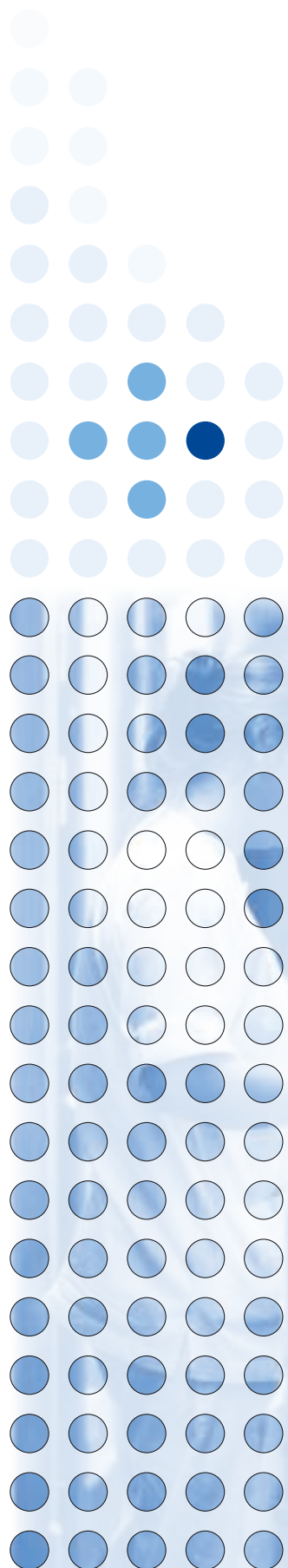


Individuell plan

Anbefalinger etter erfarings-
konferanse i Helse Øst
20. oktober 2006

Utarbeidet av:
Elisabeth Arntzen
Avdelingsdirektør kvalitet

Spesialrådgiver Martha Østbye
Spesialrådgiver Bjørg Høie



Kap.1. Anbefalinger for god praksis i Helse Øst.....	3
Anbefaling 1 Sjekkliste for god praksis.....	4
Anbefaling 2 Individuell plan.....	5
Anbefaling 3 Samtykkeerklæring.....	6
Kap.2. Bakgrunnsinformasjon	7
2.1. Ansvar for utarbeidelse av individuell plan	7
2.2. Status for arbeidet med IP i Helse Øst.....	7
2.3. Dialogkonferanse med brukerne og deres organisasjoner.....	8
2.4. Nasjonal status.....	8
2.5. Forskrift om individuell plan.....	9
2.6. Erfaringskonferansen	10
2.6.1 Kartlegging på forhånd	10
2.6.2 Gjennomføring av erfaringskonferansen	11
Kap.3. Oppfølging	12
3.1. Forslag til måltall / indikator i 2007 i Helse Øst.....	12
3.2. Interne prosedyrer	12
3.3. Kampanje i Helse Øst i 2007	13
Vedlegg 1 Svar på de 5 spørsmålene før erfaringskonferansen.....	14

Kap.1. Anbefalinger for god praksis i Helse Øst

Helse Øst RHF gjennomførte 20.oktober 2006 en erfaringskonferanse om IP.

Erfaringskonferansen og forhåndskartleggingen skulle danne grunnlag for oppfølgingen i HF-ene / sykehusene og ende opp med en samlet, men enkel anbefaling for god praksis som HF-ene / sykehusene kan følge i 2007. Det skulle også utarbeides måltall/indikatorer som viser fremdriften i arbeidet hele 2007.

Under gruppearbeidet på erfaringskonferansen kom deltakerne frem til at det bør utarbeides en kort standardisert sjekkliste for tilrettelegging av arbeidet med IP, et standardskjema for en IP og en samtykkeerklæring. Anbefalingene er bearbeidet av Helse Øst RHF og enkelte av deltakerne på erfaringskonferansen. Følgende anbefalinger legges herved frem:

Anbefaling 1 *Sjekkliste for god praksis*

Anbefaling 2 *Individuell plan.*

Anbefaling 3 *Samtykkeerklæring*

Anbefaling 1 Sjekkliste for god praksis

Igangsette planprosess:

1. Vurdere behov for langvarige og koordinerte tjenester
2. Utepeke en midlertidig koordinator i spesialisthelsetjenesten
3. Sjekke om vedkommende allerede har en plan
4. Informere om retten til og hensikten med IP
5. Innhente informert samtykke – dokumenteres på eget skjema
6. Etablere kontakt med kommune / samarbeidspartnere
7. Bidra til at det oppnevnes en koordinator i kommunen
8. Samarbeidsmøte / nettverksmøte
9. Bidra med dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå
10. Midlertidig koordinator bidrar til utforming av planen sammen med pasient og koordinator i kommunen

Når pasienten allerede har en plan:

1. Innhente planen
2. Kontinuerlig dialog med koordinator i kommunen
3. Bidra med dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå – særlig ved endringer

Det skal sikres optimal grad av brukermedvirkning gjennom hele prosessen. I den utstrekning pasienten ønsker det, skal også pårørende trekkes inn i arbeidet.

Anbefaling 2 Individuell plan

Utarbeidet av.....i samarbeid med..... kommune

Planen tilhører:

Navn.....Født.....

Adresse.....Telefon.....

Planen gjelder fra (dato).....tilEvalueres (dato).....

Situasjonsbeskrivelse og informasjon om planens oppfølging

Kort om mål, ressurser og tjenestebehov.....

.....

.....

.....

.....

Ansvarlig for samordning og fremdrift

	Midlertidig koordinator spesialisthelsetjenesten	Koordinator i kommunen
Navn		
Arbeidssted		
Adresse		
Tlf/mobil		
E-post		

Overordnet målsetting:.....

Delmål	Tiltak	Dato for oppstart	Ansvarlig person og instans	Dato for evaluering	Kommentar

Underskrift bruker/tjenestemottaker:.....

Underskrift ansvarlig koordinator:.....

Eksisterende vedtak, planer og avtaler med ansvarspersoner

Vedtak, planer og avtaler	Ansvarlig person og instans	Gjelder for perioden	Dato for evaluering	Kommentar

Underskrift /bruker/tjenestemottaker:.....

Underskrift ansvarlig koordinator:.....

Anbefaling 3 Samtykkeerklæring

(Hentet fra Veileder til forskrift om individuell plan, Del II, s.31)

SAMTYKKE TIL UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN

Jeg vil at det utarbeides en individuell plan for meg. Jeg har forstått hva individuell plan er, og hva det innebærer å delta i ordningen. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake.

Samtykket gjelder f.o.m:

t.o.m:

Sted, dato:

Underskrift:

Evt. verges underskrift:.....

Jeg ønsker at en annen person skal delta sammen med meg:

Navn på person.....

Jeg samtykker i at plandokumentet kan distribueres til de personer som er medlemmer i ansvarsgruppa eller som skal yte bidrag ifølge planen. Det skal gis samtykke fra meg hvis andre personer enn de som er involvert i tjenestetilbudet har behov for plandokumentet.

Kap.2. Bakgrunnsinformasjon

2.1. Ansvar for utarbeidelse av individuell plan

Fire instanser er pålagt å utarbeide individuell plan etter gjeldende lovgivning. Det er sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene, herunder institusjoner innenfor det psykiske helsevernet, og arbeids- og velferdsforvaltningen. Det forutsettes at disse samarbeider der det er nødvendig og i samsvar med tjenestemottakers behov.

Den delen av tjenesteapparatet som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. (Se veileder for individuell plan, SHdir.)

Det skal alltid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. Dette innebærer for ansatte ved helseforetak (og private med avtale med Helse Øst RHF og underliggende foretak) at tjenesten, når en ser at en pasient/bruker vil ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, har plikt til å informere pasient/bruker om retten til IP. I slike tilfelle bør tjenesten utpeke en ansatt som har en midlertidig koordinerende funksjon med ansvar for å igangsette IP-arbeidet og etablere gode overføringsrutiner mot hjemkommunen.

Psykisk helsevern

Før 1. januar 2007 skulle alle pasienter i det psykiske helsevernet ha individuell plan. Ovenfor pasienter under frivillig vern kunne IP bare utarbeides med pasientens samtykke. I somatikken gjelder retten til IP bare for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne ulikheten er ikke funnet hensiktsmessig. Man ønsker å unngå stigmatisering, unødvendig byråkrati og manglende etterlevelse av kravene. Videre er det et overordnet mål å sikre like pasientrettigheter for alle pasientgrupper ved å likestille psykisk helsevern og somatikk.

OBS: Individuell plan vil derfor fra 1. januar 2007 være regulert på samme måte innen psykisk helsevern som i somatikken, slik at plikten og retten til individuell plan bare gjelder i forhold til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre er det i forskrift om individuell plan §5 bestemt at plan bare skal utarbeides når pasienten samtykker til det. Dette gjelder også for pasienter under tvungent psykisk helsevern.

2.2. Status for arbeidet med IP i Helse Øst

Ordningen med individuell plan er lovpålagt og innført for å bedre tilbudet til pasienter/tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det handler om langsiktig og samordnet tjenesteyting og medvirkning fra pasienter som har behov for tilbud fra flere tjenester og faggrupper.

Hovedmålsetningen er at alle som har rett til IP, og ønsker det, får igangsatt arbeid med IP. Det er stor variasjon i Helse Øst hva gjelder bruk av IP. Helse Øst RHF ønsker å bidra at alle kommer opp på et nivå for god praksis.

Det er gode eksempler i vår region når det gjelder bruk av individuell plan, men vi er samlet sett langt fra gode nok. Helse Øst RHF ser det som viktig - og har som mål - å sikre god praksis på området. Brukerrådskonferansen i Helse Øst 2006 pekte på individuell plan som et svært viktig virkemiddel til å sikre god samhandling og medvirkning for pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester.

Til tross for mangeårig lovkrav om IP, krav i bestillerdokumentet over flere år, mål i strategisk fokus og et tydelig bruker- og samhandlingsperspektiv, er ikke individuell plan oppfylt verken som mål eller virkemiddel.

Helse Øst RHF ønsker å øke innsatsen på arbeidet med IP ovenfor alle som har rett til IP, samtidig som arbeidet spesielt skal følges opp innen BUP, barnehabilitering, rus og rehabilitering. Målet er å øke bruken av IP, bedre samhandlingen og realisere individuell plan som et virkemiddel for et tilpasset tjenestetilbud for pasientene.

Helse Øst RHF utarbeidet i juli 2006 en intern handlingsplan som skulle legges til grunn for arbeidet med IP til begynnelsen av 2007. Denne rapporten er en oppfølging av handlingsplanen.

2.3. Dialogkonferanse med brukerne og deres organisasjoner

Helse Øst RHF arrangerer en årlig konferanse med brukerne og deres organisasjoner. I 2006 var bl.a. Individuell plan et av temaene for gruppearbeid.

IP må lages ut fra et brukerperspektiv, og brukerne og helsepersonell må ha kompetanse om IP som virkemiddel. Brukerens oppfatning må komme fram også der det er svært vanskelig for en offentlig instans å gi det ønskede tilbudet. Her ser organisasjonene at de kan bidra gjennom Lærings- og Mestringssentrene og gjennom organisasjonene.

Brukerne er av den oppfatning at det rutinemessig må gjennomføres samarbeidsmøter i forbindelse med overføring av ansvar og oppfølging av brukere med behov for koordinert og tverrfaglig oppfølging fra flere tjenesteytere.

2.4. Nasjonal status

Det er gjort mye på overordnet nivå for å sikre IP til alle som har krav på det. Problemene i praksis viser seg mest gjennom mangelfull informasjon og kunnskap om individuell plan.

1. *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialhelsetjenesteloven* ble revidert 1. januar 2005. Se <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20041223-1837.html>.
2. *Ny Veileder til forskriften om individuell plan* forelå januar 2005. Se http://www.shdir.no/pleieomsorg/publikasjoner/individuell_plan_veileder_29619
3. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) 2006-06-16, §15)
4. Etablering av koordinerende enhet for re-/habilitering i kommuner og foretak i henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13.

5. I *Bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet 2005* stod det at de regionale helseforetakene skulle sikre ivaretagelse av plikten til å utarbeide IP i samarbeid med kommunen for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I *Bestillerdokumentet for 2006* står det at Helse Øst skal sørge for at alle som har rett på individuell plan, og ønsker det, får tilbud om det.
6. Nasjonale kvalitetsindikatorer.
 - Psykisk helsevern:
 - Andel barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), (F 90 i ICD -10) som har fått individuell plan.
 - Andel voksne med diagnose schizofreni (F 20 i ICD -10) som har fått individuell plan.
 - Barnehabilitering:
 - Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.
7. Sosial- og Helsedirektoratet ga oppdrag til SINTEF om nasjonal mal IP for psykisk helse. SINTEF utarbeidet veileder, prosess og mal i 2003.
8. Helse- og Omsorgsdepartementet satte i oppfølgingen av "trikkedrapet" ned en *Task Force* som utarbeidet sjekklister for utskrivning og IP innen psykiske helsevern. Dokumentet *Krav til implementering av IP m.m.* kom 01. oktober 2004.
9. Andre nasjonale organisasjoner.

SKUR (Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering) har arbeidet systematisk med utvikling av gode metoder for IP-arbeid over mange år. Under prosjektet Samsynt og framsynt er det publisert en veileder/rapport om "Individuell plan og personlig koordinator". Veilederen retter seg primært mot kommunenes arbeid. Rapporten angir kriterier og kjennetegn til det en mener er god praksis i arbeidet med individuell plan/personlig koordinator. Under samme prosjekt er det også utgitt en veileder/rapport om "Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak" hvor en av oppgavene er å sikre gode systemer for individuelle planer. Rapportene kan bestilles eller skrives ut på www.skur.no

2.5. Forskrift om individuell plan (revidert 1.1.07)

I § 6 i Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialhelsetjenesteloven står det om ansvaret:

- Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.
- Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.
- Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

Hovedpunktene for hva IP skal inneholde er beskrevet i § 7 i forskriften. Sitat:

- a. en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften i arbeidet med planen,
- d. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. 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 samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

2.6. Erfaringskonferansen

Erfaringskonferansen 20.oktober 2006 hadde som mål:

- å avklare hva som er de største utfordringene fremover
- definere suksesskriterier for å lykkes med arbeidet
- utarbeide sjekkliste(r) for god praksis som skal kunne brukes til egenkontroll/interne revisjoner og oppfølging
- finne felles måltall/indikator for IP.

Erfaringskonferansen skulle resultere i denne rapporten for oppfølging i HF-ene/sykehusene med driftsavtale.

2.6.1 Kartlegging på forhånd

For å sikre størst mulig utbytte av konferansen, ba vi HF-ene/sykehusene med driftsavtale på forhånd svare skriftlig på følgende spørsmål:

Spørsmål:

1. Hva er de viktigste generelle utfordringene i arbeidet med IP?
2. Hva er de viktigste utfordringene i arbeidet med IP innen BUP, barnehabilitering, rus og rehabilitering?
3. Beskriv hva dere mener vil være god praksis / suksesskriterier generelt, og spesielt innen BUP, barnehabilitering, rus og rehabilitering. Bruk gjerne eksempler.
4. Legg ved forslag til enkel sjekkliste for god praksis på IP generelt, og innen BUP, barnehabilitering, rus og rehabilitering. Få med både systemnivå (leders ansvar) og individnivå (behandler).
5. Forslag til måltall/indikatorer generelt for IP og for IP innen BUP, barnehabilitering, rus og rehabilitering.

Resultatene av kartleggingen ble sammenfattet og brukt som grunnlagsdokument under gruppearbeidet på erfaringskonferansen. Se vedlegg 1.

2.6.2 Gjennomføring av erfaringskonferansen

Erfaringskonferansen kan oppsummeres slik:

Målet med konferansen var å komme frem til hva vi i Helse Øst mener er god praksis i arbeidet med IP. Kommunene var ikke invitert denne gangen. Vi ønsket først å konsentrere oss om hvordan vi selv kan sikre god praksis, slik at vi lettere kan samarbeide med kommunene. "Du må kjenne deg selv for at andre skal kunne vite hvem du er." Vi skulle også komme frem til måltall/indikatorer for å kunne se om god praksis følges opp i 2007.

Målgruppen for konferansen var inntil 6 personer HF-ene / private sykehus med avtale (fra toppledelsen, koordinerende funksjon og fra divisjoner innen de områder som skal særlig prioriteres, BUP, barnehabilitering, rus og rehabilitering)). Brukerrådet for HØRHF, FFO region Øst, SAFO Helse Øst og regiontillitsvalgte var også invitert.

Erfaringskonferansen startet med et innlegg fra Brukerrådet der leder Jon Storås "tente" forsamlingen med sitt innlegg om formålet med IP sett fra tjenestemottakerens ståsted. Storås la vekt på at IP er en utviklet form for ansvarsgruppe der pasienten likestilles med de øvrige tilretteleggerne. IP er et samhandlingsverktøy for bedre fellesskap, IP handler om samhandling rundt og med den enkelte pasient. IP er et fantastisk verktøy, og god informasjon og kunnskap om IP vil føre til at alle som trenger det, vil ha det. Ta den det gjelder på alvor, bygg relasjoner, vær konfronterende, - og med det møt brukerne/pasientene med respekt.

Deretter hadde HF-ene/sykehusene med avtale korte innlegg der de la vekt på suksesskriteriene innen rus, barnehabilitering, BUP og rehabilitering. En løsningsorientert forsamling ga konferansen god stemning. Alle bidro til å se fremover mot god praksis. Arbeidet byr selvfølgelig på store utfordringer, men vi må ha tro på at vi skal få det til.

Noen har kommet veldig langt og gjør en kjempejobb, mens andre sliter. Kunnskapen om, og forståelsen av formålet med individuelle planer varierte blant de som representerte helseforetakene. Helse Øst RHF ønsker å bidra til at alle kommer opp på et nivå som sikrer at de som har rett til IP, og ønsker det, får tilbudet.

Utfordringer eller hindringer er det i massevis, det viste forhåndskartleggingen før konferansen. Det har vi oversikt over. MEN, for å komme videre må vi se etter løsningene. Forsamlingen ga det klare budskapet om at veien frem må handle om enkle, kloke løsninger. I praksis betyr det en enkel sjekkliste som huskeliste for igangsetting av planprosessen og et helt enkelt skjema for utfylling ved oppfølging av den enkelte pasient. Det ble utarbeidet forslag til slik sjekkliste og mal/skjema under konferansen. Disse er viktige innspill til arbeidet videre. Et annet sentralt suksesskriterium som kom frem under diskusjonen, var opplæring av koordinatorene. Det bør organiseres bedre.

Resultatet av forhåndskartleggingen og erfaringskonferansen skal danne grunnlag for oppfølgingen i HF-ene / sykehusene. Målet var å komme frem til en samlet, men enkel anbefaling for god praksis som HF-ene / sykehusene kan følge i 2007, og måltall/indikatorer som viser fremdriften i arbeidet hele neste år. Et ordtak sier: "Det du fokuserer på, utvikler du." Ved å rette blikket mot mulighetene, skal vi lykkes med individuell plan!

Kap.3. Oppfølging

Under erfaringskonferansen ble det mye fokus på at spesialisthelsetjenestens rolle vil være annerledes enn kommunens rolle, men at vi har et felles ansvar i å sikre samordnede og koordinerte tjenester. Liggetiden i sykehus vil i de fleste tilfeller ikke gi rom for fullstendig utforming av individuelle planer. Planprosessen må vanligvis forankres i kommunen, og utfordringen ligger i å etablere samarbeidet med kommunen på et så tidlig tidspunkt som mulig for igangsetting av arbeidet. Det ideelle vil være å koble på en kommunal koordinator mens pasienten er inneliggende i sykehuset, og som ansvarlig for skriving av planen vil da denne benytte kommunens maler.

Det ble likevel foreslått å lage et enkelt skjema for selve den individuelle planen til bruk i de tilfeller hvor det er aktuelt at det skrives en plan mens pasienten er ved helseforetaket. Den kan brukes for alle pasientgrupper som skal ha IP. Se Anbefaling 2 *Individuell plan*. Skjemaet skal utarbeides i A5-format med Helse Øst sin logo elektronisk for trykket versjon på fast papir. De HF som allerede har tilsvarende egne skjema i bruk, kan fortsatt bruke disse. (Skjemaet for individuell plan er utarbeidet med utgangspunkt i malen SINTEF Unimed utarbeidet for psykisk helse utarbeidet av med støtte fra Sosial – og helsedirektoratet).

Det ble også bedt om at det utarbeides et standard samtykkeskjema til bruk for helseforetakene i Helse Øst. Vi anbefaler å bruke samtykkeerklæringen som er laget som eksempel i *Veileder til forskrift om individuell plan*, Del II, s.31)
Se Anbefaling 3.

Erfaringskonferansen anbefalte at relevante punkter hentes fra sjekklisten for god praksis (system) og brukes som mål/indikator. Som eksempel ble nevnt at man med jevne mellomrom kan rapportere på antall pasienter som er informert om retten til IP, antall innhentede planer for dem som allerede har plan eller antallet pasienter som har fått utformet planen sammen med pasient og koordinator.

Innen barnehabilitering er den nasjonale indikator: *Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven*. Problemet med en slik indikator er at den forutsetter at alle punktene i § 6 i forskriften er oppfylt, noe som i mange tilfeller vil strekke seg utover den tiden hvor pasienten er inneliggende. Det kan føre til at det legges mest vekt på kvantitet og mindre vekt på brukermedvirkning og kvalitet.

3.1. Forslag til måltall / indikator i 2007 i Helse Øst

Forslag til indikator: *Antall pasienter med individuell plan*.

Registreres i de pasientadministrative systemene. (Kriteriet for registrering er at pasienten har en individuell plan eller at planarbeidet er påbegynt gjennom at det under kontakten med spesialisthelsetjenesten er etablert et forpliktende samarbeid med kommunen/aktuelle samarbeidspartnere om individuell plan.)

3.2. Interne prosedyrer

Alle helseforetak skal ha en overordnet prosedyre for arbeidet med individuelle planer i sitt kvalitetssystem.

3.3. Kampanje i Helse Øst i 2007

Individuell plan blir en av de store satsningene i Helse Øst i 2007. Det planlegges en kampanje-lignende satsning som beskrives i egen sak til ledergruppen, direktørmøtet, brukerrådet og de regiontillitsvalgte i Helse Øst. Saken legges frem sammen med denne rapporten om IP.

Vedlegg 1 Svar på de 5 spørsmålene før erfaringskonferansen.

Dette er resultatet av kartleggingen før erfaringskonferansen, sammenfattet og brukt som grunnlagsdokument under gruppearbeidet på konferansen:

1. Hva er de viktigste generelle utfordringene i arbeidet med IP:

1. Felles kunnskap og spredning av kunnskap om IP til personalet og pasienter/pårørende. Kjennskap til lovverket.
2. Kan være vanskelig å avdekke behov for IP. Hvem som har nytte av plan etter utskrivelse. Gi pasienten et reelt valg. Forholdet mellom igangsetting og forankring. Gjelder utfordringen i at behov avdekkes et annet sted enn der det skal følges opp.
3. Mange tror arbeidet er mer omfattende enn det er.
4. Ledelsens engasjement. Koordinerende enhet i sykehuset en utfordring.
5. Skriftlige rutiner, systemer for opplæring, relevante arbeidsredskaper integrert i avdelingenes systemer.
6. Hvem tar hovedansvaret? Plassere og fordele ansvar.
 - a. Hvem tar initiativ til første møtet i ansvarsgruppen?
 - b. Hvem tar initiativ til utforming av planen?
7. Problem å samle de viktigste aktørene i planprosessen. Skal det oppnevnes ansvarsgruppe?
 - a. Hvem skal delta i gruppen?
 - b. Hvor ofte skal den møtes?
 - c. Møtes gruppen nok?
 - d. Settes av nok tid?
 - e. Blir pasientens mål nådd?
 - f. Når og hva skal man evaluere?
8. Godt samarbeid med 1.linjen om organiseringen av IP.
9. Manglende entydig henvendelsessted ute. Særlig ved behov for samarbeid med flere aktører ute. Vanskelig å finne koordinatorene ute. Utfordring å få tilgang på koordinatorene som kan starte samarbeidet med sykehuset under oppholdet. Utfordring å få overført det engasjement som har startet opp under oppholdet og mobilisert den ekstra innsats som koordinatorsansvar innebærer. Noen kommuner mener det via IP fra spesialisthelsetjenesten skapes forventninger kommunen ikke kan innfri. Ønsker derfor å holde dette på kommune/bydels-plan.
10. Tid og ressurser. Kort liggetid i spes. helsetjenesten. Vanskelig å integrere spes. helsetjenestens arbeid i planene.
11. Hvem skal ha IP? Alle som har behov for flere kommunale tjenester?
12. Ulik forståelse av begrepet IP. IP skal ikke være en behandlingsplan.
13. Alle bør ha felles oppfatning av arbeidet, hensikten og viktighet og enhetlig praksis.
14. Alle parter bør signere og ansvarsforhold være klart beskrevet. Ansvarsfordeling og samarbeidsrelasjoner mellom spesialisthelsetjeneste og primærapparat og andre etater (f. eks. NAV). Gjelder å få tilstrekkelig grad av felles oppfatning om hva IP er og hvordan ansvarsdelingen bør være. Innholdet i planen skal gjenspeile et reelt samarbeid mellom pasient, ansvarlig kontaktperson i kommunen og ansvarlig behandler i eks. Divisjon Psykisk helsevern.
15. Oppmøte ved revidering av planen.
16. Aksept for pasientens medvirkning og reell medvirkning.
17. Kvalitet på innholdet i IP.
18. Få pasienter har IP når de kommer til sykehuset.
19. Takstsystemene bør belønne arbeid med IP.

20. Innenfor øvrige deler av spesialisthelsetjenesten som ikke har faste tverrfaglige team er identifisering av behov foreløpig den største utfordring. Ved kort liggetid og høy grad av spesialisering er det utfordrende å være våken for pasientens livssituasjon og kompliserende komponenter i behandling og rehabilitering. Øynene lukkes for forhold som allikevel ikke kan følges opp.
21. Spesielt viktig at det etableres skriftlige rutiner mellom de ulike DPSene og deres kommuner i samarbeid med brukerorganisasjonene.
22. Samhandling mellom ulike profesjoner og etater på flere nivå.
23. Ulike modeller for IP. Vanskelig å få enhetlig praksis 1-2-linjen.

Suksess-kriterier:

1. Godt og avklart samarbeid og funksjonsfordeling mellom 1. og 2.linjen.
2. Optimal brukermedvirkning/styring.
3. Godkjent prosedyre for IP som følges og evalueres. Felles mal 1. og 2. linjen.
4. Alle parter undertegner planen.
5. Planen utarbeides av pasient og koordinator. Planen er konkret uten for mye innhold.
6. Jevnlige ansvarsgruppemøter med revisjon av plan.
7. Klart språk.
8. Felles kompetansehevingstiltak mellom 1. og 2.linjen (via rehab-nettverket).
9. Tverrfaglig epikrise som grunnlagsdokument for IP.
10. Ta stilling til behov for IP på pasientens miniteam-møte.
11. Tydelig kommunikasjon til kommunene om behovet for IP.
12. Få dyktige koordinator tidlig.
13. Gjøre en IP bindende i det pasienten har fått beskjed om hvordan hjelpeapparatet kan møte dennes behov.
14. Ansvarsgruppemøtets referat bør være en del av IP. Dersom en IP brukes i ettertid etter at planen er laget, er at en kan registrere og aktivt bruke IP informasjon ved inntak og ved overføring/utskriving
15. Positiv holdning til IP.
16. Kommunikasjon om IP allerede i henvisning. IP legges ved henvisning.
17. Langsiktig tenkning, kontinuitet.
18. Delaktighet i samarbeidsmøte i forkant av innleggelsen viktig for og klarlegge IP. Hva skjer etter innleggelse. Skal ha et tilbud i etterkant.
19. Møteplikt.
20. Ledere må opplæres til IP og ta sitt ansvar. Det utarbeides prosedyrer og arbeidsredskaper som er hensiktsmessige. Disse integreres i avdelingens etablerte rutiner for rehabiliteringsprosessen. Ledere på enhetsnivå tar spørsmålet opp i konkrete pasientsaker når mål, tiltak og oppfølging diskuteres i tverrfaglige fora.
21. Systemer for opplæring. 1-2 ganger årlig. I faggruppemøter må IP være tema oftere, spesielt i grupper med stor andel deltidsstillinger og turnusarbeid. Det undervises i lovverk og forskrifter og gjennomgår bruk av relevante prosedyrer og skjemaer. Enhet/avdeling etablerer ressurspersoner for IP (ansvar for revisjon av prosedyre, kan rådspørres i konkrete pasientsaker, samt samarbeider med ledelse om undervisningsbehov og system for opplæring).
22. Drøfting og utvikling (involvering). Det drøftes kasuistikker i personalgruppa. Oversikt og involvering i egen rehabiliteringsprosess. I drøftingene framkommer ideer til justering av rutiner, prosedyrer og skjemaer. Disse endres i henhold til konsensus i personalgruppa om hva som er hensiktsmessig praksis.
23. Arbeidsredskaper/skjemaer. Viktig at arbeidsredskapene/skjemaene er utformet slik at personalet blir minnet på sitt ansvar og enkelt kan ivareta dette gjennom etablerte skjema. Arbeidsredskapene integreres på en naturlig måte i avdelingens vanlige rutiner; Utarbeidet informasjonsmateriale (info-brosjyre og veileder) er tilgjengelig i alle enheter og lettvisst plassert i forhold til arbeidsplasser.

Utfordringene innen BUP:

1. Å få pasienten til aktivt å ta del i utformingen av IP.
2. Å få IP som naturlig del av behandlingsarbeidet, detaljerte rutiner.
3. At det som står i IP virkelig gjennomføres.
4. Pasienten er så kort tid på sykehuset at det blir ikke tid til å utarbeide planen, men må overlates til 1.linjen.
5. Å få andre instanser til å ta ansvar og finne tidspunkt for utarbeidelse av IP.

Suksess-kriterier:

1. Bruke planen aktivt i ansvarsgruppesammenheng.

Utfordringene innen barnehabilitering:

1. Hvilken instans skal ha hovedansvaret for arbeidet med IP. Kommunen har de aller fleste ytingene.
2. Fungerende rutiner for initiering av IP.
3. Kjennskap til utarbeidede prosedyrer og skjemaer til bruk for IP. Få disse nye rutinene inn blant etablerte rutiner i en travel hverdag.
4. Å nå ut til alle i turnusarbeid og små deltidsstillinger med opplæring om IP
5. Kunnskap, engasjement og ansvarsfølelse fra ledere på alle nivå.
6. Spes. helsetjenesten bør brukerne nivå-kategoriseres fra 1-3. Kun på nivå 3 med de mest kompliserte sakene, vil det være hensiktsmessig at spes.helsetjenesten har en sentral rolle som medspiller i IP.
7. Nivå 3 aktiverer ansvarsgruppe og IP.

Suksess-kriterier:

- Se eget oppsett fra Østfold: Initiering, utarbeidelse, distribusjon og oppbevaring av IP. Uarbeidet i samarbeid med kommunen.
- Brev sendes brukeren sammen med innkalling første gang (oversatt ulike språk). Svar reg. av sekretær. Hvis ja, skannes inn, hvis nei, vurdere rett, spørre og informere. Saksansvarlig tar kontakt med bydel for oppstart IP.

Utfordringene innen rus:

1. Vanskelig å snakke med pasienter med alvorlig psykisk lidelse og aktiv rusproblematikk. Mange er ikke interessert, forstår ikke og greier ikke konsentrere seg om dette over tid. Det gjenspeiler personalets syn. Mange med psykoser vil ikke ha noe med dette å gjøre.
2. Pasienten vil ikke åpne seg eller forplikte seg for samarbeid mellom involverte i hjelpeapparatet. Dette er en metodisk utfordring.
3. Behandler i spesialisthelsetjenesten (for eks på Ruspoliklinikken) er ofte den med mest kontakt med pasienten og får ofte koordineringsansvar. Tar mye tid.
4. Bør koordinatoransvaret ligge hos den delen av hjelpeapparatet som vil være mest stabilt og over tid. I noen tilfeller bør pasienten selv være koordinator.
5. Til tider vanskelig å få 1.linjen til å ta sitt ansvar.
6. Må bruke tid sammen med pasienten for å få eierforhold til IP.
7. Kan være mange som ikke har oppfølging fra flere tjenesteytere.

Suksess-kriterier:

- Tidlig info til pasient om rettigheter til IP.
- Tverrfaglighet og kompetanse i ansvarsgruppen.
- Motivasjon hos samarbeidspartnere.
- Svært detaljerte og godt operasjonaliserte planer.

- Involvering og eierforhold hos pasienten. Kan ta lang tid.
- Fremgag i planen.
- Bedre med gode planer til de som trenger det enn dårlige til alle.

Utfordringene innen rehabilitering:

1. Yngre slagpasienter har kanskje behov for IP. Men de overflyttes til andre rehab.institusjoner. IP ikke aktuell før koordineringsbehovene er avklarte.
2. Felles forståelse av rehabilitering.
3. Mange pas vil ikke ha IP, bruker mye tid på å motivere.
4. Uavklarte behov og ukjent i kommunen – mangler inngangsbillett.
5. Planen må være klart formulert, gjerne med pasientens egne ord, klare, konkrete realistiske mål.
6. Må ofte skrive dobbelt opp – skjema og journal.
7. Oppdatering er en utfordring.
8. Utfordring å få stabil koordinatør og ansvarsgruppe i kommunen.
9. Utfordring å få pasienter med på møter.
10. Forståelse for innholdet i loven sett i sammenheng med hensiktsmessig rehabilitering
11. Fungerende rutiner for initiering av IP.
12. Kjennskap til utarbeidede prosedyrer og skjemaer til bruk for IP. Få disse nye rutinene inn blant etablerte rutiner i en travel hverdag.
13. Å nå ut til alle i turnusarbeid og små deltidsstillinger med opplæring om IP
14. Kunnskap, engasjement og ansvarsfølelse fra ledere på alle nivå.
15. Forståelse for innholdet i loven sett i sammenheng med hensiktsmessig rehabilitering
16. Særlige utfordringer med å identifisere behov innenfor rehabilitering. Muligheten for å se og artikulere behovene er større ved de spesialiteter der tverrfaglig tilnærming er en del av tilnærmingen (rehabilitering og geriatri, pediatri, spesialisert smertebehandling) enn der fokus er på mer spesialiserte medisinske/kirurgiske intervensjoner.
17. Ved de spesialiserte rehabiliteringsavdelingene er erfaringen at ved ca. 25 % av utskrivningene er det behov for nettverksmøte for å planlegge tiden etter utskrivning sammen med formelt og uformelt nettverk. Dette anses som tilstrekkelig for å ivareta pasientens behov. I mellom 5 og 10 % av tilfellene tas det initiativ til individuell plan som skal forankres, følges opp i kommune eller bydel. Erfaringene med oppfølgingen har vært ujevn. I mange tilfeller blir initiativet ikke fulgt opp, noe som senker motivasjonen for nye initiativ.
18. Utfordringen er å understreke og tilrettelegge for pasientens medvirkning og utforming av videre forløp der hans/hennes mål blir styrende for planen – dvs. overordnet spesifikke behandlingsplaner.

Suksess-kriterier:

- For de som ikke vil ha IP, bør det fremgå hvem som er behandlingsansvarlig, nettverk i familien og offentlig hjelpeapparat.
- Se generelle suksess-kriterier.
- Pasienten har tilgang til info om IP.
- Kontrollspørsmål for teamet om hvorvidt IP er aktuelt
- Melde pas's ønske/behov til rett kommunal instans.
- God IP-prosess i sykehuset.
- Dokumentasjon/maler.

Sjekkliste

Eksempel 1:

- Registrere behovet for individuell plan gjennom året: **sosionomavdelingen**.
- Registrere og dokumentere behovet for individuell plan ved inntakssamtalen: **avdelingsleder**.
- Informasjon og opplæring til ansatte som skal kjenne til bruk av individuell plan: **sosionomavdelingen**.

Eksempel 2:

Pasientansvarlig lege (PAL), pasientkontakt /koordinator (PK) pasientansvarlig sykepleier (PAS)

Elementer	Ansvar	Ansvar pasient/pårørende	Ansvar kommune/bydel	Tidspunkt og tidsfrister
Brosjyre om IP	Utleveres av PK			
Avklare behov for IP	PK /PAS		(evt. ønske fra komm./bydel)	1. vurdering
Informasjon om IP til pasient/pårørende	PK / PAS			Etter 1.vurdering
NEI til IP fra pasient	PK/ PAS	Kan be om IP senere.		IP-arbeid stoppes
JA til IP fra pasient: Samtykkeerklæring Brev til kommunen	PK/PAS innhenter samtykke, gir evt. hjelp til å sende brev	Pas. underskriver	Mottar, oppnevner personlig koordinator.	Brev sendes snarest. Retur innen 2 uker
Tlf kontakt med kommunen om de har mottatt henvendelsen	PK/PAS			Tlf kontakt hvis ikke brev er kommet tilbake innen 2 uker
Evt. samtykke fra pårørende (hvis pas. ikke kan samtykke selv)	- som over	Pårørende skriver under samtykket	- som over	Ved første besøk eller via post. (Tar lang tid!)
"Forarbeid Individuell plan" til og med tverrfaglig rapport	PK/PAS	Pas.(pårør.) er med i prosessen	Mottar og samhandler: telefon / møter	Etter 1 vurdering
Journalnotat med presisert hovedpunkter og avtaler	PAL sender ut	Pårørende. inviteres til komm.møte	Forbereder og deltar i møte, mottar journalnotat	Ved kommunemøtet (se rutineliste for samarbeidspartner utenfra)
Ukeplan hjem	PK/(teamet)		Mottar evt. en ukeplan	Ved utskrivningsmøte

Ferdig utfylt forarbeide til IP	PK/(teamet)	Originalen tilhører pasienten	Mottar kopier om pasienten har samtykket	1 dag før utskrivelse
Oppbevaring av forarbeide til IP	PK/PAS legger kopi i journal			1 dag før utskrivelse

Eksempel 3:

System: Lagt til rette for ansvarsgrupper, tid til koordinatarbeid, rubrikk for IP på el. journal.
Behandler: Kunnskap om IP, rutine for målformulering med pasienten, IP fast agenda på ansvarsgruppemøte, alle undertegner.

Eksempel 4:

Hab/rehab:

- Tilgjengelighet til lovverk, forskrifter, infomateriell, prosedyrer og arbeidsredskaper
- Prosedyre: Enkel og forståelig prosedyre tilpasset den enkelte enhet. Tilpassede arbeidsredskaper/skjemaer. Systemer for dokumentasjon. Ansvarspersoner for dette.
- Ressurspersoner i personalgruppa som har kunnskap og engasjement i forhold til IP. Konkretisere arbeidsoppgaver for denne.
- Ledelse med ansvar og engasjement. Samarbeide med opprettede ressurspersoner. Systematisert gjennom lederlinjen
- System for opplæring, og for gjentakelse av denne. Inngår i årshjulet.
- Dokumentasjon: Tydelig beskrivelse for behandlers ansvar og oppgave samt dokumentasjon av dette.

Rus og BUP:

- Finns det et påbegynt dokument?
- Hvem er naturlig koordinator
- Hvilket ansvar tar den enkelte bidragsyter
- Hva betyr ansvar
- Realistiske mål.

Eksempel 5:

Barnehabilitering

a. Systemnivå

- At det er etablert en god prosedyre på barnehabiliteringens arbeid med IP
- At IP som tema/ og avdelingsinterne rutiner løftes fram/ settes på dagsorden i interne felles faglige møter 2 ganger årlig.
- At avvik håndteres i tråd med regler om avvikshåndtering

b. Individnivå

- At saksansvarlig behandler følger prosedyre og dokumenterer arbeidet etter vedtatt prosedyre i Habildata og på eget skjema.
-
- Følgende forhold skal dokumenteres av saksansvarlig i tjenestemottakers journal:
 - Om tjenestemottaker har individuell plan
 - Vurderingen av om tjenestemottaker fyller kriteriene for å ha rett til individuell plan eller ikke

- iii. At tjenestemottaker har fått informasjon om retten til individuell plan og om hva individuell plan innebærer
 - iv. I tilfeller der det vurderes som mest hensiktsmessig å avvente oppstart av individuell plan må vurderingen av dette dokumenteres
 - v. Fremdriften i arbeidet med individuell plan journalføres i tråd med vanlige journalføringsrutiner i seksjonen
 - iv. Saksansvarlig skal utføre registrering om individuell plan i Habildata som er laget med bakgrunn i pålagt rapportering til Norsk pasientregister.
 - v. Avvik dokumenteres og meldes leder.
- Brev sendes brukeren sammen med innkalling første gang (oversatt ulike språk). Svar reg. av sekretær. Hvis ja, skannes inn, hvis nei, vurdere rett, spørre og informere. Saksansvarlig tar kontakt med bydel for oppstart IP.

Eksempel 6:

Sjekkliste på systemnivå:

1. Finnes det rutiner for å kartlegge og dokumentere pasientens opplevelse av hvordan sykdom/behandling virker inn på hans/hennes livssituasjon?
2. Finnes det tverrfaglige møtepunkter som kan øke oppmerksomhet og beredskap. Drøfte handlingsmuligheter og fordele ansvar?
3. Er det samhandling med kommunehelsetjenesten og andre etater vedr. felles bruker?
4. Finnes et system for internkontroll vedr. disse punktene?

Sjekkliste på individnivå:

1. Hvordan spiller sykdom/behandling inn på pasientens livssituasjon?
2. I hvilken grad vil tap eller trussel om tap påvirke funksjon og livsutfoldelse?
3. Er det sammensatte problemer – for mange eller for få involvert?
4. Er det usikker eller dårlig prognose – der pasient/pårørende har behov for kontroll og forutsigbarhet på det som kan kontrolleres?

Eksempel 7:

Handlinger med utgangspunkt i overordnet prosedyre for Individuell plan:

I gangsette planprosess:

1. Vurdere behov for langvarige og koordinerte tjenester
2. Sjekke om vedkommende allerede har en plan
3. Informere om retten til IP
4. Innhente informert samtykke – dokumenteres på eget skjema
5. Etablere kontakt med kommune / samarbeidspartnere
6. Initiere at det utpekes koordinator
7. Samarbeidsmøte / nettverksmøte
8. Bidra med dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå
9. Utforming av planen sammen med pasient og koordinator

Når pasienten allerede har en plan – (pkt 2):

1. Innhente planen
2. Kontinuerlig dialog med koordinator
3. Gi innspill til planprosessen med utgangspunkt i sykdomsutvikling

Eksempel 8:

- Arrangere jevnlige møter mellom ledere i kommunene og ledere og ansvarlige for oppfølging av IP i foretaket.
- Arrangere felles opplæring for ansatte i kommunen og foretak.
- Arrangere halvårlige erfaringskonferanser.
- Bli enige om felles IP mal i foretak og kommune?
- Koordinator opplæring, foretaket stiller med gruppeveileder i kommunen og foretaket. Medisiner, hvem har ansvar for forskrivning
- Hvem er behandlingsansvarlig i kommunen og i foretaket?
- Hvem har kopi etter samtykke fra pasienten?
- Oversikt over pårørende
- Gyldighetsperiode.
- Kortsiktige mål.
- Langsiktige mål.
- Varselssignaler
- Anbefaling av pasientens egne tiltak (meddele fare for tilbakefall, evt. å øke medisin dosen etc.).
- Krisebredskap med forslag om hvem skal kontaktes, navn og tlf. nummer.
- Anbefalt kontakt hyppighet med fastlegen evt. første timeavtale der det ikke er etablert kontakt.

Eksempel 9:

- God informasjon til pasient vedr. IP og rettigheter
- Utredning av behov og av pasientens ønske for koordinering av tjenester
- Utredning av pasientens mål, ressurser og behov.
- Realistiske mål.
- Detaljert og god operasjonalisering av mål og tiltak.
- Kopi til alle i ansvarsgruppe.
- Jevnlige ansvarsgruppemøter der oppfølging av planen evalueres.
- Gode samarbeidsavtaler på systemnivå mellom ulike instanser
- Samarbeid/kontakt mellom ulike instanser (for eksempel 1. og 2. linje) på ledernivå.
- Belønning av arbeid med IP.

Eksempel 10:

- Se SKUR mai 2006.

Eksempel 11 – BUP:

1. Hvem skal ha plan?
2. Kan eksisterende planer godkjennes som IP?
3. Koordinator.
4. Oppstart og ansvarsdeling.
5. Selvstendig ansvar.
6. Bedre med kort plan.
7. Barn over 7 år rett til å bli hørt.
8. Samtykke.
9. Bruk av skjema.
10. Lages på alle aktuelle saker?

Måltall

Forslag til måltall/indikator generelt for IP og for IP innen BUP, barnerehabilitering, rus og rehabilitering:

- Prosessmål. IP er ingen statisk plan. Revidering og evaluering av planen underveis.
- Ansvarsgruppe/samarbeidsmøter. Hyppighet av samarbeid i form av møter eller telefoner.
- Pasienttilfredshet med planen/samarbeidet.
- Mål på om pasienter får informasjon om IP og om egne rettigheter ifht IP.
- At en plan er laget i seg selv, er ikke en god indikator for godt IP arbeid.

Generelt:

- Bør bruke "Påbegynt IP", evt. en indikator som viser at IP er i bruk. Bør ikke bruke "Ferdige IP".
- Måle tilfredshet, bedring av situasjon og livskvalitet.
- Måle mer enn antall IP, også antall møter og kontaktpunkter.

Rehab:

- Antall utarbeidet IP (første gang) og hvor mange som er i behov av langvarig koordinerte tjenester. Antall reviderte IP (aktivt i bruk).
- Info om IP er synlig for pas.
- Person(er) i teamet dokumenterer at teamet har vurdert IP i enkeltsaker.
- Arbeidet med IP er konkretisert i avdelingens handlings- og virksomhetsplan.
- Koordinerende enhet er synlig og tilgjengelig for aktuelt helsepersonell.

Bør bruke:

- Oppstart og etablering av planprosess som minimum innebærer informasjon, samtykke, initiering av samarbeid ovenfor kommunen/ samarbeidsmøter og sikring av oppfølging og ansvar videre.

Forslag barnehabilitering:

- at planer blir etterspurt ved henvendelse til barnehabiliteringstjenesten
- at habiliteringstjenesten tar initiativ til IP for pasienter i gruppe 3
- at planer blir utarbeidet
- at planer blir brukt
- at planer blir justert
- at avdelingsinterne prosedyrer om IP følges

Barnehab/rehab:

- Hvor mange i rehabavd/ambulant tjeneste som gis informasjon om rett til IP.

BUP og rus:

- Hvor mange har IP. Kan være misvisende i BUP. Ofte gjennomføres koordinerende tiltak uten IP. Bør se behov for IP og måltall i sammenheng.
- Hvor ofte er det gjort endringer
- Er planen i aktiv bruk
- Hvor mange av impliserte parter har konkrete oppgaver i forhold til IP.

Rehabilitering:

- Antall pasienter som avslutter behandling fra medisinsk rehabilitering med initiering av IP.

"Antall dokumenterte initiativ til IP"



Helse Øst RHF (regionalt helseforetak) er en av fem statlige helseforetaksgrupper og har fra 1.1.2002 ansvar for spesialisthelsetjenestene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold.

Helse Øst er landets største helseregion med 1,7 millioner innbyggere som er drøyt 35 prosent av landets befolkning. Helse Øst-gruppen har 31 000 medarbeidere og et årlig budsjett på 25 milliarder kroner.

Helse Øst RHF er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehusstilbudet i regionen, og er eier av helseforetakene i hele regionen.

Helse Øst RHF holder til på Hamar og har omlag 60 medarbeidere.

Virksomheten er organisert i ett morselskap; Helse Øst RHF og 8 datterselskap (7 helseforetak og ett apotekselskap som eies sammen med Helse Sør RHF).

Dette utgjør Helse Øst-gruppen:

- Aker universitetssykehus HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehuset Asker og Bærum HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Østfold HF
- Ullevål universitetssykehus HF
- Sykehusapotekene ANS

Private ikke-kommersielle sykehus som Helse Øst har avtale med:

- Diakonhjemmet Sykehus AS
- Revmatismesykehuset AS
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Martina Hansens Hospital AS

I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus og privatpraktiserende spesialister etter avtale med Helse Øst RHF



HELSE ØST

Postboks 404 – 2303 Hamar
Telefon 62 58 55 00
postmottak@helse-ost.no
www.helse-ost.no