



SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

Veileder

Kortutgave av veileder for individuell plan 2001

INNHOLD

1. INNLEDNING.....	3
2. HVA SKAL EN GJØRE OG HVOR SKAL EN HENVENDE SEG?	3
3. GANGEN I PLANPROSESSEN.....	4
<i>Starten</i>	3
<i>Kartleggingen</i>	4
<i>Koordineringen</i>	5
<i>Slutføringen</i>	6
<i>Oppfølgingen</i>	6
4. PLANEN SOM PRODUKT	7
5. TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE	7
6. KLAGE.....	8

1. INNLEDNING

Personer som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Når det gjelder mennesker som er omfattet av det psykiske helsevern (spesialisttjenesten), er alle gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten er regulert i pasientrettighetsloven § 2-5, med utfyllende regler i "Forskrift om individuelle planer". Plikten til å utarbeide individuell plan er forankret i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, samt psykisk helsevernloven § 4-1. Hovedregel er at brukeren skal samtykke til utarbeidelse av individuell plan, unntaket er pasienter under tvunget psykisk helsevern.

Forskrift om individuelle planer trådte i kraft 1. juli 2001. Den er forpliktende for helsetjenestene uavhengig av forvaltningsnivå, jf. § 5 i forskriften, og har konsekvenser for andre instanser og etater. En individuell plan griper over alle tjenestemråder og forvaltningsnivå, og bør omfatte alle tjenester og ytelser en person med langvarige og sammensatte behov trenger for å kunne leve et aktivt og selvstendig liv. Når barn har behov for sammensatte tjenester, vil planen også måtte omfatte tjenester overfor familien.

Det hjelper lite å ha en god individuell plan som beskriver tjenestene, dersom dette ikke følges opp i praksis. For den enkelte bruker er det tilbudet som er viktig. Planleggingen er imidlertid et viktig virkemiddel for å sikre at hvert enkelt tilbud blir best mulig, og at det samlede tjenestetilbudet framstår som helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset.

2. HVA SKAL EN GJØRE OG HVOR SKAL EN HENVENDE SEG?

Det bør finnes én instans i kommunen som er gitt et spesielt ansvar både for å vurdere hvem som har behov for, og rett til, en individuell plan. I forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13, pålegges kommuner og fylkeskommuner et ansvar for å se til at det finnes en koordinerende enhet innenfor habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Denne enheten skal være synlig og tilgjengelig for alle – både brukere og fagfolk. Individuell planlegging og (re)habilitering er begge tverrfaglige og tverretatlige virksomheter som legger sterk vekt på brukermedvirkning, og en helhetlig tilnærming til personers behov. Det kan være hensiktsmessig å se koordineringsbehovene i sammenheng. Den koordinerende funksjon skal organiseres og utøves på en måte som fremmer tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.

Initiativet til planarbeidet kan komme fra brukeren selv eller fra pårørende, men hovedansvaret ligger på tjenesteapparatet. Alle tjenesteytere som er i kontakt med personer som har sammensatte behov for tjenester, har et ansvar for å vurdere om det foreligger et behov for, eller en rett til, en individuell plan. Dersom arbeidet med planen settes i gang på initiativ fra spesialisthelsetjenesten, bør det tas kontakt med kommunen.

Når det er avklart at det skal utarbeides en individuell plan, må det oppnevnes en person – en koordinator – som har ansvaret for å lede hele prosessen med å utarbeide en individuell plan for den enkelte. Personen som planen skal utarbeides for

må ha mulighet til å påvirke valg av koordinator. Å lede en slik prosess krever at koordinator har oversikt over tjenesteapparatet, gode kommunikative evner og lederegenskaper.

3. GANGEN I PLANPROSESSEN

Brukeren må alltid ha en sentral rolle, både i selve planarbeidet, i gjennomføringen og i oppfølgingen av en individuell plan. I de tilfeller brukeren selv ikke kan delta i dette arbeidet, eller føler behov for å være representert av nærpersion eller andre, skal dette angis i den individuelle planen.

Planprosessen må preges av samarbeid mellom de involverte tjenesteytere og bruker. Planen må fange opp det som er vesentlig for den person planen gjelder for. Det er viktig at planprosessen involverer de etater og instanser som er ansvarlig for å yte tjenestene. Aktiv deltakelse i planleggingsprosessen øker forpliktelsen for å bidra til at planen gjennomføres.

Starten

Når det er klart at personen har rett til en individuell plan, og personen har fått tildelt en koordinator, tar koordinatoren en samtale med bruker, pårørende, annen nærpersion eller hjelpeverge, der dette er oppnevnt.

Enkelte brukere kan oppleve møtet med tjenesteapparatet som vanskelig. De kan føle det vanskelig å stille krav eller å framføre ønsker og meninger overfor fagfolk. Dersom det er ønskelig fra brukerens side, kan han eller hun ha med en rådgiver eller likemann gjennom hele planprosessen.

Kartleggingen

Med kartleggingen menes i denne sammenheng en gjennomgang og vurdering av de forhold som har betydning for personens behov for tjenester og assistanse. Kartleggingen bør ikke begrense seg til medisinske eller helsemessige forhold. Det er like viktig å få kartlagt generelle ressurser, de fysiske, organisatoriske og sosiale forhold i personens omgivelser som hindrer aktivitet og deltakelse, eller hindrer personen i å realisere bestemte ønsker eller mål. Det er viktig at brukeren får tilbud om en slik kartlegging, og at det sikres at den blir foretatt av personer med relevant kompetanse.

Prinsippet om å styrke brukerens egen innflytelse i planarbeidet må også gjelde kartleggingen. Det vil si at alle ledd i en slik kartlegging må foregå i nær dialog med brukeren selv eller de som representerer personen. Brukeren og hans nærmeste er den viktigste informasjonskilden for en slik kartlegging. Hovedfokus er rettet mot å **få fram hvilke vanskeligheter eller hindringer personen opplever** i forhold til daglige gjøremål, sosial og samfunnmessig deltakelse, og i forhold til å realisere bestemte ønsker og mål.

Det overordnede målet for så vel fysisk som psykisk funksjonshemmede og kronisk syke, er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, full deltakelse og likestilling i samfunnet. Mange opplever det kunstig å skulle utforme mer spesifikke mål for sitt liv. For de fleste av dem som trenger assistanse i hverdagen, vil

det sentrale være å få tilstrekkelige tjenester til å kunne leve et så selvstendig liv som mulig. Hovedregelen må være at konkrete mål utarbeides der brukeren eller eventuelt pårørende anser dette som hensiktsmessig eller ønskelig. Noen brukere kan ha vanskelig for å se for seg, eller på egen hånd definere, hva slags livssituasjon de ønsker, og dermed hvilke tiltak og tjenester de har behov for. I slike situasjoner er det viktig å arbeide aktivt sammen med den det gjelder, eventuelt også pårørende eller andre nærpersoner.

Et koordinert tjenestetilbud må ta utgangspunkt i *en helhetlig forståelse* av livssituasjonen til personen som det planlegges for. En slik forståelse må ta **utgangspunkt i personens egen beskrivelse**, og/eller pårørendes eller annen nærpersons (supplerende) beskrivelse. Elementer i en livssituasjon kan være forhold som familie- og boligsituasjon, helsesituasjon, arbeids- eller inntektsforhold, skolesituasjon og fritidsaktiviteter. Det er viktig at hele livssituasjonen tas i betraktning.

Det er viktig å ha respekt for personens egen oppfatning om hvilken informasjon han eller hun ønsker å gi, og ikke minst om hvilken informasjon som skal være med i selve planen. Det er ingen grunn til at planen skal være mer omfattende enn nødvendig.

Koordineringen

Koordinatorens rolle vil være helt sentral i arbeidet med individuelle planer gjennom hele planprosessen. Det er derfor viktig at det skjer minst mulig utskifting i hvem som innehar koordinatoransvaret i en planprosess.

Koordinatorens oppgave er å **sikre en god fremdrift i prosessen**, samt å sikre at personen det planlegges for har full informasjon og innflytelse i prosessen. Noen ganger vil brukeren selv ivareta deler av denne koordineringen, og det er viktig at koordinatoren ikke blir et hinder for at brukeren kan spille en aktiv rolle. Det er kommunen, eventuelt institusjonen (spesialisthelsetjenesten) mens personen oppholder seg der, som har ansvaret for å sikre et kvalitetsmessig godt tilbud, og dermed også at planleggingen blir igangsatt. Kommunen har ansvaret for å sikre koordineringen.

På bakgrunn av brukerens definerte behov og kartleggingen, må bruker selv eller koordinator ta kontakt med de etater og instanser det er behov for tjenester fra. Hensikten er å få presentert de behov og ønsker brukeren har for å komme frem til et godt tilbud. De ulike fagetatene vil ha kunnskap om tjenester som ikke brukeren eller koordinatoren har. Derfor er det viktig med en god dialog og samarbeid mellom koordinator/bruker og ulike fagfolk, for å kunne samarbeide om å finne de beste løsningene for brukeren.

Samtalen med de respektive etater og instanser vil danne grunnlaget for utforming av forslaget til en individuell plan. **Forslaget til plan** danner grunnlaget for et fellesmøte med de berørte etater og instanser

Koordineringsoppgavene på overordnet nivå vil kunne sikres gjennom et **fellesmøte**, hvor alle berørte tjenesteytere deltar. Koordineringsoppgavene på mer detaljert nivå vil best kunne sikres gjennom bilaterale samtaler mellom de ulike tjenesteytere og bruker/koordinator. Det er nødvendig at også de fylkeskommunale og statlige instanser som personen har behov for tjenester fra, deltar på møtet. Det må legges til rette for at brukerens interesser blir ivaretatt.

Møtet må forberedes og ledes godt. I noen tilfeller vil det være etablert en ansvarss eller basisgruppe hvor mange av de berørte instanser og etater kontaktes jevnlig. Denne gruppen bør, under utarbeidingen av planen, suppleres av berørte instanser som tidligere ikke har deltatt. Dersom gruppen skal videreføres, bør sammensetningen vurderes i henhold til planen.

Når det legges vekt på at de ulike etater og instanser bør møtes samtidig, er det fordi det gir en mulighet for den enkelte etat eller instans til å se sin egen rolle i en større helhet. Erfaringer viser at det å se hvordan de ulike tjenester er avhengige av hverandre og griper inn i hverandre, øker motivasjonen hos etater og tjenesteytere for å sikre både et **nødvendig omfang** av tjenester, og at tjenestene blir koordinert.

Slutføringen

Planprosessen må sees som en **løpende prosess**, også ut over ferdigstillingen av planen. Planen er ikke et mål i seg selv, men et redskap i det tverrfaglige og tverretatlige arbeidet. Det betyr at planen må prøves ut, følges opp, evalueres og korrigeres.

For at en individuell plan skal skape forpliktelse og forutsigbarhet, forutsetter det at alle ansvarlige etater og instanser **gir sin tilslutning** til planens innhold og til de rutiner og prosedyrer en har avtalt i forhold til koordinering og oppfølging. Regler for enkeltvedtak skal følges ved tildeling av tjenester. Først når alle berørte parter har gitt sin tilslutning til planen, har brukeren fått en individuell plan.

Dersom en etat eller instans allerede har utarbeidet en plan for personen, bør denne samordnes med den overordnede individuelle planen. Dersom de sektorvise planene endres, bør disse revideres i samsvar med den overordnede individuelle planen.

Oppfølgingen

Planen er et uttrykk for hvilke behov en person har for tjenester på et bestemt tidspunkt, og hvordan dette behovet skal møtes på en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset måte. Når planen settes ut i livet, kan det vise seg at det er behov for endringer. En evaluering bør foretas etter relativt kort tid, for å korrigere det som ikke fungerer. Dette skal skje i samarbeid mellom bruker og koordinator. Rutiner skal nedfelles i plandokumentet.

Et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud er ikke statisk. Derfor kan heller ikke planen være statisk. En individuell plan er et praktisk redskap for å koordinere tilbudet til enkeltpersoner, og for å kunne fange opp og korrigere for de naturlige endringer som skjer i personens liv. Ved endringer i brukerens situasjon, for eksempel ved at behovet endrer seg, er det den ansvarlige instans som skal kontaktes for å revurdere tilbudet. Det betyr at planen må inneholde rutiner for kommunikasjon mellom aktørene etter at planen er satt i verk. Det må tidfestes når individuell plan skal evalueres og revideres.

Det vil være behov for å etablere faste rutiner for koordinators kontakt med bruker for å få vite om det tilbud vedkommende mottar fra ulike tjenesteytere er tilfredsstillende, og om samordningen fungerer. Tidspunkt og frekvens for disse kontaktene må nedfelles i den individuelle planen.

4. PLANEN SOM PRODUKT

Planen skal inneholde

1. Tiltak og tjenester personen har behov for
2. De ulike tjenesters bidrag og tilpasning til den enkelte persons behov
3. Tjenesteytere, og hvordan tjenestene skal organiseres
4. Tidspunkt og tidsperiode for tjenestene
5. Overordnet ansvar for tilbudet (hvem)
6. Rutiner for evaluering og revidering av tjenestenes omfang og utforming.
7. Koordinator (hvem) og rutiner for kommunikasjon.

En individuell plan skal gi uttrykk for en **felles forståelse** mellom bruker og hjelpeapparat om behovet for tjenester, og hvordan de aktuelle tiltak og tjenester brukeren mottar skal tilpasses hans eller hennes individuelle situasjon. Det betyr at avvik i gjennomføringen, og koordineringen av de aktuelle tjenestene i forhold til det planen beskriver, krever en særskilt begrunnelse. Endringer må ikke foretas uten at dette drøftes med bruker og med andre tjenesteytende instanser som måtte berøres av endringene. Eventuelle endringer må begrunnes og innarbeides i den individuelle planen.

Beskrivelsen av tjenestetilbudet må være **realistisk** – i den forstand at den ikke forespeiler brukeren et tjenestetilbud han eller hun ikke kan få. Dersom brukeren ikke kan få det tilbudet vedkommende mener å ha behov for, må dette begrunnes i planen. Selv om planen skal være ”realistisk” må en ikke underkommunisere de reelle behovene brukeren faktisk har.

Et viktig aspekt ved den individuelle planen er at den **fordeler og plasserer ansvar**, både mellom bruker og hjelpeapparat, og mellom de ulike instanser innenfor hjelpeapparatet. Planen skal være et oppdatert dokument hvor en til enhver tid kan finne fram til hvem som er ansvarlig, særlig når tilbud ikke fungerer. Planen skal inneholde bestemmelser om fra hvilket tidspunkt planen skal gjelde, hvor lenge den skal gjelde, hvem som er ansvarlig for å sikre fremdriften i planarbeidet, og oppfølgingen av planprosessen.

5. TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE

Både planprosessen og selve plandokumentet vil naturlig inneholde informasjon som er av personlig karakter. Det kan være opplysninger om brukerens helsetilstand, familie, bolig, økonomi m.v. Alle slike **personopplysninger er underlagt taushetsplikt**. Utgangspunktet er at den personen opplysningene gjelder, eier disse, og er den som bestemmer hvem opplysningene skal videreformidles til, og hvilke opplysninger som skal eller kan videreformidles.

For å videreformidle opplysninger må det være innhentet et **informert samtykke**. Dette innebærer at den som samtykker forutsettes å ha fått informasjon om hvilke opplysninger det gjelder, hvordan opplysningene skal anvendes og eventuelle konsekvenser av dette. Det kan da videreformidles opplysninger i den utstrekning

brukeren har samtykket, men likevel, i denne sammenhengen, ikke flere opplysninger enn det som er nødvendig for utarbeidelsen av den individuelle planen.

Dersom brukeren er under 16 år, vil foreldre eller andre med foreldreansvar ha samtykkekompetanse. Barnet skal høres dersom det er over 12 år. For voksne brukere som ikke er i stand til å forstå hva et samtykke innebærer på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, (senil) demens eller psykisk utviklingshemming, vil pårørende kunne samtykke til at personopplysninger helsetjenesten har, videreformidles både innenfor og utenfor helsetjenesten.

6. KLAGE

Dersom tjenesteapparatet ikke utarbeider individuell plan, til tross for at personen ønsker det og har rett på å få utarbeidet en slik plan, vil han eller hun kunne anmode kommunen om å sette i gang et slikt arbeid. Dersom det ikke gis respons på en slik anmodning, kan det **klages til fylkeslegen**. Det som det kan anmodes om, og som kan påklages, er oppfyllelse av retten til utarbeidelse av individuell plan.

Der det er utarbeidet en individuell plan, men hvor denne ikke oppfyller de kravene til innhold som følger av forskriften om individuelle planer, vil det være grunnlag for anmodning og klage. I slike tilfeller er retten til individuell plan bare delvis oppfylt. Fylkeslegen skal behandle klagen, enten det gjelder helt eller delvis manglende oppfyllelse av retten til individuell plan. Dersom fylkeslegen finner at vedkommende ikke har fått oppfylt sin rett, vil han kunne treffe et vedtak om rett til å få utarbeidet individuell plan.

Brukeren har en rett til å få medvirke i utarbeidelsen av planen. Dersom kommunen ikke legger til rette for en slik medvirkning, vil brukeren kunne klage over at retten til medvirkning ikke er oppfylt. Også denne klagen skal rettes til fylkeslegen. Hvis brukeren for øvrig er misfornøyd med samarbeidet, eller med at involverte etater ikke samarbeider på en måte som brukeren mener er nødvendig, vil brukeren kunne henvende seg til fylkeslegen som tilsynsmyndighet. Fylkeslegen skal da vurdere eventuelt pliktbrudd og kan oversende saken til Statens helsetilsyn.

Utgitt av:
Sosial- og helsedepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer
av denne publikasjonen fra:
Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning
Postboks 8169 Dep, 0034 Oslo
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonsnummer: I-1039 B

Design & trykk: www.kursiv.no 08/2001 – 10 000