har behov for koordinerte tjenester, skal det utarbeides en individuell plan. Bruker eller pårørende kan takke nei til utarbeidelse av individuell plan. Da skal det dokumenteres og meldes til koordinerende enhet i eget **endringsskjema**.
- ✓ Koordinerende enhet som vurderer at bruker har behov for koordinerte tjenester og rett til å få utarbeidet en individuell plan, skal **sørge for** at individuell plan utarbeides.
- ✓ Vurdering av retten til å få utarbeidet individuell plan regnes som enkeltvedtak, noe som innebærer at saksbehandlingsreglene for enkeltvedtak i forvaltningsloven skal anvendes.
- ✓ Samtykke fra bruker/pårørende/verge skal alltid innhentes muntlig eller skriftlig, og skal sendes til koordinerende enhet.
- ✓ Koordinator skal lede planarbeidet, sikre god fremdrift i arbeidet med individuell plan, at bruker/pårørende får den informasjon en trenger, og at brukers innflytelse i planarbeidet ivaretas.

### **Tilbakemelding til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**

- ✓ Koordinatorer og eventuelt ledere for koordinatorer skal rapportere til Koordinerende enhet om pågående arbeid, gjennom kompetansekartlegging, og

utfordringer i koordineringsarbeidet.

- ✓ Skifte av koordinator skal alltid registreres og meldes inn på **endringsskjema**.
- ✓ Fremdrift og utfordringer i forhold til individuell plan og tverrfaglig samarbeid skal rapporteres underveis, og det bør etableres jevnlig møter.
- ✓ Behov for mer veiledning, oppfølging og opplæring skal også meldes til Koordinerende enhet fra leder i aktuell virksomhet i eget **kompetanseskjema**.
- ✓ Viktige beslutninger om fremtidige mål, feks at en bruker planlegger å flytte i egen bolig, og når dette er ønskelig, er viktige tilbakemeldinger (jf. Sjekklisen). Søknad om behov for tilrettelagt bolig, registreres i Tildelingskontoret.

### Samhandling og videreutvikling av tjenesten og kvalitetskontroll

Det er behov for at kommunen innehar et system som innarbeider og sikrer kjente og fremtidige tjenestebehov, i sin faglige- økonomiske- og tiltaksmessige planlegging.

En sammenhengende Livsløpskorridor der brukere opplever sømløse overganger, og at tjenestene er helhetlige og koordinerte, er viktig i alt habilitering- og rehabiliteringsarbeid.

Koordinerende enhet bør i samarbeid med rådgiver for habiliterings og rehabiliteringstjenester, ha årlige samarbeidsmøter med aktuelle virksomheter og eksterne samarbeidsparter, der utfordringer og behov i koordineringsarbeid drøftes, og erfaringer utveksles.

Registreringer om behov for koordinerte tjenester, sammen med god oversikt over koordinatører og individuelle planer, gir leder for Koordinerende enhet/tildelingskontoret mulighet til å rapportere inn, og foreslå prioriteringer i forbindelse med økonomiplanarbeid i kommunen. Boligproblematikk for brukere med store omsorgsbehov, der det for mange er snakk om bolig med heldøgnsbemanning i voksen alder, bør ha et spesielt fokus.

Revidert 19.10.2014