

Individuell Plan og BTI nivå 3

Ingeborg Sjaavaag Systemansvarlig Individuell Plan
Elisabeth Nærestad BTI-leder



ARENDALE KOMMUNE

Vi vil snakke om

- Politisk forankring og ambisjoner i Arendal
- Grunnlag for IP og koordinator
- Erfaringer med å profesjonalisere koordinatorrollen i Arendal kommune
- Stafettholder BTI i Arendal
- utfordringer vi møter på

PS 18/86 Felles arbeid til beste for barn/unge og deres familier i Arendal kommune.

Vedtatt i Arendal Bystyre juni 2018

«Kommunens arbeid overfor barn og unge skal ha individuelt fokus på det enkelte barns / den enkelte families behov med utgangspunkt i at det enkelte barn / den enkelte unge skal ha det bra hjemme, i barnehagen / i fritiden med venner.

Kommunens arbeid med barn, unge og deres familier skal videre ta utgangspunkt i at behovet for samarbeid med barnet/den unge og familien ofte vil gå over lang tid. For sterkt funksjonshemmede barn vil oftest utfordringene til barnet bli synlig ved eller kort tid etter fødsel, og samarbeidet med kommunens tjenester vil kunne være livslange. Å skape en trygg relasjon allerede i starten blir dermed svært vesentlig, og kontinuitet i kommunens arbeid av største betydning. At medarbeidere i kommunens ulike tjenester slutter av ulike grunner og nye begynner vil alltid forekomme, og kommunen må da ha et system som gjør at slike endringer ikke skaper utrygghet eller brudd i tjenestene. **Praktisk tenkes dette løst ved at alle har en kontaktperson.** I komplekse saker hvor flere fagmiljøer og lovverket gir rettigheter til individuell plan, vil det bli oppnevnt koordinator som har kontaktperson-rollen.

Vi vil at barn, unge og familier skal oppleve at det er «En dør prinsippet» som gjelder. Med det mener vi at hvert enkelt barn og familie aldri er i tvil om på hvilken måte de skal kontakte kommunen, at de får rask og profesjonell respons på sin forespørsel og at samhandlingen mellom tjenestene til barn og deres familie oppleves profesjonell.»



Individuell plan og koordinator IP

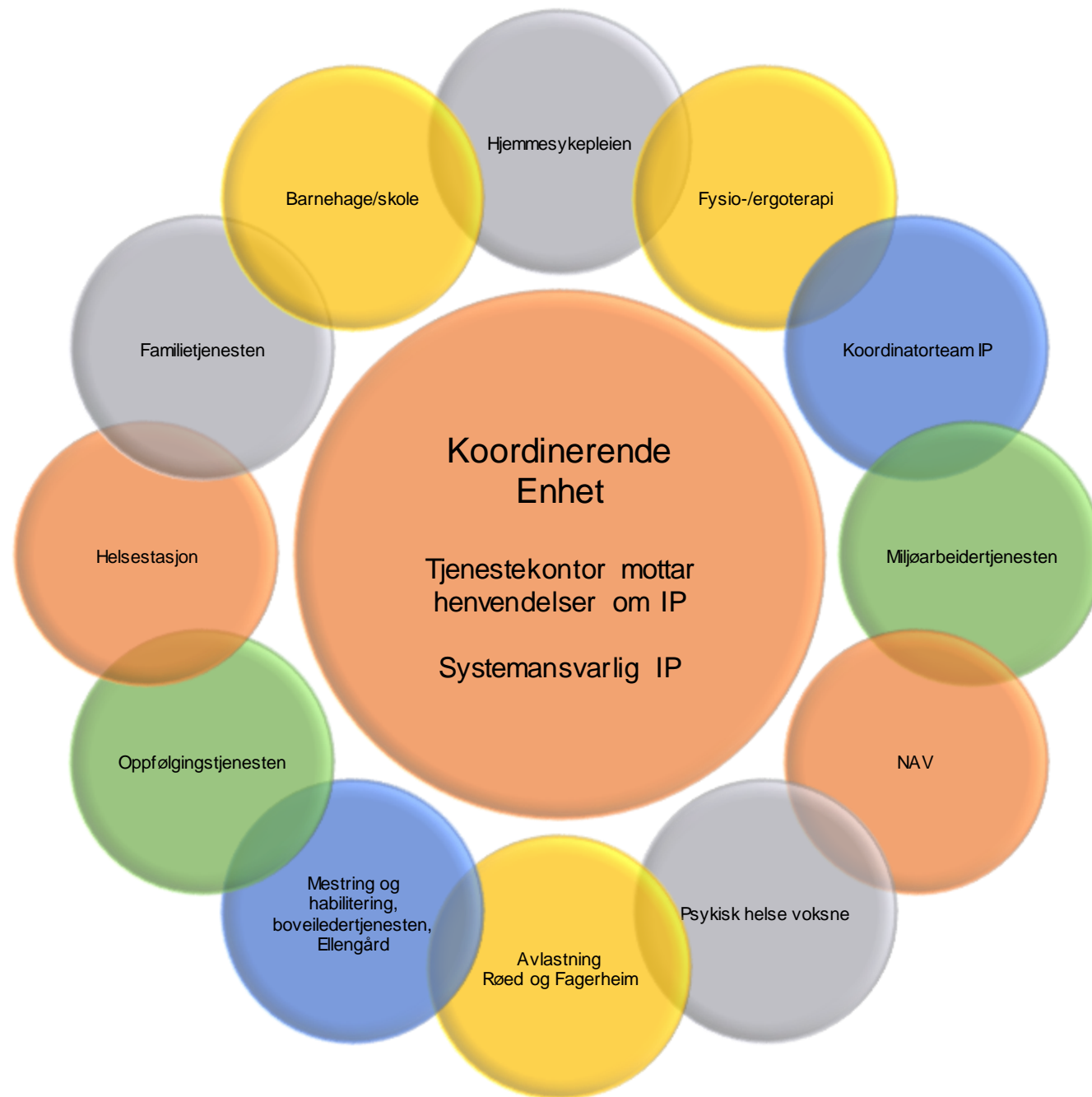
Kilde: [Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator IS-IS-2651 91](#)

"For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2.

Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

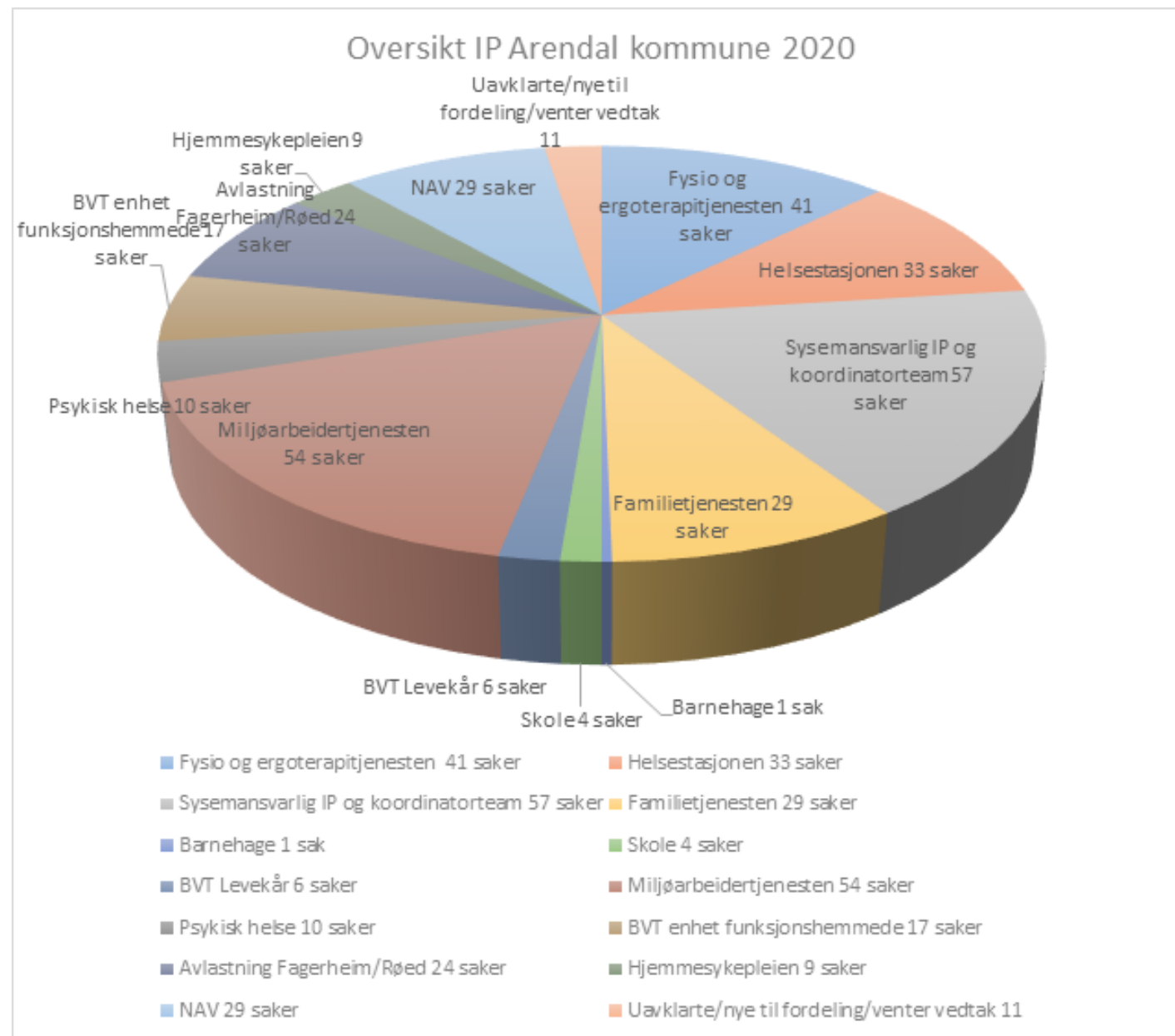
Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan".

- Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Langvarig betyr at **behovet antas å strekke seg over en viss tid**, men uten at det behøver å være varig.
- «Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder **to eller flere helse- og omsorgstjenester**. Tjenesteyteren som er oppnevnt som koordinator, skal til en hver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.
- **Fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen** og har en sentral rolle i samhandlingen omkring tema hvor det er behov for fastlegens kompetanse.
- Krav til **varighet** bør ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Selv om behovet bare strekker seg over noen måneder, eller det er få tjenester, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy. Det ligger i formålet for individuell plan at også behov for tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen.
- Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et **planleggingsdokument**, og en **strukturert samarbeidsprosess**. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.
- Retten til individuell plan er **ikke avgrenset** til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. Se også om individuell plan og koordinator i [veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#), (Helsedirektoratet, 2017).

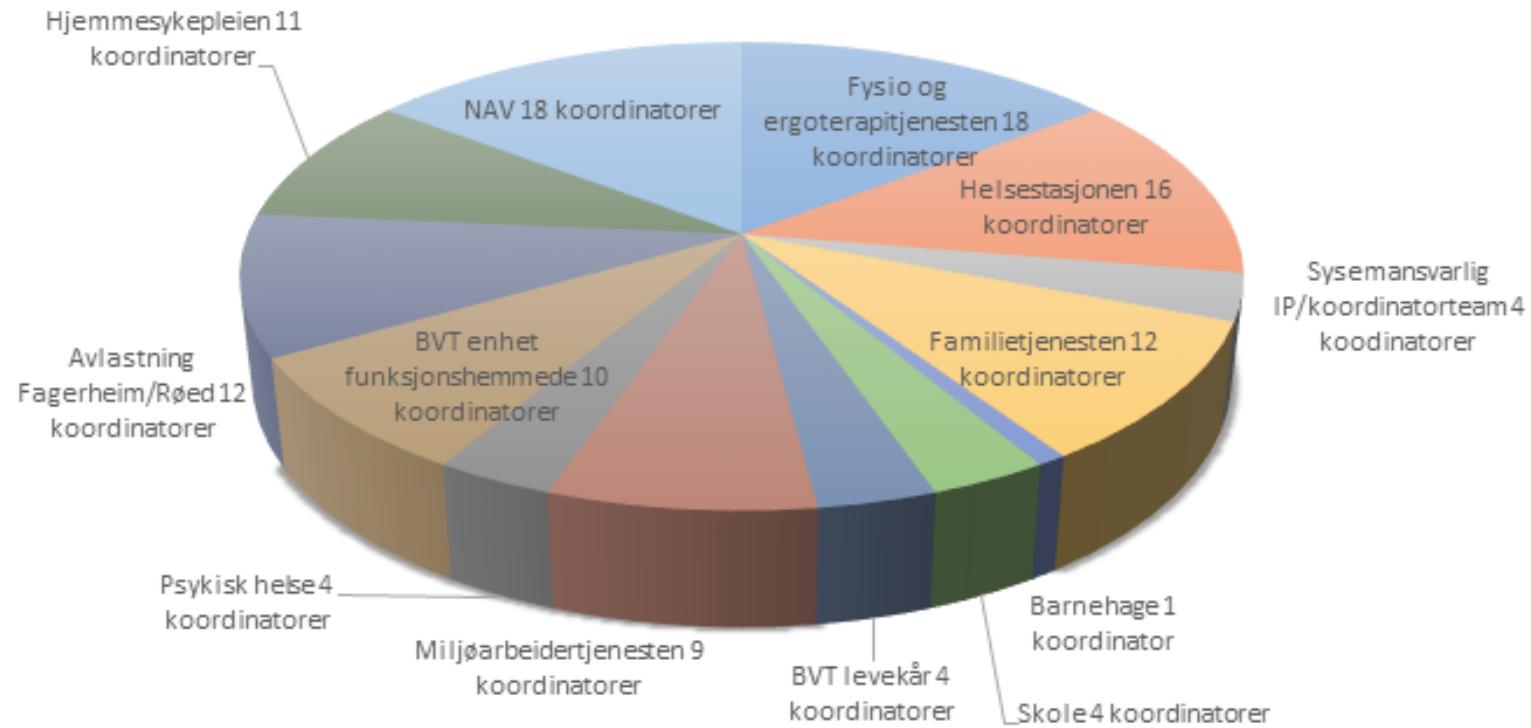


Tallene i sektordiagrammet bygger på utskrift av saker på oversiktslisten per 31.12.2020

- 417 aktive IP-vedtak
- 123 aktive koordinatore



Fordeling av koordinatører



- Fysio og ergoterapitjenesten 18 koordinatører
- Helsestasjonen 16 koordinatører
- Sysemansvarlig IP/koordinatorteam 4 koordinatører
- Familietjenesten 12 koordinatører
- Barnehage 1 koordinator
- Skole 4 koordinatører
- BVT levekår 4 koordinatører
- Miljøarbeidertjenesten 9 koordinatører
- Psykisk helse 4 koordinatører
- BVT enhet funksjonshemmede 10 koordinatører
- Avlastning Fagerheim/Røed 12 koordinatører
- Hjemmesykepleien 11 koordinatører
- NAV 18 koordinatører

Erfaringer med fulltids koordinatører

- Tre fulltidsstillinger
- Startet 1.okt 2019
- Familiekoordinator
- Barnekoordinator
- Voksenkoordinator
- Koordinerer store og sammensatte saker
- Bistår koordinatorene ute i tjenestene
- Ca 25-30 koordinatorsaker hver
- Tilgjengelighet for bruker og samarbeidsparter
- Sårbart ved fravær

Tjenesteoversikt

Fyll på aktuelle roller og instanser for deg

Tjenestested/Rolle	Navn	Ansvarsområde	Kontaktinformasjon
Fastlege			
Pårgørende			
Saksbehandler tjenstekontor			

- Enkelt men gir lett oversikt over hvem som er inne i bildet og kort om ansvarsområde
- Vil ofte være start på å lage en IP



MIN INDIVIDUELLE PLAN

Unntatt fra offentlighet, jf. [Off.loven](#) §13

ID nr i journalsystem:

Navn:

Fødseldato:

Telefon:

Hovedpårørende:

Relasjon:

Telefon:

Koordinator:

Oppbevaring av planen:

Planeier har original av planen. Koordinator oppbevarer alle dokumenter låst og/eller skannet inn i journal. Ved avslutning sendes alle dokumenter til arkivering. Involverte tjenester kan få kopi av planen etter samtykke.

Evaluering:

Plan evalueres etter fastsatte tider i planen.

Samtykke innhentet dato:

Planeier har gitt koordinator samtykke til å informere samarbeidende instanser om info fra kartlegging og samhandling som pågår i saken. Dette er aktuelt når koordinator finner det hensiktsmessig for at bruker skal oppleve å få et helhetlig koordinert tjenestetilbud.

Små endringer i tjenester eller tiltak foregår stadig og trenger ikke føre til hyppig evaluering av planen. Endringene blir justert inn i individuell plan ved evalueringstidspunktet planeier har satt sammen med koordinator.

Individuell plan

Hva er viktig for meg?	Tiltak:			Oppfølging:		
	Målsettinger:	Tiltak:	Tidsplan:	Ansvarlig:	Evaluerer:	Konklusjon:

Planen er laget sammen med og godkjent av [planeier](#) og/eller foresatte.

Sted: _____ Dato: _____ Planeiers/foresattes underskrift: _____
Koordinator: _____

Stafettholder BTI



- Utpekes fra [nivå 1 i BTI-modellen](#) når det settes i gang tiltak rundt et barn / ungdom / gravid.
- Sikrer overblikk og sammenheng i oppfølging av det enkelte barn og familien
 - Inviterer inn til evaluerings- og koordineringsmøter
 - Står for dagsorden og møteledelse
 - Loggfører (følge med på tidsfrister, at tiltak evalueres)
- Inviterer inn andre tjenester etter behov på nivå 2 i BTI-modellen og koordinerer det tverrfaglige arbeidet
- Involverer barn/unge og foreldre i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.
- Sikrer at en av deltakerne i nettverket har ansvar for *fokus* på barnet mellom møtene i nettverket.
- Holder kontakt med familien og tjenestene som er involvert i nettverket rundt

Hvem er stafettholder?

På nivå 1 og 2 er det ønskelig at stafettholder er nær barnet i hverdagen, f.eks. kontaktlærer på skolen, pedagog i bhg., helsesykepleier

Når oppfølgingen av barnet/ ungdommen/ familien går over til et nytt nivå i BTI-modellen skal det i samråd med dem det gjelder avklares hvem som skal være stafettholder videre. Dette skal tas med i vurderingen:

- Barnets/ungdommens/familiens ønsker
- Tiltakenes karakter og omfang
- Forventet koordineringsbehov og deltakers stillingstype

Stafettholder beholder stafettpinnen til den er *mottatt og akseptert* av en ny stafettholder

Nivå 1

Nivå 2

Nivå 3

Fra Nivå 2 til nivå 3 - handlingsveileder

- **Avslutte** tverrfaglig innsats? Gå tilbake til nivå 1 og følg opp i egen tjeneste at innsatsen gir varig positiv effekt.
- **Endre** tverrfaglig innsats? Etabler kontakt med aktuell tjeneste og fortsett på nivå 2: Planlegg, iverksett og evaluer tiltak
- **Utvide** tverrfaglig innsats? Vær åpen med foreldre om hva bekymringen består i, og legg til rette for samarbeid om det som er vanskelig. Ta en utsjekk med din leder før du går videre til nivå 3. Innhent gjerne råd hos instansene nedenfor om du er usikker.
 - [Barnevernstjenesten](#) - kontaktes ved bekymring for barnets omsorgssituasjon
 - [BTI-team](#) kontaktes når du ser at behovene er sammensatte, når tiltakene ikke har ønsket effekt og dere opplever å stå fast, eller hvis du trenger hjelp til å få de rette tjenestene på banen. Fyll ut kontaktskjema.
 - [Individuell plan](#) bør vurderes for barn med behov for langvarige og koordinerte helse og omsorgstjenester.

Nivå 2: Tverrfaglig innsats

• Dette nivået beskriver samarbeidet mellom flere tjenester. Sammen med barnet / ungdommen / foresatte planlegges, gjennomføres og evalueres tiltakene.

1. Etabler kontakt med annen tjeneste

2. Planlegg tiltak

3. Iverksett tiltak

4. Evaluer tiltak

5. Avklar/beslutt

Stafettholder

Kan også være på nivå 3

Utpekes i BTI-team

Barn/ ungdom/foresatte skal ha mulighet til å påvirke hvem det skal være

I noen saker vil det kunne være både stafettholder og koordinator IP

Ønske om å få færre koordinatorsaker, mindre behov for vedtak

Koordinator IP

Vurderes på nivå 3 i BTI-modellen.

Ved behov for omfattende koordinering ut over det en stafettholder kan tilby, gis tilbud om individuell plan og koordinator IP.

Viktige føringer finnes her:

[Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator IS-IS-2651 91](#)

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team>

Nivå 1

Nivå 2

Nivå 3

Utfordringer vi møter på

- Stafettholder- rollen er ikke tilstrekkelig implementert
- Kan saken meldes inn til BTI når det er koordinator IP og en ansvarsgruppe?
- Kan BTI møter brukes for å avklare om det skal søkes om koordinator?
- Kan saken meldes inn til BTI team på nytt igjen?
- Hvordan unngå dobbeltjobbing?
- Det utarbeides få Individuelle Planer selv om dette er tildelt av tjenestekontor – hvorfor?
- Vi mangler digitale løsninger

En koordinator er ikke bare en koordinator.....

Begrepet **koordinator** benyttes kun ved tildeling av koordinator Individuell Plan

MEN:

- I tillegg til **KOORDINATOR IP**
- Rett til **BARNEKOORDINATOR** innføres
- Vi tester ut **HVERDAGSKOORDINATOR** med Stine Sofies stiftelse
- Vi skal ta del i Nye mønstre som har **FAMILIEKOORDINATOR**