



**Felles retningslinjer for utarbeiding av
Individuell plan mellom Helseføretaket og
kommunane i Møre og Romsdal**

Innhald

1.1 Innleiing	2
1.2 Hensikt	2
1.3 Omfang	2
1.3 Bakgrunn	2
2.1 Ansvar og prosess	3
2.2 Dokumentasjon og oppbevaring	4
2.3 Oppfølging og kunnskapskrav	5
2.4 Klage	5
3.1 Forklaringar av omgrep	6
3.2	7

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

1.1 Innleiing

Retningslinjene skal bidra til informasjon om prosessen rundt arbeidet med utarbeiding av individuell plan for brukarar som mottek samtid hjelp frå både kommune og Helse Møre og Romsdal HF.

Pasient/brukar som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeida ein individuell plan i samsvar med gjeldande lover og forskrifter.

Krav til innhaldet i individuell plan er definert i forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator § 19.

Intensjonane er at ulike fagmiljø, etatar og sektorar skal samarbeide om individuell plan, der det er relevant. Viktig å etablere respekt for samarbeidspartar og at ein ikkje lover pasient/brukar tenester på vegne av andre etatar/forvaltningsnivå.

Bakgrunnen for samarbeidet mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF er vedtekne lover og forskrifter. Rammene for samarbeidet vert vidareført gjennom samarbeidsstrategien med tilhøyrande tenesteavtalar og handlingsplanar.

Retningslinjene føreset at helsepersonell er kjent med sentrale lover og forskrifter.

1.2 Hensikt

Retningslinjene skal skape avklaring mellom ulike faginstansar og sikre ein god samarbeidsprosess.

Retningslinjene skal sikre at faginstansane følg opp sine forpliktingar i forhold til informasjon, initiativ og deltaking i prosessen med utarbeiding av individuell plan.

Planen skal bl.a. medverke til :

- At pasient/brukar får et heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod.
- Samhandlinga mellom pasient/brukar, tenesteytar, eventuelt pårørande og etatar innan forvaltningsnivå, eller på tvers av forvaltningsnivåa styrkast.
- At pasient/brukar opplever reell brukarmedverknad.

1.3 Omfang

Retningslinjene gjeld for spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

1.3 Bakgrunn

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

Handlingsplan for Koordinerandeining , individuell plan og koordinator vart godkjent i overordna samhandlingsutval den 18.5.17. Eit av tiltaka i handlingsplanen, jmf pk. 1.1., er utarbeiding av retningslinjer for arbeidet med individuell plan.

2.1 Ansvar og prosess

- Overordna leiing i kvar verksemd har hovudansvar for tilrettelegging for utøvinga av oppgåvene med individuell plan. Ansvaret kan delegerast til andre i teamet rundt pasienten.
- Alle tilsette som arbeider i verksemdar kor pasient/brukar har lovmessig rett til individuell plan, har eit sjølvstendig ansvar for å ta initiativ til og informere om retten til individuell plan.
- Pasient og eventuelt pårørande skal informerast om ordninga og retten til individuell plan. Gitt informasjon skal dokumenterast i EPJ. Dersom pasienten takker nei til utarbeiding av individuell plan, skal dette også dokumenterast i EPJ.
- Meldinga om behov for individuell plan skal fortrinnsvis meldast til saksbehandlartenesta i kommunen via elektronisk melding. Spesialisthelsetenesta melder behovet via meldinga helseopplysningar (24 timars varsling), så snart det blir klart at pasient/brukar har behov for individuell plan. Dersom dette ikkje er mogleg sender den som oppdagar behovet eller pasient/brukar, ei melding til Koordinerande eining i bustadkommunen. Hovudregelen er at kommunen skal sørge for at det blir utarbeida ein individuell plan. Kommunen skal ha eigne prosedyrar for mottak og vidare saksbehandling av meldinga.
- Dersom pasient/brukar kun får tenester frå spesialisthelsetenesta, har spesialisthelsetenesta koordinatoransvaret. Helseføretaket har ei sjølvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan vert sett i gang så snart som mogleg etter innlegging/konsultasjon, dersom ein vurderer at pasienten vil ha behov tverrfaglege langvarige og koordinerte tenester.
- Når det er avklara at det skal utarbeidast ein individuell plan, startar prosessen med å oppnemnde ein koordinator i samråd med pasient/brukar. Det må innhentast skriftleg samtykke frå pasient/bruker eller pårørande/verje og oversikt over deltakarar i planarbeidet. Faginstansane avklarar i samarbeid med brukar/pasient ansvarsfordeling, forventningar og deltaking i planarbeidet. Viktig at ein informerer godt pasient/bruker om innhaldet og bruken av individuell plan. Vidare må ein kartlegge pasient/brukar sine ressursar og hjelpebehov.

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

- Dersom pasienten har ein individuell plan skal dette dokumenterast i EPJ (Elektronisk pasientjournal) både i kommunane og i Helseføretaket. Kommunane skal dokumentere dette under samanfatning i EPJ, slik at informasjonen vert formidla i elektronisk melding til sjukehuset via innleggelsesrapporten. Helseføretaket skal dokumenter det i PAS (pasient administrative system).
- Pasientar med behov for komplekse, langvarige og koordinerte tenester etter Lova om spesialisthelseteneste og kommunale helse og omsorgstenester få tilbod om koordinator, jf. Spesialisthelsetenestelova § 2-5a og Kommune helselova § 7.2 Dette er uavhengig av om pasienten også ynskjer individuell plan.
- Spesialisthelsetenesta skal avklare om det er utarbeidd ein individuell plan for pasienten. Dersom pasienten allereie har ein plan, skal det, med pasienten/brukaren sitt samtykke, opprettast kontakt med koordinator i kommunen og innhente tilgang til planen Spesialisthelsetenesta innhentar skrifteleg samtykke frå pasienten (vedlegg 1) og sender til Koordinerande eining i bustadkommunar til pasienten. Ved planlagde innleggingar/konsultasjonar vert pasienten oppfordra til å ta med eit eksemplar av sin individuelle plan.
- Helsepersonell har eit sjølvstendig ansvar for å vurdere behovet for å informere om retten til individuell plan og koordinator til pasientar jf. Helse og personell loven §§ 4-38a og melde dette evt vidare til koordinerande eining.
- Individuell plan skal vere individuelt tilpassa den enkelte pasient/brukar sine behov og ynskjer. Arbeidet med planen skal leggast til rette, slik at pasienten/brukaren får reell innflytelse på planen. Pasient/brukar har en lovbestemt rett til å få medverke i utarbeiding av eigen individuell plan.
- Gode overgangar mellom spesialisthelsetenesta og kommunen er viktig i denne prosessen. Den enkelte leiar har ansvar for å legge til rette for og fylje opp planarbeidet, samt ha system som sikrar kontinuitet for pasient/bruker.
- Kvar involvert verksemd har vidare ansvar for å skildre intern saksgang og ansvarsfordeling i eigne prosedyrar.

2.2 Dokumentasjon og oppbevaring

Pasient/brukar bestemmer sjølv korleis han vil oppbevare si utgåve av planen. Tenesteytar må fylje dei reglane som gjeld for dokumentasjon og oppbevaring/handtering av planen jf. Helsepersonellova og krav til teieplikt.

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

Det skal dokumenterast i pasienten sin journal, dersom vedkommande har ein individuell plan og kven som er koordinator.

Koordinator har hovudansvaret for planen og skal informerer dei involverte, dersom den individuell planen vert avslutta.

Kvar enkelt verksemd må ha eigne prosedyrar for oppbevaring og avslutting av individuelle planar.

Dersom det er etablert ei nettbasert løysningar, skal denne som hovudregel brukast. I dei tilfella pasient/bruker sjølv ikkje ynskjer å vere aktiv via den nettbaserte planen, skal pasient/brukar få utskrift av planen.

2.3 Oppfølging og kunnskapskrav

Koordinerande eining har ei overordna rolle i forhold til informasjon og opplæring om individuell plan i helseføretaket og i kommunane. Ansvarleg leiar har ansvar for å legge forholda til rette for jamleg tverrfagleg samhandling i planprosessen, samt at dei tilsette har nødvendig kunnskap om ordninga med individuell plan. Kunnskapstesten som bygger på «E-læring for individuell plan» er eit kurs med test for helsepersonell og pedagogar.

Helsepersonell har lovpålagte oppgåve om å informere, initiere og delta i utarbeidinga og oppfølginga av individuell plan jf. helsepersonellova §§ 4 og 38a.

Ansvarleg leiar skal sørge for at tilsette får nødvendig opplæring og er kompetente deltakarar rundt pasient/brukar som har rett til individuell plan.

Utarbeidd E-læringskurs bør nyttast.

2.4 Klage

Pasient/ brukar evt stedfortredar, kan klage dersom ein får avslag på søknad/ meldinga om behov for individuell plan. Ein kan også klage på planprosessen, på plandokumentet, på mangelfull medverknad i planarbeidet og dersom helsetenesta viser manglande vilje til samarbeid. Klaga skal ein sende til den instansen i kommunen som har behandla saka.

Dersom ein ikkje får medhald skal klagen sendast vidare til Fylkesmannen som er klageinstans. Klageadgangen etter pasient- og brukerrettighetsloven omfattar ikkje oppnemning av koordinator. Høve til å klage er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, jf. særleg § 7-2. Det vert her vist brudd til kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3.

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

3.1 Forklaringar av omgrep

- Pasient/bruker omfattar i denne retningslinjene tenestemottakar. Dersom denne er mindreårig eller manglar samtykkekompetanse, er det føresette, pårørande, verje som representerer pasienten/brukaren.
- Tenesteytar omfattar i desse retningslinjene offentleg tilsette i kommune, spesialisthelsetenesta eller tilsette i andre hjelpeinstansar som yter tenester på vegne av kommune eller helseforetak.
- Koordinator er den tenesteytar som har hovudansvar for samordning og utarbeiding av individuell plan for den enkelte tenestemottakar.
- Koordinerande eining for habilitering- og rehabilitering skal vere etablert i alle kommunar og i spesialisthelsetenesta. Koordinerande eining skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. Overordna ansvar for individuell plan inneberer at eininga ~~blant anna~~ skal ta i mot meldingar/ søknad om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeide rutiner og prosedyrar.
- Individuell plan er ein overordna plan som skal bidra til å koordinere og inkludere alle type tenester og livsområder som pasienten/brukaren ynskjer skal verte koordinert.
- Melding er eit varsel mellom tenesteytarar om at ein pasient er vurdert å ha behov for individuell plan.
- Faginstans er tenesteytande einingar i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.
- Verksemd er Helseføretaket og kommunen.

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

3.2

- Forskrift habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Samhandlingsstrategi mellom HF og kommunane i Møre og Romsdal (2016-2018)
- Samarbeidsavtaler med delavtaler HF og kommunane i Møre og Romsdal (2015), (Delavtale 2. Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.)
- Handlingsplan koordinerande eining ,individuell plan, og koordinator. (2017- 2019) mellom HF og kommunane i Møre og Romsdal (godkjent 18.5.17)

Retten til individuell plan er regulert i følgjande lovverk:

- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 2-5
- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester (2011) § 7-1
- Lov om spesialisthelsetenester (1999) § 2-5
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) § 4-1.

I tillegg er pasient og brukerrettighetslova § 2-5 støtta av følgjande lovheimlar:

- ✓ Lov om helsepersonell (1999) §§ 4 - 38a.
- ✓ Lov om arbeids og velferdsforvaltninga (2006) § 15 (NAV- loven)
- ✓ Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga (2015) § 28 og § 33
- ✓ Lov om barnevern (1992) § 3-2 a
- ✓ Opplæringslova (1998) § 15-5

Vedlegg:

- Samtykkeerklæring individuell plan som er felles for Helse Møre og Romsdal (vedlegg 1).

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

Samtykkeerklæring individuell plan**Vedlegg 1****Namn:.....Fødselsnr:.....****Eg har fått informasjon om individuell plan og samtykker til at planen vert utarbeida.****Eg har også fått informasjon om at samtykket kan trekkast tilbake og om høve til å klage.***Samtykket gjelder for planperioden (dato):.....til:.....**Sett kryss* **Eg vil sjølv delta i utforminga av planen** **Eg vil ikkje delta i utforminga av planen****Eg ynskjer at ein anna skal delta på vegne av meg:***Namn:.....***Eg ynskjer at ein annan skal delta saman med meg:***Namn:.....***Eg samtykker til at disse instansane får tilgang på tausheitsbelagte opplysningar i samband**

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

med planarbeidet:

Namn på instansar og fagpersonar:

.....

.....

.....

Eg har fyljande reservasjonar:

Dato:.....

Brukar/pasient/verje underskrift:.....

Vedlegg til handlingsplan for koordinerande einingar, individuell plan og koordinator 2017-2019

Innsatsområde 2.6 og 2.7	Koordinerande einingar, Individuell plan og koordinator
Hovudmål	Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune