



BEGREPSAVKLARINGER TJENESTEAVTALE 2

Personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte (pårørende/barn), blir i dokumentet omtalt som «brukere», «pasienter» og «tjenestemottakere».

1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Det er tjenesteapparatets plikt å involvere brukeren i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud.

Brukermedvirkning innebærer at mennesker som søker hjelp, skal motta hjelpen på egne premisser, og bli sett og respektert ved selv å delta i utformingen av tjenestetilbud. Brukeren må ses som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes helse og livskvalitet. Brukers deltakelse og medvirkning er avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Pårørende skal også gis anledning til å medvirke i den grad pasient og bruker ønsker dette.

2 Samtykke

Det er et hovedprinsipp at frivillighet og medvirkning ligger til grunn for alle helse- og omsorgstjenester. For at et samtykke skal være gyldig, må det være basert på en forståelse av egen situasjon og hva samtykket gjelder. I tillegg må brukeren få oversikt over konsekvenser av handlingene man samtykker til. Brukerens samtykke skal alltid foreligge ved utveksling av opplysninger dersom det ikke foreligger annen vurdering.

Unntak fra dette gjelder når bruker og pasient motsetter seg helsehjelp. Egne lover og retningslinjer gjelder ved bruk av tvang og makt.

2.1 Samtykkekompetanse

En person kan ha samtykkekompetanse på enkelte områder, og ikke på andre. Samtykkekompetanse innebærer

- evne til å uttrykke valg
- evne til å forstå informasjon, som er relevant for å ta en beslutning
- evne til å forstå konsekvenser av valg
- evne til å bruke informasjon til å veie for og imot

For barn mellom 0 – 16 år er det foreldre/foresatte som gir samtykke.

Personer mellom 16 og 18 år har samtykkekompetanse, dersom det ikke foreligger annen vurdering.

Alle personer over 18 år har samtykkekompetanse, dersom det ikke foreligger annen vurdering.

3 Koordinering av tjenester

Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Koordinering skjer gjennom strukturerte arbeidsprosesser hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng. Tjenestene må innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål..

3.1 Langvarige og koordinerte tjenester

Langvarige tjenester betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, uten at det behøver å være varig. Varighet ses i sammenheng med behovet for samordning og strukturert planlegging. Behovet kan f. eks. strekke seg over bare noen måneder. Kompleksiteten og behov for koordinering og samarbeid er viktigere enn varigheten. Hva som er langvarige tjenester må vurderes i det enkelte tilfellet, og må ses i sammenheng med behovet for å ivareta kontinuiteten i tjenestene over en viss tid.

Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse – og omsorgstjenester. Dette kan også gjelde tjenester fra NAV, barnevern, oppvekst, private tjenesteytere og andre. Med koordinerte tjenester menes at det må være behov for et forpliktende og kontinuerlig samarbeid mellom ulike instanser eller avdelinger for å kunne yte et helhetlig tjenestetilbud. Kompleksiteten og behov for koordinering og samarbeid er viktigere enn antall helse – og omsorgstjenester.

Behovet for koordinerte tjenester er uavhengig av alder, diagnose, funksjon.

3.2 Koordinerende enhet (KE)

3.2.1 Kommuner og helseforetak – felles ansvar

Alle kommuner og helseforetak er pålagt å ha koordinerende enhet (KE). Enheten skal være synlig og tilgjengelig; et sted å henvende seg til for pasient og brukere og aktuelle samarbeidspartnere.

- KE har som målsetting å sikre koordinerte tjenester til alle som trenger det
- KE har overordnet ansvar for individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
- KE skal sikre kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom fag, sektorer og nivåer
- KE skal bidra til samordning og forutsigbarhet ved å etablere rutiner, avtaler, nettverk og møteplasser
- KE skal planlegge å organisere habiliterings- og rehabiliteringstilbudet, og legge til rette for brukermedvirkning.

3.2.2 Koordinerende enhet i kommunen

Enheten har det **overordnende ansvar** for arbeidet med individuell plan, opplæring og veiledning av koordinatorrollen og skal:

- Være meldingsmottak om behov for IP og/eller koordinator på individnivå
- Skape rutiner for arbeid med IP og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator på navngitte brukere
- Sikre tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling
- Ivareta både individ- og familieperspektivet
- Gi informasjon til befolkningen

Loverket stiller ingen krav om egen organisatorisk enhet. Det må framgå av kommunens organisasjonskart og informasjonsmateriell hvor KE er plassert.

3.2.3 Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

- KE skal ha en generell oversikt over, og tilrettelegge informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregionen. Det gjelder re- og habiliteringstilbud innenfor somatikk, rus og psykiatri (voksne og barn).
- KE har et overordnet ansvar for utarbeidelse av rutiner og prosedyrer for individuell plan og koordinator
- KE skal ha oversikt over- og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene
- KE skal være et internt kontaktpunkt
- KE skal legge til rette for møtepunkter med kommunene

I helseforetakene skal ikke KE motta meldinger på navngitte pasienter. Aktuell avdeling har ansvar for navngitte pasienter og at deres behov for koordinerte tjenester blir ivarettatt.

3.3 Koordinator

Koordinator for bruker og pasient skal oppnevnes både i helseforetak og kommune dersom det foreligger behov for langvarige og koordinerte tjenester. Sentrale oppgaver for koordinator er å sørge for kontinuitet for tjenestemottakeren, sikre samhandlingsprosesser og informasjonsutveksling mellom fag, nivåer og sektorer.

Det skal tilbys koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, også om vedkommende ikke ønsker en individuell plan.

3.3.1 Koordinator i kommunehelsetjenesten

Det skal tilbys koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, også om vedkommende ikke ønsker en individuell plan. Det koordinerende arbeidet er en prosess som pågår så lenge bruker mottar langvarige og sammensatte tjenester, eller til han/hun sier fra seg behovet for koordinering. Koordinator skal sammen med pasient og bruker jevnlig evaluere tjenestene/tiltakene og ta stilling til om de skal endres eller avsluttes.

Koordinators oppgaver:

- å være brukerens kontaktperson og viktigste bindeledd i tjenesteapparatet
- å sikre god informasjon til og dialog med brukeren og eventuelt pårørende gjennom hele prosessen
- å sikre informert samtykke fra brukeren når det er nødvendig
- å innkalle til og lede møter, også dersom det utarbeides individuell plan
- å følge opp og evaluere koordineringen av tiltakene; også individuell plan

Fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen og oppfølging, og skal delta når det er behov for fastlegens kompetanse.

Ansvarsgruppe

Koordinator i kommunen kan opprette en ansvarsgruppe basert på hvilke tjenester pasient og bruker har og trenger, men det er ikke gitt at pasient/brukere trenger en ansvarsgruppe. Arbeidet i ansvarsgruppen skal bidra til å koordinere innsatsen og å avklare ansvarsforhold mellom de involverte instanser/enhetene.

3.3.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal:

- følge opp pasient/bruker og sikre samordning av tilbudet i spesialisthelsetjenesten
- samhandle med andre tjenesteytere
- sikre informasjon om retten til individuell plan, og bidra til at arbeidet blir igangsatt og eventuelt veilede underveis

Koordinator i spesialisthelsetjenesten erstatter den tidligere ordningen med pasientansvarlig lege. Derfor er det lagt til at koordinator bør være lege. Annet helsepersonell kan ha funksjonen når det er hensiktsmessig og forsvarlig. Kommunene oppnevner som hovedregel koordinator i forbindelse med individuell plan. Derfor er oppgaven til koordinator i sykehus mer rettet mot å koordinere internt i spesialisthelsetjenesten, og å samarbeide med kommunene om videre oppfølging.

4 Individuell plan

Individuell plan er et samhandlingsverktøy som skal sikre at pasient og bruker får helhetlige, koordinerte og individuelle tilpassede tjenestetilbud.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. En individuell plan skal ta utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og helhetlige behov.

Avgjørelse om individuell plan og koordinator gir ingen selvstendig rett til tjenester. Det er heller ikke nødvendig med enkeltvedtak etter Forvaltningsloven for at bruker og pasient skal få individuell plan. Uavhengig av vedtak kan avgjørelser om individuell plan påklages skriftlig til Fylkesmannen.

Koordinator har overordnet ansvar for arbeidet med den enkelte brukers individuelle plan.

Det er utarbeidet felles [retningslinje for informasjon om og utarbeidelse av individuell plan mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF](#).

Lover og forskrifter:

LOV-2011-06-24	Helse - og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30
LOV-1999-07-02-63	Pasient og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63
LOV-1999-07-02-64	Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64
LOV-1992-07-17-100	Barnevernsloven (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100
LOV-1998-07-17-61	Opplæringsloven (Kunnskapsdepartementet) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61
LOV-2006-06-16-20	NAV-loven. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeidsdepartementet) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20
LOV-1999-07-02-62	Psykisk helsevernloven (Helse- og omsorgsdepartementet)
LOV-1999-07-02-61	Lov om spesialisthelsetjenester m.m. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61
LOV-1967-02-10	Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, kap 4 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Forskrifter og rundskriv:

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Barne- og familiedepartementet, Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet: Fellesrundskriv I-3/2004
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2004/i-32004.html?id=109397#>
- Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/individuell-plan-rehabilitering-og-habilitering>