

Retningslinjer for koordinator

LUND KOMMUNE	Emne: Koordinerende enhet	Dokument: Retningslinjer for koordinator
Utarbeidet av: Koordinerende enhet	Godkjent av: Kommunalsjef for helse og omsorg: Kommunalsjef for kultur og oppvekst:	Versjon nr./dato: Versjon 1 Sept.2020
Sider: Side 1 av 4	Vedlegg: 2 vedlegg	Ansvar for revisjon: Koordinerende enhet

FORMÅL:

Formålet med retningslinjene er å:

- Sikre målgruppen et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud samt medvirkning og innflytelse
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og målgruppen og eventuelt pårørende, samt styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

Oppnevning av koordinator må vurderes når pasienten har behov for komplekse, eller langvarige og koordinerte tjenester.

MÅLGRUPPE:

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter Helse og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan og oppnevnt koordinator. Tiltak fra andre sektorer skal også inkluderes i vurderingen av behovet.

KOORDINATOR-ROLLEN:

Koordinator er en bestemt person i tjenesteapparatet som bruker og pårørende skal kunne forholde seg til. Koordinator er en fagperson som koordinerer tjenestene og sikrer fremdrift i arbeidet. Koordinator tilrettelegger for ansvarsgruppemøte og kaller inn nødvendige tjenesteytere. Det er også koordinators ansvar å være pådriver til at det legges opp til et samarbeid mellom de aktørene som er involvert, og at ansvarsoppgaver delegeres til aktuelle tjenesteytere. Det kan være nødvendig å se til at oppgaver som er delegert følges opp i etterkant.

Dersom det utarbeides en Individuell Plan skal koordinator sikre framdriften med planen, at mål og tiltak evalueres og endres av tjenesteytere underveis.

Brukerens behov skal stå i sentrum og en skal sikre at bruker/pårørende har en sentral rolle i koordineringsarbeidet.

Bruker kan få koordinator selv om han/hun takker nei til individuell plan.

KOORDINERINGSVERKTØY:

Bruker/pårørende kan velge mellom Individuell plan og ansvarsgruppemøter med referatskriving. Felles for begge verktøy er at gruppen består av aktuelle tjenesteytere rundt bruker der koordinator skal koordinere, samordne og bidra til et helhetlig tjenestetilbud rundt bruker. Det er mulig å bytte koordineringsverktøy om dette vurderes som hensiktsmessig.

RETNINGSLINJER:

Retningslinjene gjelder ansatte i Lund kommune som får ansvar for å være koordinator, og som deltar i utarbeidelsen av individuelle planer.

Bruker/pårørende kan komme med ønske om hvem som skal ha rollen som koordinator. Koordinator oppnevnes av Koordinerende enhet i samarbeid med aktuell instans.

BESLUTNING OG VEDTAK:

I henhold til gjeldende lover og forskrifter, fattes det enkeltvedtak om utarbeidelse av individuell plan og beslutning om koordinator. Det er ikke klagerett på søknad om koordinator.

ANSVAR:

- Ansatte skal informere om individuell plan og koordinator.
- Koordinerende enhet har det overordnede ansvar for oppnevning og oppfølging av koordinatorene og individuelle planer.
- Enheter i Helse og omsorg har hovedansvar for individuell plan og ivaretar koordinatorrollen for IP.
- Kultur og oppvekst har sammen med Helse og omsorg ansvar for å delta i arbeidet med IP.
- Det anbefales at ansatte er Koordinator for maksimalt fem brukere.
- Som koordinator har du også en plikt til å kartlegge barn som pårørende eller søsken.

BRUKERMEDVIRKNING:

Koordinator kan ikke oppnevnes uten samtykke fra pasienten, eller den som kan samtykke på vegne av pasienten.

Barn er helserettlig myndig når de fyller 16 år. Det betyr at de, i de aller fleste tilfeller, kan bestemme selv om de ønsker å få tildelt koordinator, få opprettet en IP og hvem som skal få vite hva om helsen deres. En IP plan kan derfor ikke opprettes uten ungdommens samtykke etter at de har blitt 16 år.

KOORDINERINGSPROSESSEN:

Se Håndbok for koordinatorene for prosedyre knyttet til koordineringsprosessen.

DEFINISJONER:

Tjenester:

Hva som regnes som tjenester defineres ut i fra lovverket.

Langvarige tjenester:

Med behov for langvarige tjenester menes at behovet må ha en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år.

Å starte arbeidet med en individuell plan er en tidkrevende prosess og dette må det tas hensyn til ved vurdering av behovets varighet.

Koordinerte tjenester:

Behov for koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester, utover fastlege og helsesykepleier. Tjenestene må ses i sammenheng med det totale koordineringsbehovet.

Tjenesteyteren som er oppnevnt som koordinator, skal til enhver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker.

Ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som skal sørge for at planen blir utarbeidet og koordinere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet. Tjenesteyterne skal bidra til et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Livsområder:

Med livsområder menes områder som forebygging/helse/omsorg, dagtid/arbeid/skole/aktivitet, bolig, fritid, økonomi og sosialt felleskap/nettverk.

En fordel ved individuell plan, er at den fordeler og plasserer ansvar, både mellom bruker og tjenesteapparat og mellom de ulike instansene innenfor tjenesteapparatet. For å sikre at planen blir brukt etter sin hensikt, bør den angi hvor tiltakene skal utføres og av hvem. Det skal også fastsettes frister og datoer for evaluering i forhold til de vedtatte målene. En slik arbeidsmåte skaper god oversikt og gjør det enklere å finne frem til hvem som er ansvarlig for hva, særlig når et tilbud ikke fungerer. Planen justeres etter hvert som personens situasjon utvikler eller endrer seg, og dermed også behovene.

Koordinator har hovedansvaret for planarbeidet. Det kreves ingen formell kompetanse til koordinatorrollen men det er viktig at koordinator har god kjennskap til ulike tilbud og tjenester det kan være aktuelt å samarbeide med.

For å sikre kontinuiteten i planarbeidet bør det være minst mulig utskifting i koordinatorrollen. Nødvendig skifte av koordinator bør planlegges slik at arbeidet fortsetter med god overlappning mellom gammel og ny koordinator.

LOVER:

Kommunens plikt til å tilby koordinator og utarbeide en individuell plan er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2, mens retten til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

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 § 3-2a
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1
- Lov om spesialisthelsetjenesten §§ 2-5 og 6-3
- Opplæringsloven § 15-5

Andre viktige dokumenter:

- Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator
- Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator
- Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov