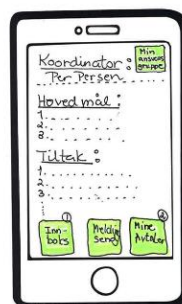
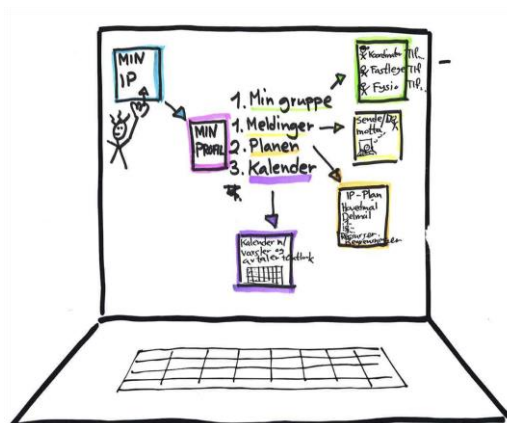


«Min DIGITALE individuelle plan (IP)»

Et kunnskapsgrunnlag om nåsituasjon og ønsket framtidssituasjon for en DIGITAL individuell plan.

Rapport fra prosjektet «Min oversikt IP» - et samarbeid mellom Helseetaten i Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF.



Forord

Helseetaten i Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF har samarbeidet om prosjektet «Min oversikt IP». Formålet med prosjektet har vært å utforske forutsetninger - og beskrive et kunnskapsgrunnlag - slik at en digital individuell plan kan ivareta pasient og brukers oversikt over aktuelle tjenester som han/hun er mottaker av.

Et av de viktigste budskapene fra informantene som har deltatt på intervjuer og i workshop er at fremtidens digitale individuelle plan må være et kommunikativt, oversiktlig og fleksibelt verktøy med pasienten og brukeren i sentrum.

Målet med denne rapporten er å beskrive et kunnskapsgrunnlag om nåsituasjonen - og en ønsket fremtidig situasjon - for en digital individuell plan.

Vi håper rapporten kan bidra til å fremme arbeidet med individuell plan - som en prosess og som et digitalt verktøy - for samhandling mellom pasient/bruker og tjenesteytere i helse- og omsorgstjenestene.

Takk til alle informantene som deltok på intervjuer og i workshop, og for at dere delte erfaringer om individuell plan og kom med mange nyttige tanker og innspill til en digital IP i et framtidsperspektiv.

Takk til tjenestedesignerne Simon Sandoval og Jonathan Romm i design og kommunikasjonsbyrået Halogen for et lærerikt, inspirerende og godt samarbeid!

Takk til Samarbeidsutvalget mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF som ga midler til prosjektet.

Alle illustrasjonene i rapporten er laget av Simon Sandoval i Halogen. Simon har også tatt bildene.

August 2019

For prosjektledelsen;

Kari Mette Dukefoss Holte
Sunnaas sykehus HF

Steve Yttermo
Helseetaten, Oslo kommune



Innhold

| | |
|---|----|
| Forord | 1 |
| Innhold | 2 |
| 1.0 SAMMENDRAG | 4 |
| 1.1 Overordnede funn fra brukerinnsikt | 5 |
| 1.2 Rapportens oppbygging | 6 |
| 2.0 INNLEDNING | 7 |
| 2.1 Bakgrunn | 7 |
| 2.2 Formål | 8 |
| 2.3 Avgrensninger | 9 |
| 2.4 Presisering av sentrale begreper | 9 |
| 3.0 INDIVIDUELL PLAN | 10 |
| 3.1 Individuell plan er en pasientrettighet | 10 |
| 3.2 Lovgrunnlag for individuell plan og koordinator | 10 |
| 3.3 Koordinator | 10 |
| 3.4 Planens prosess, innhold og dokumentasjon | 11 |
| 3.5 Digital individuell plan | 11 |
| 3.6 Individuell plan i et internasjonalt perspektiv | 12 |
| 3.7 Utbredelse av individuell plan og individual care plans | 12 |
| 4.0 METODE OG GJENNOMFØRING | 14 |
| 4.1 Rekruttering, utvalg og inklusjonskriterier | 14 |
| 4.2 Datainnsamling og gjennomføring | 15 |
| 4.3 Analyse | 16 |
| 4.4 Etske vurderinger | 16 |
| 4.5 Vurdering av metode | 17 |
| 5.0 RESULTATER | 18 |
| 5.1 Nåsituasjonen – hvordan oppleves IP som et verktøy og en prosess i dag? | 18 |
| 5.2 Ønsket fremtidig situasjon – hvordan kunne IP som et verktøy og som en prosess oppleves i fremtiden? | 24 |
| 5.3 Brukeropplevelser, steg og koordinators oppgaver | 28 |
| 5.4 Forskning relatert til individuell plan og digital individuell plan | 29 |
| 5.5 Digitale løsninger for individuell plan | 31 |
| 5.5.1 Dagens digitale løsninger for individuell plan | 31 |
| 5.5.2 Digital individuell plan i Oslo kommune | 31 |
| 5.5.3 Fremtidige planer for digital individuell plan | 33 |
| 6.0 ANBEFALINGER | 34 |
| 7.0 REFERANSER | 37 |
| 7.1 Referanser til forskningsoversikt | 37 |
| 7.2 Referanser i rapporten | 38 |

VEDLEGG:

| | |
|--|----|
| Vedlegg 1: Intervjuguide (pasient/bruker og pårørende) | 40 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide (koordinator) | 41 |
| Vedlegg 3: Invitasjon til å delta på intervju | 42 |
| Vedlegg 4: Skjema for informert samtykke | 43 |
| Vedlegg 5: Invitasjon til workshop | 44 |
| Vedlegg 6: Prosjektorganisering | 45 |

TABELLER:

| | |
|--|----|
| Tabell 1: Ønsket fremtidig situasjon - IP som en prosess: Brukeropplevelser, steg og koordinators oppgaver | 28 |
| Tabell 2: Forskningsoversikt relatert til hva som fremmer og hemmer arbeid med individuell plan og digital individuell plan | 29 |
| Tabell 3: Fra spørreundersøkelsen om bruk av ACOS IP i Oslo kommune | 32 |

FIGURER:

| | |
|---|----|
| Figur 1: Sammendrag brukerinnsikt | 5 |
| Figur 2: Nåsituasjon – IP som et verktøy | 18 |
| Figur 3: Nåsituasjon – IP som en prosess | 20 |
| Figur 4: Ønsket fremtidig situasjon - IP som et verktøy | 24 |
| Figur 5: Ønsket fremtidig situasjon - IP som en prosess | 26 |

1 Sammendrag

Individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet for pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, uavhengig av fagområder (som f. eks. rus, psykiatri, habilitering og rehabilitering) og helsetjenestenes organisering. Det kan være tjenester fra spesialisthelsetjenesten, ulike kommunale tjenester, NAV, helsestasjon med mer. Sentrale mål med IP er å styrke samarbeidet mellom pasient/bruker og tjenesteyterne, gi pasient/bruker oversikt over de tjenestene han/hun har og en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen. Det være seg innad i spesialisthelsetjenesten, i kommunehelsetjenesten og mellom nivåene.

Gjennom brukerintervju og en tverrfaglig workshop avdekket dette prosjektet problemstillinger knyttet til dagens praksis innen bruk av IP: Herunder at IP stadig er hovedsakelig brukt i papirform og at nåværende digitale løsninger er vanskelige å ta i bruk. I tillegg savnes det gode rutiner for opplæring og informasjon om IP. Brukermedvirkningen ved opprettelse og vedlikehold av IP bør økes. Samarbeidet på tvers av tjenestenivåer er vanskelig å få til og flere aktører peker på at koordinatorrollen bør styrkes.

Videre ønsker brukerne, de pårørende og koordinatorene at IP i fremtiden skal støttes av et digitalt og individuelt tilpasset verktøy som tilbyr aktørene tilgang og informasjon om IP, i tillegg til en oversikt over tilgjengelige og tildelte tjenester. Det ønskes et sterkere samarbeid på tvers av tjenestenivåer og at en digital IP i større grad skal "eies" av brukerne og vedlikeholdes sammen med de. En digital IP bør gi brukerne og andre tilkoblede aktører en god oversikt og en mulighet for effektiv informasjonsutveksling. En slik løsning vil lette behovet for den kontinuerlige koordineringen av tjenester og sikre trygge overganger ved ulike steg i brukernes livsreise.

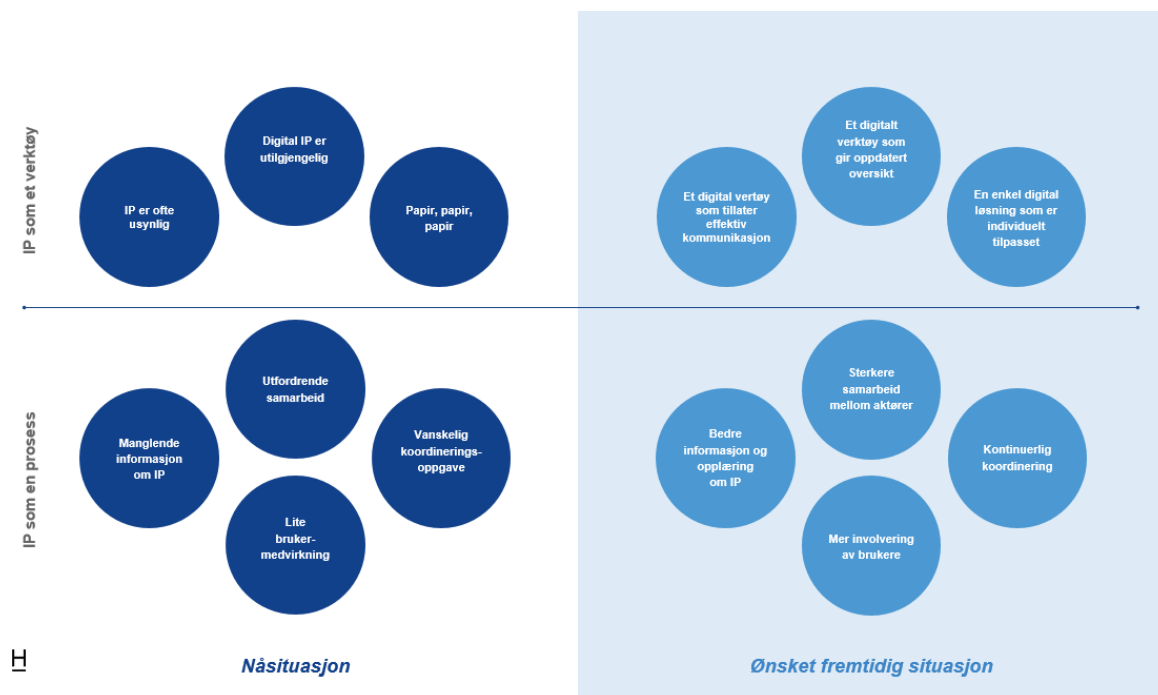


Resultater fra søk i forskning relatert til individuell plan og digital individuell plan er systematisert i tre hovedkategorier; organisatoriske rammer, koordinatorrollen og pasient/brukers behov, forutsetninger og involvering. Den første kategorien handler om helse- og omsorgstjenestens organisering av IP- arbeidet, hvor opplæring, implementering, beslutningsmyndighet, ansvarsavklaring og forvaltningsnivåer er noen av hovedelementene forskningen beskriver som fremmere og hemmere for arbeid med IP. Koordinatorrollen styres i stor grad av de samme organisatoriske rammene og er derfor nært knyttet sammen viser forskning. Utformingen og utførelse av koordinatorrollen beskrives som en vesentlig premissleverandør for IP-arbeidet i flere forskningsprosjekter. Sammen med den siste kategorien som omhandler pasient og brukers behov, forutsetninger involvering, synes disse kategoriene - og hvordan tjenesteyterne håndterer utfordringene innenfor disse rammene - å legge premissene for arbeid med IP både som en prosess og som et digitalt verktøy.

Til slutt i rapporten presenteres det anbefalinger og forslag til tiltak for videre arbeid med individuell plan og digital individuell plan i og mellom Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF. Det foreslås at flere av anbefalingene omsettes til tiltak fra nasjonale helsemyndighetene, helseforetak, kommuner og utdanningsinstitusjoner.

1.1 Overordnede funn fra brukerinnsikt

Resultatene fra intervjuene og workshopen er analysert og systematisert i IP som et verktøy i nåsituasjon og ønsket fremtidig situasjon, og IP som en prosess i nåsituasjon og ønsket fremtidig situasjon, med til sammen 14 hovedkategorier som figur 1 viser. Kategoriene utdypes og beskrives i kapittel 5.



Figur 1: Sammendrag brukerinnsikt.

1.2 Rapportens oppbygging

I **kapittel 2** beskrives bakgrunnen for prosjektet, formålet med det og hvilke områder prosjektet skulle utforske og beskrive. Det gis også en presisering av sentrale begreper som brukes i rapporten.

Kapittel 3 omhandler hva individuell plan er, formålet med planen og lovgrunnlagene for IP og koordinator. Det redegjøres for myndighetenes føringer for planens prosess, innhold og dokumentasjon, samt føringer for en digital IP-plan. Det gis også en beskrivelse av individuell plan sett i et internasjonalt perspektiv og til slutt om utbredelse av individuell plan og individual care plans.

I **kapittel 4** beskrives den metodiske tilnærmingen i prosjektet og hvordan gjennomføringen av datainnsamling er utført. Videre redegjøres det for analyseprosessene og om etiske - og metodiske vurderinger.

I **kapittel 5** presenteres resultatene fra prosjektet. Kapitlet er delt inn i fem deler, hvor de tre første omhandler resultater fra brukerinnsikt gjennom intervjuer og workshop. I del en presenteres hovedfunn fra hvordan informantene erfarer og opplever individuell plan som et verktøy og en prosess i nåsituasjon. Del to omhandler hovedfunn fra hvordan IP som et verktøy og en prosess kunne oppleves i en ønsket fremtidig situasjon. I del tre presenteres hovedprinsippene i fremtidens digitale IP som prosess relatert til brukeropplevelser og koordinatoroppgaver, skissert i steg og fremstilt i tabell. I del fire presenteres funn fra søk i forskning relatert til individuell plan og digital individuell plan. Dette er systematisert og fremstilt i en tabell. Til sist i kapitlet – i del fem - presenteres det hvilke digitale løsninger for IP som finnes i dag med hovedvekt på den digitale løsningen som benyttes i Oslo kommune, samt kort om fremtidige planer for digital IP.

I **kapittel 6** presenteres det anbefalinger og forslag til tiltak for videre arbeid med individuell plan og digital individuell plan i og mellom Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF. Det foreslås at flere av anbefalingene omsettes til tiltak fra nasjonale helsemyndigheter, helseforetak, kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Kapittel 7 inneholder referanseoversikter.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Pasienter og brukere med langvarige helseutfordringer innkalles ofte på nytt til Sunnaas sykehus HF for kontroller og nye vurderinger etter en periode hjemme i kommunen. Til tross for at dette er pasienter/brukere som er innen målgruppen for individuell plan (IP) og behovet om IP er meldt fra Sunnaas sykehus til kommunehelsetjenesten, erfares det at svært få pasienter har fått opprettet en IP. Det erfares også i klinikken ved sykehuset at pasienter kun sporadisk har tilstrekkelig oversikt over og innsikt i eget helsetilbud. Pårørende tar gjerne aktivt del i å samordne tilbud, og begge oppgir å ha manglende innsikt i hva som er kommunens aktuelle tilbud til målgruppen. Koordinatorer i klinikken ved Sunnaas sykehus rapporterer også at det er vanskelig å få oversikt over kommunale tilbud og tjenester. Det kan resultere i manglende kompetanseutveksling og samhandling mellom sykehuset og kommunene.

Samarbeids- og tjenesteavtaler

Det er inngått samarbeids- og tjenesteavtaler mellom Oslo kommune og sykehusene som inngår i Oslo sykehusområde i 2012, disse ble revidert i 2017. Sunnaas sykehus HF inngår i Oslo sykehusområde og de samarbeids- og tjenesteavtalene som er inngått mellom Oslo universitetssykehus HF og bydelene. Formålet med avtalene er å sørge for at det eksisterer gode og forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer. Pasienter med behov for koordinerte tjenester skal oppleve å være involverte og ha reell innflytelse i saker som omhandler egen behandling og re-/habiliteringsprosess. Tjenestene de mottar skal være sammenhengende og helhetlige.

Undersøkelser knyttet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne

I undersøkelser og rapporter knyttet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne - gjennomført i Oslo kommune i 2010 og 2016 - fremgår det behov for å styrke koordinering og samordning for pasienter med behov for langvarige helse- og omsorgstjenester og for å fremme brukermedvirkning (1). Det er identifisert og beskrevet at arbeidet med individuell plan og koordinatorrollen bør gjennomgås, og at det bør iverksettes arbeid for å avklare forankring, ansvarsfordeling og samarbeid mellom tjenestefeltet i arbeidet med å gjøre IP til et mer forpliktende virkemiddel overfor tjenestemottaker (2). Det anbefales også å vurdere og etablere en enhetlig praksis for dette i Oslo kommune for å unngå ulikheter innad i byen og at koordinerende enhet bør inngå i gjennomgangen (2).

Ikke «bare» en lokal utfordring

Utfordringer relatert til individuell plan er ikke «bare» lokalt mellom Oslo kommune og Sunnaas sykehus, men er omtalt i et nasjonalt perspektiv fra helsemyndighetene. I «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering» fremkommer det at svært mange pasienter med rett til individuell plan ikke får dette. På landsbasis hadde 14 % av tjenestemottakerne som bodde i eget hjem individuell plan, og bare 3 % av tjenestemottakere i institusjon hadde en virksom individuell plan (i 2015) (3). Mange får heller ikke tildelt koordinator selv om de har krav på det, og det hevdes at mange tjenesteytere ikke har tilstrekkelig kjennskap til regelverket om individuell plan og koordinator (3). Brukere som kom med innspill til Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten – nærhet og helhet, formidlet at individuell plan og koordinator «fungerer ikke som de skal». Meldingen viser også at mange kommuner og sykehus strever med å innfri den lovpålagte retten til individuell plan (4). I en rapport fra Riksrevisjonen kommer det også frem at bruken av IP ikke er så utbredt som man kunne ønske seg (5). Sentrale tilbakemeldinger fra pasienter og brukerne er at tjenestene oppleves fragmenterte, det er i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten det ofte svikter, det er for lite brukerinvolvering og pasient/bruker blir overlatt til seg selv med ansvar for å koordinere egen oppfølging, samt at den enkeltes ressurser blir for lite brukt (3).

Manglende digitale løsninger for IP

Det er i dag ingen digitale løsninger for samarbeid om individuell plan mellom pasient/bruker, Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF. I Oslo kommune ble den digitale individuelle planen - ACOS IP - anskaffet i 2012. Løsningen ble ikke pålagt å bruke, men den ble anbefalt for bydelene å ta i bruk. Samtidig bestemte Oslo kommune at personer som tilhører en annen juridisk virksomhet enn Oslo kommune – som f. eks. spesialisthelsetjenesten – ikke skulle ha tilgang til ACOS IP.

Politiske målsetninger for digitale løsninger

Utvikling av digitale løsninger er et sentralt tiltak i den politiske målsettingen om å skape «Pasientens helsetjeneste» (6). Digitale tjenester skal gjøre kontakten med mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at pasient/bruker opplever tjenesten som mer tilgjengelig og helhetlig. Enkle og tilgjengelige tjenester på nett skal bidra til å gjøre pasienter/bruker mer delaktige, og at de i større grad kan være med å utforme egne helsetjenestetilbud. Det er i tillegg et mål å øke valgfriheten, gjøre tjenestene mer tilgjengelige og styrke informasjon og kommunikasjon mellom pasient og behandler. Pårørendes rolle som ressurs skal også styrkes (7, 8).

2.2 Formål

Prosjektets formål har vært å utforske og identifisere forutsetninger – og beskrive et kunnskapsgrunnlag – slik at digital individuell plan kan ivareta pasient/brukers oversikt over aktuelle offentlige tjenester som han/hun er mottaker av. Fokuset har vært på overgang mellom Sunnaas sykehus HF og Oslo kommune.

Det ble definert åtte områder som skulle utforskes og beskrives:

- Hva er pasient/bruker og pårørende sine erfaringer med individuell plan og digital individuell plan?
- Hva er pasient/bruker og pårørende sine ønsker og behov for en digital individuell plan?
- Hvilke forståelse har helsepersonell for individuell plan som arbeidsprosess og verktøy?
- Hva er helsepersonells erfaringer og utfordringer relatert til arbeid med individuell plan og digital individuell plan?
- Hva er helsepersonells ønsker, behov og ideer for en digital individuell plan?
- Gjennomføre søk i forskning relatert til hva som fremmer og hemmer arbeid med individuell plan og digital individuell plan, og til hvilke erfaringer pasient/bruker, pårørende og helsepersonell har med IP og digital IP.
- Hvilke digitale løsninger finnes for individuell plan og hvilke funksjonalitet har disse?
- Hvilke lokale, regionale og/eller nasjonale planer foreligger for digital løsninger for individuell plan?



2.3 Avgrensninger

Som det fremgår av overnevnte formål og definerte områder har prosjektet vært avgrenset til å utforske hva pasient/bruker, pårørende og helsepersonell ved Sunnaas sykehus og Oslo kommune formidler av erfaringer med individuell plan og digital individuell plan, og å identifisere deres innspill og ønsker for disse tjenestene i et fremtidig perspektiv.

2.4 Presisering av sentrale begreper

Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan. (9).

Habilitering og rehabilitering:

"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene 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 deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet." (10).

«**Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**» er den fullstendige benevnelsen som er brukt i lovgrunnlag og andre nasjonale dokumenter. Kortutgaven «koordinerende enhet» brukes synonymt med den fullstendige benevnelsen i denne rapporten av hensyn til språklig forenkling.

Samhandling:

«*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.*» (11).

Tjenestebruker, tjenestemottaker, pasient og bruker referer til personer som mottar tjenester fra helse- og omsorgstjenester. For å få variasjon i språket benyttes begrepene synonymt i rapporten.

Helsepersonell, tjenesteutøver og tjenesteyter refererer til en person og/eller virksomhet som yter tjenester i helse- og omsorgstjenesten. Begrepene brukes variert i lovgrunnlag, nasjonale føringer og i forskning. I rapporten brukes begrepene synonymt for å få variasjon i språket.

Brukermedvirkning:

«*Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i sentrum. Det gjelder særlig når brukeren benytter offentlige tjenester, spesielt innen helse, sosial, arbeid og trygd. Brukerne skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.*» (12).



3.0 Individuell plan

Individuell plan er et dynamisk verktøy for koordinering og målretting av tjenestetilbudet - i form av et planleggingsdokument - og samtidig en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål. Hovedfokus i planprosessen er å fremme pasient og brukers ressurser, muligheter og motivasjon (9). Individuell plan er basert på pasient/brukers samtykke (10).

Formålet med individuell plan er å sikre at pasient/bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre pasient/brukers medvirkning og innflytelse. Planen skal også styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende og styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer (10).

3.1 Individuell plan er en pasientrettighet

Alle pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette (13).

Individuell plan beskrives som et sentralt verktøy innen habilitering og rehabilitering, men gjelder alle pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjon (9).

3.2 Lovgrunnlag for individuell plan og koordinator

Helse- og omsorgstjenestens plikt til å sørge for at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan, er lovregulert i lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5 (14), lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1 (15) og i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1 (16). Bestemmelsene utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18 (10).

Det er de koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten som har det overordnede ansvaret for individuell plan jf. § 6 og § 11 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (10).

Helsepersonells plikt i å delta i arbeidet med individuell plan er lovregulert i lov om helsepersonell § 4 og § 38 a. Plikten er knyttet til kravet om faglig forsvarlighet i utøvelsen og i tillegg har helsepersonell en plikt til å melde om behov for IP og å delta i arbeidet med en individuell plan (17).

Individuell plan og plikten til å samarbeide med andre tjenesteytere om denne er også lovregulert i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (18), lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (19), lov om barnevernstjenester (20) og i lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (21). I lov om kommunale krisesentertilbud (22) er individuell plan nevnt som et verktøy for å samordne tjenester.

3.3 Koordinator

Ved opprettelse av en individuell plan skal det oppnevnes en koordinator. En koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan (9).

Dersom pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester takker nei til individuell plan, skal de likevel tilbys koordinator, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21 og § 22 (10).

Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan (9).

3.4 Planens prosess, innhold og dokumentasjon

Individuell plan er pasient/brukers plan og deres mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen. Hovedfokus i planprosessen er å fremme pasient og brukers ressurser, muligheter og motivasjon. Planen skal kun inneholde det som er nødvendig for å oppfylle planens formål og den skal oppdateres i samsvar med endringer i behov og beslutninger gjennom forløpet (9).

Den individuelle planen skal inneholde følgende hovedpunkter (10):

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater

Regelverket for dokumentasjon av individuell plan er teknologinøytralt

Regelverket skiller ikke mellom papirløsninger og elektroniske systemer. I følge forskrift om pasientjournal (23) skal pasientens journal inneholde opplysninger om individuell plan, herunder hvem som er oppnevnt som koordinator. Det er presisert at det i bestemmelsen i overnevnte forskrift ikke nødvendigvis betyr at hele den individuelle planen må inngå som en del av innholdet i pasientens journal, men at det må fremgå om vedkommende har en individuell plan (9).

Innhold i den individuelle planen

Krav til innholdet i individuell plan fremgår - som tidligere beskrevet - av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (10). Dette gjelder uavhengig av hvordan og hvor planen dokumenteres. Detaljeringsnivået i planen må samsvare med formålet for individuell plan, som er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Når det gjelder opplysninger som er nødvendig og relevante for den løpende tjenesteytingen, må dette nedtegnes fortløpende i journal. Det er viktig at den individuelle planen ikke legger opp til en mer omfattende deling av sensitive opplysninger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet. Ved valg av løsning for dokumentasjon av individuell plan, er det kommunens ansvar å sikre at planens innhold behandles i samsvar med gjeldende regelverk for helse- og personopplysninger. Det må blant annet etableres tilgangsstyring som sikrer at deling av opplysninger skjer i samsvar med samtykkeerklæringen som ligger til grunn for en individuell plan (9).

3.5 Digital individuell plan

To eller flere virksomheter som yter helsehjelp kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre, jf. pasientjournalloven (24). Bestemmelsen åpner blant annet for at det kan etableres samarbeid om register på bestemte områder. Dette innebærer at det kan etableres felles digital individuell plan mellom virksomheter som yter helsehjelp. Registeret som inngår i samarbeidet skal erstatte virksomhetens interne register på det aktuelle området. Det er ikke adgang til å registrere samme opplysninger i flere systemer. Dette innebærer at ved samarbeid om digital individuell plan skal ikke individuell plan i tillegg registreres i den enkelte virksomhets interne system (9).

3.6 Individuell plan i et internasjonalt perspektiv

Flere land har innført «Individual care plans - ICP» (25). Disse har sammenfallende intensjoner som den norske IP-planen. ICP er ment å bidra til å gi kronisk syke pasienter en proaktiv, helhetlig og koordinert omsorg som er tilpasset deres behov og preferanser (26).

I Nederland ble ICP først introdusert for pasienter med diabetes mellitus (2007), og senere til pasienter med kardiovaskulære sykdommer (2009) og til pasienter med kols (2010) (25).

I Storbritannia bestemte helsemyndighetene i 2008 at alle personer med en eller flere langvarige sykdommer bør tilbys en ICP innen to år (25). I Sverige er det innført det som kalles «Samordnet individuell plan» (SIP), og den er lovbestemt i Sosialtjenstlagen (27) og i Hälso- og sjukvårdslagen (28). SIP innebærer at når en person har behov for innsats fra både kommune og fylke, samt behov for at innsatsen samordnes, skal de to hovedansvarlige i fellesskap og sammen med den enkelte bruker planlegge de innsatser som det er behov for. Førskole og skole kan etter regionale avtaler være med i SIP som likeverdige parter (29). I Danmark skal alle borgere med betydelig nedsatt eller varig fysisk eller psykisk funksjonsevne eller alvorlige sosiale problemer få tilbud om det som kalles en «Handleplan». Dette er regulert i Serviceloven (30).

Den norske IP-planen blir beskrevet som ekvivalent til det som internasjonalt omtales som «Integrated care models» (IC-modeller) (31). Det er flere varianter av IC-modellene, men alle har som mål å fremme kvalitativt bedre helse- og omsorgstjenester med hensyn til koordinering, samhandling, kontinuitet og brukertilfredshet (*ibid.*) Den såkalte «Case management modellen» blir beskrevet å ha størst likhet med den norske IP-planen ved at modellen bruker en case manager som kan sammenliknes med koordinatorrollen i IP (32). Goodwin hevder at CM-modellen kan være veien til en mer integrert behandling (33). For et vellykket behandlingsforløp trekker han frem at det blant annet er en person som over tid følger opp pasientene, og at det legges vekt på tilstrekkelig kompetanse, tilgjengelighet og kontinuitet i behandlingen, samt viktigheten av rolleavklaringer mellom tjenesteyterne (*ibid.*). Disse elementene er i stor grad sammenfallende med hva helsemyndighetene har formulert om den norske individuelle planen.

3.7 Utbredelse av individuell plan og individual care plans

Forskning og kartlegginger relatert til utbredelsen av individuell plan viser at det er en mindre del av befolkningen enn forventet som har en individuell plan. I Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender sin studie «Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law», var et av formålene å undersøke utbredelsen av individuelle planer i norske kommuner. Resultater fra studien viser at 0,5 % av befolkningen hadde IP, i motsetning til helsemyndighetenes forventning på 3 % (34).

Tall fra Samdata viser at det i 2013 var 13,2 % av pasientene innen habilitering for barn og unge i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet individuell plan. Tallene oppgis imidlertid til å være noe usikre og må derfor tolkes med forsiktighet. Andelen med individuell plan øker med økende alder. Andelen er størst i aldersgruppen 15-18 år, der én av fem pasienter har individuell plan, og minst for pasientene i aldersgruppen 0-5 år, der kun 5 % hadde individuell plan i 2013 (35).

Helsedirektoratet gjennomførte en kartlegging av individuelle planer i landets kommuner i 2011. Det ble rapportert inn 22 002 individuelle planer blant de 349 kommunene/bydelene som besvarte undersøkelsen. Dette baserte seg på eksakte tall for 59 % av kommunene, mens 41 % av kommunene hadde oppgitt anslag. Kartleggingen viser at mange kommuner ikke har en samlet oversikt over individuelle planer (36). Dette samsvarer også med Bjerkan et al sine funn (34). En hovedårsak til dette er - ifølge nevnte kartlegging - at mange kommuner ikke har IKT-systemer hvor det fremkommer hvem som har individuell plan.

I Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenestene (2012), oppgir 17 % av pasientene at de har individuell plan, 68 % oppgir at de ikke har en IP og 15 % kjenner ikke til om de har en slik plan. Halvparten av pasientene oppgir at de ikke har blitt tilbudt IP, og omtrent like mange oppgir at de ikke kjenner til individuell plan. Et fåtall (14 %) oppgir at de ikke ønsker IP, og 61 % av pasientene som har et stort bistandsbehov, oppgir at de ikke har blitt tilbudt en individuell plan (37).

Fra Nederland viser en studie fra 2011 utført blant pasienter med somatiske kroniske sykdommer innen primærhelsetjenesten at mindre enn 10 % rapporterte å ha en individual care plan – ICP (25). I Storbritannia, der helsemyndighetene i 2008 bestemte at alle mennesker med en eller flere langvarige sykdommer bør tilbys ICP innen to år, viser data fra General Practice Patient Survey 2009/2010 at kun 12 % rapporterte å ha en ICP (38).



4 Metode og gjennomføring

Den metodiske hovedtilnærmingen i prosjektet har vært kvalitativ. Den kvalitative metoden er egnet til å bedre forstå menneskelige handlinger ut fra en beskrivelse av deres erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (39). Det ble benyttet en blanding av strategiske designmetoder. Disse sorterer inn under kvalitative sosio-etnografiske metoder med utstrakt bruk av visualisering. Valg av metoder ble gjort for å sikre at prosjektet leverer et tydelig framtidig målbilde og at det bidrar til effektivt å avdekke og distribuere erfaringer og praksis for bruk av IP i dag. Overordnet ble det anvendt metodikk fra fagområdene tjenstedesign og systemorientert design.



Tjenstedesign er en metodisk og kreativ tilnærming for å kartlegge og utvikle sammenhengende og brukervennlige tjenester med hovedfokus på brukerens opplevelser (40). Et utvalg av informanter ble identifisert og innkalt til 1 timers lange intervjuer. Problemstillinger og muligheter slik de ble beskrevet av informantene underveis - ved de semistrukturerte intervjuene - ble dokumentert ved hjelp av visuelle kart, notater og idélapper. Foreløpige funn ble analysert og brukt som underlag for å avholde en innspills- og dialogworkshop. På workshopen ble deltakere bedt om å identifisere fremmere og hemmere for dagens IP løsning, og i grupper jobbe med å uttrykke fremtidige ønsker til IP som verktøy og prosess.

Systemorientert design er en tilnærming som genererer visuelle oversikt over komplekse sammenhenger og sammenfatter verdifull innsikt fra ulike interessenter (41). Materialet fra intervjuene ble sammenstilt i kartform. Ved hjelp av meningskondensering og systematisk sortering og gruppering av innspill ble materialet analysert og kategorisert inn under hovedfunn.

4.1 Rekruttering, utvalg og inklusjonskriterier

Rekruttering av informanter til både intervjuer og workshop ble foretatt gjennom en strategisk utvelgelse.

a) Semistrukturerte intervjuer:

- Målet var å intervju fem pasienter/brukere, en pårørende, to koordinatore fra Oslo kommune og to koordinatore fra Sunnaas sykehus.
- Det ble sendt forespørsel til to kliniske avdelinger ved Sunnaas sykehus og to koordinerende enheter i Oslo kommune, samt til fem brukerrepresentanter om bistand til å rekruttere aktuelle informanter.
- Inklusjonskriterier pasient/bruker:
 - Pasient/bruker som hadde eller hadde hatt en individuell plan eller var i målgruppen for IP.
 - Pasient/bruker var eller hadde vært pasient/bruker ved Sunnaas sykehus og/eller i en av bydelene i Oslo kommune.
 - Var pårørende til en pasient/bruker med overnevnte kriterier.
- Inklusjonskriterier koordinatore:
 - De jobbet med individuell plan ved Sunnaas sykehus eller i Oslo kommune.
- Det var utfordrende å få pasienter/brukere med nevnte kriterier til selv å delta på intervju. Imidlertid fikk vi flere pårørende som ønsket å delta.

b) Workshop:

- Målet var at alle bydelene i Oslo kommune og alle de kliniske avdelingene ved Sunnaas sykehus skulle være representert.
- Invitasjon til workshop ble sendt til alle bydelene via Helseetaten, til representanter i fagsystemavdelingen og til seksjon for kompetanse- og tjenesteutvikling i Helseetaten i Oslo kommune. Det ble sendt ut invitasjon til alle teamkoordinatorene ved Sunnaas sykehus, til representant fra avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet og til sosionomer, samt til tre brukerrepresentanter.
- Inklusjonskriterier var at deltakerne jobbet med individuell plan.

4.2 Datainnsamling og gjennomføring

Datainnsamlingen besto av to faser; semistrukturerte intervjuer og en workshop. I februar 2019 ble det etablert et kjerneteam til å planlegge, gjennomføre og analysere begge fasene. Dette ble ledet av to tjenstedesignere i Halogen. To representanter fra prosjektgruppen deltok i kjerneteamet.

**a) Semistrukturerte intervjuer**

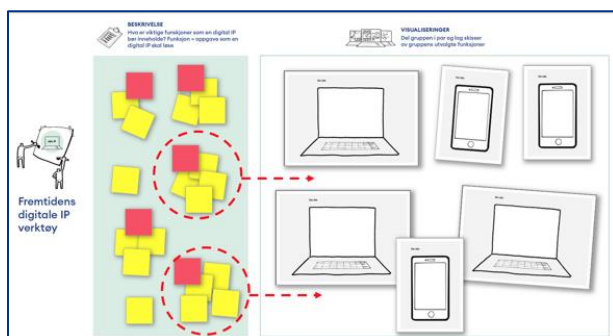
Det ble utarbeidet intervjuguider (vedlegg 1 og 2) og gjennomført semistrukturerte intervjuer med en pasient/bruker, fire pårørende og fire koordinatore (to fra Sunnaas sykehus og to fra Oslo kommune). Fokus i intervjuene var å identifisere erfaringer med IP og digitale IP slik det fungerer i dag, og å få innspill og ønsker til hva en digital IP bør inneholde og med hvilke funksjonalitet i et fremtidsperspektiv.

b) Workshop

25. april 2019 ble det gjennomført workshop. Det var 33 påmeldte - 27 møtte opp (14 fra Oslo kommune, 12 fra Sunnaas sykehus og en brukerrepresentant). Workshopens målsetninger var å identifisere hva som fremmer og hemmer arbeid med individuell plan og digital individuell plan, foreslå oversikt, funksjonalitet og informasjonen som en digital individuell plan bør inneholde i et fremtidsperspektiv, og å diskutere hvordan en digital individuell plan bør integreres i et tjenesteforløp.

Workshopens hovedtemaer:

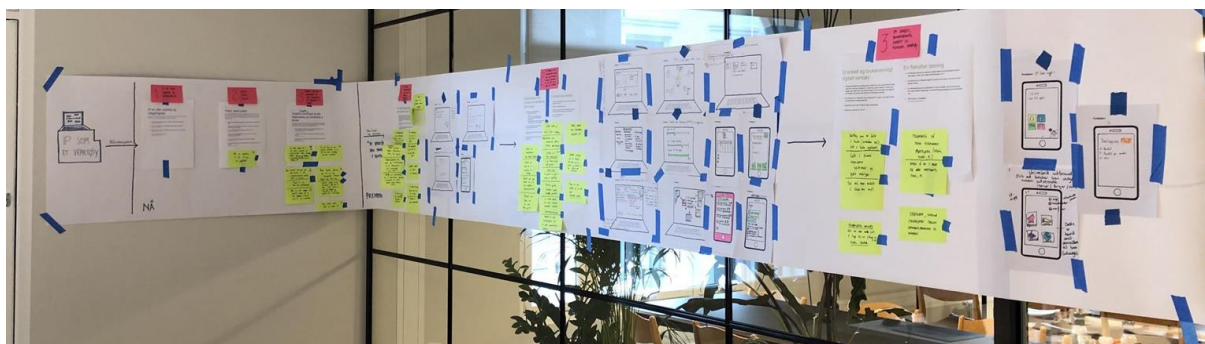
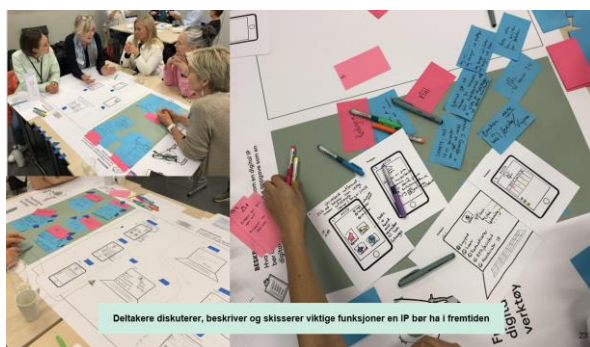
- IP slik den er i dag - hjerte- og smertesaker til dagens situasjon
- Fremtidens digitale IP som et verktøy
- Fremtidens IP som en prosess



I tema to under workshopen skulle deltakerne diskutere, utvelge og visualisere innhold og funksjoner i fremtidens digitale individuelle plan.

4.3 Analyse

Det ble gjennomført analyse i to faser; den første fasen da alle intervjuene var gjennomført og fase to hvor både intervjuene og workshopen inngikk i datamaterialet. Dokumentasjon av intervjuer og workshop ble gjort ved bruk av notater, kartlegging, illustrasjoner og idelapper. Deretter ble alt datamaterialet organisert med gjennomgang og uttrekk av essenser. Så ble materialet i flere omganger sammenstilt, kategorisert og kondensert for å identifisere de viktigste utfordringene i forhold til arbeidet med IP og digital IP i nåsituasjon og de viktigste mulighetene og ideene for en digitale IP i en ønsket framtidssituasjon.



4.4 Etiske vurderinger

Alle informantene som deltok på intervjuene fikk skriftlig informasjon pr. e-post om prosjektet, formål med intervjuene, anonymitet og om retten til å trekke seg fra intervjuene (vedlegg 3). Informasjonen ble også formidlet muntlig i forkant av intervjuene. Informantene fikk tilsendt skjema for informert samtykke pr. e-post (vedlegg 4). Alle informantene signerte skjema for signert samtykke til å delta i prosjektet før intervjuene ble gjennomført. Skjemaene ble scannet og er arkivert i Sunnaas sykehus sitt arkiv.

Deltakere til workshop fikk skriftlig invitasjon til å delta og informasjon om prosjektet pr. e-post og formålet med workshopen (vedlegg 5). Deltakerne ble informert muntlig ved oppstart av workshop

om at det ville bli tatt bilder i løpet av dagen som ville kunne bli brukt i presentasjoner, rapporter etc. Deltakerne fikk mulighet til å gi beskjed om reservasjon til å bli tatt bilde av, men ingen av deltakerne ba om det.

4.5 Vurdering av metode

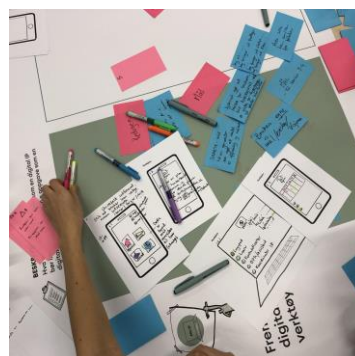
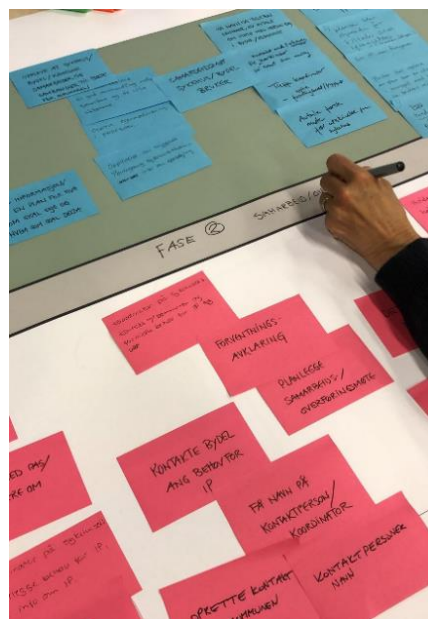
En svakhet ved utvalget til intervjuer er at vi kun fikk en pasient til å delta selv i et intervju, men flere pasienter/brukere ønsket å delta gjennom sin pårørende.

Styrken med utvalget mener vi er at de pårørende vi intervjuet var det vi opplevde som veldig nære pårørende og som var svært aktivt involverte i oppfølgingen av sine.

En annen styrke ved informantutvalget mener vi er at disse representerte pasienter/brukere som var i de ulike fasene i et livsløp. Et barn, en ungdom i overgang til voksen livet, en voksen mitt i livet og en eldre person.

En svakhet relatert til deltakelse på workshop er at kun 8 av 15 bydeler i Oslo kommune var representert. Styrken er at alle de kliniske avdelingene ved Sunnaas sykehus var representert.

Glimt fra workshop om DIGITAL individuell plan i april 2019



5 Resultater

Dette resultatkapitlet er delt inn i fem deler, hvor de tre første delene omhandler resultater fra brukerinnsikt gjennom intervjuer og workshop. I del en presenteres hovedfunn fra informantenes erfaringer og opplevelser med individuell plan som et verktøy og en prosess i nåsituasjon. Del to omhandler hovedfunn fra hvordan IP som et verktøy og en prosess kunne oppleves i en ønsket fremtidig situasjon. I del tre presenteres hovedprinsippene i fremtidens digitale IP som prosess relatert til brukeropplevelser og koordinatoroppgaver, skissert i steg og fremstilt i tabell.

I del fire presenteres funn fra søk i forskning relatert til individuell plan og digital individuell plan. Dette er systematisert og fremstilt i en tabell. Til sist i kapitlet – i del fem - presenteres det hvilke digitale løsninger for IP som finnes i dag med hovedvekt på den digitale løsningen som benyttes i Oslo kommune, samt kort om fremtidige planer for digital IP.

5.1 Nåsituasjonen – hvordan oppleves IP som et verktøy og en prosess i dag?

Nåsituasjon – IP som et verktøy

Hvordan informantene fra intervjuer og workshop opplever og erfarer IP som et verktøy slik det er i dag, er systematisert i de tre kategoriene som figur 2 viser.



Figur 2: Nåsituasjon – IP som et verktøy.



Individuell plan er ofte usynlig

Pasient/bruker og pårørende har i liten grad tilgang til den individuelle planen. De har heller ikke en klar ide om hvordan planen ser ut, hvor den ligger eller hva den inneholder. Fra pårørende til brukere:

«Jeg vet ikke hvordan IP`n ser ut. Jeg tror det er et excel-regneark».

«Vi har ikke tilgang til IP. Jeg tror det ligger på kommunens nettside».

«Jeg har aldri sett en fysisk IP».



Digitale IP-løsninger er utilgjengelig

Dagens systemer beskrives å være vanskelige å bruke og mange spesialister, tjenesteytere og relevante aktører har ikke tilgang til de digitale løsningene. Dette gjør at verktøyene erfares som lite nyttige for å oppnå effektivt samarbeid med bruker, pårørende og tjenesteytere. Det erfares også at dagens digitale løsninger er for komplisert å ta i bruk, noe som gjør det utfordrende å få alle aktørene til å bruke planen.

«Det er vanskelig å bruke dagens digitale verktøy i praksis. Det er mange funksjoner som er unødvendige og mange har ikke tilgang til løsningen». (Koordinator i kommunen)

«Vi brukte en digital løsning i starten, men skjønnte at vi var de eneste som brukte systemet». (Koordinator i kommunen)

«Jeg skrev inn masse tekst i starten. Etterhvert skjønnte jeg at ingen leste det jeg hadde notert». (Pårørende til en bruker)



Papir, papir, papir

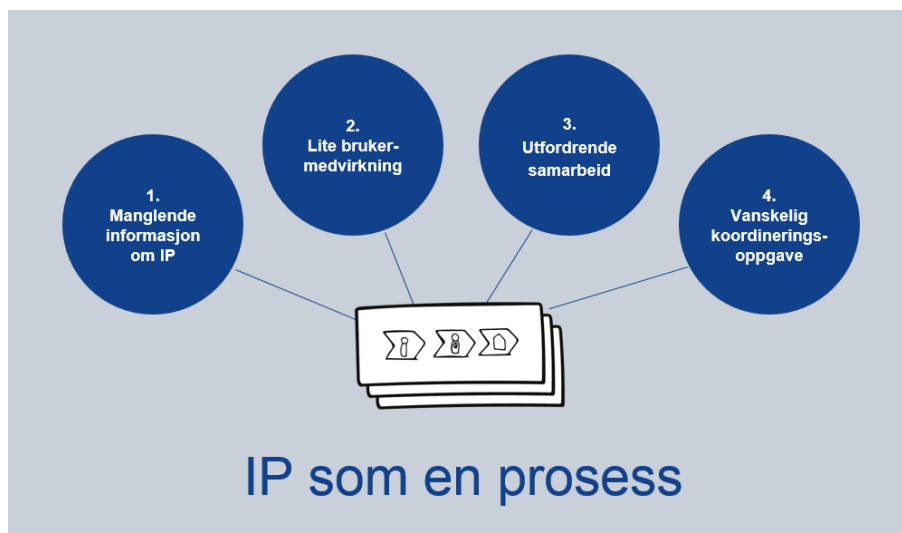
Den individuelle planen beskrives som en mal som fylles ut av koordinator i kommunen og i noen tilfeller leveres det en papirversjon av planen til brukerne. Koordinatoren har mye oppdaterings- og papirarbeid. Brukerne må også håndtere mye papirarbeid både av selve IP-planen, men også med andre type dokumenter som søknader, vedtak, innkallinger til timer etc. I mange tilfeller erfares det som vanskelig å få en oppdatert versjon av IP-planen og det rapporteres om at den i liten grad brukes aktivt i planprosessen.

«Gjennom planprosessen oppstår det flere papirversjoner av IP». (Koordinator i kommunen)

«I dag er det mange oppdateringer av IP. Det betyr at det er mange papirversjoner av dokumentet». (Pårørende til en bruker)

Nåsituasjon – IP som en prosess

Informantenes erfaringer til hvordan individuell plan som en prosess fungerer i nåsituasjon, er kategorisert i fire hovedområder som figur 3 viser.



Figur 3: Nåsituasjon – IP som en prosess.



Manglende informasjon om IP

Noen brukere opplever IP som kaotisk. De savner informasjon om IP, om hva rettighetene deres er, og om hvilke type tjenester de kunne hatt tilgang til og hvordan få tilgang til disse, samt hvem de bør ta kontakt med.

Mange brukere mangler informasjon om hva IP er og hvordan det brukes. Noen brukere vet lite om planen og hvordan IP kan bidra med å støtte de.

«Jeg må selv søke for å finne informasjonen jeg trenger. I dag må du undersøke og spørre om alt selv for å få vite hvilke mulige tjenester du kunne fått tilgang til». (Pårørende til en bruker)

Brukerne kjenner ikke til rettighetene sine godt nok. De vet ikke hvilke tjenester de har rett til å få, hvordan de skal få tilgang til disse og hvem de bør ta kontakt med.

«Det er viktig å vite hva som er rettighetene mine og hvilke fagpersoner jeg må snakke med». (Bruker)

«Det finnes mye hjelp en kan få, men slik det er i dag er det ingen som forteller deg om dette. Du vet lite om alle de mulighetene du faktisk har». (Pårørende til en bruker)

Det er uklare retningslinjer i forhold til IP både for brukere og helsepersonell. Det er ofte uklart hvem som bør ha en IP. Ved noen tilfeller får ikke brukeren tilgang til IP, selv om de har etterspurt det og har en lovfestet rett til IP.

Ikke alle pasienter/brukere og pårørende blir informert om IP - i sykehus eller i kommunen - og det synes i liten grad å være prosedyrer eller retningslinjer for hvem som skal informere om dette i sykehus og i kommunen.

«IP burde være introdusert når pasienter begynner å forberede seg for livet etter sykehuset». (Pårørende til en bruker)



Lite brukermedvirkning

Brukere er i liten grad involvert med utformingen av sine egne planer. Det oppleves vanskelig og tidkrevende å være involvert i arbeidet med IP.

Noen ganger ber brukere om å få skrive sin egen plan, men det er vanskelig og tidkrevende å involvere brukerne i IP i forhold til måten systemet fungerer i dag med (utilgjengelige digitale verktøy, mye papirarbeid og vanskelig samarbeid).

«Jeg bruker mye tid med å snakke med forskjellige folk knyttet til IP». (Pårørende til en bruker)

Noen brukere er i en krevende livssituasjon og har liten mulighet til å ta kontroll over alle aspektene ved sin egen IP. Derfor blir de pårørende ofte veldig involvert med håndtering av IP-en til sine nærmeste. Pårørende som gjør dette melder om at dette innebærer en stor jobb - både tidsmessig og på andre måter.

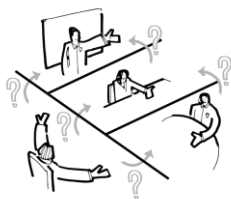
«Noen ganger kan pasientene selv ikke være ansvarlig for sin IP. Jeg synes kommunen burde gi økt støtte i slike tilfeller. IP må være enkel å forstå for pasientene. De er i en krevende livssituasjon». (Pårørende til en bruker)

IP pleier å fungere bra der brukerne er ressurssterke. For eksempel der brukere har pårørende som «maser» og som tar initiativ får man ofte til både gode IP-planer og et mer velfungerende samarbeid med koordinator i kommunen. Brukere med komplekse utfordringer (fysisk og psykisk), lite ressurser og ingen aktive pårørende, har i liten grad innsikt i IP og tar i liten grad del i planen og den oppfølgingen han/hun har og/eller bør ha i kommunen.

Å hjelpe pasient/bruker med sine IP-planer er en krevende jobb.

«Hvis jeg ikke hadde hjulpet, kunne vi mistet mange muligheter». (Pårørende til en bruker)

Jeg prøver å påvirke måten prosessene fungerer. Noen ganger er jeg veldig involvert, men hva er egentlig en pårørendes rolle?» (Pårørende til en bruker)



Utfordrende samarbeid

Kommunikasjon og samarbeid oppleves vanskelig å få til mellom spesialisthelsetjenesten, bydeler og andre tjenesteansvarlige som er involvert i IP-arbeidet, viser resultater i dette prosjektet.

Godt samarbeid er nøkkelen for å få IP til å fungere, men i dag er dette en vanskelig og tidkrevende oppgave. Det er lite tilrettelegging for effektivt samarbeid mellom bruker, pårørende og koordinatorene i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

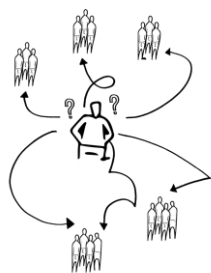
Ikke alle de involverte aktørene har tilgang til brukernes IP hvilket gjør at ikke alle er oppdatert om brukerens situasjon og status. Noen aktører mister kontakten med brukerens IP. For eksempel vet koordinatorene i sykehus lite om pasientens IP og status i kommunen. Koordinator i sykehus har ikke direkte tilgang til planen - og det er sjelden pasient/bruker har det. Derfor vanskelig å vite hva som har skjedd og å følge pasientenes fremgang i planarbeidet.

«Vi vet veldig lite om livet til pasientene når de er kommet hjem. Vi har jo ikke tilgang til pasientenes IP i kommunene». (Koordinator i sykehus)

Det mangler systemer som kan støtte samarbeidspartnere med å kommunisere bedre. For eksempel sender koordinator i sykehus en anbefaling om IP til kommunen, men det er vanskelig å få en bekreftelse på om det har skjedd noe med anbefalingen. Systemene er i dag kronglete med hensyn til å gi tilbakemeldinger til sykehusene om at IP er anbefalt.

Kommunikasjonen og samarbeid om IP mellom koordinator på sykehus og koordinator i kommunen foregår kun sporadisk, og skjer hovedsakelig via telefon, e-post eller via PLO-meldinger. Det gis lite tilbakemeldinger om det som meldes om i PLO-meldingene.

Noen brukere og pårørende vet ikke hvem som er den ansvarlige koordinatoren. Det er behov for en bedre rolleavklaring og en tydelig informasjon til brukerne om hvem som har koordineringsansvar.



Vanskelig koordineringsoppgave

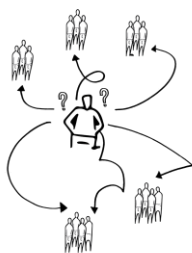
Koordinatorens oppgave er vanskelig og bydelene har forskjellige tilnærminger for å tildele IP og koordinator. Dette fører til at ikke alle brukerne får en koordinator i bydelen og de savner en bedre støtte gjennom prosessen.

Å påta seg rollen som koordinator erfarer som en utfordrende oppgave som medfører betydelig mengde arbeid. Oppgaven er lite prioritert tidsmessig og kommer ofte på toppen av vanlige oppgaver og fremstår i mange tilfeller som uønsket.

Koordinatorers oppgaver er ofte komplekse og tidkrevende. De må koordinere mellom tjenesteytere i et fragmentert system, følge opp og støtte brukerne gjennom prosessen, oppdatere brukerens IP, i tillegg til å håndtere andre oppgaver.

«Å være koordinator er en kjempejobb som mange vegrer seg for å ta. Systemet som oppleves veldig fragmentert». (Koordinator i kommunen)

«Gode verktøy kunne hjulpet koordinatorene til å jobbe enklere og til å få aktørene til å samarbeide bedre». (Pårørende til en bruker)



Koordinatorers jobb er sårbar. Når noen slutter tar det ofte tid før arbeidet med IP-planen kommer i gang igjen.

En god koordinator er en viktig ressurs for brukerne og brukere er ofte veldig fornøyde når de får et godt samarbeid med en koordinator i kommunen. Opplevelsen med å få tildelt en koordinator er veldig forskjellige og kan i noen tilfeller virke tilfeldig. Noen brukere har hatt veldig gode opplevelser hvor de har fått en koordinator som har tatt ansvar og som har hjulpet dem gjennom prosessen, mens andre brukere har opplevd at det er vanskelig å få en koordinator som har nok tid og fokus til å ta ansvar for sin IP og prosessen rundt.

«Det er tilfeldig om IP fungerer i praksis. Det avhenger av koordinator og pasienten». (Bruker)

Ikke alle pasienter og brukere som burde hatt IP og koordinator får det. Dette skyldes behovsvurderinger der alvorlighetsgraden ikke er høy nok, at kommunen ikke har tilstrekkelig med ressurser og/eller at det kan være utfordringer med språk og kultur hos pasient/bruker og pårørende.



«Det er vanskelig å få tak i en ansvarsperson i kommunen. Noen ganger er det vanskelig å vite hvem som er ansvarlig for hva». (Pårørende til en bruker)

Brukere trenger kontinuitet gjennom prosessen, informasjon om fremtiden og ekstra støtte og trygghet gjennom transisjoner i livet, som for eksempel når et barn skal bytte fra barnehage til skole.

«Det er viktig å få hjelp og støtte gjennom transisjoner i livet. Vi trenger kontinuitet». (Pårørende til en bruker)

«I dag har vi ikke en oversikt over hva som er veien fremover. Hva skal skje?». (Pårørende til en bruker)

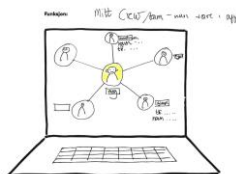
5.2 Ønsket fremtidig situasjon – hvordan kunne IP som et verktøy og som en prosess oppleves i fremtiden?

Ønsket fremtidig situasjon – IP som et verktøy

Informantene beskriver fremtidens digitale IP som et kommunikativt, oversiktlig og fleksibelt verktøy med brukeren i sentrum. Innspill til en digital IP - fra intervjuer og workshop - er systematisert i tre hovedområder som figur 4 viser.



Figur 4: Ønsket fremtidig situasjon - IP som et verktøy.



Et digitalt verktøy som tillater effektiv kommunikasjon

Det ønskes en digital løsning som er tilgjengelig for alle involvert aktører og som gjør det lett for disse å kommunisere og samhandle.

Alle aktørene må ha tilgang – på tvers av nivåer og sektorer – og samarbeidspartnere ønsker å kunne gjøre endringer i systemet og holde seg oppdatert.

Fremtidens IP er et verktøy som er tilrettelagt for enkel kommunikasjon og koordinering mellom alle involverte. For eksempel bør referater, innkallinger til møter, behandling av dokumenter, beskjeder og ulike oversikter være tilgjengelige.

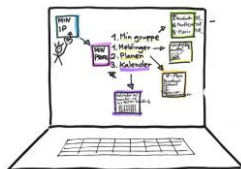
«Å ha et enkelt kommunikasjonsverktøy hadde vært fantastisk! Et sted med all oppdatert informasjon som er nødvendig». (Pårørende til en bruker)



Brukerne ønsker et verktøy som tillater dem å kommunisere med aktører i samarbeidsgruppen der de kan gi innspill, sende spørsmål og få svar (f. eks. via en chatt-funksjon).

Det er behov for et verktøy som gir en felles forståelse og som kan samle den fragmenterte informasjonen. Det bør være et verktøy med brukeren i sentrum hvor det er de som bestemmer hvem som skal ha tilgang til

planene. Fremtidens digitale IP-verktøy bør støtte koordinatorene med sine arbeidsoppgaver i bydelen/kommunen. Det kunne innføres administratorene som har full tilgang til alle IP-ene i sin bydel/kommune. Disse vil da kunne bruke verktøyet for å få en oversikt og delegere oppgaver til sine koordinatorene.



Et digitalt verktøy som gir oppdatert oversikt

Det ønskes et digitalt verktøy som gir en tydelig og visuell oversikt over følgende:

Brukernes mål og iverksatte tiltak:

«Det er viktig å få gode forklaringer om hva som skal skje og om hvorfor det er viktig at man gjør aktivitetene som står i planen». (Pårørende til en bruker)

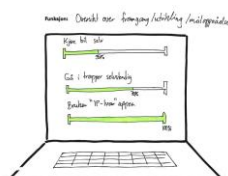
Hendelser: en kalenderfunksjon som viser møter, milepæler og aktiviteter (som bl. a. kan hjelpe brukere med nedsatt kognitiv funksjon til å huske aktiviteter).

Tjenester: informasjon om tjenesteavtaler og med påminnelser når disse utløper. Fremgang i prosessen gjerne visst som en tidslinje med status over tiltak og måloppnåelse.

«Det er ikke nok å ha en koordinator. Du må ha en tidsplan som viser hva du skal gjøre eller bør gjøre». (Pårørende til en bruker)

Dokumenter: verktøyet bør kunne hjelpe med å samle, sortere eller dele dokumenter som referater, vedtak, resepter, medisiner, beskjeder etc.

Oversikt over samarbeidspartnere: med informasjon om hvem som er ansvarlig for ulike tiltak og tjenester og hvordan de kan kontaktes.



En enkelt digital løsning som er individuelt tilpasset

Det ønskes en løsning som fleksibelt kan tilpasses brukerne individuelt og som kan utvides etter behov på en enkel og brukervennlig måte. Løsningen bør kunne tilpasses de forskjellige brukerne avhengig av alder, funksjon/utfordring og hvor vant de er med å bruke digitale verktøy. Det digitale verktøyet bør kunne bygges opp gradvis basert på det brukerne trenger over tid. Brukerne ønsker å få tilgang til det viktigste på øverste nivå og ikke all informasjon samtidig.

«Alle brukere er forskjellige». (Koordinator på sykehus)

Det etterlyses en løsning som er enkelt å ta i bruk. Et enkelt, brukervennlig og intuitivt verktøy som er enkelt å betjene og der brukeren lett kan gjøre endringer i systemet.



Aktørene ønsker et digitalt IP-verktøy som er responsivt (tilgjengelig på flere elektroniske plattformer som PC, mobil o.l.) og med et enkelt og appellerende brukergrensesnitt. Gjerne en mobil app for «Min IP».

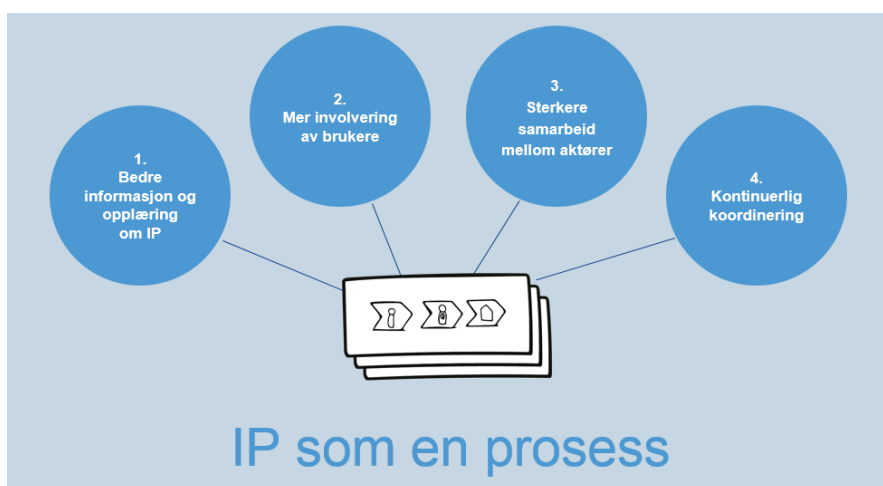
Verktøyet bør inneholde et forenklet språk, slik at alle forstår innholdet, målene, tiltakene, aktivitetene etc.

Det bør være et sikkert verktøy med enkel tilgang, og det må være lett for brukere og samarbeidspartnere å logge seg inn.

Det savnes et sikkert verktøy med et innebygd internt meldesystem mellom bruker, koordinator og andre aktører.

Ønsket fremtidig situasjon - IP som en prosess

Det ble identifisert fire kategorier – som figur 5 viser - fra informantenes innspill og ønsker til hvordan IP som en prosess i fremtiden kunne oppleves som.



Figur 5: Ønsket fremtidig situasjon - IP som en prosess.

Bedre informasjon og opplæring om IP

I fremtiden er brukere bedre informert om IP. De vet hva IP er, hvordan det fungerer, hvilke rettigheter de har og hvem som er ansvarlige. Brukere og pårørende bør få en introduksjonspakke med informasjon om:

Hva individuell plan er, om hvordan den fungerer og hvorfor det er viktig.

Rettigheter: hvilke tjenester har brukeren rett til og tilgang til. Hva er den gjeldende kommunes tilbud i forhold til brukerens situasjon og behov. Informasjonen bør være kommunisert og gjort tilgjengelig i forskjellige formater (f. eks. videoer, brosjyrer, digitale flater etc.).



Brukerne bør få tilgang til kommunens ressurser og tjenester digital i fremtidens digitale IP. En type sjekklister for å forstå hva de ulike tjenestene tilbyr og innebærer.

Koordinatorer bør tilbys opplæring for å kunne mestre prosessverktøyet og informere brukerne om IIP, veilede de i henhold til hvordan planen er tenkt brukt og i å støtte brukerne ved å vise til verktøyets innhold og funksjoner.

Mer involvering av brukere

Fremtidens IP som prosess har gode rutiner for brukermedvirkning. Brukere er eiere av planene sine og det er lett for dem å betjene løsningen og å se helheten.



Brukerne bør ha et større eierskap til planene sine og bli tettere involvert i utarbeidelse av planen og i vedlikeholdet av den. De bør selv kunne velge koordinator og ha kontroll over hvem som er involvert i sin IP og i hvilket omfang. Brukeren er den som bør gi tilgang til sin IP og gjerne via et digitalt verktøy.

«Det er viktig at du eier din plan og at du har tette samtaler med koordinatoren i kommunen». (Pårørende til en bruker)

«Pasienter må ta eierskap for å lage en god IP. De må få veiledning fra teamet i kommunen». (Koordinator på sykehus).

Sterkere samarbeid mellom aktører

For fremtiden ønskes det et sterkere samarbeid og bedre kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenester, bydeler/kommuner, brukere, pårørende og andre aktører som er involvert i IP-arbeidet. De ulike samarbeidende aktører bør ha tilgang til IP digitalt. Dette vil hjelpe dem i å være løpende oppdaterte og til å samhandle bedre.



«Vi ønsker å være mer oppdaterte om pasientenes tilfriskning og status ved løpende dialog med koordinatorene i kommunene». (Koordinator på sykehus)

Kontinuerlig koordinering

I fremtiden ønsker brukere - sammen med koordinatorene - å holde i tråden gjennom hele IP-prosessen og å få tettere oppfølging fra de tjenesteansvarlige som er involvert.

Det er behov for å styrke koordinatorens rolle. Brukerne bør ha en ansvarsperson som sikrer gode overganger og trygghet gjennom prosessen og som hjelper brukerne til å bli kjent med aktørene. En god koordinator beskrives som:

- Aktiv og pådrivende
- Nysgjerrig
- Hyggelig
- Empatisk
- Engasjert og interessert i oppgaven



Koordinatorer bør opplæres til å bli spesialister innen IP, slik at de kan støtte brukerne med riktig informasjon og oppfølging.

«Det er viktig å ha noen som kan hjelpe deg og som kan støtte det til å følge opp planen». (Pårørende til en bruker)

Det bør være en aktiv og tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenestene og koordinatoren, f. eks. via digitale kontaktflater (sms, e-post eller videosamtaler).

5.3 Brukeropplevelser, steg og koordinators oppgaver

Tabell 1 under viser oppsummert hva informantene i workshopen jobbet frem i gruppeoppgaven med å beskrive hva de ønsker skal være hovedprinsippene i fremtidens digitale IP som prosess relatert til *brukeropplevelser* (med blå bakgrunn) og til *koordinatoroppgaver* (med hvit bakgrunn), beskrevet i fem steg; fra oppstart i sykehus til pasient/bruker er hjemme i hverdagen.



Tabell 1: IP som en prosess: Brukeropplevelser, steg og koordinators oppgaver.

5.4 Forskning relatert til individuell plan og digital individuell plan

Litteratursøk

I januar og februar 2019 ble det gjennomført litteratursøk i databasene PubMed, Oria, Ovid MEDLINE, Swemed+ og Cinahl. Flere norske og engelske ord- og søkekombinasjoner ble utprøvd. Søk på bare individuell plan eller individual care plan resulterte i for mange treff, det samme gjorde søk på digital individual plan. Det ble vurdert at emneord og søkekombinasjonen «individual plan» OR «individual care planning» ga den mest hensiktsmessige søkestrategien for dette prosjektet.

Litteratursøk og gjennomgang av artikler ble vurdert ut fra spørsmålene:

Hva fremmer og hemmer arbeidet med individuell plan og digital individuell plan?

Hvilke erfaringer har pasienter/brukere, pårørende og helsepersonell med individuell plan og digital individuell plan?

Det ble foretatt søk for perioden 2008 – 2019. Alle artiklene ble vurdert av to i prosjektgruppen som uavhengig av hverandre kategoriserte disse som aktuelle eller ikke aktuelle, før det ble gjort en felles utvelgelse av artikler. Masteroppgaver ble ikke tatt med i utvelgelsen.

Det var fem artikler som var relatert til digitale individuelle planer, de øvrige 11 artiklene omhandlet ulike aspekter ved arbeid med individuell plan.

Forskningen som er vurdert og gjennomgått har forskjellig bakgrunn, tema og ulike problemstillinger, men det er identifisert flere felles funn som synes å legge forutsetninger for at en digital individuell plan kan ivareta pasient/brukers oversikt over tjenester. Funnene er kategorisert i; organisatoriske rammer, koordinatorrollen og pasient/brukers behov, forutsetninger og involvering, fremstilt i tabell 2. Innen hver kategori spesifiseres det flere områder som fremkommer i forskningen som fremmere for IP og digital IP når disse områdene er ivaretatt og fungerer i helse- og omsorgstjenestene. Og i motsatt fall som hemmere. Ved hvert område er det henvisning til aktuelle forfattere og artikler som belyser disse områdene. Referanselisten er på side 37.

| KATEGORIER: | FREMMERE OG HEMMERE FOR ARBEID MED IP OG DIGITAL IP: | FORTATTERE (referansenummer): |
|------------------------|---|---|
| ORGANISATORISKE RAMMER | Forståelse for arbeidet med IP i og mellom helse- og omsorgstjenestene og tjenesteyterne som skal samhandle om planen | Eklund og Jensen, 2012 (1) Nordström et al., 2016 (2) Holum, 2013 (3) |
| | Opplæring og implementering | Holum, 2013 (3) Nordström et al., 2016 (2) Holum, 2012 (4) Bjerkan et al., 2011, (5) Sægrov, 2012 (6) Sægrov, 2013 (7) |
| | Beslutningsmyndighet og ansvarsavklaring | Holum, 2013 (3) Holum og Toverud, 2013 (8) Nordström et al., 2016 (2) Holum, 2012 (4) Eklund og Jensen, 2012 (1) |

| | | |
|---|---|---|
| | Dokumentasjon og digitale løsninger for individuell plan | Nordström et al., 2016 (2) Bjerkan et al., 2011, (5) Billington et al., 2017 (9) Eklund og Jensen, 2012 (1) |
| | Samhandling mellom tjenesteytere og nivåer | Eklund og Jensen, 2012 (1) Alve et al., 2012 (10) Holum, 2013 (3) Holum og Toverud, 2013 (8) Nordström et al., 2016 (2) |
| KOORDINATOR-ROLLEN | Ansvar, myndighet og rolleavklaring | Holum, 2013 (3) Holum og Toverud, 2013 (8) Eklund og Jensen, 2012 (1) |
| | Kontinuitet og stabilitet | Holum, 2013 (3) Holum og Toverud, 2013 (8) Eklund og Jensen, 2012 (1) |
| | Relasjon og samarbeid mellom pasient/bruker og koordinator | Holum, 2013 (3) Holum og Toverud, 2013 (8) Eklund og Jensen, 2012 (1) Humerfelt, 2012 (11) |
| PASIENT OG BRUKERS BEHOV, FORUTSETNINGER OG INVOLVERING | Deltakelse i målarbeid og i beslutning av mål og tiltak i IP-planen | Holum, 2013 (3) Humerfelt, 2012 (11) |
| | Samarbeid med koordinator og betydningen av koordinators kompetanse, erfaring og kommunikasjonssevne, samt koordinatorens evne til å manøvrere i helse- og omsorgstjenesten | Langhammer et al., 2015 (12) Alve et al., 2012 (10) |
| | Involvering og deltakelse i planarbeidet - både i papirformat og i digitale IP-løsninger | Michaelsen et al., 2011 (13) Bjerkan et al., 2014 a (14) Bjerkan et al., 2014 b (15) Bjerkan og Alonso, 2010 (16) Billington et al., 2017 (9) Langhammer et al., 2015 (12) |
| | Relasjon med koordinator og de øvrige IP-involverte | Holum, 2013 (3) Eklund og Jensen, 2012 (1) Humerfelt, 2012 (11) |
| | Forutsetninger, behov og ønsker | Holum, 2013 (3) Holum og Toverud, 2013 (8) Humerfelt, 2012 (11) |

Tabell 2: Forskningsoversikt relatert til hva som fremmer og hemmer arbeid med individuell plan og digital individuell plan.

5.5 Digitale løsninger for individuell plan

5.5.1 Dagens digitale løsninger for individuell plan

Det er to store leverandører for digital individuell plan tilgjengelig på markedet i dag; DIPS med programmet ACOS IP og VISMA med programmet SamPro.

Det er 166 kommuner som er registrert som brukere av SamPro sin digitale individuelle plan (tall oppgitt av leverandør 15.05.2019). ACOS IP har 60 kommuner tatt i bruk (tall oppgitt av leverandør 03.05. 2019).

5.5.2 Digital individuell plan i Oslo kommune

Oslo kommune anskaffet ACOS IP i 2012, og i løpet av 2016 hadde alle bydeler mulighet til å benytte ACOS IP som verktøy for web-basert individuell plan. Det er viktig å presisere at ACOS IP ikke er pålagt å bruke, men et mulig verktøy for bydelene å benytte i utformingen av individuelle planer. Dette kan være en viktig årsak til manglende bruk. Noen bydeler benytter ACOS IP i større grad enn andre bydeler. I en web-basert plan skal planeier/foresatt og øvrige medlemmer av ansvarsgruppa kunne logge seg på planen fra internett og til enhver tid se den gjeldende planen. Verktøyet legger opp til at deltakerne kan drøfte, og legge inn forslag til nye elementer i den individuelle planen fra PC – enten hjemme eller på kontoret. ACOS IP er bygd opp med utgangspunkt i å legge til rette for økt tilgjengelighet og medvirkning for alle godkjente deltakere i en ansvarsgruppe. Tjenestemottaker/bruker, pårørende, annet privat nettverk og kommunalt ansatte kan få tilgang til planen, og dette er samtykkebasert.

En web-basert IP skal bidra til reell brukermedvirkning i planarbeidet og god koordinering av tjenestene. Systemet skal sikre samhandling på tvers av tjenestesteder, etater og sektorer i Oslo kommune. Verktøyet skal være gjenkjennelig i de felles føringene som er lagt for IP arbeid i forskrift og veileder fra Helsedirektoratet.

I verktøyet ACOS IP har man mulighet til å benytte funksjonaliteten «Enkelt samspill». «Enkelt samspill» kan opprettes uten at en individuell plan blir opprettet. Funksjonen kan brukes i situasjonen der bruker ikke ønsker eller har krav på individuell plan, men der det likevel blir oppnevnt en koordinator og/ eller en ansvarsgruppe. «Enkelt samspill» blir ikke registrert som en aktiv individuell plan, og kommer derfor ikke med på statistikken.

Oslo kommune tolket pasientjournalloven slik at det ikke var hjemmel for å dele opplysninger i individuell plan med personer i annen juridisk virksomhet – som for eksempel spesialisthelsetjenesten - gjennom et IP-system. Oslo kommune ba om en tolkning av dette, og det ble så klargjort i et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, i 2016. Brevet sier blant annet at IP skal være samtykkebasert og at IP er hjemlet i egne lov- og forskriftsbestemmelser. Oslo kommune har ut fra dette vurdert at lovverket ikke er til hinder for at andre enn kommunens ansatte – som for eksempel Sunnaas sykehus HF - kan ha tilgang til IP-systemet, så lenge dette bygger på pasient/brukers samtykke.

I mars 2019 ble det gjennomført en spørreundersøkelse om bydelenes bruk av ACOS IP i regi av Helseetaten. Spørreskjemaene ble sendt til alle 15 bydeler i Oslo kommune. Totalt kom det svar fra 8 av 15 bydeler og resultatene beskrives i tekst og i tabell 3 nedenfor. Resultatene danner et bilde på hvordan situasjonen rundt individuell plan er i Oslo kommune pr. nå.

55 % av antall registrerte individuelle planer (i de 8 bydelene som besvarte undersøkelsen) blir skrevet i ACOS IP, resterende blir skrevet i andre systemer som Geric, Fasit (NAV), Windmed (helsestasjonen) og i Word-dokument utenfor fagsystemer. Av antall registrerte ACOS IP er kun 62 % av disse aktive planer. I disse aktive ACOS planene er det i 90 % av tilfellene kun koordinatoren som

skriver i planen. Når det kommer til koordinator, og hvem som er koordinator svarer 4 av 8 bydeler at NAV også er inne som koordinatorene, men de benytter seg ikke av ACOS IP som verktøy.

Det som oppleves som positivt fra undersøkelsen er at sju av bydelene som svarte har øremerkede stillinger som jobber med individuell plan i bydelen. Dette punktet er ikke undersøkt nærmere.

Det er utfordrende for bydelene å ha oversikt over hvilke ACOS IP-planer som er aktive, og levering av korrekt årsstatistikk krever mye manuelt arbeid. Derfor er det ikke utenkelig at en del bydeler mangler kontroll på dette, som kan føre til en del feilrapportering. En mulig årsak til at det er krevende å holde kontroll/oversikt, er at lokal administrator ikke har tilgang til planene. Vi tror derfor dialog mellom koordinator og lokal administrator er hovedkilden til å holde oversikt. Vi ser tydelig at der intern dialog og opplæring er god, har man tilsvarende god oversikt over individuelle planer.

| SPØRSMÅL: | SVAR SAMLET: |
|---|---|
| 1. Hvor mange individuelle planer er registrert (i ACOS IP) i din bydel? | 580 stk. |
| 2. Hvor mange av planene i spørsmål 1 er reelle/i bruk/aktive? | 419 stk. |
| 3. I hvor mange av ACOS planene i spørsmål nr. 2 er det kun koordinator som skriver? | 397 stk. |
| 4. Hvor mange aktive individuelle planer er skrevet i andre fagsystemer enn ACOS IP (eksempelvis Gerica)? | 196 stk. |
| 5. Er ansatte i NAV koordinatorene for individuelle planer, og bruker de fagsystemet ACOS IP? | JA: 4/8 NEI: 4/8 JA: 2/8 NEI: 6/8 |
| 6. Er modulen i ACOS IP, med navn «Enkelt samspill» tatt i bruk hos din bydel? | JA: 3/8 NEI: 5/8 |
| 7. Hvilken avdeling eller person i din bydel, er det som fyller inn IP tertialstatistikk/årsstatistikk, tabell 1-15 ? | NAV: 1/8 Helse og mestring: 1/8 Forvaltning og administrasjon: 2/8 Koordinerende enhet: 1/8 Uklart: 3/8 |
| 8. I hvilken grad bruker din bydel øremerking av stillingsprosent knyttet til IP-koordinering? | JA: 7/8 NEI: 1/8 |
| 9. Hvem i din bydel gir opplæring i ACOS IP? | JA: 8/8 NEI: 0/8 |
| 10. Bruker dere ACOS IP sin kursbase? | JA: 6/8 NEI: 2/8 |

Tabell 3: Fra spørreundersøkelsen om bruk av ACOS IP i Oslo kommune. 8 av 15 bydeler svarte.

Opplæring

Helseetaten har ansvar for opplæring av lokale administratorene i bydelene, videre har disse utvalgte personene i bydelene ansvar for å lære opp koordinatorene i egen bydel. Pr. nå finnes det ikke lokale administratorene i alle bydeler, derfor erfarer man at opplæringen er mangelfull. Det er lagt opp til at det er Helseetaten skal gjennomføre felles opplæring to ganger årlig, i 2018 ble det ikke gjennomført

opplæringskurs. Noe av grunnen til dette kan være manglende forankring når det gjelder ressurser i Helseetaten når det kommer til bruk av ACOS IP og videre opplæring av lokale administratorer.

Veien videre

Helseetaten har på bakgrunn av resultatene fra brukerundersøkelsen og dagens situasjon laget en handlingsplan for ønsket aktivitet for individuell plan i Oslo kommune. Handlingsplanen danner grunnlaget for et notat som er sendt byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid i Oslo kommune. Notatet inkluderer pågående prosjekter om individuell plan i Oslo kommune, også «Min oversikt IP». Handlingsplanen og notatet som beskrevet ovenfor er utarbeidet som et grunnlag for en avgjørelse for videre aktivitet og utvikling av individuell plan, og hvilke verktøy som skal benyttes i Oslo kommune.



5.5.3 Fremtidige planer for digital individuell plan

I Helseplattformen i Helse Midt-Norge - som skal innføre en ny, felles pasientjournal mellom sykehus og kommuner i hele Midt-Norge - er individuell plan kravstilt på to måter. Hvilket alternativ som velges er per i dag ikke besluttet.

- Mulighet for integrasjon mellom Helseplattformen og dagens IP- løsninger (Sampro etc.). Det innebærer at Helseplattformen kan utveksle datainformasjon mot eksisterende IP-løsninger - eks. vise eksisterende IP- planer, kontaktinformasjon, navn på koordinator av IP plan, mål osv.
- Helseplattformen får utviklet en fullverdig IP-modul som del av Helseplattformen.

Hvorvidt det foreligger nasjonale planer for en digital individuell plan, har det ikke lyktes dette prosjektet å få svar på.

6 Anbefalinger

Basert på kunnskapen som er identifisert i dette prosjektet gis det her anbefalinger og forslag til tiltak for videre arbeid med individuell plan og digital individuell plan i og mellom Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF. Flere av funnene i dette prosjektet vil være gjeldende for svært mange kommuner og helseforetak i landet. For å forbedre – og videreutvikle - ordningene med koordinator og individuell plan nasjonalt, bør flere av anbefalingene under omsettes til tiltak fra nasjonale helsemyndigheter, helseforetak, kommuner og utdanningsinstitusjoner. Disse anbefalingene er oppsummert avslutningsvis under generelle anbefalinger.

Informasjon om individuell plan

- Ta i bruk nasjonalt informasjonsmateriell, som f. eks. «Ditt liv, din plan» (42).
- Utarbeide skriftlig informasjon om lokale forhold knyttet til individuell plan.
- Informasjonen bør være tilgjengelig på nettsider.
- Utarbeide og implementere prosedyrer for hvordan Oslo kommune, Sunnaas sykehus og den enkelte tjenesteyter skal informere tjenestemottakere og/eller pårørende om retten til individuell plan.

Oversikt over tilgjengelige tjenester

- Utarbeide oversikt og informasjon over tilgjengelige tjenester, tilbud og rettigheter i Oslo kommune og formidle dette på nettsider.
- Gjøre informasjon om tjenester, tilbud og rettigheter kjent for pasient/bruker, pårørende, tjenestesteder på ulike nivå og blant tjenesteytere.

Opplæring og veiledning i koordinatorrollen

- Obligatorisk opplæring for koordinatører f. eks. ved å etablere en «koordinatorskole». Med opplæring i koordinatorrollen og i den digitale IP-løsningen.
- Koordinatører bør få jevnlig veiledning og oppfølging.

Styrke IP-arbeidet med forankring, ansvarsfordeling og samarbeid mellom tjenestefeltene

- Etablere en enhetlig praksis og rutiner for individuell plan i Oslo kommune og det samme ved Sunnaas sykehus. Rutinene bør beskrive hvordan ansvarsfordelingen og samarbeidet mellom organisasjonene skal være. De koordinerende enhetene bør inngå i arbeidet med å utarbeide praksis og rutiner.
- Praksis og rutiner bør gjøres kjent i begge organisasjoner og blant aktuelle samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjenesten, NAV, fastleger m.m.
- Koordinatører og de koordinerende enhetene i begge organisasjoner bør delta på aktuelle møteplasser og nettverk hos/med hverandre. F. eks. i nettverk av koordinerende enheter i Oslo kommune som drives av Helseetaten og i samhandlingsnettverket ved Sunnaas sykehus.
- Etablere en IP-ressursgruppe mellom Oslo kommune og sykehusene som inngår i Oslo sykehusområde.
 - Oslo kommune har samarbeids- og tjenesteavtaler som åpner for samarbeid om f. eks. IP.
 - Sunnaas sykehus inngår Oslo sykehusområde og de samarbeids- og tjenesteavtalene som er inngått mellom Oslo Universitetssykehus HF og bydelene.
 - Ressursgruppen bør bestå av ledere og representanter fra koordinerende enheter i bydeler og helseforetak og fra fagområder for målgruppene for IP (pasienter/brukere innen rus, psykiatri, habilitering og rehabilitering og andre pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester). Det må sikres nødvendig lederforankring av ressursgruppen.

- Mål for ressursgruppen bør være å fremme bruk av individuell plan, unngå ulikheter innad i Oslo kommune, og bidra til å fremme likeverdige helsetjenester til befolkningen.

Digital løsning for IP i Oslo kommune

- Oslo kommune bør velge en digital løsning for IP som ivaretar hovedfunnene fra dette prosjektet om hvilke funksjonalitet og innhold en digital IP bør ha i et fremtidsperspektiv.
- Brukere av en digital IP som pasienter/brukere, pårørende, koordinatore og annet helsepersonell bør være representert i arbeidet Oslo kommune gjør ved en evt. anskaffelse av en digital IP-løsning.
- Det bør åpnes opp for at tjenesteytere som tilhører en annen juridisk virksomhet enn Oslo kommune (som f. eks. spesialisthelsetjenesten) får tilgang til den digitale planen.

Digital IP i andre kommuner og helseforetak

- Det bør innhentes erfaring og kunnskap fra andre kommuner og helseforetak som samarbeider i en digital IP-løsning (både fra ACOS IP og SamPro).
- Sunnaas sykehus – som hvert år har pasienter fra ca. 240 kommuner – bør være pådrivere for å delta i arbeidet med IP og «kople seg på» der kommunene har tatt i bruk digitale IP-planer (det er pr. i dag 166 kommuner som har digitale løsninger for IP).
- Det bør utforskes hvorvidt det foreligger tekniske muligheter og/eller utviklingsmuligheter ved at den elektroniske pasientjournalen (DIPS) ved Sunnaas sykehus og ACOS IP i Oslo kommune eies av samme leverandør.

Generelle anbefalinger

Det er behov for å øke fokuset på individuell plan, koordinering – og koordinatorrollen i helsefagutdanningene. Videre vil ledelsesfokus og økonomiske insitamenter som premierer koordinering på tvers av tjenesteområder og organisatoriske enheter forbedre praksis. Tilhørende rapportering bør inneholde parametere for koordinering og arbeid med IP på tvers av etablerte forløp. Dette er spesielt viktig for pasienter og brukere med sammensatte behov. Behov som går på tvers av forløp basert på diagnose – og tilhørende organisering etter fagområder. Videre bør følgende arbeid og tiltak iverksettes:

Nasjonalt digitalt verktøy

- Det bør etableres en felles nasjonal digital løsning for individuell plan. Et verktøy som fungerer uavhengig av ulike IKT – og organisatoriske enheter.
- Den digitale planen bør være tilgjengelig via helsenorge.no.

Rapportering

- Helseforetakenes og de private leverandørenes rapportering til NPR bør inneholde data for koordinering og antall IP som er initiert, ikke bare hvor mange som er skrevet ut med IP.

Finansiering

- Det bør knyttes midler til koordinatorrollen ved at denne tildeles en egen kode knyttet til den innsatsstyrte finansieringen for helseforetakene ISF. Tilsvarende finansielle insitamenter bør etableres i den kommunale helse – og omsorgstjenesten.

Undervisning og opplæring i koordinatorrollen i helsefagutdanningene

- Undervisning om – og opplæring i arbeidet med IP og koordinatorrollen bør formaliseres i de ulike helsefagutdanningene

Ansvarsfordeling og samarbeid mellom tjenestefeltene

- Tydeliggjøre krav til – og organisering av - koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, herunder deres rutiner og systemer for samarbeid med andre aktuelle samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjenesten, NAV, fastleger m.m.
- Tydeliggjøre koordinering på tvers av tjenestenivåene i samarbeids- og tjenesteavtalene

Helsenorge.no

Den offentlige helseplattformen helsenorge.no bør også formidle informasjon om kommunale tjenester og tilbud.

7 Referanser

7.1 Referanser til forskningsoversikt (tabell 2 side 29):

1. Eklund, A.C. og Jensen, H.C. (2012). *Cooperation and coordination around children with individual plans*. Scandinavian Journal of Disability Research, 14(1), pp.1–14. DOI: <http://doi.org/10.1080/15017419.2010.507376>
2. Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B. og Kjellström, S. (2016). *Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan*. Socialvetenskaplig tidskrift, (1): 1-22.
3. Holum, L. C. (2013). *Fra idè til virkelighet! Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern – en kvalitativ studie*. Avhandling. Universitetet i Oslo.
4. Holum, L. C. (2012). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 30 March 2012 - ISSN 1568-4156.
5. Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Helleso, R. og Brender, J. (2011). *Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law*. International Journal of Integrated Care, 26 January 2011- ISSN 1568-4156.
6. Sægrov, S. (2012). *Implementering av individuell plan (IP) for kreftramma*. Vård i Norden. 3/2012. Publ. No. 105 Vol. 32 No. 1 PP 26-30.
7. Sægrov, S. (2013). *Kunnskap som ein føresetnad for samhandling i kreftomsorga*. Vård i Norden. 4/2013. Publ. No. 110. Vol. 33 No. 1 PP 33-36.
8. Holum, L. C. og Toverud, R. (2013). *Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?* FONTENE Forskning 1/13, s. 32-45.
9. Billington, M. G., Gjerstad, B. og Nødland, S. I. (2017). *Technology supporting cooperative practice: A Norwegian municipality's implementation of electronic plan*. Health Policy and Technology (2017) 6, 286–291.
10. Alve, G., Madsen, V.H., Slettebø, Å., Hellem, E., Bruusgaard, K.A. og Langhammer, B. (2012). *Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration?* Scandinavian Journal of Disability Research, 15(2), pp.156–169. DOI: <http://doi.org/10.1080/15017419.2012.676568>
11. Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning I arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse*. NTNU – Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet.
12. Langhammer, B., Madsen, V.H., Hellem, E., Bruusgaard, K.A., Alve, G. og Slettebø, Å., (2015). *Working with Individual Plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services*. Scandinavian Journal of Disability Research, 17(1), pp. 26–45.
13. Michaelsen, R. A., Vatne, S. og Hollingen, A. (2011). *Det ble en annerledes plan. Brukeres erfaringer med nettbasert individuell plan i psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 8. Nr. 3. 2011.
14. Bjerkan, J., Vatne, S. og Hollingen, A. (2014 a). *Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles – toward a power transition in caring relationships*. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2014:7 561–572.
15. Bjerkan, J., Hedlund, M. og Helleø, R. (2014 b). *Patients' contribution to the development of a web-based plan for integrated care – a participatory design study*. Inform Health Soc Care, Early Online: 1–18, 2014.
16. Bjerkan, J. og Alonso, A. (2010). *Patients and professionals in collaborative testing of a web-based tool for integrated care: an evaluation study*. Information Technology in Health Care: Socio-Technical Approaches 2010. Volum 157: 66-71.

7.2 Referanser i rapporten:

1. Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (2010). *Familier med barn med nedsatt funksjonsevne i Oslo. Kartlegging og brukerundersøkelse.*
2. Oslo kommune, Helseetaten (2016). *Oppdatert kartlegging om barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Anbefalinger og innspill til handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse 2016.*
3. Helse- og omsorgsdepartementet. *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019).*
4. Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
5. Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.* Dokument 3:5 (2015-2016).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019).*
7. Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 9 (2012-2013). En innbygger – en journal.*
8. Direktoratet for e-helse. [Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017 – 2022.](#) (Hentet 03. 06. 2019).
9. Helsedirektoratet. [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.](#) (Hentet 03. 06. 2019)
10. Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.* Lovdata.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. *St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
12. Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.*
13. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* Lovdata.
14. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Lovdata.
15. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Lovdata.
16. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.* Lovdata.
17. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om helsepersonell.* Lovdata.
18. Arbeids- og sosialdepartementet (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen.* Lovdata.
19. Arbeids- og sosialdepartementet (2010). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.* Lovdata.
20. Barne- og familiedepartementet (1993). *Lov om barnevernstjenester.* Lovdata.
21. Kunnskapsdepartementet (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregående opplæringa.* Lovdata.
22. Barne- og familiedepartementet (2010). *Lov om kommunale krisesentertilbud.* Lovdata.
23. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Forskrift om pasientjournal.* Lovdata.
24. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp.* Lovdata.
25. Daphne, L. J., Heimans, M. og Rijken, M. (2015). *Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care.* Scandinavian Journal of Primary Health Care. May 2015 - ISSN: 0281-3432.
26. Coulter A, Roberts S, Dixon A. (2013). *Delivering better services for people with long- term conditions: Building the house of care.* London: King's Fund; 2013.
27. SFS (2001:45) *Socialtjänstlagen.*
28. SFS (1982:7631) *Hälso- och sjukvårdslagen.*
29. Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B., Kjellström, S. (2016). *Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan.* Socialvetenskaplig tidskrift, (1): 1-22.

30. Socialstyrelsen. *ServiceLOVEN*. <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=175036> (hentet 01. 05. 2019)
31. Holum, L. C. (2013). *Fra idè til virkelighet! Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern – en kvalitativ studie*. Avhandling. Universitetet i Oslo.
32. Holum, L. C. og Toverud, R. (2013). *Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?* FONTENE Forskning 1/13, s. 32-45.
33. Goodwin, N. E. (2011). *Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation*. International Journal of Integrated Care, 11, 20 December 2011 – ISSN 1568-4156.
34. Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R. og Brender, J. (2011). *Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law*. International Journal of Integrated Care, 26 January 2011- ISSN 1568-4156.
35. Helsedirektoratet (2015). *Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2013*. Rapport IS-2334.
36. Helsedirektoratet (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner*.
37. Riksrevisjonen (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Dokument 3:11 (2011-2012). Oslo.
38. Burt, J., Roland, M., Paddison, C., Reeves, D., Campbell, J., Abel G, Bower, P. (2012). *Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England*. J Health Serv Res Policy 2012; 17:64–71.
39. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget A/S.
40. Stickdorn, M., & Schneider, J. (2012). *This is Service Design Thinking: Basics, Tools, Cases*. Amsterdam: Wiley.
41. Sevaldson, B. (2011). Giga-mapping: visualisation for complexity and systems thinking in design. In I. Koskinen, T. Härkäsalmi, R. Mazé, B. Matthews, & J.-J. Lee (Eds.), *Nordes '11, the 4th Nordic Design Research Conference*. Helsinki, Finland: School of Art and Design, Aalto University, Helsinki, Finland.
42. Helsedirektoratet (2019). *«Ditt liv, din plan»*. (Hentet 07. 08. 2019).

VEDLEGG 1: Intervjuguide (pasient/bruker og pårørende)

Samtale om individuell plan

Bakgrunn

1. Fortell kort om deg selv
2. Hvordan er dine digitale kunnskaper?
3. Har du Acos-IP eller andre form av IP?
 - a. Hvilke erfaringer har du med IP?
 - b. Leser du eller skriver du i din egen plan?
 - c. Hvis nei, hvorfor ikke?

Åpne spørsmål

INFORMASJON

1. Når fikk du informasjon om IP?
2. Hvordan fikk du informasjon om IP?
3. Hva slags informasjon?
 - a. Hvis ja: Fra du fikk informasjon om IP til den ble ivertatt? - Hva skjedde i den perioden? Hvordan ble du involvert?
4. Eventuelt; hva mangler i denne informasjonen?
5. Har du blitt informert om eller lovet IP fra sykehuset som ikke ble fulgt opp i bydel? Eller at sykehuset ikke har fulgt opp bydelens IP-arbeid?

DELTAKELSE, BRUKERINVOLVERING OG SAMARBEID

1. Hvordan og når bruker du IP-plenen? Hvor ofte? Hva er positive aspekter og utfordringer når du bruker det?
2. På hvilken måte var du selv med på å utforme målene i IP-plenen?
3. Hvordan/på hvilken måte ble du involvert i utarbeidelsen av IP?
 - a. Hvilke utbytte hadde det for deg? Hvis nei: Hva skal til for at du vil bli involvert i IP-arbeidet?
 - b. Hvis ja, hvilken rolle har/hadde du i IP-arbeidet?
 - i. Opplevde du at det var din plan? Og at du hadde ansvar og oppgaver?
4. Hvilken rolle hadde dine pårørende i denne prosessen mot IP?
5. Hvilken rolle hadde koordinator og de andre tjenesteyterne i planarbeidet?
 - a. Hvordan er din erfaring rundt koordinator?
 - b. Var det ønsket å ta kontakt?
 - c. Når som best?
6. Tok du selv avgjørelsen om hvem som skulle være med i IP-arbeidet ditt? (ansvargruppe)

Mine erfaringer med individuell plan



Sykehus



Hjem

Hva kan gjøres bedre?

1. Hva tenker du er viktig for at IP skal fungere for deg?
 - a. Kommunikasjon? Samarbeid? Bruk av Acos?
 - Møteplasser? Roller og ansvar
2. Hva bør en digital IP-løsning inneholde for at den skal gi deg god oversikt over mål, tjenester m.m.?
 - a. Hvordan bør informasjon om IP formidles?
 - b. Hva bør informasjon inneholde?
 - c. Når tenker du at informasjonen bør gis?

VEDLEGG 2: Intervjueguide (koordinator)

Samtale om individuell plan (IP)

Bakgrunn

1. Fortelle kort om dere
2. Fortelle om rollen som koordinator
3. Hvilket verktøy bruker dere for å jobbe med individuell plan (ACOS IP eller andre)?

Åpne spørsmål

DELTADELSE, BRUKERINVOLVERING OG SAMARBEID

1. Hvordan er prosessen for å utforme en IP?
 - a. Hvem lager IP?
 - b. Hvem er involvert i prosessen?
2. Hvordan/på hvilken måte er du involvert i utarbeidelsen av IP, eller på å utforme IP-planen?
 - a. Hvilken rolle har du i IP-arbeidet?
 - b. Hva er dine ansvar og oppgaver?
3. Hvilken rolle har pasienter og deres pårørende i denne prosessen mot IP?
 - a. Hvordan og når deltar pasienter/pårørende i prosessen?
4. Hvordan er samarbeid mellom de forskjellige aktører som er involvert med IP-arbeidet?
 - a. Hvordan er samarbeidet med de forskjellige helsepersonellene eller tjenesteytere?
 - b. Hvordan kommuniserer dere med hverandre?
5. Har du erfart at IP fra sykehuset som ikke ble fulgt opp i bydel? Eller at sykehuset ikke har fulgt opp bydelens IP-arbeid?

INFORMASJON

1. Hva slags informasjon inneholder en IP?
2. Når er informasjonen om IP gitt til pasienter?
3. Eventuelt; hva mangler i denne informasjonen?

Mine erfaringer med individuell plan



Sykehus



Kommune

Hva kan gjøres bedre?

1. Hva tenker dere er viktig for at IP skal fungere for dere og for pasienter?
 - a. Kommunikasjon? Samarbeid? Bruk av Acos? Møteplasser? Roller og ansvar?
2. Hvordan kunne en digital IP-løsning hjelpe dere for å jobbe bedre med individuell plan mot pasienter?
 - a. Hvordan bør dere jobbe med informasjon og formidle det til pasienter?
 - b. Hva bør informasjon inneholde?
 - c. Når tenker du at informasjonen bør gis til pasienter?

VEDLEGG 3: Invitasjon til å delta på intervju



Februar 2019.

Invitasjon til å delta i intervju i prosjektet «Min oversikt IP»

Regional koordinerende enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus HF og Helseetaten i Oslo kommune samarbeider om prosjektet «Min oversikt IP». Dette er et digitalt samhandlingsprosjekt som skal utforske forutsetninger - og beskrive et kunnskapsgrunnlag - slik at digital individuell plan (IP) kan ivareta pasient/brukers oversikt over aktuelle tjenester han/hun er mottaker av. Fokuset vil være på overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Vi ønsker å få innsikt i hvilke behov, innspill og eventuelle erfaringer du har med individuell plan/digital individuell plan, og inviterer deg til intervju. Innspillene dine vil være et viktig bidrag inn i det samlede kunnskapsgrunnlaget og for å fremme arbeidet med individuell plan.

Gjennomføringen av intervju

Intervjuene vil bli gjennomført av tjenstedesignere fra byrået Halogen, i samarbeid med oss i prosjektledelsen. Intervjuene vil vare i 45 – 60 min.

Tidspunkt: 5. mars eller 13. mars mellom kl. 12.00 og 16.30.

Sted: Halogens lokaler i Nedre Slottsgate 15, 2. etg. Oslo.

Vil du være med på dette? Kontakt Kari Mette Dukefoss Holte, karimitted.holte@sunnaas.no eller på telefon 906 73 548.

Personvern

Det skal ikke samles inn personsensitive data som navn, diagnose, personnummer eller andre personlige opplysninger om deg. Dine erfaringer og innspill vil bli helt anonymisert. Deltagelse er helt frivillig og du kan når som helst avslutte/trekke deg, uten begrunnelse og helt uten konsekvenser for ditt øvrige tilbud ved Sunnaas sykehus eller i Oslo kommune.

Reisekostnader

Du kan få dekket dokumenterte reiseutgifter (kollektiv transport). Intervjudeltakerne vil motta et gavekort som takk!

Forankring og finansiering av prosjektet

Prosjektet er forankret på direktørnivå i begge organisasjoner, og er finansiert av midler fra Samarbeidsutvalget i Oslo kommune. Prosjektperioden er 1. september 2018 – 31. mai 2019.

Vi håper du har anledning til å bidra inn i dette viktige arbeidet!

Med vennlig hilsen

Kari Mette Dukefoss Holte
Prosjektleder «Min oversikt IP»
Rådgiver/spesialsykepleier
Regional koordinerende enhet (RKE)
Sunnaas sykehus HF
Tel: 906 73 548
e-post: karimitted.holte@sunnaas.no

Ida Slorbak
Prosjektkoordinator «Min oversikt IP»
Prosjektmedarbeider
Seksjon for kompetanse og tjenesteutvikling
Tel: 902 37 379
e-post: ida.slorbak@hel.oslo.kommune.no



VEDLEGG 4: Skjema for informert samtykke



Mars 2019.

INFORMERT SAMTYKKE for deltakelse i prosjektet «Min oversikt IP»

1. Jeg melder meg frivillig til å delta i prosjektet «Min oversikt IP», hvor jeg vil bli intervjuet i ca. 60 minutter. Intervjuene vil gjennomføres av tjenstedesignere i Halogen. Prosjektleder ved Sunnaas sykehus HF eller prosjektkoordinator fra Helseetaten i Oslo kommune vil være til stede under intervjuene.
2. Jeg er klar over at det ikke skal samles inn personsensitive data som navn, diagnose, arbeidssted eller annet som kan gjenkjenne den enkelte.
3. Jeg er klar over at det vil bli tatt notater underveis i intervjuet, og jeg gir mitt samtykke til at det tas bilder underveis i samtalen hvis intervjuer spør om det. Jeg forstår at Sunnaas sykehus HF, Helseetaten i Oslo kommune og Halogen AS ikke vil identifisere meg ved navn og vil ikke bruke fotografier hvor jeg er gjenkjennbar i noen form for rapporter/presentasjoner/publikasjoner som bruker informasjon fra dette intervjuet, og at min konfidensialitet som deltaker i dette prosjektet vil være ivaretatt.
4. Jeg er klar over at jeg har retten til å nekte å svare på spørsmål, og at jeg kan avslutte intervjuet når som helst.
5. Jeg har lest og forstått forklaringen gitt meg. Jeg har fått tilfredsstillende svar på alle spørsmål jeg lurer på angående dette, og jeg samtykker frivillig til å delta i dette prosjektet.
6. Jeg har fått en kopi av dette informerte samtykke.

Oslo, _____ mars 2019.

Navn

VEDLEGG 5: Invitasjon til workshop



februar 2019

Invitasjon til workshop 25. april 2019 Tema: DIGITAL INDIVIDUELL PLAN (IP)

Regional koordinerende enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus HF og Helseetaten i Oslo kommune samarbeider om prosjektet «Min oversikt IP». Dette er et digitalt samhandlingsprosjekt som skal utforske forutsetninger - og beskrive et kunnskapsgrunnlag – slik at digital individuell plan (IP) kan ivareta pasient/brukers oversikt over aktuelle tjenester han/hun er mottaker av. Fokuset vil være på overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Prosjektperioden er 1. september 2018 – 31. mai 2019.

Deltakere

Workshopen vil bestå av 25-30 personer som jobber med, og/eller har erfaringer med bruk av individuell plan (koordinatorer og andre aktuelle) ved Sunnaas sykehus HF og i Oslo kommune.

Tema og målsetning for workshop

Det er definert syv behov som skal utforskes og beskrives i et kunnskapsgrunnlag i løpet av prosjektperiode. Workshopen du inviteres til vil hovedsakelig ta for seg behov relatert til:

- Hva er helsepersonell forståelse av individuell plan? Som arbeidsprosess og verktøy?
- Hva er helsepersonells erfaringer og utfordringer relatert til arbeid med individuell plan og digital individuell plan?

Målsetningen er:

- Identifisere hvilken informasjon og oversikt tjenesteytere mener en digital individuell plan bør inneholde og med hvilken funksjonalitet.
- Identifisere hva som fremmer og hemmer arbeid med individuell plan og digital individuell plan.

Gjennomføringen av workshop

Workshopen vil gjennomføres av tjenestedesignere fra byrået Halogen. Innspill og erfaringer fra workshopen vil bli systematisert og analysert, og inngå i et samlet kunnskapsgrunnlag som prosjektet skal beskrive i en prosjektrapport.

Forankring og finansiering av prosjektet

Prosjektet er forankret på direktørnivå i begge organisasjoner, og er finansiert av midler fra Samarbeidsutvalget i Oslo kommune.

Tid: 25. april 11.00-15.30 (inkl. lunsj)

Sted: Storgata 51, 1. etg. Helseetaten

Påmelding: [HER](#)

Eventuelle spørsmål sendes til: ida.slorbak@hel.oslo.kommune.no

Påmeldingsfrist: 12. april 2019

Med vennlig hilsen

Kari Mette Dukefoss Holte

Prosjektleder «Min oversikt IP»

Rådgiver/spesialsykepleier

Regional koordinerende enhet (RKE)

Sunnaas sykehus HF

Tel: 906 73 548

e-post: karimette.dukefoss.holte@sunnaas.no

Ida Slorbak

Prosjektkoordinator «Min oversikt IP»

Prosjektmedarbeider

Seksjon for kompetanse og tjenesteutvikling

Tel: 902 37 379

e-post: ida.slorbak@hel.oslo.kommune.no



VEDLEGG 6: Prosjektorganisering

Styringsgruppe:

| Navn | Rolle | Organisasjon |
|-------------------|---|---|
| Kirsten Sæther | Samhandlingssjef | Sunnaas sykehus HF |
| Heidi Kalkvik | Fungerende avdelingsdirektør i Folkehelse- og omsorgsavdelingen i Helseetaten | Oslo kommune |
| Jon Ivar Sørland | Enhetsleder i Regional koordinerende enhet (RKE) | Sunnaas sykehus HF |
| Øyvind Gerhardsen | Brukerrepresentant | Brukerråd i Regional koordinerende enhet ved Sunnaas sykehus HF |

Prosjektgruppe:

| Navn og oppgave | Organisasjon | Aktuell kompetanse |
|--|--|--|
| Kari Mette Dukefoss Holte, prosjektleder | Regional koordinerende enhet, Sunnaas sykehus HF | <ul style="list-style-type: none"> Rådgiver og spesialsykepleier Master i sykepleievitenskap Videreutdanning i organisasjon/ledelse, prosjektledelse og mediekunnskap |
| Ida Slorbak Solbakken, prosjektkoordinator (frem til 10. mai 2019) | Seksjon for kompetanse og tjenesteutvikling, Helseetaten, Oslo kommune | <ul style="list-style-type: none"> Fysioterapeut Studerer helseledelse |
| Monica Trøan, prosjektdeltaker | Seksjon for kompetanse og tjenesteutvikling, Helseetaten, Oslo kommune | <ul style="list-style-type: none"> Systemutvikler |
| Hilde Sørli, prosjektdeltaker (frem til 31. 12. 2018) | Enhet for teknologi og e-helse, Sunnaas sykehus HF | <ul style="list-style-type: none"> Fysioterapeut Rådgiver Prosjektledelse |
| Marianne Villadsen, prosjektdeltaker (frem til 31. 12. 2018) | Klinikk, Sunnaas sykehus HF | <ul style="list-style-type: none"> Sykepleier Teamkoordinator |
| Marianne Lundby, prosjektdeltaker (frem til 1. desember 2018) | Brukerrepresentant og brukerkonsulent ved Sunnaas sykehus HF | <ul style="list-style-type: none"> Brukerkonsulent |
| Rebecca Tvedt Skarberg (fra 20. januar 2019) | Brukerrepresentant ved i RKE ved Sunnaas sykehus HF | <ul style="list-style-type: none"> Brukerrepresentant Sosionom Arbeider i Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser |

Ressurspersoner:

| Navn | Organisasjon |
|-------------------|--|
| Anne Karine Dihle | Avdeling for innovasjon og e-helse, Sunnaas sykehus HF |
| Torbjørn Moen | Origo/byrådsavdeling for finans, Oslo kommune |



ENGASJERTE, KREATIVE og FREMTIDSORIENTERTE!

Fra workshop om **DIGITAL** individuell plan - med brukerrepresentant og helsepersonell fra bydelene i Oslo kommune og fra Sunnaas sykehus i april 2019.