

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Hvordan kan individuell plan og
koordinator støtte opp om
mestringstiltak for personer med
Huntingtons sykdom?

Innhold:

- ▶ Koordinering
- ▶ Koordinatorrollen (kontaktperson)
- ▶ Individuell plan
 - ▶ i et nettverktøy?
- ▶ Samhandling og samarbeid
- ▶ Hvordan få dette til å fungere etter intensjonene?
- ▶ Lover, forskrifter og veiledere

Tittel på presentasjon og dato [Sett inn -> Topptekst og bunntekst]

LOVERK

LOV OM PASIENTRETIGHETER

§ 2-5. Rett til individuell plan

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

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

§ 19.

Medisinskfaglig koordinering og samarbeid.

- ▶ Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.
- ▶ Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator».

Definisjon av habilitering og rehabilitering (ReHab):

ReHab skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

ReHab er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessen kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

«Å få det til å virke sammen»

Hvem gjør hva?

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE)

- ▶ KE skal være kontaktpunkt for henvendelser om behov, mulig behov, for ReHab og ha oversikt over tjenestetilbudet
 - ▶ Fastlege eller andre tjenesteytere kan formidle henvendelsen din til KE dersom du ønsker eller
 - ▶ Du også selv ta kontakte med KE eller få en pårørende til å ta kontakt
 - ▶ KE oppretter koordinator og har det overordnede ansvar for IP og ansvar for opplæring og veiledning til koordinator
- ▶ Koordinator har ansvar for nødvendig oppfølging samt sikre samordning og fremdrift i arbeidet med din IP

KOORDINATORS OPPGAVER

- Å legge til rette for at brukeren deltar i arbeidet med sin individuelle plan, om ønskelig sammen med pårørende.
- Å sikre god informasjon til og dialog med brukeren gjennom hele planprosessen.
- Å være brukerens kontaktperson og ressurs i tjenesteapparatet.
- Sørge for fremdrift i arbeidet
 - I noen tilfeller er det hensiktsmessig med flere koordinatører og en som koordinerer koordinatorene

Hva er Individuell plan?

Hvis jeg trenger hjelp fra to eller flere tjenester over lengre tid, kan jeg få en IP

Det viktigste med planen er å få til et godt samarbeid mellom meg og de som hjelper meg.

Jeg kan selv være med på å bestemme innholdet i planen

Planlegging handler om :

- Hva trenger jeg hjelp til
- Hvem som skal bistå meg
- Når de skal gjøre det
- Hvordan det skal gjøres

Jeg må selv fortelle hva som er viktig for meg, i mitt liv!

Å få en individuell plan innebærer ikke at jeg får flere rettigheter, men hjelpen er bedre koordinert og tilpasset mine behov.



De som hjelper meg kan fortelle meg hvilke muligheter som finnes, og sammen legger vi planer.

Fra hefte:
Individuell plan (IP) = brukers plan
kjapp innføring for fagfolk og brukere

Individuell plan er en metode og et verktøy for samhandling og det handler om:

- ▶ Relasjonsbygging
- ▶ Planeier som jevnbyrdig samarbeidspartner i planleggingsarbeidet
- ▶ Kartlegging
 - ▶ Hva klarer planeier selv og hva er hjelpebehovet?
 - ▶ Få en felles forståelse for ressurser og behov for tjenester
 - ▶ Bli enig om mål og aktiviteter som skal føre frem til måloppnåelse
- ▶ Evaluering

Hva er lurt å tenke over før du tar kontakt?

- ▶ Hva er viktig for deg?
- ▶ Hva ønsker du å få gjort noe med først?
- ▶ I samarbeid med Koordinator og evt øvrige deltagerer foretar dere en:
 - ▶ Kartlegging og målsetting
 - ▶ Finner aktiviteter som må gjøres for å nå mål.
 - ▶ Prioriteringer

Hvem kan hjelpe?

► Fastlege

- Spesialisthelsetjenesten?
- Fysioterapeut?
- Ergoterapeut?
- Psykisk helse?

► Hva kan du greie selv?

- Læring og mestrings senter?
- Familie - Venner - Naboer og Kollega kan være viktige støttespillere
- Frisklivssentralen kan være et alternativ? [Frisklivssentraler i kommunane. Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod \(ssb.no\)](#)

Sammen med Koordinator finner dere ut hvem som skal være med i din plan

Utfordring: Behov for hjelp, men vegrer seg og noen vil ikke motta hjelp.

- ▶ Fastlegeforskriften § 18:»
- ▶ Fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette gjelder bare i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse, og det fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging.»

Å bruke fastlegen som instans for å melde en bekymring.

- ▶ Fastlegen skal kunne ta imot informasjon fra pårørende, men kan selvsagt ikke gi informasjon ut.
- ▶ Informasjon en får fra pårørende er svært viktig for å få en bedre forståelse for pasientens totale situasjon.
- ▶ Oversikten er ikke lett å få i møte med pasienten på legekantoret.
- ▶ En slik «bekymringsmelding» fra pårørende kan derfor være til god hjelp i det videre arbeidet for fastlegen.

MÅLET ER: «Å OPPNÅ BEST MULIG FUNKSJONS- OG MESTRINGSEVNE, SELVSTENDIGHET OG DELTAKELSE I UTDANNING OG ARBEIDSLIV SOSIALT OG I SAMFUNNET»

Målet oppnås ved å/gjennom at: Tjenesteytere, personalet

- Planlegge prosessene sammen med planeier og evt pårørende
- Kartlegger livssituasjonen
- Setter klare mål
- Igangsetter virkemidler
- Samarbeide og samhandler
- Sørger for at det blir gitt nødvendig bistand

Pasient/bruker/personens

- Egen innsats
- Får opplæring i sin situasjon og hvordan de selv kan bidra i prosessen
- Læring og mestring
- Har forståelse for- og motivasjon, ressurser til å gjennomføre aktivitetene

Hvilke behov har personen?

Behov for:

- Å bli forstått –
- Å forstå
- Å ha/få kontroll
- Trygghet – gode relasjoner – aksept - verdighet
- Forutsigbarhet/stabilitet/strukturert hverdag
- God fysisk og psykisk helse
- Rett og nok næring
- Rett og adekvat behandling
- Respekt for autonomi - å være alene
- Omsorgspersoner som klarer å gi omsorg
- Få og kjente personer å forholde seg til
- Tilpasset informasjon
- Beskyttelse

Pårørende sine behov

Behov for:

- Å bli hørt og forstått
- Avlastning
- Nok søvn
- Nettverk/nære relasjoner
- Et oversiktlig bilde over hjelpeapparatet og forutsigbare tjenester
- At tjenesteytere tar beslutninger
- Trygghet i tjenesteapparatet – stabilitet – kontinuitet – kompetanse
- Få tid til å ivareta egne behov
- Å bare være: ektefelle, sønn, datter, barnebarn
- For veiledning

HELSEDIREKTORATET

- Helsedirektoratet sin film 21.2.2019
- visualiserer hensikten med koordinatorrollen og individuell plan.
- Målgruppen for filmen er bred og er i en hyggelig og folkelig fortellerform
- <https://www.youtube.com/watch?v=KCR3fsLPpcM>

- Lenke til [brosjyre](#)
- Lenke til [film](#)



WEB-BASERT IT-VERKTØY SOM STØTTER SAMARBEIDET OMKRING IP.

- For å kunne utveksle informasjon på tvers er det tjenlig med et IT- verktøy for kunne kommunisere og samhandle.

- www.Individplan.no





System-
koordinator

Saks-
behandler

Fysio, ergo,
service tj.

Koordinator

**Koordinerende
Enhet (KE)**
Skal sørge for at du får
oppfylt dine rettigheter

Barn og
familie
Barnehage
Skole

Helse og
omsorg
Rus og
Psykisk helse

NAV

Lege-
tjenesten

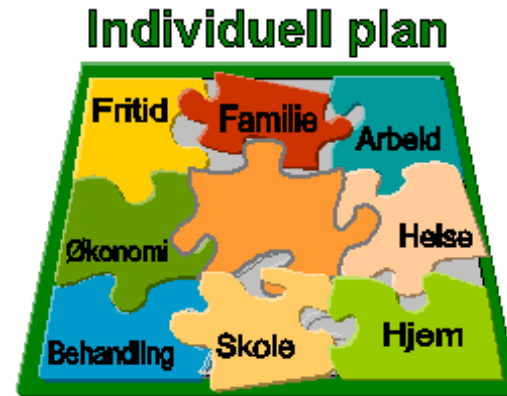
Koordinerende enhet i kommunen

får melding om behov, og mulig behov, for koordinerte tjenester



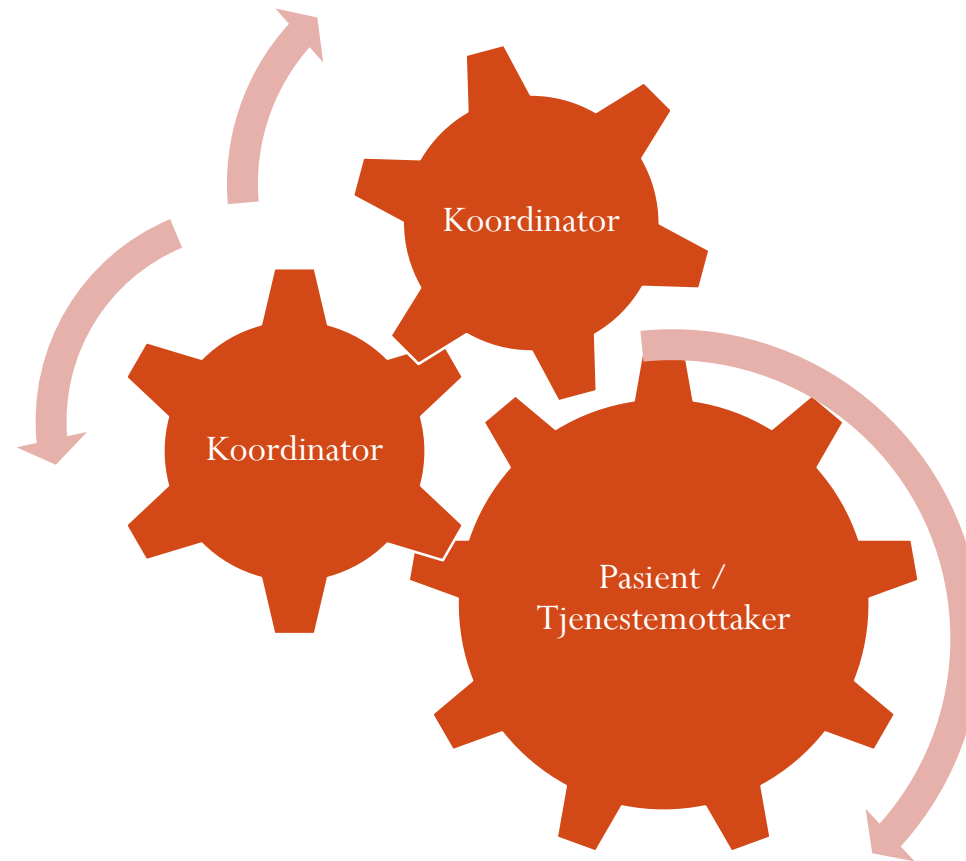
Koordinator i helseforetaket melder til Koordinerende enhet (KE) i kommunen

KE v/systemkoordinator, oppretter koordinator.
Koordinator oppretter IP



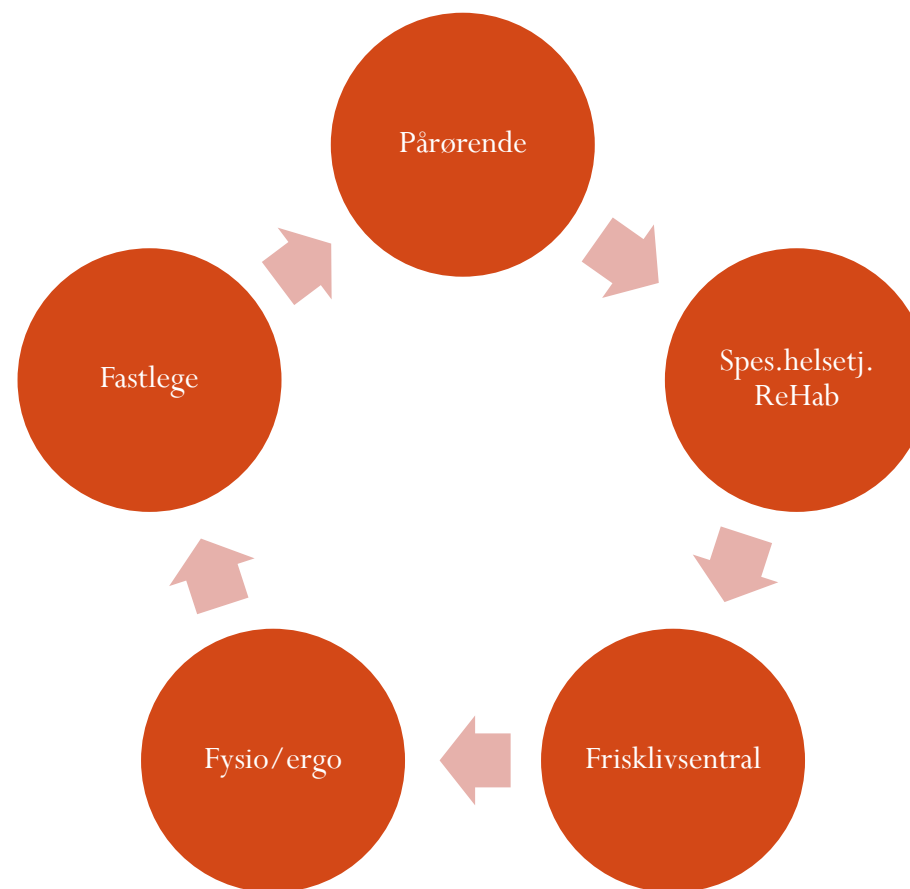
IKT-verktøy er en nødvendighet for å få til samhandling på en god og effektiv måte

Samarbeid /samhandling



Virke sammen til helhetlige tjenester der tjenestemottaker er i sentrum. Spørsmål som:
Hva er viktigst for deg nå? skal stilles til pasienten (og pårørende).

Øvrige deltakere blir koblet til/fra alt etter behov for tjenester



Sett på varslingslik slik at deltakerne får beskjed via SMS eller e-post når det skjer endringer i planen eller når de har fått ny melding osv



Vi er på samme lag

